Sandra Schmitt
Das Ringen um das Selbst

Quellen und Darstellungen zur Zeitgeschichte

Herausgegeben vom Institut für Zeitgeschichte

Band 118

Sandra Schmitt

Das Ringen um das Selbst

Schizophrenie in Wissenschaft, Gesellschaft und Kultur nach 1945

DE GRUYTER
OLDENBOURG

ISBN 978-3-11-052916-6
E-ISBN (PDF) 978-3-11-053156-5
E-ISBN (EPUB) 978-3-11-052924-1
ISSN 0481-3545

Library of Congress Control Number: 2018934307

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

© 2018 Walter de Gruyter GmbH Berlin/Boston
Titelbild: 90775501©PICTURE ALLIANCE/WESTEND61/WERNER DIETERICH
Einbandgestaltung: hauser lacour
Satz: fidus Publikations-Service GmbH, Nördlingen
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

www.degruyter.com

Inhalt

Vorwort VII

Einleitung 1

I. Psychiatrie und Schizophrenie bis 1945 31

1. Die Entstehung psychiatrischen Wissens 31

Aufkommen und Etablierung der Psychiatrie im 19. Jahrhundert (31) – Neues Wissen und neue Konkurrenz um die Jahrhundertwende (37)

2. Burghölzli und danach 42

Die Entstehung der Schizophrenie und einer Unverständlichkeits-Annahme (42) – Die Schizophrenie und die Frage des „Verstehens“ (49) – Verbreitung und Etablierung des Schizophreniekonzeptes (54) – Schizophrenie, Eugenik und Euthanasie (61)

II. Die (Wieder-)Entdeckung von Lebensgeschichte und Umwelt in der westdeutschen Psychiatrie 1950–1980 71

1. Kritik an der Psychopathologie und psychoanalytische Pioniere . . . 73

Die Psychopathologie und die Formierung ihrer Kritiker (73) – Eindrücke von außen. Psychoanalyse als Schlüssel zum Verständnis (81) – Nachkriegspsychoanalyse und psychiatrische Vorbehalte (96)

2. Sinnstiftung im Unverständlichen 101

Fallgeschichten. Erklärung aus der Lebensgeschichte (101) – Wahngeschichten. Vom Sein und Erleben der Psychose (126) – Krisengeschichten. Warum wurde Karl Braun schizophren? (139) – Familiengeschichten. Die Familie neu sehen lernen (153)

3. Verwissenschaftlichungen 167

Psychotherapeutische Erfolge und offene Fragen (170) – Verwissenschaftlichung und Pragmatismus (178) – Perspektivverlagerungen und die Kritik der Fallgeschichte (191)

III. Von der Umwelt zum Subjekt: Schizophrenie in der ostdeutschen Psychiatrie 1950–1980 201

1. Scheiternde Steuerungsversuche 201

Die Pawlow'sche Vision: Vermittlung zwischen Körper und Umwelt (203) – Hemmung als Schutz. Schizophrenie à la Pawlow (214) – Uneinigkeit statt Geschlossenheit (223)

2. Außenbetrachtungen 227

Die Ermittlung äußerer Einflüsse (230) – Interaktion statt Selbsterforschung (243) – Nosologische Rückzüge (247)

3. Öffnung für Neues oder Wendung nach Innen? ... 254
Psychiatrie international (255) – Die Entdeckung westlicher „Verdienste“ (257) – Psychologisierung des „sozialistischen Selbst“ (264)

IV. Wissen und Kontexte von Schizophrenie ... 273
1. Bedrohung und Bannung ... 275
Gewalt, Verbrechen, Dämonie (275) – Messgeräte, Fingerkuppen, Hormone: Dem Wahnsinn auf der Spur (280)
2. Das Mittel ist so furchteinflößend wie die Krankheit. Darstellungsweisen der Psychiatrie ... 288
Die moderne und die rückständige Psychiatrie (288) – Die disziplinierende Psychiatrie (295) – Die uneindeutige Psychiatrie (298) – Psychiatrische Perspektiven (304)
3. Die große Schizophreniekritik der sechziger und siebziger Jahre ... 313
Die Entdeckung des schizophrenen Selbst (317) – Rezeption der „Antipsychiatrie“ und Reaktionen (333) – Verbreitung und Politisierung der Psychiatrie- und Schizophreniekritik (343)

V. Rettungsversuche und Selbstwerdungen ... 357
1. Neue Subjektivität und tragische Enden ... 357
„Einer flog über das Kuckucksnest“ (360) – „März“ (362) – „Flucht in die Wolken“ (367)
2. Schizophrenie als (weibliche) Selbstwerdungsgeschichte ... 377
Von der Schlangengrube zum Rosengarten (381) – Die Kronzeugin der Antipsychiatrie: Mary Barnes (390) – „Auf der Spur des Morgensterns“ (397)
3. Subjektivierungsprozesse ... 402
Von Betroffenen zu Erfahrenen. Organisierte Selbstermächtigung (402) – Sinnstiftung, Widerstand, Autonomie. Individuelle Aneignung von Wissen (410)

Schluss ... 423

Abkürzungsverzeichnis ... 429

Quellen- und Literaturverzeichnis ... 431

Personenregister ... 473

Vorwort

Das vorliegende Buch stellt die leicht überarbeitete Fassung meiner Dissertation dar, die von der Ludwig-Maximilians-Universtität München im Wintersemester 2015/2016 angenommen wurde.

Seit ich im Herbst 2011 die ersten Ideen zu dieser Arbeit entwickelt habe, haben mich viele Menschen unterstützt und dazu beigetragen, dass dieses Buch nun vorliegt. Ich danke Prof. Dr. Andreas Wirsching für seine anhaltende Unterstützung seit meiner Studienzeit und das in mich und meine Vorhaben gesetzte Vertrauen. Ganz besonders danke ich Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach für die Übernahme des Zweitgutachtens und seine fachliche Unterstützung sowie Prof. Dr. Sven Hanuschek, der als Drittprüfer fungierte. Für die Aufnahme in die Schriftenreihe „Quellen und Darstellungen zur Zeitgeschichte" danke ich Prof. Dr. Magnus Brechtken und dem Wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Zeitgeschichte (IfZ) sowie seinen Gutachtern. Darüber hinaus gilt mein Dank Dr. Katja Klee für ihr akribisches Lektorat sowie Dr. Christian Hartmann und Angelika Reizle (beide IfZ) und Gabriele Jaroschka vom De Gruyter Oldenbourg Verlag, die das Buch auf dem Weg zur Publikation begleitet haben. Die Mitarbeiterinnen und Mitabeiter des Bundesarchivs haben meine Archivrecherchen freundlich und kompetent unterstützt.

Finanziell ermöglicht wurde die Promotion durch ein Promotionsstipendium der Studienstiftung des deutschen Volkes. Dafür und für die zahlreichen Möglichkeiten und Angebote im Rahmen ihres Programms möchte ich aus ganzem Herzen danken, ebenso wie meinen Mitorganisatorinnen Inga Anderson, Anne Freese und Juliane Sachschal für die gemeinsame Planung und Umsetzung eines Doktorandenkolloquiums. Anne Freese hat darüber hinaus große Teile der Arbeit gelesen und wichtige Fragestellungen und Punkte mit mir diskutiert. Von ihren Anregungen hat die Arbeit viel gewonnen.

Danken möchte ich auch all denen, die auf Tagungen oder Konferenzen meine Arbeit mit mir diskutiert haben und von denen ich viele Hinweise bekommen habe. Besondere Erwähnung verdienen die Wissenschaftlerinnen des Forschungsprojektes „Schizophrenie" in Zürich, hier vor allem Marina Lienhard und Yvonne Ilg, sowie Samuel Thoma.

Ein besonderer Dank geht an die Kolleginnen und Kollegen am Institut für Zeitgeschichte für die Zusammenarbeit in den letzten Jahren, insbesondere Bernhard Gotto, Nadine Recktenwald, Sonja Schilcher, Thomas Vordermayer, Anna Ullrich sowie im Direktionssekretariat Annette Wöhrmann. Elke Seefried danke ich für ihre Unterstützung und Beratung vor allem am Ende der Promotionszeit. Am meisten verdanke ich jedoch Agnes Bresselau von Bressensdorf, die nicht nur Teile der Arbeit Korrektur gelesen hat, sondern mir in den vergangenen Jahren in allen Angelegenheiten mit fachlichem und freundschaftlichem Rat zur Seite stand.

Vor allem möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die mir während der letzten Jahre ganz besonders zur Seite standen: meiner Familie und der Familie Schmitt für ihren Zuspruch und ihr Vertrauen in mich. Elisabeth Schaber für ihre jahrelange Freundschaft. Meiner Schwester Anna für die gemeinsam verbrachte Zeit in München. Und schließlich Uli, der mir immer wieder Mut gemacht und mich zum Lachen gebracht hat und in den letzten Jahren immer zur Seite gestanden ist. Ihm widme ich dieses Buch.

Bonn, Februar 2018 Sandra Schmitt

Einleitung

1. Schizophrenie – eine Einführung

> *„Und genau, wenn sich diese Sprache im nackten Zustand zeigt, sich aber gleichzeitig jeder Bedeutung entzieht, als wäre sie ein großes und leeres System; wenn die Lust in wildem Zustand herrscht, als wenn die Strenge ihrer Regel jeden Gegensatz nivelliert hätte; wenn der Tod jede psychologische Funktion beherrscht und sich über ihr als ihre einzige und verheerende Norm hält, dann erkennen wir den Wahnsinn in seiner gegenwärtigen Form, den Wahnsinn, so wie er sich der modernen Erfahrung als ihre Wahrheit und ihre Entstellung gibt. In dieser empirischen Gestalt, die dennoch all (und in) dem fremd ist, was wir erfahren können, findet unser Bewusstsein nicht mehr wie im sechzehnten Jahrhundert die Spur einer anderen Welt. Es stellt nicht mehr das Irren der aus der Bahn geworfenen Vernunft fest. Es sieht das auftauchen, was uns auf gefährliche Weise das nächste ist, so als ob plötzlich die Leere unserer Existenz selbst sich als Relief abhöbe. Die Endlichkeit, von der aus wir sind, denken und wissen, ist plötzlich vor uns als gleichzeitig reale und unmögliche Existenz, als Gedanke, den wir nicht denken können, als Gegenstand unserer Wissenschaft, der sich ihr aber immer entzieht."*[1]

> *„Strange, bizarre, and insane behavior scares everyone.*
> *Historically, the claimed causes of these behaviors have ranged from curses inflicted by the gods, disordered metabolism (humors), possession by demons, and diseased brains.*
> *The treatment of ‚crazy' individuals has ranged from kindness to restraint, isolation to torture (and even murder)."*[2]

Zwei weit aufgerissene, hell leuchtende Augen starren aus der Dunkelheit des Titelbildes. Ein Revolver, von einer Hand fest umschlossen, die direkt auf den Betrachter zielt. „Drahtzieher im Wahnsystem"[3], so überschrieb *Der Spiegel* im Oktober 1990 seine Titelstory anlässlich der beiden Attentate auf Oskar Lafontaine und Wolfgang Schäuble, und lenkte die Leserschaft somit bereits im Inhaltsverzeichnis zur Antwort auf die Titel-Frage: „Was treibt die Täter?". Keine politische Motivation sei hinter den Mordversuchen gestanden, so erklärte der Artikel, sondern vielmehr eine „Wahnsinnstat". Bis zur österreichischen Kaiserin Elisabeth und dem US-amerikanischen Präsidenten Abraham Lincoln zurück rekonstruierte der Artikel eine Geschichte wahnsinniger Einzeltäter, gegen die, so eine Bildunterschrift, der „Apparat machtlos" sei.[4] Und machtlos bleibe er wohl

[1] Michel Foucault, Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften, Frankfurt am Main 1971, S. 449.
[2] Kim T. Mueser/Gary R. VandenBos, Schizophrenia, in: John C. Norcross/Gary R. VandenBos/Donald K. Freedheim (Hrsg.), History of Psychotherapy. Continuity and Change, Washington, DC 2011, S. 601–611, hier S. 601.
[3] o. V., Drahtzieher im Wahnsystem, in: Der Spiegel, Nr. 43 vom 22. 10. 1990, S. 28–35.
[4] o. V., Drahtzieher im Wahnsystem, S. 29.

auch: Ein Ausbau des staatlichen Kontrollapparates würde paranoide Wahrnehmungsweisen wohl nur verstärken.

Der Ruf der Schizophrenie ist kein guter. Wenn sie es in die breite öffentliche Berichterstattung schafft, dann häufig in Verbindung mit Gewalt und Verbrechen. Eines der jüngsten Beispiele war der Prozess gegen den norwegischen Attentäter Anders Behring Breivik, dem zu Beginn des Prozesses die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt worden war. Die Diskussion dieser Diagnose begleitete den gesamten Prozess; schließlich wurde Breivik nicht für unzurechnungsfähig erklärt. Dass eine eindeutige Diagnose der Rechtspsychiatrie, so der bei solchen Prozessen vermittelte Eindruck, nicht leicht fällt, untergräbt das Vertrauen in ihre wissenschaftliche Expertise. Umso mehr ist dies der Fall, wenn der Verdacht im Raum steht, dass die Psychiatrie sich zur Handlangerin des Staates macht. Der Fall von Gustl Mollath, der in den Jahren 2011 bis 2013 die Bundesrepublik beschäftigte, appellierte an die individuelle Angst vor dem sozialen Tod, an die furchterregende Möglichkeit, ohne korrekte Begutachtung und ohne Grund für verrückt erklärt und in ein „Irrenhaus" eingewiesen zu werden.[5]

Eine Berichterstattung wie diese sorgt für einen Kontext, in dem der Begriff Schizophrenie auf mehrfache Weise mit Bedrohlichkeit, Furcht und Angst in Verbindung gebracht wird – Gefühle, die dann wiederum auf mit Schizophrenie diagnostizierte Personen übertragen werden. Die Stigmatisierung psychisch Kranker wurde bereits während der Psychiatriereform der siebziger Jahre als Problem anerkannt, und seit Mitte der neunziger Jahre wurde mittels Kampagnen versucht, über psychische Krankheiten aufzuklären und Vorurteile abzubauen. Die Ergebnisse scheinen jedoch ernüchternd; Vorurteile gegenüber psychisch Kranken haben sogar zugenommen, oft schlägt ihnen breite Ablehnung entgegen. Als der Sozialpsychiater Matthias Angermeyer und seine Mitarbeiter im Jahr 2011 eine zuerst 1990 durchgeführte Erhebung über die Einstellungen in der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken wiederholten, hatte sich nichts verbessert, im Gegenteil: Die soziale Akzeptanz, die danach gemessen wurde, ob eine mit Schizophrenie diagnostizierte Person beispielsweise als Nachbar, Arbeitskollege, Freund oder Untermieter akzeptiert werden würde, hatte deutlich abgenommen.[6] Verwunderlich waren diese Ergebnisse vor allem vor dem Hintergrund, dass ein Großteil der Befragten – 62 Prozent – eine organische Erkrankung des Gehirns als Ursache der Schizophrenie annahm, immerhin neun Prozentpunkte mehr als in der Studie von 1990. Umgekehrt hatte die Zahl derer, die ein belastendes Lebensereignis oder schwierige Familienverhältnisse in der Kindheit für die Ursache eines Ausbruchs einer schizophrenen Erkrankung hielten, abgenommen: von 71 Prozent auf 66 Prozent (Lebensereignis) und von 54 Prozent auf 31 Prozent

[5] Siehe z. B. Uwe Ritzer/Olaf Przybilla, Die Affäre Mollath. Der Mann, der zu viel wusste, München 2013.

[6] Matthias C. Angermeyer/Herbert Matschinger/Georg Schomerus, Attitudes towards Psychiatric Treatment and People with Mental Illness: Changes over Two Decades, in: The British Journal of Psychiatry 203/2 (2013), S. 146–151.

(Familienverhältnis). Die großen Aufklärungskampagnen der neunziger Jahre, welche die Vorstellung etablieren sollten, dass psychische Krankheiten wie andere „normale" Krankheiten zu betrachten seien, hatten zwar offensichtlich Erfolg damit gehabt, die biologischen Ursachen psychischer Krankheiten im öffentlichen Bewusstsein zu verankern; die von dieser Biologisierung erhoffte größere Akzeptanz war jedoch ausgeblieben. Der Sozialpsychiater Asmus Finzen warf daher die Frage auf, ob diese Biologisierung – in der er eine Reaktivierung der alten These, Geisteskrankheiten seien Gehirnkrankheiten, ausmachte – vor dem Hintergrund der deutschen Vergangenheit nicht gerade erst zu einer Verstärkung der Ablehnung psychisch Kranker in der Gesellschaft geführt habe.[7]

Dass von Schizophrenie aber auch ganz andere Geschichten erzählt werden können, zeigt die Lebensgeschichte der amerikanischen Juraprofessorin Elyn Saks. Seit ihrer Autobiografie „The Center Cannot Hold. My Journey Through Madness" aus dem Jahr 2007 ist sie Vorbild eines selbstbewussten Umgangs mit einer schizophrenen Erkrankung. Elyn Saks leugnete weder die Zusammenbrüche, die sie erlitten hatte, noch beschönigte sie diese. Ein Artikel in der Wochenzeitung *Die Zeit* mit der Überschrift „Elyn und die Dämonen"[8] vermittelte den Eindruck einer brillanten Denkerin und humorvollen Person, welche die Erfahrung ihrer Krankheit zum Ausgangspunkt ihres Handelns machte und sich für die Verbesserung der psychiatrischen Institutionen einsetzte. Mit ihren universitären Erfolgen erinnerte Elyn Saks' Lebensgeschichte zudem an einen anderen ebenfalls berühmten, mit Schizophrenie diagnostizierten Wissenschaftler, nämlich an den Mathematiker und Spieltheoretiker John Nash, dessen Lebensgeschichte von Ron Howard mit Russell Crow in der Hauptrolle prominent verfilmt worden ist (A Beautiful Mind, 2001).

Tatsächlich sind die Geschichten, die über Schizophrenie erzählt werden, vielfältiger, als ein erster Gang durch die Medienlandschaft vermuten lässt. Schizophrenie erscheint häufig im Kontext von Gewalt und Verbrechen oder als eine furchterregende Erfahrung für den oder die Erkrankten und sein bzw. ihr Umfeld. Angesichts der Vorurteile scheint ein offener Umgang mit den Erkrankten und der Krankheit kaum möglich. Und doch oder gerade eben deshalb schlägt Menschen, denen es gelingt, selbstbestimmt mit ihr zu leben, Bewunderung entgegen. Die Geschichten und Vorstellungen, die der Begriff aufruft, sind komplex und vielfältig: Der Begriff Schizophrenie beschreibt ein Extrem, einen Ausnahmezustand, eine unkontrollierbare Störung. Er beschreibt den Verlust der Fähigkeit des Individuums, die Wirklichkeit zu erkennen, und sich, geleitet von der Vernunft, angemessen zu ihr zu verhalten. Ebenso komplex sind die gesellschaftlichen Zuschreibungen und wissenschaftlichen Zugriffe, mit denen das, was als

[7] Asmus Finzen, Trotz Anti-Stigma-Kampagnen: Nehmen Vorurteile zu?, URL: http://trialog-forum-peine.de/?page_id=2134, letzter Zugriff am 17. 2. 2016. Siehe auch seine ausführliche Studie: Asmus Finzen, Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen, Köln 2013.

[8] Astrid Viciano, Elyn und die Dämonen, in: ZEIT Wissen 3/2013, URL: www.zeit.de/zeit-wissen/2013/03/schizophrenie-elyn-saks, letzter Zugriff am 24. 2. 2016.

Schizophrenie definiert wurde, zu begreifen versucht wird. Sie wird beschrieben als biochemischer Prozess, als Reaktion auf gesellschaftliche Umstände oder im Kontext von persönlichen Erlebnissen. Schizophrenie hat viele Gesichter, viele Geschichten.

Erstmals wurden Begriff und Konzept der Schizophrenie im Jahr 1908 von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler in einem Vortrag formuliert, 1911 erstmals in einem wissenschaftlichen Aufsatz publiziert.[9] Da es keinen identifizierbaren Erreger oder Auslöser gab und gibt, wurde und wird Schizophrenie über Symptome beschrieben, die zu einem gemeinsamen Krankheitsbild zusammengefasst werden.[10] Noch 2010 erklärte ein vom Robert-Koch-Institut herausgegebener Bericht, unter der Bezeichnung „Schizophrenie" würden ganz unterschiedliche Krankheitsbilder zusammengefasst, die sich sowohl in Symptomatik als auch Verlauf und Prognose unterscheiden könnten.[11] Momentan beschreibt die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als wichtigste und allgemeine Symptome der schizophrenen Störungen unter der Codierung F20.- „grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte". Weiter lautet die Beschreibung: „Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome. Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten."[12] Insgesamt neun Unterformen kennt das ICD, darunter die paranoide Schizophrenie (F20.0), die hebephrene Schizophrenie (F20.1), die katatone (F20.2) oder die undifferenzierte (F20.3) Schizophrenie. Bereits ein kurzer Blick auf die gesamte Gruppe des schizophrenen Krankheitsbildes zeigt den hohen Grad an Differenziertheit des Diagnosemanuals, der Dauer, Schwere-

[9] Anlässlich des 100. Jahrestages siehe die Ausgaben des Schizophrenie Bulletin von 2011, beispielsweise William T. Carpenter, One Hundred Years, in: Schizophrenia Bulletin 37/3 (2011), S. 443 f.; Victor Peralta/Manuel J. Cuesta, Eugen Bleuler and the Schizophrenias: 100 Years After, in: Schizophrenia Bulletin 37/6 (2011), S. 1118–1120; Thomas H. McGlashan, Eugen Bleuler: Centennial Anniversary of his 1911 Publication of Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias, in: Schizophrenia Bulletin 37/6 (2011), S. 1101–1103.

[10] Zur Psychopathologie als semiotischer Wissenschaft siehe Carlos Rejón Altable/Tom Dening, Psychopathology beyond Semiology. An Essay on the Inner Workings of Psychopathology, in: History of Psychiatry 24/1 (2013), S. 46–61.

[11] Wolfgang Gaebel/Wolfgang Wölwer, Schizophrenie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50, herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin 2010, S. 8.

[12] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, ICD-10-GM Version 2013, URL: https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f20-f29.htm, letzter Zugriff am 30. 10. 2017.

grad und Entstehungsursache bei der Diagnosestellung zu berücksichtigen sucht: Abgegrenzt von der Schizophrenie werden die schizotype Störung (F21), anhaltende wahnhafte Störungen (F22.-) sowie die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen (F23.-); außerdem die induzierte wahnhafte Störung (F24), die schizoaffektiven Störungen (F25.-), sonstige nichtorganische psychotische Störungen (F28) und die nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose (F29). In direkter Nachbarschaft zur Gruppe der Schizophrenie befinden sich Depression und Manie: Mit den Codes F30 bis F39 bilden die affektiven Störungen, zu denen etwa die manische Episode (F30.-), die bipolare affektive Störung (F31.-) oder die depressive Episode (F32.-) zählen, die nächste Gruppe im ICD.

Trotz dieser wissenschaftlichen Ausdifferenzierung wurde über das gesamte 20. Jahrhundert hinweg immer wieder diskutiert, ob es Schizophrenie „wirklich" gibt und wenn ja, ob es tatsächlich die Bezeichnung als Krankheit verdiene und eine einzige Krankheitseinheit sei. Es ist jedoch nicht die Absicht dieser Arbeit, sich an dieser Debatte zu beteiligen. Aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive stellt sich die Frage anders. Statt über „richtiges" oder „falsches" Wissen zu diskutieren, wird davon ausgegangen, dass Vorstellungen von einem bestimmten Gegenstand stets nur für eine gewisse Zeitspanne und nur innerhalb bestimmter Modalitäten überhaupt als „Wissen" im Sinne einer „wahren" Vorstellung existieren. Einfacher ausgedrückt: Wissen ist das, was als Wissen anerkannt wird, und die Wissensgeschichte untersucht die Bedingungen, Aussagen, Implikationen und Handlungsaufforderungen dieses Wissens. Die Fragen, mit denen sich die Arbeit im Folgenden befasst, lauten daher: Welche Vorstellungen, Erklärungen und Deutungen wurden zu welcher Zeit als Wissen von Schizophrenie anerkannt? Welche Vorstellungen wurden nicht anerkannt, oder nur teilweise, und warum nicht? Wie wurde das, was Schizophrenie genannt wurde, beschrieben und begriffen? Mit welchen Techniken und Praktiken wurde ihr begegnet?

2. Methode und Fragestellungen

Es ließen sich viele Geschichten der Schizophrenie schreiben, und jede würde anders aussehen. Schizophrenie tauchte in den unterschiedlichsten Kontexten auf und wurde auf unterschiedlichste Weisen begriffen und erforscht. Zu Beginn des Projekts interessierte hauptsächlich die eher allgemeine Frage, wie sich die Wahrnehmung und Deutung von Schizophrenie im Lauf der sechziger und siebziger Jahre – im Kontext gesellschaftlicher Wandlungsprozesse – in Ost- und Westdeutschland veränderte. Nicht nur in den psychiatrischen Fachtexten, sondern auch in den breit rezipierten Texten der sogenannten Antipsychiatrie und in belletristischen Texten spielte Schizophrenie eine zentrale Rolle, deren Bedeutung näher untersucht werden sollte. Rasch zeichnete sich jedoch ab, dass die fünfziger Jahre in den Untersuchungszeitraum mit aufgenommen werden mussten. Seit den späten vierziger Jahren und bis in die späten fünfziger Jahre nämlich entstanden, inspiriert und angeleitet von psychoanalytischen und philosophischen

Ideen, spezifische und durchaus polarisierende Vorstellungen von Schizophrenie, ohne deren Kenntnis sich die weiteren Entwicklungen im Schizophreniediskurs nicht oder nur unzureichend erklären lassen.

Zentral für die weiteren Diskussionen der psychiatrischen Wissenschaft war die in dieser Zeitspanne stattfindende (Wieder-)Entdeckung der Lebensgeschichte. Damit ist gemeint, dass versucht wurde, über die Lebensgeschichte der Patientin oder des Patienten Rückschlüsse auf die Erkrankung zu ziehen, ein Unterfangen, das gegen grundlegende Prinzipien der psychiatrischen Auffassung von Schizophrenie in den fünfziger Jahren – wie Unverständlichkeit der Psychose, Erblichkeit, unaufhaltsam ablaufender Krankheitsprozess – verstieß. Wenngleich es sich nur um kleine und geografisch weit verteilte Gruppen von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern[13] handelte, die an dieser spezifischen Vorstellung von Schizophrenie arbeiteten, und der Mainstream der Psychiatrie weiter eine medizinisch-somatische Vorstellung vertrat, so entfaltete doch gerade diese „abseitige" Vorstellung eine besondere kulturelle und gesellschaftliche Wirkung, die sich in Kultur und Literatur manifestierte, durch hochrangige Psychiatrielehrstühle an Einfluss gewann und bis in Subjektivierungsprozesse von Patientinnen und Patienten hinein verfolgt werden kann. Aufgrund der offiziellen Abwesenheit der Psychoanalyse in der ostdeutschen Psychiatrie gab es dort spezifisch andere Entwicklungen, die kontrastiv dargestellt werden. So war die ostdeutsche Psychiatrie von Beginn an stärker auf Umwelteinflüsse als auf innere Konflikte hin orientiert, holte die Entdeckung der Lebensgeschichte und des Subjekts in den siebziger und achtziger Jahren aber dann nach.

Die Erzählung von Schizophrenie als Selbstwerdungsgeschichte ist eine der zentralen Wandlungen, die das Konzept in der Mitte des 20. Jahrhunderts erfuhr. Das Interpretationsangebot, Schizophrenie nicht in erster Linie als biologischen Krankheitsprozess, sondern als innere Konflikt- und Entwicklungsgeschichte zu begreifen, begann rasch, über den psychiatrischen Raum und über Ländergrenzen hinaus zu zirkulieren. Über die Unterschiede der unterschiedlichen psychiatrischen Wissenskulturen hinweg ließ es sich als Erzählung einer individuellen Lebensgeschichte verstehen; autobiografische oder fiktionalisierte autobiografische Erzählungen von schizophrenen Patientinnen und Patienten spielten daher eine wichtige Rolle. Gleichzeitig verschwammen die Grenzen zwischen „Normalität" und „Andersartigkeit", und die Gemeinsamkeiten von psychotischen Erfahrungen und nichtpsychotischen Erfahrungen wurden betont.

Aufgrund der in diesem Kontrast sichtbar werdenden Bedeutung, die den Einflüssen der Psychoanalyse auf die Psychiatrie zugemessen werden kann, scheint es, dass die Psychoanalyse ihrer Beschreibung als „Gegenwissenschaft", wie Mi-

[13] Die Arbeit verwendet eine gendersensible Sprache und versucht, je nach Kontext zu berücksichtigen, ob es sich um Angehörige beider Geschlechter handelte.

chel Foucault sie bezeichnete, gerecht wird.[14] Die Berührungspunkte zwischen der Schizophrenie und dem psychoanalytischen Streben, das Unbewusste aufzuhellen und auf den ersten Blick nicht Verständliches zu deuten und verstehbar zu machen, sind in der Forschung bisher allerdings kaum beachtet worden.[15] Als Gründe dafür lassen sich zum einen die eher distanzierte Haltung der Psychiatrie gegenüber der Psychoanalyse ausmachen, die psychoanalytische Einflüsse stets abstritt, zum anderen die verbreitete Annahme, die Psychiatrie der fünfziger Jahre sei unter dem Bann der biologistischen Psychiatrie der NS-Zeit gestanden, von dem zu befreien ihr erst durch die Reformbewegung in den sechziger Jahren gelungen sei. Wenn es natürlich zu einem gewissen Teil zutrifft, dass in den fünfziger Jahren das biologisch-medizinische Denken die Vorstellungen und Behandlungen von „Geisteskrankheit" bestimmte, so werden durch eine solche Sicht aber auch solche Bewegungen ignoriert oder gar nicht erst sichtbar, die sich dazu widersprüchlich verhielten.[16] Damit wird außerdem die Chance vertan, die Vorgeschichte der Reformbewegung und die Genese der Denkweise nachzuvollziehen, die mit dazu führte, dass sich eine biopsychosoziale Vorstellung von Schizophrenie entwickeln konnte. Zudem lagen in der psychologischen Deutung der Schizophrenie die Anknüpfungspunkte für eine gedankliche Auseinandersetzung mit dem Verständnis von „Selbst" und „Menschsein", insofern Schizophrenie als eine persönliche Entwicklungs- und Selbstwerdungsgeschichte erzählbar und nachvollziehbar wurde.

Die Vielfältigkeit des Schizophreniediskurses, der sich über die Psychiatrie hinaus in Kultur und Gesellschaft erstreckt, machte es für die vorliegende Arbeit notwendig, psychiatriegeschichtliche, wissens- und wissenschaftshistorische sowie kulturgeschichtliche Fragestellungen miteinander zu verbinden, wobei die Grenzen zwischen diesen Forschungsgebieten nie klar zu ziehen sind. Schon die Psychiatriegeschichte ist ein Forschungsfeld mit unterschiedlichsten Ansätzen, Methoden und Diskursen. Wie Roy Porter und Mark Micale 1994 im historiografischen Einleitungskapitel ihres Sammelbandes „Discovering the History of Psychiatry" schrieben, gibt es in kaum einer anderen Sparte der Medizin- oder

[14] Foucault, Die Ordnung der Dinge. Dabei bedeutet „Gegenwissenschaft" nicht einen Mangel an Rationalität oder Objektivität (Foucault verwendet „rational" und „objektiv" selbst nur in Anführungszeichen), sondern vielmehr, dass die Psychoanalyse – wie auch die Ethnologie – den Humanwissenschaften „entgegen" arbeite, indem sie den humanwissenschaftlichen Positivismus herausfordere, siehe ebd., S. 454. Die Psychoanalyse fungiere als „kritische Belebung, die von innen das ganze Gebiet der Wissenschaften vom Menschen beunruhigt", S. 450, indem sie ihre Begriffe und Methoden breit verstreue und für Interpretationen anböte.

[15] Zum Unbewussten als Gegenstand der Kulturwissenschaften siehe Christina von Braun/Dorothea Dornhof/Eva Johach (Hrsg.), Das Unbewusste. Krisis und Kapital der Wissenschaften. Studien zum Verhältnis von Wissen und Geschlecht, Bielefeld 2009.

[16] Außerdem ist problematisch, dass eine solche Sicht den Eindruck erweckt, das biologische Paradigma der Psychiatrie sei mit der NS-Zeit entstanden und darum abzulehnen. Tatsächlich lässt sich jedoch die ganze Geschichte der Psychiatrie seit ihren Anfängen als ein einziger großer Versuch lesen, den Geisteskrankheiten mit somatischen Erklärungen medizinische Grundlagen zu geben, siehe z. B. Edward Shorter, Geschichte der Psychiatrie, Reinbek bei Hamburg 2003.

Wissenschaftsgeschichte so viele unterschiedliche Geschichten und so wenig Interpretationskonsens wie in der Geschichte der Psychiatrie.[17] Dies liegt zum einen an der Methoden- und Wissensvielfalt der Psychiatrie selbst; zum anderen bildete sich aber auch kein gemeinsamer und stabiler theoretischer Standpunkt heraus, von dem aus die Geschichte der Psychiatrie geschrieben werden könnte. Stattdessen übertrugen sich die Auseinandersetzungen zwischen den unterschiedlichen Schulen innerhalb der Psychiatrie, die „dichotomous debate between the somatist and mentalist philosophies of mind"[18] bzw. zwischen Psychiatriekritik und Psychiatrie auch auf ihre Geschichtsschreiber. Es schien notwendig, sich gegenüber der Psychiatrie, aber auch innerhalb ihres heterogenen Feldes zu positionieren. In besonderem Maße war dies in der psychiatriekritischen Psychiatriegeschichte der sechziger und siebziger Jahre der Fall. Zusammenfassend, so Porter und Micale, könnte man sagen: „With an intensely subjective subject matter, complex multidisciplinary origins, an insecure and shifting epistemological base, porous disciplinary boundaries, and a sectarian and dialectical dynamic of development, it has thus far improved impossible to produce anything like an enduring, comprehensive, authoritative history of psychiatry."[19]

Das Misslingen der Suche nach einem festen, außerhalb der Psychiatrie liegenden, objektiven Standpunkt auf der Basis einer sicheren Methode ist jedoch kein Problem der Psychiatriegeschichte allein, sondern das Problem einer jeden Kultur- und Geisteswissenschaft und Wissenschaftsgeschichte.[20] Geschichte ist stets abhängig vom Standpunkt ihres Betrachters. Umso wichtiger ist die Reflexion über die eigenen Methoden und Fundamente. Die Vielfältigkeit der Psychiatrie, die sich auf den ersten Blick als ein methodologisches Problem darstellt, kann aus historiografischer Perspektive gerade ihre Chance sein: Sie bietet Raum und Gegenstände für unterschiedlichste Fragestellungen und Herangehensweisen und für Verknüpfungen mit politischen, gesellschaftlichen und kulturellen Themen.

In besonderer Weise hat die Psychiatriegeschichtsschreibung bei der Entdeckung ihres eigenen Produktivitätspotentials von einem Wandel von sozial- zu kulturgeschichtlichen Ansätzen seit den neunziger Jahren profitiert.[21] Damit verbunden war der endgültige Abschied von der Vorstellung von natürlichen und überzeitlichen Krankheitseinheiten, die in ihrem historischen Umfeld nur jeweils

[17] Roy Porter/Mark S. Micale, Introduction: Reflections on Psychiatry and Its History, in: Mark S. Micale/Roy Porter (Hrsg.), Discovering the History of Psychiatry, New York 1994, S. 3–36, hier S. 5. Siehe zur Geschichte der Psychiatriegeschichtsschreibung und besonders der kritischen Psychiatriegeschichte, die auf den gesellschaftlichen Umgang mit (psychisch) Kranken abzielt, und ihrer Entwicklung auch den Überblick von Thomas Müller/Heinz-Peter Schmiedebach/Thomas Beddies, Berliner Forschungen zur Psychotherapie- und Psychiatriegeschichte, in: Thomas Müller (Hrsg.), Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung, Husum 2004, S. 291–312.

[18] Porter/Micale, Reflections on Psychiatry and Its History, S. 5.

[19] Porter/Micale, Reflections on Psychiatry and Its History, S. 6.

[20] Porter/Micale, Reflections on Psychiatry and Its History, S. 12.

[21] Siehe Hans-Georg Hofer/Lutz Sauerteig, Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin, in: Medizinhistorisches Journal 42/2 (2007), S. 105–141.

unterschiedlich gedeutet und behandelt worden seien, zugunsten der Auffassung von Krankheit als soziokulturelles Produkt seiner jeweiligen Zeit, in dem sich spezifische Denk- und Wahrnehmungsmuster, Normen, Werte und Praktiken bündeln.[22] Angesichts all der Unterschiede zwischen der Psychiatrie des 19. und der des 20. Jahrhunderts hat sich in den letzten Jahren außerdem zunehmend Widerstand dagegen geregt, Theorien, die für das 19. Jahrhundert plausible Erklärungen und große Erzählungen bieten, unkritisch auf die Psychiatriegeschichtsschreibung des 20. Jahrhunderts anzuwenden.[23] Insbesondere die These der Sozialdisziplinierung, die für die Psychiatriegeschichte des 19. Jahrhunderts durchaus ihre Berechtigung hat, greift zur Erklärung der im 20. Jahrhundert ablaufenden Prozesse und Entwicklungen in der Psychiatrie viel zu kurz.[24] Angesichts dieser Problematik bilanzierten Volker Hess und Benoit Majerus im Jahr 2011: „[I]n contrast to the tried and tested narratives of the nineteenth century, there is no historiographic model that the historical sciences accept as being a reliable framework to interpret the history of psychiatry in the twentieth century."[25]

Die Geschichte der Schizophrenie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu erforschen, bedeutet also auch, eine Geschichte eines Krankheitskonzeptes für eine Zeit zu schreiben, deren Erforschung aus psychiatriegeschichtlicher Perspektive erst am Anfang steht. Die vorliegende Arbeit versteht sich demnach auch als ein Beitrag zur Psychiatriegeschichte nach 1945, indem sie am Konzept der Schizophrenie die Mehrdeutigkeiten, Widersprüchlichkeiten und „Gleichzeitigkeiten des Ungleichzeitigen" des psychiatrischen Diskurses analysiert.[26] Vor allem aber

[22] Grundlegend Volker Roelcke, Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914), Franfurt/New York 1999. Mit dieser Umdeutung von Krankheit verschwindet auch die Versuchung, heutiges Wissen rückwirkend anzuwenden, etwa in dem Sinne, dass Anstrengungen stattfinden, Schizophrenie über die letzten Jahrhunderte hinweg ausfindig zu machen und Personen des Mittelalters oder der Frühen Neuzeit rückwirkend psychiatrische Diagnosen auszustellen. Solche Studien teilen die Annahme, dass es Schizophrenie auch vor dem 20. Jahrhundert gegeben habe und die Psychiatrie bzw. Emil Kraepelin und Eugen Bleuler nur als Entdecker einer natürlichen Einheit fungiert hätten. Damit verfehlen sie jedoch die historische Wirklichkeit, da sie das spezifische Wissen der damaligen Zeit und die spezifische Wahrnehmung, Verarbeitung und Deutung von Zeichen nicht in ihrer historischen Singularität begreifen. Siehe dazu David Fraguas/C. S. Breathnach, Problems with Retrospective Studies of the Presence of Schizophrenia, in: History of Psychiatry 20/1 (2009), S. 61–71.

[23] Vgl. Volker Hess/Benoit Majerus, Writing the History of Psychiatry in the 20th Century, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 139–145, hier S. 139. Zur Geschichte der Professionalisierung der deutschen Psychiatrie im 19. Jahrhundert siehe Eric J. Engstrom, Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice, Ithaca 2003.

[24] Vgl. Hess/Majerus, Writing the History of Psychiatry in the 20th Century, S. 140. Beispielsweise hat Greg Eghigian gezeigt, dass gerade nicht die Institutionalisierung, sondern die Deinstitutionalisierung die Psychiatrie des 20. Jahrhunderts bestimmte, siehe Greg Eghigian, Deinstitutionalizing the History of Contemporary Psychiatry, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 201–214.

[25] Hess/Majerus, Writing the History of Psychiatry in the 20th Century, S. 141.

[26] Zum Diskursverständnis dieser Arbeit siehe Michel Foucault, Die Ordnung des Diskurses [1972]. Mit einem Essay von Ralf Konersmann, Frankfurt am Main [10]2007. Zu den Werken von Foucault siehe Philipp Sarasin, Michel Foucault zur Einführung, Hamburg 2005. Eine

möchte sie mit wissenschafts-, wissens- und kulturgeschichtlichen Fragestellungen ein genaueres Verständnis des Wissens von Schizophrenie für den genannten Zeitraum ermöglichen,[27] indem sie die Geschichte der Schizophrenie als eine Problemgeschichte betrachtet, die sich vor dem spezifischen gesellschaftlichen und kulturellen Hintergrund einer modernen Wissensgesellschaft abspielt.[28] Dabei ist insbesondere für die Zeit von 1950 bis 1980 zu analysieren, welche Vorstellungen und welches Wissen von Schizophrenie in der Psychiatrie darüber bestimmten, was als wissenschaftliche Wahrheit galt, und wie diese „Wahrheit" brüchig oder stabilisiert wurde. Ebenso geht es darum, wie sich die Durchsetzung und Sicherung dieses Wissens in öffentlichen und gesellschaftlichen Räumen gestaltete; andererseits aber auch um die Voraussetzungen der Herstellung dieses Wissens, die zugrundeliegenden Voraussetzungen und diskursiven Regeln.[29]

Unter „Wissen" wird dabei ein „Ensemble von Ideen" begriffen, „das Objekte mit bestimmten Eigenschaften versieht und von einer sozialen Gruppe als gültig und real anerkannt wird".[30] Damit liegt ein Wissensbegriff zugrunde, der von der historischen Wirklichkeit ausgeht und den Akzent auf die Anerkennung als Wissen legt. Daher ist besonders darauf zu achten, wie bestimmtes Wissen in bestimmten Institutionen und Gruppen zum Ausdruck kommt und wie die

einschlägige Einführung in die Diskursanalyse ist Achim Landwehr, Historische Diskursanalyse, Frankfurt am Main 2009. Noch mehr in die Tiefe geht Philipp Sarasin, Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt am Main 2003.

[27] Zur Diskussion der Grenzen von Wissenschaftsgeschichte und den daraus abgeleiteten Perspektiven und Chancen der Wissensgeschichte siehe Jakob Vogel, Von der Wissenschafts- zur Wissensgeschichte. Für eine Historisierung der „Wissensgesellschaft", in: Geschichte und Gesellschaft 30/4 (2004), S. 639–660. Zur neueren, von einem „practical turn" angeleiteten Wissenschaftsgeschichte, wie sie von Ian Hacking und Hans-Jörg Rheinberger angestoßen wurde, vgl. den Überblick in Mitchell G. Ash, Wissenschaftsgeschichte und Wissenschaftsphilosophie. Einführende Bemerkungen, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 35/2 (2012), S. 87–98, hier S. 89–91. Dieser stark an Experimenten und Praktiken interessierte Teil der Wissenschaftsgeschichte spielt in der vorliegenden Arbeit aufgrund der anderen Fragestellung allerdings keine Rolle.

[28] Sie knüpft damit an den Begriff der „Problemgeschichte" des Historikers Otto Gerhard Oexle an, dem zufolge sich die Geschichte des Wissens behandeln lässt „als eine Problemgeschichte der Moderne […], in der wir selbst stehen". Siehe Otto Gerhard Oexle, Was kann die Geschichtswissenschaft vom Wissen wissen?, in: Achim Landwehr (Hrsg.), Geschichte(n) der Wirklichkeit. Beiträge zur Sozial- und Kulturgeschichte des Wissens, Augsburg 2002, S. 31–60, hier S. 33.

[29] Zur aktuellen Wissenschaftsgeschichte siehe Michael Hagner (Hrsg.), Ansichten der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt am Main 2001, darin für die vorliegende Arbeit instruktiv v. a. die Einleitung und der Beitrag von Lorraine Daston über Objektivität, vgl. Lorraine Daston, Die Kultur der wissenschaftlichen Objektivität, in: Michael Hagner (Hrsg.), Ansichten der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt am Main 2001, S. 137–158.

[30] Achim Landwehr, Das Sichtbare sichtbar machen. Annäherungen an „Wissen" als Kategorie historischer Forschung, in: Achim Landwehr (Hrsg.), Geschichte(n) der Wirklichkeit. Beiträge zur Sozial- und Kulturgeschichte des Wissens, Augsburg 2002, S. 61–89, hier S. 71. Siehe außerdem zur Wissensgeschichte die grundsätzlichen Ausführungen von Philipp Sarasin, Was ist Wissensgeschichte?, in: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur (IASL) 36/1 (2011), S. 159–172.

unterschiedlichen Wissensformen um Aufmerksamkeit konkurrieren.[31] Durch eine Beobachtung der psychiatrischen Wissenskultur in diesem Sinne werden unterschiedliche Auffassungen von Schizophrenie ebenso wie Prozesse der psychiatrischen Delegitimierung und Abgrenzungen etwa von psychoanalytischen Wissensinhalten oder Denkstilen sichtbar.[32] Darüber hinaus geben wissens- und wissenschaftsgeschichtliche Fragen aber auch Aufschluss über ihre kulturelle Umgebung. Zum einen ist Wissen stets bedingt durch die Besonderheiten und Voraussetzungen der jeweiligen Kultur, aus der heraus es entsteht. Denkweisen und Grundannahmen, Gesellschaft und Technik stellen – unter anderem – die spezifischen Rahmenbedingungen eines historischen Wissens. Zum anderen stiftet Wissen Kultur, indem es die Welt mit Bedeutungen und Erklärungen versieht, Zusammenhänge herstellt und Wirklichkeitsdeutungen ermöglicht. Vor diesem Hintergrund drängt es sich geradezu auf, das Konzept der Schizophrenie aufgrund seiner Bündelung von gesellschaftlichen und individuellen Fragen als „pattern of explanation rather than a disease in itself"[33] zu begreifen.

Jedoch bestimmte nicht nur die Wissenschaft die Vorstellungen und das Wissen von Schizophrenie, sondern auch das Wissen aus dem Bereich der Erfahrungen oder der Literatur.[34] Wissen findet sich eben nicht nur in wissenschaftlichen Texten, sondern verstreut über verschiedene Textformen. Um die verschiedenen parallelen Wissensbestände von Schizophrenie sichtbar zu machen, die in psychiatrischen Fachtexten, Zeitungsartikeln, literarischen Texten oder Autobiografien nebeneinander existierten, wurde auf Methoden zurückgegriffen, die zum einen nach der Darstellung des Wissens, zum anderen nach seinen Effekten fragen. Wissens- und Kulturgeschichte haben ebenso wie neuere Ansätze der Literaturwissenschaft und Erzählforschung gezeigt, dass die Beziehung zwischen Wissen und Literatur bzw. zwischen Wissen und erzählenden Texten auf spezifische Art

[31] Landwehr, Das Sichtbare sichtbar machen, S. 72.

[32] Der Begriff des Denkstils entlehnt von Ludwig Fleck, vgl. Ludwig Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Mit einer Einleitung herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle, Frankfurt am Main 1980.

[33] Sander L. Gilman, Constructing Schizophrenia as a Category of Mental Illness, in: Edwin R. Wallace/John Gach (Hrsg.), History of Psychiatry and Medical Psychology. With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation, New York 2011, S. 461–483, hier S. 462.

[34] Zu unterschiedlichen Wissensformen siehe Eva Labouvie, Alltagswissen – Körperwissen – Praxiswissen – Fachwissen. Zur Aneignung, Bewertungs- und Orientierungslogik von Wissenskulturen, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 30/2 (2007), S. 119–134. Auch Margit Szöllösi-Janze schloss sich in ihrem Aufsatz über die Wissensgesellschaft als Merkmal der Zeitgeschichte einem Wissensbegriff an, der nicht auf die Wissenschaft beschränkt ist, sondern sie sieht „mehrere, nebeneinander existierende und auch miteinander konkurrierende Formen wissenschaftlichen wie nichtwissenschaftlichen Wissens. Wissenschaft ist die wichtigste, nicht aber unbedingt die einzige Quelle gesellschaftlich relevanten Wissens." Margit Szöllösi-Janze, Wissensgesellschaft in Deutschland. Überlegungen zur Neubestimmung der deutschen Zeitgeschichte über Verwissenschaftlichungsprozesse, in: Geschichte und Gesellschaft 30/2 (2004), S. 277–313, hier S. 280.

und Weise der Generierung, Zirkulation und der Sicherung von Wissen dienen.[35] Aus der Hinwendung der Wissens- und Wissenschaftsforschung zum Textdokument in den letzten Jahren und der genaueren Beobachtung von dessen repräsentativen und epistemischen Funktionen entwickelte sich die Annahme, „dass Narrative nicht lediglich eine literarische oder textuelle Form der Wissensstrukturierung und Wissensvermittlung sind, sondern dass ihnen grundlegende kognitive und epistemische Funktionen zukommen".[36] Parallel zur Entdeckung der Narrativität wissenschaftlicher Texte wurde daher in der Forschung zunehmend nach der Bedeutung nicht-fiktionalen und nicht-literarischen Erzählens gefragt.[37]

[35] Nachdem das Verhältnis von Literatur- und Wissenschaftsgeschichte längere Zeit ambivalent und von Grabenkämpfen gekennzeichnet war, siehe dazu Nicolas Pethes, Literatur- und Wissenschaftsgeschichte. Ein Forschungsbericht, in: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur (IASL) 28/1 (2003), S. 181–231, hat es sich in letzter Zeit zu einer ertragreichen Liaison entwickelt. Zum Verhältnis von Literatur und Wissen erschienen in den letzten Jahren einige Handbücher, siehe als wichtigste Ralf Klausnitzer, Literatur und Wissen. Zugänge, Modelle, Analysen, Berlin 2008; Tilmann Köppe (Hrsg.), Literatur und Wissen. Theoretisch-methodische Zugänge, Berlin 2011; Roland Borgards/Harald Neumeyer/Nicolas Pethes/Yvonne Wübben (Hrsg.), Literatur und Wissen. Ein interdisziplinäres Handbuch, Stuttgart 2013. Von der Bedeutung des Erzählens als Analysekategorie für die Wissenschaftsgeschichte zeugt auch das Zürcher Jahrbuch für Wissenschaftsgeschichte von 2014, siehe David Gugerli/Michael Hagner/Caspar Hirschi/Andreas B. Kilcher/Patricia Purtschert/Philipp Sarasin/Jakob Tanner (Hrsg.), Nach Feierabend 2014. Zürcher Jahrburch für Wissenschaftsgeschichte. Erzählen, Zürich 2014, darin insbesondere die Einleitung. Speziell zu Literatur und Medizin siehe die Forschungsarbeiten von Bettina von Jagow/Florian Steger (Hrsg.), Literatur und Medizin. Ein Lexikon, Göttingen 2005, und Bettina von Jagow/Florian Steger, Was treibt die Literatur zur Medizin? Ein kulturwissenschaftlicher Dialog, Göttingen 2009.

[36] Christina Brandt, Wissenschaftserzählungen. Narrative Strukturen im naturwissenschaftlichen Diskurs, in: Christian Klein/Matias Martinez (Hrsg.), Wirklichkeitserzählungen. Felder, Formen und Funktionen nicht-literarischen Erzählens, Stuttgart 2009, S. 81–109, hier S. 83. Siehe auch Jeannie Moser, Poetologien/Rhetoriken des Wissens. Einleitung, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 11–16, sowie grundlegend Joseph Vogl (Hrsg.), Poetologien des Wissens um 1800, München 1999. Gut erforscht ist die Bedeutung von Metaphern für die Wissensherstellung, siehe Sabine Maasen/Peter Weingart (Hrsg.), Metaphors and the Dynamics of Knowledge, London/New York 2000, und Hans Rudi Fischer (Hrsg.), Eine Rose ist eine Rose … Zur Rolle und Funktion von Metaphern in Wissenschaft und Therapie, Weilerswist 2005. So wurde auch in den psychiatrischen Fachtexten, um Schizophrenie zu beschreiben, in hohem Maße auf Metaphern und Vergleiche zurückgegriffen. Diese narrativen Elemente lenkten über Nicht-Wissen hinweg, konstituierten zugleich aber auch eine spezifische Form des Sprechens über Schizophrenie. In der Wissenschaft vollbringen Metaphern die Leistung, einen Ausdruck für etwas zu schaffen, das sich im Grenzbereich zwischen Wissen und Nicht-Wissen bewegt. Zur erkenntnis- und handlungsleitenden Funktion von Narrativen und Metaphern in den Naturwissenschaften siehe Elisabeth Pernkopf, „Die Natur ist eine Fabel". Narrative und Naturwissenschaften, in: Alexandra Strohmaier (Hrsg.), Kultur – Wissen – Narration. Perspektiven transdisziplinärer Erzählforschung für die Kulturwissenschaften, Bielefeld 2012, S. 323–341, hier S. 332.

[37] Vgl. Ansgar Nünning, Wie Erzählungen Kulturen erzeugen. Prämissen, Konzepte und Perspektiven für eine kulturwissenschaftliche Narratologie, in: Alexandra Strohmaier (Hrsg.), Kultur – Wissen – Narration. Perspektiven transdisziplinärer Erzählforschung für die Kulturwissenschaften, Bielefeld 2012, S. 15–53, hier S. 27. Siehe zur Frage nach dem Verhältnis von Narratologie und faktualem Erzählen auch den Sammelband von Monika Fludernik/Nicole Falkenhayner/Julia Steiner (Hrsg.), Faktuales und fiktionales Erzählen. Interdisziplinäre Per-

Die Frage, welches Wissen von Schizophrenie existierte, erweiterte sich für die vorliegende Arbeit damit zur Frage, welche Erzählungen von Schizophrenie mit diesem Wissen verbunden waren. Zum einen sind wesentliche Teile der psychiatrischen Fachtexte, nämlich die Fallgeschichten, eben als Geschichten und Erzählungen verfasst;[38] zum anderen ist das Wissen von Schizophrenie, das in verschiedenen Kontexten und Texten zirkulierte, wesentlich an bestimmte Formen und Muster, Schizophrenie zu erzählen, gebunden. Schizophrenie wurde nicht nur beschrieben, sondern als eine – sich unterschiedlich ausgestaltende – Geschichte einer bestimmten Entwicklung erzählt. Durch die narrative Strukturierung, die Herstellung von Zusammenhängen und die Gestaltung eines *plots* aber liefert die Erzählung zugleich eine Erklärung, die dem Erzählten überhaupt erst seinen Sinn verleiht.[39] Dabei gilt es diskursanalytisch zu berücksichtigen, wer spricht und wer nicht, wer als „sprechendes oder wahrnehmendes Subjekt und wer als wahrgenommenes und sprachloses Objekt“[40] fungiert, eine Frage, die in dieser Arbeit besonders verfolgt wird, wirft sie doch ein Licht auf die Machtverhältnisse zwischen Psychiater und Patient sowie auf die erlebte Marginalisierung der Patientinnen und Patienten bzw. die Entwicklung von Subjektivierungs- und Sichtbarwerdungsprozessen.[41] Wissen stellt eben nicht nur Kenntnis her, sondern ist auch zentral in Prozesse der Subjektivierung eingebunden, wie Michel Foucault herausgearbeitet hat.

In diesem zwischen Subjekt und gesellschaftlichen Techniken und Praktiken vermittelnden Sinne ist eine Wissensgeschichte immer auch eine Gesellschaftsgeschichte.[42] Um Kulturen und Gesellschaften in ihren Besonderheiten und Gemeinsamkeiten besser zu verstehen, hilft ein vergleichender Blick. Schon lange arbeitet die Psychiatriegeschichte daher mit Vergleichen, etwa wenn untersucht wurde, warum und wie Reformen in manchen Ländern früher und rascher umgesetzt wurden als in anderen.[43] Durch die Verlagerung der Psychiatriegeschichte hin zu wissens- und kulturgeschichtlichen Fragestellungen wurde die nationale Psychiatriegeschichtsschreibung zunehmend kritisch hinterfragt, handelt es sich

spektiven, Würzburg 2015. Zur zentralen Bedeutung von Erzählung und Erzählen für jede Form von Kultur siehe Wolfgang Müller-Funk, Die Kultur und ihre Narrative. Eine Einführung, 2., überarb. u. erw. Aufl., Wien 2008, zur Bedeutung von Erzählung für die Psychoanalyse besonders Kapitel 8, S. 201–224.

[38] Zur Theorie der Fallgeschichten ausführlich in Kapitel II.2.

[39] Nünning, Wie Erzählungen Kulturen erzeugen, S. 41–43.

[40] Nünning, Wie Erzählungen Kulturen erzeugen, S. 30.

[41] Zur Bedeutung von Erzählen in Psychiatrie und Psychotherapie siehe grundlegend Glenn Roberts/Jeremy Holmes (Hrsg.), Healing Stories. Narrative in Psychiatry and Psychotherapy, Oxford/New York 1999.

[42] Zum Ansatz, Wissensgeschichte als Gesellschaftsgeschichte zu begreifen, siehe das *Geschichte und Gesellschaft*-Heft „Wissensgeschichte als Gesellschaftsgeschichte“ sowie die Ansätze der Wissenschaftssoziologie z. B. in Sabine Maasen/Mario Kaiser/Martin Reinhart/Barbara Sutter (Hrsg.), Handbuch Wissenschaftssoziologie, Wiesbaden 2012.

[43] Siehe Marijke Gijswijt-Hofstra/Harry Oosterhuis/Joost Vijselaar/Hugh Freeman (Hrsg.), Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches, Amsterdam 2005.

doch bei vielen der zentralen Annahmen, Wissensinhalte, Methoden und Praktiken der Psychiatrie um transnational zirkulierende Gegenstände.[44] Die Bedeutung des transnationalen Ansatzes für die Zeitgeschichte im Allgemeinen hat erst kürzlich ein neuer Sammelband unterstrichen.[45]

Bei der Entwicklung ihres Ansatzes profitierte die vorliegende Arbeit vom *cultural turn* auch in der vergleichenden bzw. transnationalen Geschichtswissenschaft, der die Bedeutung von Sprache, semantischen Systemen, Symbolen, Begriffen und Diskursen stärker in den Vordergrund hat treten lassen.[46] An die Stelle des sozialwissenschaftlichen Strukturvergleichs rückte die Analyse von textuellen Strukturen und die „akteurzentrierte Analyse von Mentalitäten, Erfahrungen, Optionen, Wahrnehmungen, Deutungen und Entscheidungen",[47] eine Verschiebung, die sich diese Arbeit zu eigen macht und die ihrem wissens- und kulturgeschichtlichen Ansatz entgegenkommt. Durch die Analyse von Ost- und Westdeutschland als gemeinsamer Sprach- und Erfahrungsraum[48] können zwei psychiatrische und therapeutische Kulturen näher beleuchtet werden, die, von gemeinsamen Traditionen ausgehend, unterschiedliche Entwicklungen einschlugen. Dadurch wird die Analyse der kulturellen Deutungsmuster von Krankheit geschärft, wenn nicht überhaupt erst beobachtbar gemacht.[49] Die „systematische Schranke"[50], die dem Vergleich durch Sprachdifferenzen und Übersetzungsschwierigkeiten oft gesetzt ist, entfällt in einer Betrachtung von Ost- und Westdeutschland. Die übergreifende Themenstellung vermeidet zudem eine Messung der DDR am „Erfolgsmodell Bundesrepublik" und zeigt stattdessen im Kontrast die jeweiligen Besonderheiten, Entwicklungen, Ursachen und Bedeutungen im Sinn einer „asymmetrisch verflochtenen Parallelgeschichte".[51] Anpassung und

[44] Siehe z. B. den Sammelband Waltraud Ernst/Thomas Müller (Hrsg.), Transnational Psychiatries. Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective, c. 1800–2000, Newcastle upon Tyne 2010.

[45] Alexander Gallus/Axel Schildt/Detlef Siegfried (Hrsg.), Deutsche Zeitgeschichte – transnational, Göttingen 2015.

[46] Siehe Hannes Siegrist, Perspektiven der vergleichenden Geschichtswissenschaft. Gesellschaft, Kultur und Raum, in: Hartmut Kaelble/Jürgen Schriewer (Hrsg.), Vergleich und Transfer. Komparatistik in den Sozial-, Geschichts- und Kulturwissenschaften, Frankfurt/New York 2003, S. 305–339, hier S. 312.

[47] Siegrist, Perspektiven der vergleichenden Geschichtswissenschaft, S. 313.

[48] In Anlehnung an das von Andreas Wirsching entwickelte Konzept eines gemeinsamen Erfahrungsraums, den es zu vermessen gelte, siehe Andreas Wirsching, Für eine pragmatische Zeitgeschichtsforschung, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 3 (2007), S. 13–18.

[49] Heinz-Gerhard Haupt/Jürgen Kocka, Historischer Vergleich: Methoden, Aufgaben, Probleme. Eine Einleitung, in: Heinz-Gerhard Haupt/Jürgen Kocka (Hrsg.), Geschichte und Vergleich. Ansätze und Ergebnisse international vergleichender Geschichtsschreibung, Frankfurt am Main 1996, S. 9–45.

[50] Haupt/Kocka, Historischer Vergleich: Methoden, Aufgaben, Probleme, S. 35.

[51] Christoph Kleßmann, Konturen einer integrierten Nachkriegsgeschichte, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 18–19 (2005), S. 3–11. Zur Entstehungsgeschichte dieser Begrifflichkeit, die Kleßmann in dieser Formulierung zuerst mehr zugeschrieben wurde als dass er sie originär verwendet hätte, siehe Hermann Wentker, Deutsch-deutsche Geschichte nach 1945, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 1–2 (2005), S. 10–17.

Abgrenzung, Transfer und Perzeption, Öffnung und Verschluss auch gegenüber internationalen Einflüssen bestimmten diese Beziehung gleichermaßen. Deshalb waren für die Untersuchung dieser Entwicklungen auch Ansätze der Transfergeschichte wichtig, die ihr Augenmerk vor allem auf Prozesse der Zirkulation, Aneignung und Modifizierung von Praktiken, Begriffen und Diskursen legt.[52] Da die Zirkulation von Wissen und Erzählungen, die auch Wiederholungen, Rückwanderungen, Modifizierungen und Schlaufenbildungen bedeutet, mit einem transfertheoretischen Sender-Empfänger-Modell aber nur unzureichend beschrieben scheint, orientierte sich die Methode im vorliegenden Fall eher am Verständnis von psychiatrischer Wissenschaft als transnationalen Raum, in dem gemeinsame und unterschiedliche Wissensbestände und -inhalte geteilt und diskutiert wurden.[53] Als nicht unproblematisch erwiesen sich jedoch auch mit diesem Ansatz die unterschiedlichen Voraussetzungen hinsichtlich freier Diskussionsmöglichkeiten in Ost- und Westdeutschland, die sich ebenso in der Menge wie auch in der Qualität der Äußerungen bemerkbar machten.[54] Die unterschiedlichen Bedingungen, unter denen Wissen von Schizophrenie generiert wurde, und die stark verschiedenen Möglichkeiten, es zu präsentieren oder zu diskutieren, mussten hier also stets mitgedacht und berücksichtigt werden.

Aus diesen Ausführungen ergeben sich wiederum einige Überlegungen zur Bedeutung von Wissen, und zwar vor allem des Wissens der „Psy-Disziplinen", für Prozesse der Objektivierung und Subjektivierung: Die Bedeutung von Wissen für die Ordnung und Herstellung von Subjekten in modernen Gesellschaften ist in den letzten Jahren wiederholt deutlich gemacht worden, und die Geschichte des „Selbst" bzw. der „Selbste" erlebte einen Aufschwung. Zu großen Teilen motiviert durch Foucaults spätere Schriften, in der er von der Auffassung der normierenden und ordnenden Macht des Diskurses mehr und mehr zur Vorstellung eines ebenso produktiven Diskurses gelangte, wurde das Selbst zunehmend in seiner doppelten Gestalt als diskursiv bestimmtes, aber auch aktiv handelndes Selbst untersucht.[55] In diesem Kontext rückten die „Psy-Disziplinen" verstärkt ins Zentrum

[52] Siegrist, Perspektiven der vergleichenden Geschichtswissenschaft, S. 316. Siehe zur Kulturtransferforschung außerdem Christiane Eisenberg, Kulturtransfer als historischer Prozess. Ein Beitrag zur Komparatistik, in: Hartmut Kaelble/Jürgen Schriewer (Hrsg.), Vergleich und Transfer. Komparatistik in den Sozial-, Geschichts- und Kulturwissenschaften, Frankfurt/New York 2003, S. 399–417.

[53] John C. Burnham, Transnational History of Medicine after 1950. Framing an Interrogation from Psychiatric Journals, in: Medical History 55 (2011), S. 3–26. Mit Mitchell G. Ash gesprochen, wird dabei davon ausgegangen, dass „Wissenschaftstransfer immer auch Wissenstransfer" ist, jedoch nicht umgekehrt, siehe Mitchell G. Ash, Wissens- und Wissenschaftstransfer – Einführende Bemerkungen, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 29/3 (2006), S. 181–189, hier S. 182. Dort auch die Problematisierung des „Transfer"-Begriffes.

[54] Siehe die Bemerkung einer Forschergruppe, die ein „anormes Absinken der Artikelzahl zum Thema Psychiatrie" notierte, siehe Ulrich Rottleb/Holger Steinberg/Matthias C. Angermeyer, Die Darstellung der Psychiatrie in der „Leipziger Volkszeitung". Eine historische Längsstudie, in: Psychiatrische Praxis 34 (2007), S. e17–e25, hier S. e19.

[55] Siehe Charles Taylor, Sources of the Self. The Making of the Modern Identity, Cambridge, Mass. 1989, und Andreas Reckwitz, Das hybride Subjekt. Eine Theorie der Subjektkulturen

der Aufmerksamkeit, da sie für das Selbst des 20. Jahrhunderts von besonderer funktioneller Bedeutung waren: Sie lieferten das für Prozesse der Subjektivierung im 20. Jahrhundert erforderliche Rüstzeug in Form von Wissen, Erklärungen und Techniken.[56]

Studien der jüngeren Zeit haben daher nicht nur auf die von den „Psy-Disziplinen" bereitgestellten Diskurse und Praktiken als Techniken moderner Gouvernementalität abgezielt, sondern vor allem auch auf die widersprüchlichen Erscheinungen und Folgen dieser Techniken in Zeiten gesellschaftlichen und kulturellen Wandels hingewiesen. So hat beispielsweise die australische Soziologin Katie Wright hervorgehoben, dass psychologisches Wissen und therapeutische Techniken in einer als zunehmend unübersichtlich empfundenen Welt als Hilfestellung fungieren, indem sie eine spezifische Art und Weise vorschlagen und vermitteln, wie mit dieser komplexen Welt und dem eigenen Leben darin umzugehen sei – natürlich nicht ohne zugleich auch neue Aufgaben und Herausforderungen zu formulieren, für die sie weitere Lösungsansätze bereithalten. In dieser Funktion haben sich Psychologie und therapeutische Kultur gemeinsam mit der modernen Gesellschaft ausgebildet und in wechselseitigen oder gemeinsamen Anpassungsverhältnissen an veränderte historische Umgebungen stets weiterentwickelt.[57]

Dass und wie die wachsenden Ansprüche an die Selbstführungsqualitäten des Individuums mit dem Aufstieg der Psychoanalyse bzw. -therapie in einem gegenseitigem Verstärkungs- und Verbreitungsprozess auch im deutschsprachigen

von der bürgerlichen Moderne zur Postmoderne, Weilerswist 2006. Die vorliegende Arbeit ist geprägt von Foucaults Gouvernementalitäts-Vorstellungen diskursiv entstehender Subjekte, die mit „Technologien des Selbst" zur „Sorge um sich selbst" und damit zur Arbeit an sich angeleitet werden. Entfaltet wurde diese Vorstellung in seinem Werk über Sexualität als Dispositiv, v. a. im dritten Band, siehe Michel Foucault, Sexualität und Wahrheit. Die Sorge um sich, Frankfurt am Main 1986; v. a. aber in seinen erst seit einigen Jahren auch auf Deutsch vorliegenden Vorlesungen, hervorgehoben seien die Vorlesungen über die Geschichte der Gouvernementalität, v. a. Michel Foucault, Geschichte der Gouvernementalität. 2: Die Geburt der Biopolitik. Vorlesung am Collège de France 1978–1979, Frankfurt am Main 2004, sowie Michel Foucault, Die Regierung des Selbst und der anderen. 1: Vorlesung am Collège de France 1982–1983, Frankfurt am Main 2009. Einschlägig ist auch die Weiterentwicklung der Subjektivierungsidee in Richtung des im neoliberalen Setting produzierten unternehmerischen Selbst, vgl. Ulrich Bröckling, Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, Frankfurt am Main 2009.

[56] Grundlegend hat Kurt Danziger in „Constructing the Subject" für die Zeit vom späten 19. Jahrhundert bis in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein herausgearbeitet, wie die wissenschaftliche Psychologie mit experimentellen Methoden versuchte, Persönlichkeit messbar und beobachtbar zu machen, und dabei spezifische Annahmen über das Subjekt generierte. Dabei arbeitete Danziger mit einer sozialkonstruktivistischen Methode, die besonders auf die sozialen Rahmenbedingungen und Hintergründe der Wissensproduktion achtete, nicht ohne – wie Hacking – auch auf die Grenzen des Konstruktivismus hinzuweisen, siehe Kurt Danziger, Constructing the Subject. Historical Origins of Psychological Research, Cambridge/New York 1990.

[57] Katie Wright, The Rise of the Therapeutic Society. Psychological Knowledge & the Contradictions of Cultural Change, Washington, DC 2011.

Raum verbunden waren, zeigen jüngere zeitgeschichtliche Forschungen.[58] Während sich jeweils darüber diskutieren lässt, wie sich Repressionsmechanismen und Machtwirkungen im spezifischen Fall zu Subjektivität verhalten und analysieren lassen oder ob es so etwas wie gelungene Subjektivierung angesichts der Allgegenwart von Macht überhaupt geben kann, so ist den neueren Forschungen doch als Grundlage die „grundsätzliche Einsicht in die Historizität und soziokulturelle Bedingtheit von Subjektivierungsweisen und Psychowissen"[59] gemeinsam. Auch im Schizophreniediskurs machte sich die doppelte Wirkung von Normierung und Subjektivierung bemerkbar. Einerseits formulierte der psychiatrische, psychologische, psychotherapeutische und psychoanalytische Diskurs bestimmte Auffassungen und Definitionen (Ordnungen) von Schizophrenie und setzte in seinen Behandlungsmethoden auf normierende und normierte Methoden; andererseits wurden aber auch Elemente dieses Diskurses angewandt, um Subjektbildungsprozesse zu unterstützen. Diese Beobachtung entspricht Foucaults These vom Ende des Subjekts, in der er darauf hinwies, dass Geschichte und Diskurs nicht vom Subjekt als dessen Ursprung und Sinn zu denken seien, sondern genau umgekehrt: Das Subjekt entsteht in seiner Geschichte und ist zugleich der Moment, in dem sich der Diskurs abspielt und erneuert.[60] Foucault widmete sich daher den Prozeduren, „durch die sich das Subjekt selbst analysiert, entziffert und anerkennt"[61] – ein Ansatz, der auch hier am Beispiel der Schizophrenie verfolgt wird.

3. Forschungsstand

Die deutsche Psychiatriegeschichte im 20. Jahrhundert ist unter sozial- und politikgeschichtlichen Fragestellungen besonders für die Weimarer Republik und die NS-Zeit gut erforscht.[62] Studien zur Psychiatriegeschichte ab 1945 konzentrieren

[58] Zuletzt und umfassend Maik Tändler, Das therapeutische Jahrzehnt. Der Psychoboom in den siebziger Jahren, Göttingen 2016.

[59] Maik Tändler/Uffa Jensen, Psychowissen, Politik und das Selbst. Eine neue Forschungsperspektive auf die Geschichte des Politischen im 20. Jahrhundert, in: Maik Tändler/Uffa Jensen (Hrsg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung. Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012, S. 9–35, hier S. 18. Der Beitrag bietet einen sehr guten Überblick über die zentralen Themen und Fragestellungen.

[60] Siehe zum Subjektbegriff im Werk von Foucault und den Prozessen der Subjektivierung Roberto Nigro, Spiele der Wahrheit und des Selbst zwischen Macht und Wissen, in: Klaus W. Hempfer/Anita Traninger (Hrsg.), Macht, Wissen, Wahrheit, Freiburg im Breisgau 2005, S. 41–53.

[61] Nigro, Spiele der Wahrheit und des Selbst, S. 51.

[62] Grundlegend Dirk Blasius, „Einfache Seelenstörung". Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945, Frankfurt am Main 1994. Siehe stellvertretend zur mittlerweile kaum noch zu überblickenden Literatur über Psychiatrie in der NS-Zeit Michael von Cranach/Hans-Ludwig Siemen (Hrsg.), Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, München 1999; Franz-Werner Kersting (Hrsg.), Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert, Paderborn 1993; zur

sich bisher auf einzelne Anstalten oder Kliniken,[63] Reformen bzw. Reformpläne[64] und die Sozialpsychiatrie[65] sowie die Geschichte der Psychopharmaka. Seit Viola Balz' umfassender Studie „Zwischen Wirkung und Erfahrung" über die Entdeckung und Einführung des Chlorpromazin sind verschiedene Beiträge zu dieser Thematik erschienen, die zum Teil auch auf die Tätigkeiten von DFG-Netzwerken bzw. Forschergruppen zurückzuführen sind.[66]

Psychotherapie in der NS-Zeit siehe Geoffrey Cocks, Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute, 2., erweiterte Auflage, New Brunswick 1997. Zur Geschichte der wichtigsten psychiatrischen Fachgesellschaft erschien jüngst Hans-Walter Schmuhl, Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus, Berlin 2016.

[63] Mit einem Vergleich von Ost- und Westdeutschland siehe Sabine Hanrath, Zwischen „Euthanasie" und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964), Paderborn 2002; exemplarisch siehe außerdem Hanfried Helmchen (Hrsg.), Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin, Langerich u. a. 2008; Manfred Kretschmer, Die Weissenau. Psychiatrisches Krankenhaus von 1945 bis 1990. Geschichte und Erinnerungen. Mit einem Geleitwort von Günter Hole, Zwiefalten 2002; Ansgar Weißer (Hrsg.), Psychiatrie, Geschichte, Gesellschaft. Das Beispiel Eickelborn im 20. Jahrhundert, Bonn 2009. Aktuell erschienen ist außerdem eine Arbeit von Sophie Ledebur zu den österreichischen Anstalten Am Steinhof, die zeigt, wie Anstaltsgeschichte und Wissensgeschichte miteinander verbunden werden können, siehe Sophie Ledebur, Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien, Wien u. a. 2015.

[64] Einschlägig und zu Reformen bzw. Reformvorhaben in Ost- und Westdeutschland der Sammelband von Franz-Werner Kersting (Hrsg.), Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre, Paderborn 2003; siehe hinsichtlich wissenschaftspolitischer Fragestellungen auch Wilfried Rudloff, Expertenkommissionen, Masterpläne und Modellprogramme. Die bundesdeutsche Psychiatriereform als Paradefall „verwissenschaftlichter" Politik?, in: Archiv für Sozialgeschichte 50 (2010), S. 169–216; Heiner Keupp, Prävention im Rahmen der bundesrepublikanischen Psychiatriereform. Mehr als Rhetorik?, in: Thomas Elkeles (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–2000, Berlin 1991, S. 399–418.

[65] Mit einem Überblick über die wichtigsten Stränge, Ideen und Modelle sowie einer Klärung des Begriffs „Sozialpsychiatrie" Heinz-Peter Schmiedebach/Stefan Priebe, Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century: Ideas and Models, in: Medical History 48/4 (2004), S. 449–472; für eine Innenperspektive Heinz Häfner/Hans Martini, Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Gründungsgeschichte und Gegenwart, München 2011.

[66] So etwa das DFG-Netzwerk „Magic bullets und chemische Knebel. Historische Perspektiven der Epistemologie, Herstellung, Regulierung und Anwendung von Arzneistoffen im 20. Jahrhundert" und das von Viola Balz und Ulrike Klöppel durchgeführte DFG-Forschungsprojekt „Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR, 1952–1989". An wichtigster Forschungsliteratur siehe Viola Balz, Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980, Bielefeld 2010; Ulrike Klöppel/Viola Balz, Psychopharmaka im Sozialismus. Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 33/4 (2010), S. 382–400; Viola Balz/Ulrike Klöppel, Wendung nach Innen. Sozialpsychiatrie, Gesundheitspolitik und Psychopharmaka in der Deutschen Demokratischen Republik, 1960–1989, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 63/4 (2015), S. 539–567; in diesem Kontext siehe auch den Überblick von Heiko Stoff, Wirkstoffe. Eine Wissenschaftsgeschichte der Hormone, Vitamine und Enzyme, 1920–1970, Stuttgart 2012.

Als gut erforscht kann außerdem die Frage gelten, wie weit die Psychiatrie in der DDR – wie in der Sowjetunion – systematisch in den Dienst der Staatssicherheit gestellt und für politische Zwecke eingesetzt worden ist.[67]

Forschungslücken bestehen dagegen, wenn man die politik-, sozial- und wissenschaftsgeschichtlichen Pfade der Psychiatriegeschichte verlässt. Ausdifferenzierte und an soziale und kulturelle Entwicklungen angebundene Geschichten des psychiatrischen Wissens und der psychiatrischen Kultur, wie sie im angloamerikanischen Bereich vorliegen, fehlen für die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts noch weitgehend.[68] Der Einfluss der Kulturgeschichte und der neueren Gesellschaftsgeschichte auf die Medizin- und Psychiatriegeschichte macht sich jedoch

Erforscht wurden in letzter Zeit auch die körperlichen Behandlungsmethoden, allerdings nicht für den hier gefassten Untersuchungs(zeit)raum, siehe Hans-Walter Schmuhl/Volker Roelcke (Hrsg.), „Heroische Therapien". Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918–1945, Göttingen 2013; Markus Hedrich, Medizinische Gewalt. Elektrotherapie, elektrischer Stuhl und psychiatrische „Elektroschocktherapie" in den USA, 1890–1950, Bielefeld 2014.

[67] Den Beginn machte Sonja Süß' großangelegte Studie von 1998, siehe Sonja Süß, Politisch missbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR, Berlin 1998. Darin kam Süß zu dem Ergebnis, dass kein systematischer Missbrauch wie in der Sowjetunion im Sinne der Psychiatrisierung von politischen Gegnern stattgefunden habe, wohl aber Befugnisüberschreitungen und Verletzungen der ärztlichen Schweigepflicht. Den Anteil der Inoffiziellen Mitarbeiter unter den Ärztinnen und Ärzten schätzte Süß auf drei bis fünf Prozent. Die Arbeit von Francesca Weil vertiefte das Wissen über die Ärzteschaft und deren Motive und Spielräume in der Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Staatssicherheit, siehe Francesca Weil, Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR, Göttingen 2008. Anna-Sabine Ernst konnte zeigen, dass keine weitreichende „Sowjetisierung" der Ärzteschaft und der Medizin stattfand, sondern eher von einer Fortsetzung der Tradition staatsregulierter Professionen wie eben der ärztlichen zu sprechen sei. Den Grund dafür sah sie in der Stabilität des bildungsbürgerlichen Ärztemilieus, siehe Anna-Sabine Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus". Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945–1961, Münster u. a. 1997. Theoretisch flankiert wurden diese Studien von Beiträgen wie beispielsweise von Mitchell G. Ash, der diskutierte, inwieweit überhaupt generell von „sauberer" Wissenschaft gesprochen werden kann, und den Begriff des Missbrauchs wissenschaftshistorisch problematisierte, siehe Mitchell G. Ash, Wissenschaftshistorische Stellungnahme zur „Operativen Psychologie", in: Klaus Behnke/Mitchell G. Ash (Hrsg.), Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi, Hamburg 1995, S. 214–225. Übereinstimmend lautete das Urteil, dass es keine Anzeichen von einem Missbrauch der Psychiatrie wie in der Sowjetunion, wo politische Gegner als schizophren diagnostiziert und in Anstalten untergebracht wurden, gebe. Allerdings waren unter den Ärztinnen und Ärzten zahlreiche Inoffizielle Mitarbeiter des Staatssicherheitsdienstes, und psychologisches Wissen wurde für sogenannte „Zersetzungsmaßnahmen", also seelische Destabilisierungsstrategien, produziert und eingesetzt, siehe den Sammelband Klaus Behnke/Mitchell G. Ash (Hrsg.), Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi, Hamburg 1995.

[68] Beispiele solcher Geschichtsschreibung sind etwa Michael E. Staub, Madness is Civilization. When the Diagnosis Was Social, 1948–1980, Chicago 2011, und Martin Halliwell, Therapeutic Revolutions. Medicine, Psychiatry and American Culture, 1945–1970, New Brunswick, NJ u. a. 2013. Ansätze dafür liefert jedoch Anthony D. Kauders Studie über die Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland, siehe Anthony D. Kauders, Der Freud-Komplex. Eine Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland, Berlin 2014. Außerdem erschien 2016 die Arbeit von Maik Tändler über den Psycho-Boom in Westdeutschland, Maik Tändler, Das therapeutische Jahrzehnt. Der Psychoboom in den siebziger Jahren, Göttingen 2016.

zunehmend bemerkbar. So ist eine Hinwendung zum Patienten als Subjekt auszumachen, die sich stärker als zuvor für seinen Eigensinn und seine Anstaltswirklichkeit interessiert und zunehmend Egodokumente, Selbstzeugnisse und Patientengeschichten als Quellen entdeckt, sich allerdings bisher stark – auch aus Quellengründen – auf das 19. Jahrhundert und die Jahrhundertwende konzentriert.[69] Darüber hinaus ist hinsichtlich der Erforschung von Krankheitskonzepten und -vorstellungen in den letzten fünf Jahren ein regelrechter Boom festzustellen, angestoßen von einem neuen Interesse an den Zusammenhängen von Krankheit, Psyche, Gesellschaft und Kultur. Die Depression, die Hysterie, die multiple Persönlichkeitsstörung, Autismus, das Trauma und das Stresskonzept wurden bereits vielfältig erforscht.[70]

Auch über die Geschichte der Schizophrenie erschienen in jüngster Zeit zwei Studien. Mit ihrer Studie „The sublime object of psychiatry" brachte Angela Woods eine ideen- und kulturgeschichtlich orientierte Arbeit über Schizophrenie heraus, welche die besondere Stellung der Schizophrenie sowohl in der psychiatrischen Wissenschaft als auch in der Kultur herausarbeitet.[71] Mit Brigitta Bernets

[69] Siehe Karen Nolte, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900, Frankfurt am Main 2003; Monika Ankele, Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn, Wien 2009; Yvonne Wübben, Verrückte Sprache. Psychiater und Dichter in der Anstalt des 19. Jahrhunderts, Paderborn 2012; Sibylle Brändli/Barbara Lüthi/Gregor Spuhler (Hrsg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt am Main/New York 2009; Michaela Ralser, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900, Paderborn/München 2010.

[70] Siehe als wichtigste Studien zur Depression Nadine Teuber, Das Geschlecht der Depression. „Weiblichkeit" und „Männlichkeit" in der Konzeptualisierung depressiver Störungen, Bielefeld 2011; Konstantin Ingenkamp, Depression und Gesellschaft. Zur Erfindung einer Volkskrankheit, Bielefeld 2012; Alain Ehrenberg, Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Frankfurt am Main 2008; zum Autismus Klaus-Jürgen Neumärker, „… der Wirklichkeit abgewandt". Eine Wissenschafts- und Kulturgeschichte des Autismus, Berlin 2010; zum Stresskonzept Patrick Kury, Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout, Frankfurt am Main 2012; Mark Jackson, The Age of Stress. Science and the Search for Stability, Oxford 2013; David Cantor/Edmund Ramsden (Hrsg.), Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century, Rochester, NY 2014; zum Trauma Ulrich Koch, Schockeffekte. Eine historische Epistemologie des Traumas, Zürich 2013; José Brunner, Die Politik des Traumas. Gewalterfahrungen und psychisches Leid in den USA, in Deutschland und im Israel-Palästina-Konflikt, Berlin 2014; zur multiplen Persönlichkeitsstörung Ian Hacking, Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory, Princeton, N. J. 1995, dt. Übersetzung Ian Hacking, Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne, München u. a. 1996. Zum Trauma erscheint in Kürze Anne Freese, Der Trauma-Diskurs in der Bundesrepublik. Vom Vietnam-Syndrom bis zur Posttraumatischen Belastungsstörung (Dissertation HU Berlin 2016).

[71] Angela Woods, The Sublime Object of Psychiatry. Schizophrenia in Clinical and Cultural Theory, Oxford/New York 2011. Damit ergänzte sie ältere Studien, die die Ideen- und Kulturgeschichte der Schizophrenie v. a. im Bereich der Kunst und Literatur aufsuchten, wie Louis A. Sass, Madness and modernism. Insanity in the light of modern art, literature, and thought, New York, NY 1992, und Sander L. Gilman, Seeing the Insane. A Cultural History of Madness and Art in the Western World, New York/Chichester 1982.

Werk „Schizophrenie“ erschien schließlich 2013 eine Geschichte über die Anfänge der Schizophrenie, die das Schizophreniekonzept umfassend historisierte und mit geschichtswissenschaftlichen Methoden aufarbeitete.[72] Akribisch zeichnet Bernet darin die Ursprünge und die Entstehung des Schizophreniekonzeptes am Burghölzli unter Eugen Bleuler nach und ordnet diese psychiatrische Geschichte in gesamtgesellschaftliche Bezüge ein. Konsequent stellt sie außerdem Bezüge zur Geschichte des Selbst her und belegt, wie psychiatrische Krankheitsvorstellungen und Selbstkonzepte ineinandergreifen.[73] Ganz ähnlich arbeitete auch die Zürcher Historikerin Marietta Meier in einem Aufsatz psychiatrische Persönlichkeitsvorstellungen heraus und identifizierte die Vorstellung einer „linearen, evolutionären (Rück-)Entwicklung“[74] als zentrale Denkfigur von Psychiatrie und Psychoanalyse im 20. Jahrhundert.

Für die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts und für den deutschsprachigen Raum fehlte bisher eine auf die Schizophrenie konzentrierte Studie. Anstöße für eine solche Arbeit boten die 2009 und 2010 erschienenen Arbeiten von Svenja Goltermann und Cornelia Brink. Während Brink eine Langzeitgeschichte der Psychiatrie an der Schwelle zwischen Gesellschaft und Anstalt beschrieb und dabei insbesondere das Verhältnis von Psychiatrie und Öffentlichkeit auslotete,[75] konzentrierte sich Svenja Goltermann in ihrer Studie über die Kriegsheimkehrer auf einen spezifischen Wandel im psychiatrischen Wissen in den sechziger Jahren.[76] Bei Cornelia Brink ist Schizophrenie eher implizit in ihrer Kategorie des „Wahnsinns“ inbegriffen, ohne sie aber analytisch eigens herauszuarbeiten. Goltermanns Arbeit streift den Schizophreniediskurs dagegen dort, wo es um die psychiatrischen Diagnosen für die Leiden der Kriegsheimkehrer ging. Seit 2013 arbeitet außerdem eine vom Schweizerischen Nationalfond geförderte Forscherinnengruppe an einem Forschungsprojekt mit dem Titel „Schizophrenie: Rezeption, Bedeutungswandel und Kritik eines Begriffes im 20. Jahrhundert“.[77]

[72] Brigitta Bernet, Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes um 1900, Zürich 2012. Ebenfalls zur Frühphase der Schizophrenie Alexander Friedland/Rainer Herrn, Die Einführung der Schizophrenie an der Charité, in: Volker Hess (Hrsg.), Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne, Wien 2012, S. 207–258.

[73] Siehe dazu auch ihren Aufsatz Brigitta Bernet, Ordnung des Selbst. Voraussetzungen von Mündigkeit um 1900, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 171–183.

[74] Marietta Meier, Stufen des Selbst. Persönlichkeitskonzepte in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts, in: Historische Anthropologie 19/3 (2011), S. 391–410, hier S. 410.

[75] Cornelia Brink, Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980, Göttingen 2010.

[76] Svenja Goltermann, Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009.

[77] Forschungsprojekt „Schizophrenie“, Rezeption, Bedeutungswandel und Kritik eines Begriffes im 20. Jahrhundert, URL: http://www.schizophrenie.uzh.ch/de.html, letzter Zugriff am 30.10.2017. Zur Geschichte der Psychiatrie in der Schweiz siehe Cathrine Fussinger/Urs Germann/Martin Lengwiler/Marietta Meier (Hrsg.), Psychiatriegeschichte in der Schweiz (1850–2000). Histoire de la psychiatrie en Suisse (1850–2000), Zürich 2003, und Marietta Meier/

In diesem Rahmen erarbeitet Marina Lienhard das historische Teilprojekt „A family-borne disease. Schizophrenie und Familie als Forschungszusammenhang, 1948–1983", mit dem die vorliegende Arbeit in einem Ergänzungsverhältnis steht.[78] Jüngst erschienen ist außerdem „A Critical History of Schizophrenia" des Psychologen Kieran McNally, das in eher essayistischem Stil den kulturellen Mehrdeutigkeiten der Schizophrenie nachgeht.[79]

Wichtige Arbeiten zur Psychiatrie im 20. Jahrhundert und ihr Verhältnis zu Psychoanalyse und Psychotherapie in Westdeutschland stammen außerdem von Volker Roelcke.[80] Entsprechende Forschungen für die Psychiatrie der DDR legte Greg Eghigian vor, der insbesondere das Verhältnis von Staat, Politik, Therapie und Subjekt erforschte.[81]

Von diesen Studien und Projekten abgesehen, sind Informationen über die Geschichte der Schizophrenie weit verstreut, beispielsweise in psychiatriehisto-

Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007.

[78] Die Arbeiten haben eine unterschiedliche Quellenbasis, Fragestellung und Orientierung. Lienhards Studie fokussiert die angelsächsische sozialpsychiatrische Familienforschung und schließt damit eine wichtige Forschungslücke, die auch beim Verfassen der vorliegenden Arbeit immer wieder spürbar wurde.

[79] Kieran McNally, A Critical History of Schizophrenia, Basingstoke 2016.

[80] Siehe als im vorliegenden Kontext wichtigste Volker Roelcke, Psychotherapy between Medicine, Psychoanalysis, and Politics: Concepts, Practices, and Institutions in Germany, c. 1945–1992, in: Medical History 48/04 (2004), S. 473–492, und Volker Roelcke, Rivalisierende „Verwissenschaftlichungen des Sozialen". Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie im 20. Jahrhundert, in: Jürgen Reulecke/Volker Roelcke (Hrsg.), Wissenschaften im 20. Jahrhundert: Universitäten in der Wissenschaftsgesellschaft, Stuttgart 2008, S. 131–148. Roelcke lieferte mit dem an Lutz Raphael angelehnten Konzept der „rivalisierenden Verwissenschaftlichung des Sozialen" nicht nur ein Konzept, um das Verhältnis von Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie untereinander zu beschreiben, sondern entwickelte auch eine Periodisierung der psychiatrischen Zeitgeschichte, vgl. z. B. Volker Roelcke, Continuities or Ruptures? Concepts, Institutions and Contexts of Twentieth Century German Psychiatry and Mental Health Care, in: Marijke Gijswijt-Hofstra/Harry Oosterhuis/Joost Vijselaar/Hugh Freeman (Hrsg.), Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches, Amsterdam 2005, S. 162–182. Roelcke gibt auch erste Hinweise darauf, dass die anthropologischen Ansätze der fünfziger Jahre den Pfad für den Wandel von einer somatischen zu einer psychosozialen Psychiatrie mit vorbereiteten, siehe z. B. ebd., S. 173.

[81] Als wichtigste Arbeit hier Greg Eghigian, Was There a Communist Psychiatry? Politics and East German Psychiatric Care, 1945–1989, in: Harvard Rev Psychiatry 10 (2002), S. 364–368; Greg Eghigian, Der Kalte Krieg im Kopf. Ein Fall von Schizophrenie und die Geschichte des Selbst in der sowjetischen Besatzungszone, in: Historische Anthropologie 11/1 (2003), S. 101–122; Greg Eghigian, Care and Control in a Communist State. The Place of Politics in East German Psychiatry, in: Marijke Gijswijt-Hofstra/Harry Oosterhuis/Joost Vijselaar/Hugh Freeman (Hrsg.), Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches, Amsterdam 2005, S. 183–199.

rischen Sammelbänden[82] und psychiatriegeschichtlichen Gesamtdarstellungen.[83] Darüber hinaus bieten von Vertretern des Faches Psychiatrie verfasste Überblickswerke zwar einen guten Einstieg in die Geschichte der Psychiatrie, sind jedoch für speziell historische Fragestellungen oft zu wenig anschlussfähig.[84] Dasselbe gilt für die von Psychologen bzw. Psychiatern verfassten Geschichten der Psychotherapie. Gemeinsam ist ihnen außerdem häufig ein innerfachlicher Standpunkt sowie eine Beurteilung psychiatrie- und therapiehistorischer Prozesse nach heutigem Wissensstand, Paradigmen oder auch ethisch-humanistischen Gesichtspunkten. Allerdings bieten diese von Psychiatern oder Therapeuten verfassten Arbeiten einen sehr guten Überblick über größere Zusammenhänge, Entwicklungen und Schulen des Fachs sowie ein Detailwissen, von dem wiederum die Geschichtswissenschaft erheblich profitieren kann. Ihre Hinweise zur Schizophrenie sind heterogen. Wichtige Konzepte und Deutungen der Schizophrenie werden mehr oder weniger ausführlich erwähnt, aufgrund der anders gewichteten Fragestellung aber kaum kontextualisiert.[85] Ausnahmen sind Arbeiten, die sich dezidiert mit der Psychosenpsychotherapie auseinandersetzen.[86] Sie liefern

[82] Besonders einflussreich und nach wie vor bedeutsam German E. Berrios/Roy Porter (Hrsg.), A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders, New York 1995; Roberta E. Bivins/John V. Pickstone/Roy Porter (Hrsg.), Medicine, Madness, and Social History. Essays in Honour of Roy Porter, Basingstoke/New York 2007; außerdem Edwin R. Wallace/John Gach (Hrsg.), History of Psychiatry and Medical Psychology. With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation, New York 2011.

[83] Als zwei der wichtigsten frühen sozialgeschichtlichen Arbeiten Klaus Dörner, Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt am Main 1969, und Dirk Blasius, Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Frankfurt am Main 1980. Neuere Darstellungen sind Blasius, „Einfache Seelenstörung"; Shorter, Geschichte der Psychiatrie; Roy Porter, Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte, Frankfurt am Main 2007.

[84] So der Fall bei Heinz Schott/Rainer Tölle, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006; Heinz Häfner, Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt, 3., vollst. überarb. Aufl., München 2005; siehe auch das Handbuch von Heinz Böker (Hrsg.), Psychoanalyse und Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis, Berlin 2006, und den darin enthaltenen Überblick über das psychodynamische bzw. multifaktorielle Konzept von Schizophrenie.

[85] Wolfgang Schmidbauer stellt im Rahmen eines Überblicks über die psychiatrischen Therapien die verschiedenen körperlichen Behandlungsmethoden kritisch dar und diskutiert die auf Gregory Bateson zurückgehende familientheoretische Vorstellung von Schizophrenie. Kurz erwähnt er auch, dass es die Psychoanalyse – v. a. Carl Gustav Jung – gewesen sei, die einen verständlichen Sinn hinter dem Reden des Wahnsinns vermutet hätte, siehe Wolfgang Schmidbauer, Die Geschichte der Psychotherapie. Von der Magie zur Wissenschaft, vollst. überarb. Neuausg., München 2012, S. 308. Edgar Heim verweist auf die Initiative der beiden Schweizer Psychiater Gaetano Benedetti und Christian Müller bei der psychotherapeutischen Behandlung von Schizophrenie sowie auf die amerikanischen Vertreter der interpersonalen Theorie. Um einen Überblick über die Geschichte, Methodik und Herangehensweise der Psychotherapie zu bekommen, sind diese Arbeiten ausgezeichnet geeignet. Siehe außerdem als Überblick über die Entwicklungen und Ideen der Psychoanalyse Michael Ermann, Psychoanalyse in den Jahren nach Freud. Entwicklungen 1940–1975, Stuttgart 2009; Michael Ermann, Psychoanalyse heute. Entwicklungen seit 1975 und aktuelle Bilanz, Stuttgart 2010.

[86] Siehe Dorothea von Haebler (Hrsg.), Psychosenpsychotherapie im Dialog. Zur Gründung des DDPP, Göttingen 2011; Yrjö O. Alanen/Manuel González de Chávez/Ann-Louise S. Silver/

einen kursorischen Überblick über die Geschichte der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlung von Schizophrenie, wenn auch nicht umfassend, sondern in Form von Schlaglichtern. Solche Beiträge sind oft auch auf die Anwendbarkeit des historischen Wissens für die aktuelle Psychotherapieforschung im Sinne einer Wiederentdeckung von verlorengegangenem oder vergessenem Wissen ausgerichtet und bemühen sich um eine historische Legitimierung des – auch heute noch nicht überall akzeptierten – Ansatzes, Schizophrenie mit psychotherapeutischen Verfahren zu behandeln.[87] In letzter Zeit hat das Interesse für die Geschichte der Psychotherapie jedoch auch in der Psychiatriegeschichte zugenommen, die dieses Feld nicht länger allein den „Praktikern" und ihren Deutungsansätzen überlassen will.[88]

Während all diese Umstände dazu beigetragen haben, dass in der deutschen Geschichtswissenschaft bisher wenig über die Psychotherapie der Psychosen und ihre Bedeutung für die Psychiatrie bekannt war, ist nun auch von anderer Seite aus Bewegung in die Geschichtsschreibung der Psychoanalyse- und Psychotherapiegeschichte gekommen. Wie die Geschichte der Krankheit(en) ist auch die Geschichte von Psychoanalyse und Psychotherapie momentan ein lebendiges Forschungsfeld.[89] Vor allem im Kontext der neuen Selbst- bzw. Subjektforschung als Erforschung der „Psy-Disziplinen" oder des „Psycho-Wissens" wird die Geschichte von Psychoanalyse, Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie neu gefasst.[90] So haben etwa Nikolas Rose und Eva Illouz gezeigt, welche Be-

Brian Martindale (Hrsg.), Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future, London/New York 2009.

87 Siehe z. B. die Beiträge von Klaus Hoffmann und Stavros Mentzos in dem soeben zitierten Sammelband, Klaus Hoffmann, The Development of Psychosis Psychotherapy in Switzerland, in: Yrjö O. Alanen/Manuel González de Chávez/Ann-Louise S. Silver/Brian Martindale (Hrsg.), Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future, London/New York 2009, S. 108–123; Stavros Mentzos, The Development of Psychosis Psychotherapy in Germany and Austria, in: Yrjö O. Alanen/Manuel González de Chávez/Ann-Louise S. Silver/Brian Martindale (Hrsg.), Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future, London/New York 2009, S. 124–136; ebenfalls Claus Happach/Theo Piegler, Zur Geschichte der psychoanalytischen Behandlung von Psychosen, in: Psychotherapeut 45 (2000), S. 39–43.

88 Siehe Thomas Müller (Hrsg.), Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung, Husum 2004.

89 Als Standardwerk zur Geschichte der Psychoanalyse als Wissenschaft, gesellschaftliche Praxis und Ideenspender im 20. Jahrhundert siehe Eli Zaretsky, Secrets of the Soul, New York 2004, in dt. Übersetzung vorliegend als Eli Zaretsky, Freuds Jahrhundert. Die Geschichte der Psychoanalyse, München 2009. Zur Geschichte der Psychologie siehe Mitchell G. Ash/Ulfried Geuter (Hrsg.), Geschichte der deutschen Psychologie im 20. Jahrhundert. Ein Überblick, Opladen 1985, sowie konzeptuell Mitchell G. Ash, Historicizing Mind Science: Discourse, Practice, Subjectivity, in: Science in Context 5/02 (1992), S. 193–207.

90 Siehe dazu Greg Eghigian/Andreas Killen/Christine Leuenberger (Hrsg.), The Self as Project. Politics and the Human Sciences, Chicago 2007, sowie die vier „Selbst"-Sammelbände: Jens Elberfeld (Hrsg.), Das schöne Selbst. Zur Genealogie des modernen Subjekts zwischen Ethik und Ästhetik, Bielefeld 2009; Martin Lengwiler (Hrsg.), Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik, Bielefeld 2010; Sabine Maasen/Jens Elberfeld/Pascal Eitler/Maik Tändler (Hrsg.), Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisie-

deutung psychologische und insbesondere psychoanalytische bzw. therapeutische Erzählungen für moderne westliche Kulturen haben. Therapeutisierungsprozesse wurden in diesen Kontexten ebenso beschrieben wie ein spezifischer Wandel in der Kultur des Selbst.[91] Im Unterschied zu älteren Theorien, welche die wahrgenommene „Psychiatrisierung" des Alltags mit einer Kritik der kapitalistischen Konsumgesellschaft zu verbinden suchten,[92] setzt die neuere Beschreibung der Therapeutisierungs- und Psychologisierungsprozesse direkt an den Schnittstellen von Subjekt und Gesellschaft an. Diese neue Auseinandersetzung besticht vor allem deshalb, weil es ihr gelingt, Fächergrenzen analytisch aufzubrechen und in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer wichtiger werdende Subjekt- und Körperpraktiken in den Blick zu nehmen. Sie spiegelt zugleich das breite Interesse für die Geschichte der Psy-Disziplinen und deren Einfluss auf die Strukturierung der modernen Welt und des modernen Menschen.

4. Quellen

Die Arbeit basiert auf einer breiten Quellengrundlage, wobei grundsätzlich davon ausgegangen wurde, dass für eine Geschichte der Schizophrenie in West- und Ostdeutschland all das relevant ist, was in diesem Publikationsraum erschien und rezipiert wurde. Dies bedeutet aufgrund des transnationalen Wissenschafts- und Wissensraums, den Psychiatrie darstellt, dass nicht nur Texte west- oder ostdeutscher, sondern auch amerikanischer, Schweizer, britischer oder sowjetischer Herkunft aufgenommen wurden. Ebenso gilt dies für den transnationalen Kulturraum. Einige der wichtigsten Erzählungen über Schizophrenie stammten ursprünglich aus den USA, der Schweiz oder Großbritannien, bestimmten aber eben auch in Ost- oder Westdeutschland Vorstellungen und Wissen von Schizophrenie und Psychiatrie entscheidend mit. Soweit es sich nicht um deutschsprachige Originaltexte handelte, wurden die deutschen Übersetzungen verwendet.[93]

rung in den „langen" Siebzigern, Bielefeld 2011; Maik Tändler/Uffa Jensen (Hrsg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung. Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012. Kürzlich wurden diese Ansätze in einem eigenen Sammelband zusammengebunden und ihre konzeptionelle und theoretische Bedeutung für die Zeitgeschichte nochmals hervorgehoben, siehe Pascal Eitler/Jens Elberfeld (Hrsg.), Zeitgeschichte des Selbst. Therapeutisierung – Politisierung – Emotionalisierung, Bielefeld 2015. Siehe zur Beschäftigung der Geschichtswissenschaft mit der Psychoanalyse auch den Überblick von Uffa Jensen, Neuere Forschungen zur Geschichte der Psychoanalyse, in: Archiv für Sozialgeschichte 52 (2012), S. 765–800.

[91] Siehe Nikolas Rose, Inventing Our Selves. Psychology, Power, and Personhood, Cambridge 1996, und Nikolas Rose, Governing the Soul. The Shaping of the Private Self, London 1990; Eva Illouz, Die Errettung der modernen Seele. Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe, Berlin 2011.

[92] Françoise Castel/Robert Castel/Anne Lovell, Psychiatrisierung des Alltags. Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA, Frankfurt am Main 1982.

[93] Allgemeine Anmerkung zu Quellen und Forschungsliteratur: Um eine bessere Lesbarkeit zu erlauben, wurde die Verwendung des scharfen „ß" und des Doppel-s sowie die Groß- und

Um den psychiatrischen Diskurs zu erfassen, wurden die psychiatrischen Fachzeitschriften *Der Nervenarzt*, das *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, die Zeitschrift *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* und die ostdeutsche Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie, medizinische Psychologie* über den Zeitraum von 1950 bis 1980 ausgewertet. Darüber hinaus wurden weitere psychiatrische Schriften wie Lehrbücher, Monografien und Sammelbände gesichtet, immer unter der Fragestellung, welches Wissen von Schizophrenie dort präsentiert wurde. Um die Einflüsse psychoanalytischen Wissens genauer nachvollziehen zu können, wurde auch die Zeitschrift *Psyche* in die Analyse aufgenommen und ausgewertet.

Für die Analyse des öffentlichen Diskurses wurden die westdeutschen Wochenzeitungen *Die Zeit* und *Der Spiegel* ausgewertet sowie die ostdeutschen Tageszeitungen *Berliner Zeitung*, *Neue Zeit* und *Neues Deutschland*. Mit dieser aufgrund ihrer Verfügbarkeit als digitalisierte Quelle getroffenen Auswahl ist bereits klar, dass kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann, zumal die Vergleichbarkeit von Wochen- und Tageszeitungen nur bedingt gegeben ist.[94] Darüber hinaus wurden auch die Zeitschriften *konkret* und *Kursbuch* nach psychiatrischen Themen oder Artikeln über Schizophrenie hin ausgewertet. Einbezogen wurden auch autobiografische Schriften von Psychiatern, außerdem zentrale Werke der „Antipsychiatrie". Ein weiteres Quellensegment bilden literarische, dramatische und autobiografische Texte, in denen Schizophrenie oder Psychiatrie eine zentrale Rolle spielte.[95] Nach der Sichtung eines großen literarischen Textkorpus schränkte sich die Analyse schließlich auf die Texte ein, welche die folgenden Kriterien erfüllten: große Reichweite und Bekanntheit, dokumentarische oder autobiografische Elemente sowie eine direkte und explizite Auseinandersetzung mit Schizophrenie, Psychiatrie und Psychoanalyse bzw. Psychotherapie. Anhand dieser Kriterien wurden folgende Texte ausgewählt: „The Snake Pit" von Mary Jane Ward (1946), „Journal d'une schizophrène" von Marguerite Sechehaye (1950), „I Never Promised You a Rose Garden" von Hannah Green (Pseudonym von Joanne Greenberg; 1964), „Two Accounts of a Journey through Madness" von Mary Barnes und Joe Berke (1971), „März" von Heinar Kipphardt (1976), „Flucht

Kleinschreibung an die aktuell gültigen Rechtschreibregeln angepasst, mit Ausnahme von Buchtiteln. Soweit nicht anders markiert, werden kursive oder unterstrichene Hervorhebungen aus der Originalquelle übernommen.

[94] Um den großen Zeitraum abdecken zu können, wurde mit Suchfunktionen gearbeitet, wobei nach den Suchbegriffen „Schizophrenie", „schizophren*", „Psychiatrie", „psychiatrisch" gesucht wurde.

[95] Damit folgt die Arbeit ihrem Ansatz, Schizophreniewissen auch über die Grenzen der Wissenschaft hinaus zu beobachten, jedoch nicht in einem literaturgeschichtlichen oder -wissenschaftlichen, sondern wissensgeschichtlichen Sinn. Die Quellenauswahl deckt damit zu großen Teilen die kürzlich von Heinz-Peter Schmiedebach identifizierten vier Gebiete ab, die sich besonders für eine Analyse der Wissenszirkulation zwischen Literatur und medizinischer Wissenschaft eignen: Fallbeschreibungen, Pathographien, Patientenerzählungen sowie von Medizinern verfasste Texte, vgl. Heinz-Peter Schmiedebach, Dazwischen – Medizingeschichte im weiten Feld von Medizin und Literaturwissenschaft, in: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur (IASL) 40/1 (2015), S. 196–206, hier S. 202.

in die Wolken" von Sibylle Muthesius (Pseudonym von Sibylle Boden-Gerstner; 1981) sowie schließlich „Auf der Spur des Morgensterns" von Sophie Zerchin (Pseudonym von Dorothea Buck; 1990). Mit dieser Auswahl wird zugleich der Untersuchungszeitraum abgedeckt, so dass spezifische Entwicklungen exemplarisch aufgezeigt werden können. Im letzten Kapitel wurden außerdem Erfahrungsberichte von Psychose-Erfahrenen herangezogen und ausgewertet. Auch wenn diese – ebenso wie Dorothea Bucks „Auf der Spur des Morgensterns" – eigentlich über den zeitlichen Untersuchungszeitraum hinausgehen, hätte ein Verzicht auf die Einbeziehung dieser Entwicklungen und Quellen bedeutet, einen wichtigen Prozess nicht darzustellen, der vor allem hinsichtlich der Fragestellung nach dem Zusammenspiel von Subjektivierungsprozessen, Erfahrungswissen, wissenschaftlichem Wissen und therapeutischen Praktiken sowie der langfristigen Bedeutung der psychoanalytischen Aufbrüche in den fünfziger Jahren relevant und aufschlussreich war.

Außerdem wurden ergänzend Bestände des Bundesministeriums für Gesundheitswesen (BRD) und des Ministeriums für Gesundheitswesen (DDR) herangezogen, um – vor allem im Fall der DDR – einen genaueren Einblick in die Entwicklungen, Probleme und Auseinandersetzungen neben der Öffentlichkeit zu bekommen. Dieses Material floss jedoch nur teilweise direkt in die Analyse mit ein. Von Bedeutung war es vor allem für die Beantwortung der Frage, warum Werke wie „März" oder „Flucht in die Wolken", die ausgewiesen psychiatrie- und gesellschaftskritisch ausgerichtet waren, in der DDR erscheinen konnten.

Wie bereits erwähnt, ist das, was heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, über Schizophrenie geschrieben wird, etwas anderes als das, was 1960 darüber erschien, und dies wiederum ist etwas anderes als das, was Eugen Bleuler fünfzig Jahre zuvor, 1911 über Schizophrenie geschrieben hat. Die „scheinbare Dauerhaftigkeit wissenschaftlicher Gegenstände"[96] hält einer genaueren Untersuchung nicht lange stand. Auch wenn sie sich zu ähneln scheinen: Zwischen den Geisteskranken des 18. Jahrhunderts und den Schizophrenen des 20. Jahrhunderts liegen Welten. Wenn in der Mitte des 20. Jahrhunderts nach einer psychiatrischen Untersuchung mit spezifischen psychiatrischen Techniken und Wissensvoraussetzungen die Diagnose der Schizophrenie gestellt wird, so treffen, verbinden und aktualisieren sich in diesem Moment neben psychiatrisch-medizinischen auch juristische, philosophische und soziologische Aspekte auf spezifische Art und Weise. Das psychiatrische Konzept der Schizophrenie hat eine Geschichte, die nicht von linearem Wissenszuwachs, sondern vielmehr von unterschiedlichsten Bewegungen, Brüchen, Zugriffen und Ansätzen bestimmt ist. Mit dem sich ständig verändernden

[96] Joseph Vogl, Einleitung, in: Joseph Vogl (Hrsg.), Poetologien des Wissens um 1800, München 1999, S. 7–16, hier S. 11.

Diskurs aber, so der Ausgangspunkt dieser Arbeit, verändert und wandelt sich auch die Schizophrenie selbst.[97]

Dieser Arbeit liegt weder ein positivistisches Verständnis von Schizophrenie zugrunde, noch schließt sie sich einer radikalkonstruktivistischen Richtung an. Stattdessen orientiert sie sich an Ian Hackings „The Social Construction of What?" und dessen Problematisierung des Sozialkonstruktivismus.[98] Unter dem Dach der Schizophrenie-Diagnose hat sich im Lauf des 20. Jahrhunderts eine Vielzahl individueller Leiden oder, neutraler gesprochen, körperlicher und seelischer Erlebnisse und Erfahrungen versammelt, die keinesfalls in Abrede gestellt werden sollen. Die Phänomene der Halluzinationen, des Stimmenhörens oder der Gedankeneingebungen als auf der Abwertung anderer Wirklichkeiten beruhende und gesellschaftliche Konstruktion zu deuten, läuft nicht weniger als ein positivistischer Ansatz Gefahr, den Deutungsanspruch über diese Erfahrungen für sich zu beanspruchen und der subjektiven Erfahrung dieser Erlebnisse durch die Betroffenen nicht gerecht zu werden. Darüber hinaus hat sich Schizophrenie innerhalb des psychiatrischen Diskurses zu einer festen Größe etabliert, deren Bedeutung und Gewicht allein durch die millionenfach ausgesprochene Diagnose stetig weiter zugenommen hat und zunimmt. Schizophrenie ist „real" in ihrer historischen Faktizität, und, so ließe sich weiter ausführen, sie ist „Wirklichkeit" in den Prozeduren und Effekten, die sie auslöst. Die Festlegung einer Diagnose bestimmt, welche medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung durchgeführt wird, ob und für welche Dauer ein stationärer Aufenthalt für notwendig erachtet wird und ob Ansprüche auf Verrentung formuliert werden können. So wird Schizophrenie zu einer erfahrbaren Größe für jeden Betroffenen. Die performative Macht der Diagnose erschöpft sich eben nicht im Augenblick ihrer Formulierung, sie beginnt eigentlich erst dann zu wirken, wenn die oder der Einzelne mit der Diagnose Schizophrenie und dem psychiatrischen Wissen über Schizophrenie sowie dem psychiatrischen Handlungsapparat konfrontiert wird. Als ausgesprochene Diagnose wird Schizophrenie zu einer Realität; erforscht werden können daher die Effekte und Einflüsse, die sie auf Individuen hat.

Schizophrenie ist, so der Ansatz dieser Arbeit, das Projekt einer modernen Gesellschaft und einer Psychiatrie, die mit von ihnen hervorgebrachten, spezifischen Methoden an der „Rationalisierung seelisch abweichenden Verhaltens"[99] arbeiten. Schizophrenie hat sich inmitten dieser Techniken und Methoden als psychiatrisches und wissenschaftliches Problem und Objekt entwickelt und wird

[97] Siehe auch die Hinweise von German E. Berrios zur *conceptual history*, German E. Berrios, Classifications in Psychiatry: a Conceptual History, in: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 33 (1999), S. 145–160, und German E. Berrios/Rogelio Luque/José M. Villagrán, Schizophrenia: A Conceptual History, in: International Journal of Psychology and Psychological Therapy 3/2 (2003), S. 111–140.

[98] Ian Hacking, The Social Construction of What?, Cambridge, Mass. 1999.

[99] Christine Wolters/Christof Beyer/Brigitte Lohff, Abweichung und Normalität als Problem der Psychiatrie im 20. Jahrhundert, in: Christine Wolters/Christof Beyer/Brigitte Lohff (Hrsg.), Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 9–23, hier S. 9.

von diesen unablässig weiter hergestellt. Im Spiegel der Äußerungen über diese Krankheit lassen sich daher Verschiebungen oder Neuformungen des Wissens sichtbar machen, die Auskunft über die Logik des Diskurses und seine immanente Ordnung geben. Es ist ein weiter Blick, der sich zwischendurch immer wieder auf einzelne Fallgeschichten, Erzählungen oder Berichte verengt, um so die Auswirkung der großen Erzählung auf die Lebensgeschichte des oder der Einzelnen sowie die Bildung des Wissens an spezifischen Lebens- und Fallgeschichten Einzelner zu beleuchten. Während die Psychiatriegeschichte oft eng mit der Kritik der Psychiatrie einhergeht, erzählt die vorliegende Arbeit eine Geschichte vom Ringen um das erkrankte Selbst, an dem Psychiaterinnen und Psychiater, Therapeutinnen und Therapeuten, Betroffene und Angehörige beteiligt waren und sind, und hinter dem das Ringen einer Wissenschaft mit einem sich immer wieder entziehenden Gegenstand steht.

Ganz am Anfang jedoch steht eine psychiatriegeschichtliche Arbeit auch vor der Herausforderung, dass ihr in ihrem Untersuchungszeitraum Konzepte begegnen, die noch weiter in die Vergangenheit zurückweisen, womöglich aus dem vorherigen Jahrhundert stammen. Die Psychiatrie war bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts hinein von Ordnungssystemen, Theorien, Vorstellungen und Denkstilen geprägt, die sich im 19. Jahrhundert gebildet haben. Ähnliches gilt für die institutionelle Ordnung.[100] Betrachtet man die Geschichte der Geisteskrankheiten und der Entstehung der Psychiatrie im 19. Jahrhundert, so fällt rasch auf, dass beide, die Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft und die Geschichte ihres wissenschaftlichen Gegenstandes, einander in ihrer Entstehungs- und Professionalisierungsgeschichte gegenseitig bedingen. Diese Beobachtung ist wichtig, um die Geschichte der Schizophrenie und der Psychiatrie sowie die Bedeutung der Schizophrenie als psychiatrische Leitkrankheit auch im 20. Jahrhundert und seiner zweiten Hälfte zu verstehen. Daher wird im Folgenden ein Kapitel eingeschaltet, das wesentliche Aspekte der Geschichte von Psychiatrie und Schizophrenie bis 1945 in Erinnerung ruft, Grundlagen kurz zusammenfasst und wichtige Stränge und Protagonisten vorstellt. Anschließend wird die Entwicklung des Wissens von Schizophrenie in der westdeutschen Psychiatrie im Kontext der Herausforderungen durch Psychoanalyse und Psychotherapie dargestellt, bevor ebenso die Entwicklungen in der ostdeutschen Psychiatrie unter den Vorzeichen von Pawlowismus und verbannter Psychoanalyse untersucht werden. Im vierten Kapitel wird gezeigt, welches Wissen von Schizophrenie in welchen Kontexten öffentlich zirkulierte und wie die psychiatriekritischen Auseinandersetzungen um Schizophrenie dazu führten, Schizophrenie noch stärker auf Vorstellungen von Subjekt und Gesellschaft zu beziehen. Das letzte Kapitel beleuchtet die Darstel-

[100] Siehe zu dieser Problematik Eric J. Engstrom/Volker Roelcke, Die „alte Psychiatrie"? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert, in: Eric J. Engstrom/Volker Roelcke (Hrsg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Basel 2003, S. 9–25.

lung von Schizophrenie und Subjektivität in literarischen Erzählungen sowie die Entstehung von Psychose-Erfahrenen-Initiativen.

Damit ist zugleich beschrieben, was diese Arbeit leistet und was nicht. Aufgrund ihres diskursorientierten Ansatzes kann diese Arbeit nur begrenzt die Alltagserfahrungen der Patientinnen und Patienten thematisieren, ebenso wie die Prozesse und Praktiken, die den Fallgeschichten und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen vorausgingen und die als entscheidende Momente der Sinnproduktion und Sinnstiftung verstanden werden können. Die Frage, wie von den realen Fällen in der Praxis zu den Fallgeschichten gelangt wurde, wäre ebenso Thema einer eigenen Arbeit wie eine historische Untersuchung über – sich möglicherweise wandelnde – Prozesse der Aneignung oder Verweigerung psychiatrischer und therapeutischer Praktiken und Denkstile durch die Patientinnen und Patienten und damit verbundene Subjektivierungsprozesse in der Praxis nach 1945.[101]

[101] In diese Richtung geht Christoph Schwamm, „Sollte sich die Einstellung des Personals gegenüber den Patienten nicht ändern, garantiere ich für nichts mehr!". Protestmännlichkeit und Krankheitsbewältigung von „aufsässigen Patienten" der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg am Vorabend der Psychiatriereform, in: Medizinhistorisches Journal 50/1 (2015), S. 149–174.

I. Psychiatrie und Schizophrenie bis 1945

1. Die Entstehung psychiatrischen Wissens

Aufkommen und Etablierung der Psychiatrie im 19. Jahrhundert

Die Entstehung der Psychiatrie und der psychiatrischen Vorstellungen und Konzepte von Geisteskrankheiten waren eng an die Herausbildung einer bürgerlichen, modernen Gesellschaft gekoppelt, in der die sich neu formierenden Wissenschaften und ihre spezifischen Wissensvorstellungen und Wissensbegriffe eine bedeutende Rolle spielten. Unter dem wachsenden Einfluss der Wissenschaften gab es kein Gebiet, das nicht wissenschaftlich erforscht und vermessen werden sollte – wie eben auch die Seele des Menschen und seine nervliche Konstitution. Basierend auf der Annahme, dass es verschiedene, klar voneinander abgrenzbare Krankheitseinheiten gebe, suchte die sich professionalisierende Psychiatrie nach einer Ordnung der Geisteskrankheiten, die diese Einheiten abbildete, und nach einem Krankheitskonzept, das diese Ordnung begleitete und erklärte. Zugleich brauchte sie diese wissenschaftliche Grundlage auch, um ihren Behandlungsanspruch zu legitimieren und sich gegen Probleme im Inneren und Konkurrenten von außen – wie die Psychoanalyse – abzusichern.

Die erste große und heute noch bedeutende These zur Genealogie der Psychiatrie legte Michel Foucault mit seinem Werk „Wahnsinn und Gesellschaft" vor.[1] Darin formulierte Foucault – sehr verkürzt gesagt – die These, der Grundakt der Psychiatrie sei die „große Einsperrung" und gleichzeitig gesellschaftliche Ausgrenzung der Narren, Arbeitsscheuen, Wahnsinnigen und moralisch Verkommenen aus der Gesellschaft gewesen. In einem Akt der Sozialdisziplinierung wurden all jene zusammengeworfen, die kein Werk vorzuweisen hatten, und deren Sprechen nicht verstanden wurde. Im Lauf des frühen 19. Jahrhunderts, so Foucault weiter, wurden dann die „Kranken" von den „Amoralischen" getrennt. Dennoch sei die Grenzziehung, die das „Andere der Vernunft" vom vernünftigen Denken abgetrennt habe, im Unterschied zu früheren Zeiten, in denen das Unvernünftige als die andere, aber notwendige und dazugehörige Seite der Vernunft gelten durfte, erhalten geblieben.

„Wahnsinn und Gesellschaft" wurde von der deutschen Geschichtswissenschaft erst recht spät und dann mit großer Kritik aufgenommen.[2] Vor allem seine These der großen Asylierung wurde kritisch diskutiert. So hat auch Doris Kaufmann in ihrer grundlegenden Studie über die Herausbildung des psychiatrischen Denkens

[1] Michel Foucault, Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt am Main 1969.

[2] Siehe dazu Ulrich Brieler, Foucaults Geschichte, in: Geschichte und Gesellschaft 24/2 (1998), S. 248–282.

am Ende des 18. Jahrhunderts darauf hingewiesen, dass in Deutschland die Mehrzahl der Irren in den Familien untergebracht beziehungsweise „in ein dörfliches Versorgungssystem integriert“[3] war. Der aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive durchaus berechtigte Diskussionsbedarf von Foucaults Thesen – und seiner Quellenarbeit – sollte jedoch nicht die geistesgeschichtliche Bedeutung übersehen, die Foucaults Werk entwickelte. Man wird „Wahnsinn und Gesellschaft“ nicht gerecht, wenn man es lediglich als historische Arbeit versteht. Vielmehr wies Foucault in diesem Werk durch seine Gesellschaftskritik, die eigentlich eine philosophische Kritik war, über seinen Gegenstand einer Geschichte des Wahnsinns hinaus. Im Kern ging es um den Zugriff einer von Macht konstituierten und durchsetzten Gesellschaft auf die in dieser Gesellschaft lebenden Subjekte. Es war vor allem dieser Aspekt von „Wahnsinn und Gesellschaft“, in dem „Foucaults Konzeptionen der Trennung von Vernunft und Wahnsinn und der Verbindung von Wissen und psychiatrischer Macht als neue Perspektiven für die Forschung wahrgenommen und genutzt“[4] wurden. Foucault zeigte, so der Historiker Philipp Sarasin, dass und wie die Psychiatrie erst vor dem Hintergrund der Einsperrung des Wahnsinns denkbar wird, nicht nur der Einsperrung in Anstalten, sondern auch der „Einsperrung in das noch einschränkendere Raster der psychiatrischen Klassifikation, überdies in eine Logik der Schuld und des Geständnisses und schließlich der bürgerlichen Familiennormen“;[5] er zeigte außerdem, wie ebenso erst durch die Errichtung der Psychiatrie „das Auftreten der modernen Figur des Geisteskranken“[6] möglich wurde: Erst durch die Herausbildung eines ärztlichen Blicks konnte sich auch die Klinik mit ihren Prozeduren, Regeln und Techniken konstituieren.[7]

Die Entstehung der Psychiatrie und die Entstehung des modernen Selbst gingen im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert Hand in Hand. Wie Doris Kaufmann gezeigt hat, entstand „das Bedürfnis nach Selbsterkenntnis und Menschenkenntnis […] auf dem Hintergrund des neuen Bewusstseins von einem ‚sich selbst gehörenden', von den Mitmenschen abgegrenzten Ich, das prinzipiell mit den Methoden der Naturwissenschaften erforschbar war“.[8] Mit diesem neuen Bewusstsein bildeten sich jedoch auch Wahrnehmungsformen seiner Bedrohung und Instabilität aus, da das Selbst in einem permamenten Gefährdungszustand zu leben schien: Das eigene Selbst im Gleichgewicht seiner inneren Kräfte selbst

[3] Doris Kaufmann, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland. 1770–1850, Göttingen 1995, S. 22.

[4] Sarasin, Michel Foucault zur Einführung, S. 31. Ein Beispiel ist Colin Jones/Roy Porter (Hrsg.), Reassessing Foucault. Power, Medicine and the Body, London/New York 1994.

[5] Sarasin, Michel Foucault zur Einführung, S. 32.

[6] Sarasin, Michel Foucault zur Einführung, S. 33.

[7] Michel Foucault, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt am Main 1993.

[8] Kaufmann, „Erfindung“ der Psychiatrie, S. 41. Die folgenden Ausführungen orientieren sich an Kaufmanns Studie, sofern nicht anders markiert.

„herstellen und erhalten zu müssen", „löste bei den Aufklärern die Angst aus, dieser Aufgabe nicht gewachsen zu sein".[9]

Mit der Entwicklung des modernen Selbstverständnisses wuchs eine Vorstellung der menschlichen Psyche, die in ein Konkurrenzverhältnis zum bisherigen Begriff der Seele trat. Gleichzeitig entstand die Auffassung, dass psychische Krankheiten und seelische Vorgänge „Störungen" waren, „die potentiell naturwissenschaftlich analysiert, erklärt und geheilt werden konnten".[10] Durch die Einübung der Beobachtung und Erfahrung seelischer Vorgänge an sich selbst und an anderen sowie ihre mündliche Besprechung oder schriftliche Fixierung etablierten sich erste Objektivierungs- und Beobachtungsweisen. Aus der „Erfahrungsseelenkunde", in der sich das neue bürgerliche Selbst selbst beobachtete, erforschte und diskutierte, wurde schließlich die „Seelenheilkunde".

Mit diesem Wandel veränderte sich auch der Kreis derer, die über die Angelegenheiten der – naturalisierten und säkularisierten – Seele sprachen und sich austauschten. Fortan waren es vor allem Mediziner, die sich über die Seele und ihre Vorgänge verständigten; der irrenärztliche und der philosophische Diskurs entfernten sich voneinander im gleichen Maß, wie der „allgemeine Selbstbeobachtungs- und Menschenerkenntnisdiskurs über die (noch) gesellschaftlich integrierten und in jedem Individuum vorhandenen Devianzen und seelischen Nachtseiten"[11] zugunsten der Etablierung von Krankheitsvorstellungen verschwand. Die in neu gegründeten Zeitschriften betriebene Verständigung über die Seele und seelische Abweichungen diente fortan vor allem der „Entwicklung und Verbesserung der psychischen Heilkunde"[12] und der Diskussion über Behandlungsweisen. Diese Trennung von medizinischem und philosophischem Diskurs ist für die Psychiatrie von großer Bedeutung, als Moment, in dem sich eine medizinisch-naturwissenschaftlich orientierte Psychiatrie in Abgrenzung zu philosophischen Metadiskussionen ausbildete. Diese Dualität im Ursprung der Psychiatrie bestimmte fortan ihre großen Auseinandersetzungen und Rivalitäten; Ende des 19. Jahrhunderts standen sich physiologische bzw. organische Psychiatrie und Psychoanalyse gegenüber.

Tatsächlich zeigen sich also, folgt man Doris Kaufmann, vor dem Hintergrund des Diskurses über das eigene Ich und das Selbst, zu dessen wesentlichen Merkmalen die Selbstbeobachtung und -reflexion, die Verständigung über Verhaltensnormen sowie ein wissenschaftlicher Denkstil gehörten, zwei wesentliche Grenzziehungen: zum einen zwischen einer Innen- und einer Außenwelt – wobei das Verhältnis dieser beiden Welten zueinander als kaum zu kontrollieren galt – und zum anderen zwischen der Vernunft und dem „Anderen" der Vernunft, „den so-

[9] Kaufmann, „Erfindung" der Psychiatrie, S. 90.
[10] Kaufmann, „Erfindung" der Psychiatrie, S. 109.
[11] Kaufmann, „Erfindung" der Psychiatrie, S. 286.
[12] Kaufmann, „Erfindung" der Psychiatrie, S. 290. Zur Geschichte „psychotherapeutischer" Heilkunde vor der Psychoanalyse siehe André Knote, Von der geistlichen Seelenkur zur psychologischen Kur. Zur Geschichte der Psychotherapie vor Freud, Paderborn 2015.

genannten Nachtseiten des eigenen und des fremden, mitmenschlichen Innern".[13] Diese Grenzziehung im Inneren des psychiatrischen Diskurses, die eine wichtige Voraussetzung für seine weitere Entwicklung war, wurde, wie im Verlauf dieser Arbeit in den Kapiteln über den Wandel des psychiatrischen Wissens nach 1950 gezeigt wird, in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend brüchig – nicht zuletzt deshalb, weil äußeren Einflüssen und der Umwelt mehr Bedeutung eingeräumt wurde und die Vorstellung vom Menschen als (selbst)kontrolliertes Wesen an Geltung verlor.

Wie das Problem der Instabilität des modernen Selbst auf der Ebene der Entstehung des modernen, bürgerlichen Subjekts die Frage aufwarf, wie mit der Gefahr des Abgleitens in eben diese „dunklen Seiten", die in jedem Einzelnen steckten, umzugehen sei, so stellte sich auch die Frage, wie von einem modernen, aufklärerischen Verständnis her mit den Wahnsinnigen umzugehen sei. Die „Irrenfrage" war daher auch eine soziale Frage im Sinne einer Herausforderung für die entstehende bürgerliche Gesellschaft.[14] Dominierte zu Beginn der Psychiatrie eine „bürokratische Definition der Irrenfrage",[15] in der eine ordnungswahrende Struktur entschied, so wurde Geisteskrankheit mehr und mehr zum Problem der psychiatrischen Wissenschaft, die die Definition wissenschaftlich eindeutig und nach ihren Kategorien gebildet vorlegen wollte. Die Zusammenbringung der Geisteskranken legitimierte sich für die Psychiatrie mit der Erklärung, dass das Herausreißen der Betroffenen aus ihrem Umfeld therapeutisch notwendig sei.[16] Damit entstand aber das Problem, dass sich in den Anstalten unterschiedlichste Schweregrade von Krankheit mit den unterschiedlichsten individuellen Behandlungsmöglichkeiten trafen. Während manche der Insassen durchaus noch arbeiten wollten bzw. konnten und nicht unablässig überwacht werden mussten, erforderten andere die volle Aufmerksamkeit der Pfleger und Wächter. Es schien neben dem wissenschaftlichen Streben nach mehr Wissen deshalb auch aus Gründen der Anstaltsführung notwendig, unterschiedliche Gruppen von Geisteskranken bilden zu können.

Die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts war von Prozessen der Professionalisierung, der Pathologisierung und Verwissenschaftlichung bestimmt. Eine wichtige Rolle spielte dabei die naturwissenschaftlich fundierte Psychologie des Psychiaters Wilhelm Griesinger, dessen Ansatz, die mechanischen Vorgänge des Gehirns als Grundlage aller seelischen Vorgänge zu betrachten, der Wissenschaftshistoriker Michael Hagner als „den Beginn der wissenschaftlichen Psychiatrie"[17] be-

[13] Kaufmann, „Erfindung" der Psychiatrie, S. 19 f.
[14] Blasius, „Einfache Seelenstörung", S. 19.
[15] Blasius, „Einfache Seelenstörung", S. 86 ff.
[16] Michael Kutzer, Die Irrenheilanstalt in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Anmerkungen zu den therapeutischen Zielsetzungen, in: Johann Glatzel/Stefan Hass/Heinz Schott (Hrsg.), Vom Umgang mit Irren. Beiträge zur Geschichte psychiatrischer Therapeutik, Regensburg 1990, S. 63–82, hier S. 69.
[17] Michael Hagner, Homo cerebralis. Der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn, Berlin 1997, S. 257.

zeichnet hat. Die Ursache der Krankheit suchte Griesinger in physiologischen Erkrankungen des Gehirns und der Nerven.[18] Zum geflügelten Wort der Psychiatrie wurde der Satz: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten", mit dem nicht nur ein Streben nach Verwissenschaftlichung zum Ausdruck kam, das alle moralischen, psychologischen oder auch abergläubischen Vorstellungen von Wahnsinn unterdrücken wollte, sondern auch die Hoffnung, ein Mittel zu finden, das die Krankheiten heilen oder mildern möge.[19]

Mit der Ausrichtung der Psychiatrie an der medizinischen und naturwissenschaftlichen Wissenschaft ging eine diskursive Diskreditierung psychischer und psychologischer Aspekte einher, die dem wissenschaftlichen Anspruch nicht mehr ausreichend empirisch und objektiv gesichert schienen.[20] Nur von einer medizinischen Basis ließ sich das Selbstverständnis der Psychiatrie als naturwissenschaftliche Disziplin ableiten, die ebenso wie die anderen medizinischen Fächer auf der Basis von Empirie, Beobachtung und Forschung nach den Ursachen der Krankheiten und Gegenmitteln suchte. Dass sie, indem sie die Geisteskrankheiten auf biologische Füße stellte, vormoderne, als abergläubisch und unwissenschaftlich disqualifizierte Erklärungen überflüssig mache und so letztlich zu einer Entdämonisierung der Geisteskrankheiten beitrage, wurde zu einem wichtigen Element der Selbstlegitimierung. Heinz Schott und Rainer Tölle sprechen für diese Zeit vom „Aufkommen der Polarisierung somatisch versus psychisch"[21]

[18] Blasius, „Einfache Seelenstörung", S. 49.

[19] Allerdings handelt es sich dabei eher um eine verkürzte Sinnwiedergabe als ein direktes Zitat von Griesinger, wie Schott und Tölle betonen; Griesinger habe diese These eher in Abgrenzung zu älteren somatischen Vorstellungen wie die Säfte- oder Temperamentenlehre formuliert, Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie, S. 71. Außerdem gab Griesinger die Vorstellung der Bildung von Persönlichkeit und Seele vor dem Hintergrund der persönlichen Lebensgeschichte nicht auf, vgl. Heinz-Peter Schmiedebach, Mensch, Gehirn und wissenschaftliche Psychiatrie: Zur therapeutischen Vielfalt bei Wilhelm Griesinger, in: Johann Glatzel/Stefan Hass/Heinz Schott (Hrsg.), Vom Umgang mit Irren. Beiträge zur Geschichte psychiatrischer Therapeutik, Regensburg 1990, S. 83–105, hier S. 85. Auch Schott und Tölle hoben in ihrem Gesamtüberblick über die Geschichte der Psychiatrie die wissenschaftlich grundlegende und wegweisende Bedeutung sowie die „pluridimensionalen Züge" von Griesingers Arbeit hervor, die allerdings zumeist nur einseitig rezipiert worden sei, siehe Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie, S. 66. Überhaupt setzte die Rezeption von Griesingers Werken erst Ende des 19. Jahrhunderts richtig ein. Bis dahin dominierte sein Nachfolger Carl Westphal mit einer neuropathologischen Ausrichtung die Psychiatrie. Auch in der Psychiatrie- und Medizingeschichte wurde Griesinger hauptsächlich die Biologisierung der Psychiatrie zugeschrieben. Nur ein geringer Bruchteil weist auf seine psychologischen und sozialpsychiatrischen Inhalte hin. Vgl. dazu die Auswertung der Literatur zu Griesinger bei Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie, S. 77 f. Demnach beschäftigten sich 71,8 Prozent der 71, v. a. deutschsprachigen psychiatriegeschichtlichen Arbeiten zu Griesinger mit der biologisch-psychiatrischen Dimension bei Griesinger, während nur 42 Prozent die psychodynamische und 27 Prozent die sozialpsychiatrische Dimension erwähnten.

[20] Gleichzeitig kam es aber auch zu einer Stärkung der „empirischen" und „objektiven" Psychologie, vgl. Danziger, Constructing the Subject. Siehe außerdem Heinz-Peter Schmiedebach, Psychiatrie und Psychologie im Widerstreit. Die Auseinandersetzung in der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft (1867–1899), Husum 1986.

[21] Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie, S. 85.

im eigentlichen Sinn. Wichtige Psychiater dieser Zeit waren Carl Westphal sowie Theodor Meynert und Carl Wernicke, die in akribischen Untersuchungen und Laborarbeiten den psychischen Krankheiten im Gehirn, besonders auf der Hirnrinde, auf die Spur kommen wollten.[22] Dabei waren die Grenzziehungen durchaus nicht klar, und insbesondere die „Somatiker" bewegten sich infolge der Erfolge der Physiologie bei gleichzeitig mangelnden eindeutigen Erfolgen der Hirnpathologie im späten 19. Jahrhundert zwischen psychologischen und somatologischen Positionen hin und her.[23] Mit dem sich gleichzeitig entwickelnden Fachgebiet der Neurologie stand die Psychiatrie in einem einander ergänzenden, aber darum auch rivalisierenden und spannungsreichen Verhältnis. Psychiater wie Neurologen verstanden sich als „Nervenarzt" oder Arzt für „Nervenheilkunde", und die Bezeichnung der psychiatrischen Kliniken als „Nervenkliniken" oder „Nervenheilanstalten" sowie die Zusammenfassung als „Psychiatrische und Neurologische Klinik" zeugen von der Schwesternschaft der beiden Gebiete, die sich auch in den Namen der Fachjournale wie *Der Nervenarzt* oder *Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde* bis ins 20. Jahrhundert hinein niederschlug.[24]

Ende des 19. Jahrhunderts hatte sich die Psychiatrie endgültig als eigenständige Wissenschaft mit eigenen Denkstilen und Wissenssystemen etabliert sowie in psychiatrischen Texten spezifische Sprech- und Beschreibungsweisen ausgebildet.[25] Die neue Ausrichtung der Psychiatrie sollte sich auch in der Namensgebung widerspiegeln: Die Irrenanstalten hießen nun Heil- und Pflegeanstalt oder psychiatrische Klinik, der Verein der deutschen Irrenärzte benannte sich 1903 in „Deutscher Verein für Psychiatrie" um. Vor allem zwei Punkte bestimmten nun das psychiatrische Denken dieser Zeit: Die Überfüllung der Anstalten mit den unterschiedlichsten Patienten, die eine neue Organisation erforderlich machten, und das Streben nach weiterem Wissen über die Geisteskrankheiten. Immer deutlicher trat der „Widerspruch von Wissenwollen und Heilenkönnen"[26] im Herzen der Psychiatrie zutage, was ihr zunehmend öffentliche Kritik einbrachte.[27]

[22] Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie, S. 86. Tatsächlich gehen auch manche Entdeckungen, die noch heute Gültigkeit beanspruchen, wie die Alzheimer-Demenz, auf diese Arbeiten zurück.

[23] Hagner, Homo cerebralis, S. 253 f., und Michael Kutzer, „Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien, in: Eric J. Engstrom/Volker Roelcke (Hrsg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Basel 2003, S. 27–47.

[24] Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie, S. 90 f.

[25] Siehe Britt-Marie Schuster, Auf dem Weg zur Fachsprache. Sprachliche Professionalisierung in der psychiatrischen Schreibpraxis (1800–1939), Berlin 2010.

[26] Brink, Grenzen der Anstalt, S. 194.

[27] Heinz-Peter Schmiedebach, Eine „antipsychiatrische Bewegung" um die Jahrhundertwende, in: Martin Dinges (Hrsg.), Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870 – ca. 1933), Stuttgart 1996, S. 127–160. Zu den Irrenbroschüren siehe Brink, Grenzen der Anstalt, S. 165–192.

Neues Wissen und neue Konkurrenz um die Jahrhundertwende

Infolgedessen formierte sich eine klinisch-pathologische Richtung der Psychiatrie, die vom Beobachten des Patienten zu einer Diagnose gelangen und die Krankheiten nicht nur beschreiben, sondern auch erklären können wollte.[28] Cornelia Brink macht darauf aufmerksam, dass erst „durch die Konzentration tausender kranker Patienten in wenigen riesigen Anstalten […] die Verbreitung psychischer Krankheiten überhaupt erst als ein Problem sichtbar gemacht" wurde, ebenso, wie sie den Psychiatern die Grenzen ihres Könnens deutlich aufzeigte.[29] In einer Zeit allgemeinen gesellschaftlichen Wandels, beschleunigter technischer Entwicklung, Urbanisierung und vielfältiger Krisenerscheinungen befand sich auch die Psychiatrie in einer Umbruchsphase. Ihr „Unterfangen, an Konturen zu gewinnen", führte ihr das eigene Unwissen vor Augen.[30] Das Bewusstsein der eigenen Wissensgrenzen und des Nicht-Wissens führte jedoch nicht zu einem Zusammenfall, sondern hatte die Ausbildung verschiedener Forschungsrichtungen – klinisch, biologisch und psychologisch – und somit die Diversifizierung der Ansichten über Krankheit und wie sie zu diagnostizieren, klassifizieren und behandeln seien, zur Folge.[31] Martina Wernli hat für diesen „Prozess der Wissensbildung respektive der Überdeckung von Nicht-Wissen" der Psychiatrie um die Jahrhundertwende die Beobachtung festgehalten, dass „Wissen und ‚Unkenntnis' oder eben Nicht-Wissen gerade in der Psychiatrie dieser Zeit oft miteinander in Erscheinung treten".[32] Durch dieses Wissen „in Bewegung" und den „scheinbaren Wissensakkumulationen in den verschiedenen neuen Richtungen" zum Trotz bestimmten „Momente des Unklaren, Unsicheren und Nicht-Bestimmbaren" die Psychiatrie – Momente einer „epistemischen Dynamik", deren ständig neu hervorgebrachtes Wissen sich auch im kulturellen Umfeld von Kunst und Literatur niederschlug.[33] Gleichzeitig änderte sich die Vorstellung von dem, was als „Ursache" einer Krankheit aufgefasst wurde. Hatte die aristotelische Philosophie noch vier verschiedene Ursachenbegriffe unterschieden, so hatte sich mit der Vernaturwissenschaftlichung der Medizin und der Psychiatrie mehr und mehr ein Verständnis von Ursachen als *Wirk*ursachen (causa efficiens) durchgesetzt. Eine Begleiterscheinung war die Konstruktion eines Objektivitätsbegriffes, der am Beobachtbaren und im Experiment Herstellbaren ansetzte. Subjektive Vorgänge, die sich diesem objektiven Blick widersetzten, ihm versperrt waren oder von ihm und seiner impliziten Logik nicht erfasst werden konnten, fielen damit aus dem Raster dessen, was als Wissenschaft gelten sollte. Bezüglich der Ursachen

[28] Shorter, Geschichte der Psychiatrie, S. 114–127.
[29] Brink, Grenzen der Anstalt, S. 193.
[30] Martina Wernli, Psychiatrie um 1900. Eine interdisziplinäre Betrachtung, in: Martina Wernli (Hrsg.), Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik. Dynamiken der Psychiatrie um 1900, Bielefeld 2012, S. 7–15, hier S. 8.
[31] Wernli, Psychiatrie um 1900, S. 8.
[32] Wernli, Psychiatrie um 1900, S. 8.
[33] Wernli, Psychiatrie um 1900, S. 8 f.

von Krankheiten entwickelte die Medizin das „Dreierschema ätiologischer Faktoren: Anlage, Auslösung und Bedingung", dem in der Psychiatrie „entsprechend von Krankheitsursachen, Krankheitsbedingungen und Lebenskonstellationen gesprochen" wurde.[34]

Zunehmend nahmen Mediziner für sich in Anspruch, hinsichtlich Hygiene, Prävention und Seuchenbekämpfungsmaßnahmen als Berater und Experten für die Politik tätig zu werden und in Gesundheitsfragen die Deutungshoheit und Autonomie zu haben.[35] Die Schwellenzeit war für die Medizin daher nicht nur eine Zeit der Kompetenzerweiterung und des Bedeutungsgewinns, sondern brachte auch neue Herausforderungen, sich politisch durchzusetzen und den eigenen Machtbereich zu sichern und kontinuierlich zu legitimieren – etwa durch „strategische Anfechtungen der Politik".[36] Auch in der Bevölkerung stieg das Interesse an medizinischen und psychiatrischen Themen und Deutungen.[37] Insbesondere das (aus den USA importierte) Neurasthenie-Modell zeigte in dieser Ausprägung zum ersten Mal die Bedeutung, die einem medizinischen Deutungsangebot zuwachsen konnte, wenn es „in einem bestimmten historisch-sozialen Kontext bestimmte Sinneseindrücke und Körpererfahrungen plausibel erklären"[38] konnte.

Nicht ganz unbedeutend für die weitere Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft war daher die Entstehung eines Konkurrenten, der drohte, den gesellschaftlichen Einfluss streitig zu machen: die Psychoanalyse. Mit den „Studien über Hysterie" der beiden österreichischen Ärzte Sigmund Freud und Josef Breuer (1895) und vor allem Sigmund Freuds „Traumdeutung" (1900) ist der Beginn einer bestimmten Denk- und Vorstellungsweise des menschlichen Subjekts markiert, die sich rasch verbreitete und etablierte. Die zentralen Inhalte waren eine Theorie der Sexualität, die mit der Vorstellung von Trieben und Verdrängung operierte, die Vorstellung eines vom Bewusstsein unterschiedenen, aber ebenso realen Unterbewussten, sowie die Konzentration auf den verborgenen Sinn von Träumen oder Sprache. Bei der Verbreitung der psychoanalytischen Ideen in Deutschland und insbesondere im Berliner Raum hatte vor allem der Arzt Karl Abraham großen Anteil, der 1908 – nach Stationen in der Berliner Irrenanstalt Dalldorf und der Züricher Klinik Burghölzli – in Berlin eine psychoanalytische

[34] Siehe Dietrich von Engelhardt, Erklären und Verstehen – Karl Jaspers im Kontext der Medizin- und Philosophiegeschichte, in: Dietrich von Engelhardt/Horst-Jürgen Gerigk (Hrsg.), Karl Jaspers im Schnittpunkt von Zeitgeschichte, Psychopathologie, Literatur und Film. Mit einem Geleitwort von Christoph Mundt, Heidelberg 2009, S. 17–36, Zitate S. 25. Zur Genealogie der Vorstellung von Objektivität und daran geknüpfter Wahrheit im 19. Jahrhundert siehe Lorraine Daston/Peter Galison, Objektivität, Frankfurt am Main 2007.

[35] Vgl. Tobias Weidner, Die unpolitische Profession. Deutsche Mediziner im langen 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main 2012, und Constantin Goschler, „Wahrheit" zwischen Seziersaal und Parlament. Rudolf Virchow und der kulturelle Deutungsanspruch der Naturwissenschaften, in: Geschichte und Gesellschaft 30/2 (2004), S. 219–249.

[36] Weidner, Die unpolitische Profession, S. 390.

[37] Hans-Georg Hofer, Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920), Wien 2004, S. 378.

[38] Hofer, Nervenschwäche und Krieg, S. 379, unter Berufung auf Roelcke.

Gruppe aufzubauen begann. In dieser trafen sich Ärzte, die das psychoanalytische Wissen in ihre Kliniken, Sanatorien oder Anstalten trugen.[39] Bereits 1910 wurde beim ersten psychoanalytischen Kongress in Deutschland die Internationale Psychoanalytische Vereinigung (IPV) gegründet.[40] Im Lauf der folgenden Jahre professionalisierte und institutionalisierte sich die Psychoanalyse, es bildeten sich Zentren und verschiedene Strömungen. Von der Schul-Psychiatrie und an den Universitätskliniken wurde die Psychoanalyse mit großer Skepsis betrachtet und versucht, ihren Einfluss gering zu halten. Dennoch konnten psychoanalytisches Wissen und Praktiken über einzelne Personen einsickern, und auch das Interesse anderer Fächer wie der Pädagogik trugen zu ihrer Verbreitung weiter bei.[41] Gleichzeitig konnte sich auch die von Alfred Adler begründete Individualpsychologie verbreiten und etablieren.[42]

Im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts etablierte sich somit nicht nur die Psychiatrie als medizinische Wissenschaft, sondern es war auch der Beginn einer Epoche, die verschiedenste Möglichkeiten entwickelte, den Menschen mit Wissen über sich selbst auszustatten. Mit Umbrüchen auf den Gebieten von Psychiatrie und Psychologie, aber auch auf anderen Feldern wie Technik oder Naturwissenschaften, begann ein Zeitraum, in dem das Selbst zunehmend als individuelles, aber auch politisches und wissenschaftliches Projekt mit entsprechenden daran geknüpften Anforderungen und Erwartungen begriffen wurde.[43] Die Psychoanalyse trug zu dieser Verknüpfung von Psychologie und Politik im Selbst einen spezifischen Beitrag bei. Laut psychoanalytischer Lehre war das Selbst ständig dem „Drängen des Unbewussten ausgesetzt",[44] das es kontrollieren musste, wobei es den Wunsch, seinen Trieben nachzugehen, nie loswurde. Da es vor allem gesellschaftliche Verbote waren, die der Triebentladung im Wege standen, barg die neue Sehnsucht nach der Entfaltung des Selbst auch eine politische Dimension. Zugleich beschrieb die Idee eines authentischen, mit sich selbst identischen Selbst immer eine Utopie, da das Unbewusste letztlich nie vollständig bewusst erfasst werden konnte und damit unerreichbar blieb. Schon früh bildeten sich außer-

[39] Siehe Thomas Müller, Zur Etablierung der Psychoanalyse in Berlin, in: Thomas Müller (Hrsg.), Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung, Husum 2004, S. 53–95. Dass die Ablehnung der Psychoanalyse bei weitem nicht so grundsätzlich ausfiel, wie Freud dies selbst gerne darstellte, und ganz unterschiedliche Gründe hatte, hat bereits Hannah Decker gezeigt, siehe Hannah S. Decker, Freud in Germany. Revolution and Reaction in Science, 1893–1907, New York 1977.

[40] Siehe den Sammelband Elke Metzner/Martin Schimkus (Hrsg.), Die Gründung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung durch Freud und Jung, Gießen 2011.

[41] Müller, Zur Etablierung der Psychoanalyse in Berlin, S. 71 f.

[42] Michael Kölch, Die Berliner Individualpsychologie, in: Thomas Müller (Hrsg.), Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung, Husum 2004, S. 97–129.

[43] Siehe den Band Eghigian/Killen/Leuenberger, The Self as Project.

[44] Uffa Jensen, Die Utopie der Authentizität und ihre Grenzen. Die Politiserung der Psychoanalyse im frühen 20. Jahrhundert, in: Maik Tändler/Uffa Jensen (Hrsg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung. Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012, S. 39–59, hier S. 46.

dem politische Milieus, in denen die Psychoanalyse eine wesentliche Rolle spielte und die zur Popularisierung der psychoanalytischen Ideen beitrugen, so etwa die anarchistisch-avantgardistische Schwabinger Boheme um Otto Gross oder die jugendbewegt-sozialistischen Kreise.[45]

In dieser Zeit um die Jahrhundertwende verschob sich auch, wie Michaela Ralser in ihrer Studie „Subjekt der Normalität" gezeigt hat, die soziokulturelle Stellung des Wahnsinns. Ralser geht davon aus, dass der Wahnsinn ab einem gewissen Zeitpunkt, nämlich ab Ende des 19. Jahrhunderts, nicht mehr als der Vernunft entgegengesetzt, sondern als ihr Forschungsgegenstand definiert wurde: Er wurde „von ihrem Gegenteil zu ihrem Gegenstand".[46] Diese Verschiebung wurde möglich, weil der medizinische und psychiatrische Diskurs und die ihm innewohnende Vernunft – die Wissenschaftlichkeit dieses Diskurses – soweit anerkannt und gesichert waren, dass es gelang, „die polymorphe Gestalt des Wahnsinns in Krankheit zu ‚bannen'".[47] Über den Wahnsinnigen, der nun ein „Geisteskranker" war, wurde viel gesprochen; die vielfältigen Erscheinungen des Wahnsinns wurden in verschiedene Krankheiten geordnet, denen wiederum bestimmte Symptome und Prozesse zugeschrieben wurden.

Mit diesem medizinisch-psychiatrischen Sprechen über den Wahnsinn, so Ralsers These, sei auch der Wahnsinnige selbst wieder zu Wort gekommen, indem sich die klare Grenze zwischen Wahnsinn und Vernunft auflöste in graduelle Abstufungen und mit der klinisch-psychiatrischen Fallgeschichte eine Textsorte produziert wurde, die „nicht nur die Geisteskranken zur Sprache bringt und zur Aussage über sich selbst anhält, sondern auch den ‚Gesunden' einen ‚Text' liefert, sich darin zu gewinnen".[48] Bezogen auf Sprache und Sprachfähigkeit, bedeutete der Wahnsinn im 17. und 18. Jahrhundert, *keine* Sprache zu haben: Die Sprache des Wahnsinns war eine Nicht-Sprache und geisteskrank war, wer zur Sprache nicht fähig und der Erzählung nicht mächtig war. Im 19. Jahrhundert dann galt die Sprache des Wahnsinnigen „als übergangsbereit und unfertig und der oder die als geisteskrank, der/die über sie auf nicht ausreichend geordnete und nicht ausreichend gesicherte Weise verfügt".[49]

Ob der Wahnsinn mit der Entwicklung der psychiatrischen Fallgeschichte tatsächlich zur Sprache kam oder ob er nicht vielmehr in wissenschaftliche Sprache gekleidet wurde, kann diskutiert werden. Stefanie Kiceluk hat betont, dass das Sprechen des Wahnsinnigen ebenso wie sein Wahn als unverständlich galten. Während noch der französische Psychiater Philippe Pinel im 18. Jahrhundert die

[45] Siehe Jensen, Die Utopie der Authentizität und ihre Grenzen, S. 46 f.
[46] Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 18.
[47] Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 18. Wortwörtlich schreibt sie: „Es ist die Geschichte des zur Sprache gekommenen Wahnsinns. Was dieser vor dem Zugriff der Vernunft war, ist schwer zu sagen, wie er von ihrem Gegenteil zu ihrem Gegenstand wurde, schon eher. Dass die Kommunikation zwischen den beiden Regionen der Vernunft und Unvernunft erst wieder einsetzt, als Erstere beginnt, einen sicheren Platz einzunehmen und die polymorphe Gestalt des Wahnsinns in Krankheit zu ‚bannen', ist bekannt."
[48] Ralser, Das Subjekt der Normalität, alle Zitate S. 18.
[49] Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 20.

Vorstellung gehegt hatte, so Kiceluk, „dass die Irren ein Selbst besaßen, dass sie tatsächlich erzählfähige Wesen waren",[50] und daher sowohl den Krankheitszeichen als auch der Erzählung des Kranken Beachtung geschenkt hatte, war genau diese doppelte – semiotische und narratologische – Betrachtung im Lauf des 19. Jahrhunderts zu einem zentralen epistemologischen Problem geworden, da die beiden Modelle zunehmend als unversöhnlich galten. Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin (1856–1926), um den es im Folgenden gehen wird, entschied sich daher dafür, sein Augenmerk auf das semiotische Bild der Krankheit zu richten; die Krankengeschichte diente fortan nur noch der Diagnosestellung, und die Art und Weise des Erzählens wurde zu einem Merkmal der Krankheit. Es ging um das Wie, nicht um das Was des Sprechens; die Kranken wurden gewissermaßen der Krankheit untergeordnet. Auch in der Darstellung der Sprachverwirrtheit als Symptom in seinen Psychiatrie-Lehrbüchern verwendete Kraepelin zitierte und damit aus ihrem ursprünglichen narrativen Kontext herausgenommene Patientenrede hauptsächlich, um die Besonderheiten des Sprechens auf scheinbar objektive Weise unverfälscht abzubilden.[51]

In der Wahrnehmung der Psychiater blieb der Patient in der Dementia praecox stumm, auch wenn er sprach; das Sprechen sagte nichts aus, und vor allem wurde ihm keine befreiende oder heilende Funktion zugesprochen. Mit Freud bekam die Lebens- und Krankheitsgeschichte der Patientin oder des Patienten eine neue Bedeutung, allerdings vorerst nur für die Neurosen, insbesondere die Hysterie. Freud wollte den „Zusammenhang zwischen Ereignis und Symptom, zwischen Geschichte und Krankheiten"[52] finden, und dabei ging es auch oder gerade um das, was der Patient nicht erzählte, was aber der Körper in seinem Leiden verriet. Die Zeichen des Körpers las Freud dabei als den in der Geschichte fehlenden oder unterdrückten Text, und erst Körper und Psyche zusammen ergaben seiner Auffassung nach die vollständige Erzählung. Er vermutete ein bestimmtes Motiv hinter der Erkrankung, dessen Entdeckung er sich zur Aufgabe machte. Bei der Dementia praecox, so das zeitgenössische Denken, verhinderte aber gerade die Krankheit selbst die Entdeckung eines Motivs, indem sie das Sprechen verwirrte und unverständlich machte.[53]

[50] Stephanie Kiceluk, Der Patient als Zeichen und als Erzählung. Krankheitsbilder, Lebensgeschichten und die erste psychoanalytische Fallgeschichte [1992], in: Hans-Martin Lohmann (Hrsg.), Hundert Jahre Psychoanalyse. Bausteine und Materialien zu ihrer Geschichte, Stuttgart 1996, S. 61–109, hier S. 73.

[51] Siehe dazu die Analyse von Yvonne Wübben, Die kranke Stimme. Erzählinstanz und Figurenrede im Psychiatrie-Lehrbuch des 19. Jahrhunderts, in: Rudolf Behrens/Carsten Zelle (Hrsg.), Der ärztliche Fallbericht. Epistemische Grundlagen und textuelle Strukturen dargestellter Beobachtung, Wiesbaden 2012, S. 151–170, zu Kraepelin besonders S. 165–167.

[52] Kiceluk, Der Patient als Zeichen und als Erzählung, S. 95 f.

[53] Vgl. Kiceluk, Der Patient als Zeichen und als Erzählung.

2. Burghölzli und danach

Die Entstehung der Schizophrenie und einer Unverständlichkeits-Annahme

Vor diesem Hintergrund und in dieser Umbruchszeit wurde nun von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler ein Konzept von Geisteskrankheit formuliert, in das unterschiedliche Denkstile dieser Zeit einflossen und das bis weit in das 20. Jahrhundert hinein als Konservierungs- und Transportmittel diente, bis es entscheidende Modifizierungen erfuhr. Vor Bleulers Schizophreniekonzept hatte das von dem deutschen Psychiater Emil Kraepelin entworfene Krankheitsbild der Dementia praecox die Vorstellung von Geisteskrankheit dominiert, und auch nach der Verbreitung der Schizophreniediagnose blieben Elemente der Dementia-praecox-Beschreibung – nun unter dem Begriff der Schizophrenie – erhalten. Kraepelin, der zuerst in Heidelberg, dann von 1903 bis 1922 in München Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik war, gilt als eine der zentralen Figuren der modernen Psychiatrie, der über die in der amerikanischen Psychiatrie einflussreichen „Neo-Kraepelinianer" in Debatten um biologische und medizinische Vorstellungen von psychischen Krankheiten bis heute präsent ist.[54] Während die „Neo-Kraepelinianer" für eine Biologisierung der Psychiatrie stehen, wird von Seiten der Medizin- und Psychiatriegeschichte die Vielfältigkeit von Kraepelins Ansatz betont. Der britische Medizinhistoriker Edward Shorter etwa bringt Kraepelin in Verbindung mit dem „Ende der ersten biologischen Psychiatrie", da Kraepelin sich nicht mit den Hypothesen der Hirnpsychiatrie zufriedengegeben habe, sondern eine „neue, vertikale Sichtweise" eingeübt habe, die den individuellen Kontext der Lebensgeschichte mitberücksichtigte.[55] Auch Heinz Schott und Rainer Tölle sehen Kraepelins Werk als Endpunkt und Durchbruch eines das 19. Jahrhundert prägenden Prozesses und heben seine psychologischen Wurzeln und Interessen hervor.[56] Paul Hoff kommt nach einer ausführlichen und durchaus kritischen Studie über Kraepelins Bedeutung für die Entstehung der klinischen Psychiatrie sowie ihrer Weiterentwicklung zu dem Ergebnis, dass Kraepelin sich in erster Linie als klinischer Forscher verstand, der in wissenschaftstheoretischer oder philosophischer Richtung zwar wenig Differenzierungen beisteuerte. Dennoch sei die Reduktion von dessen Werk aber auf seine statischen und positivistischen Elemente, wie sie von manchen Kritikern betrieben werde, nicht angemessen.[57]

[54] Siehe Eric J. Engstrom, Die Ökonomie klinischer Inskription. Zu diagnostischen und nosologischen Schreibpraktiken in der Psychiatrie, in: Cornelius Borck/Armin Schäfer (Hrsg.), Psychographien, Zürich/Berlin 2005, S. 219–240, hier S. 219–221.

[55] Shorter, Geschichte der Psychiatrie, S. 156 f.

[56] Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie, S. 116–119 f.

[57] Paul Hoff, Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung, Berlin/New York 1994.

Solche Urteile sagen meist mehr aus über die, die sie fällen, als über den Gegenstand der Auseinandersetzung selbst.[58] Wichtig ist auf jeden Fall, dass Kraepelins Werk und sein Name für die psychiatrische Wissenschaft zu Referenzsystemen wurden. Der Name Kraepelin steht für eine klinisch-pathologische, biologische Psychiatrie und damit verbundene bestimmte Thesen und Auffassungen von psychischer Krankheit – auch wenn diese der Komplexität seines ursprünglichen Werkes nicht gerecht werden mögen.[59] Seine Klassifikation der Geisteskrankheiten, wie er sie in seinem Lehrbuch darstellte, wurde zum Grundstein der modernen Psychiatrie. Zwar legten auch andere Psychiater Klassifikationen vor; sie erreichten aber nicht denselben internationalen und anhaltenden Einfluss, sieht man von Kurt Schneiders Psychopathologie ab. Zugleich prägte Kraepelins Art und Weise der Darstellung von Krankheitsbildern, wie er sie in seinem Lehrbuch vornahm, aufgrund ihrer bilderreichen Sprache nicht nur die weitere psychiatrische Sprechweise, sondern trug auch zur Funktion des Lehrbuchs als „Weg zur Ausbildung einer Schule des mentalen Sehens […], die letztlich die Klassifikation stabilisieren sollte",[60] entscheidend bei.

Ende des 19. Jahrhunderts kannte die Psychiatrie eine Vielzahl an Krankheitsbildern. Zu großen Teilen dominierten degenerationstheoretische Vorstellungen von der Entstehung der Krankheiten den Diskurs. Diese beinhalteten bereits die Differenzierung zwischen angeborenen und „erworbenen" Krankheiten. Im Jahr 1886 erklärte der Neurologe Paul Julius Möbius, die Geisteskrankheiten ließen sich in zwei Gruppen aufteilen, die zugleich ihre Entstehung abbilden würden: endogene und exogene Krankheiten. Den endogenen Krankheiten fehlte ein äußerer Auslöser wie Alkohol oder eine Verletzung. Zu ihnen zählte er die neurotischen Krankheitsbilder – Hysterie, Nervosität, Migräne – ebenso wie die im eigentlichen Sinne psychiatrischen Krankheitsbilder der Manie, Melancholie, Paranoia, zirkuläres Irresein oder frühzeitige Demenz.[61] Darauf aufbauend, entwarf Emil Kraepelin mehrere große Krankheitseinheiten, denen er, dem „Primat der Sichtbarkeit"[62] der Zeichenbeobachtung folgend, ausführliche Verlaufsbeobachtungen zugrunde legte. Unter diesen Krankheitseinheiten war die Dementia praecox. Dieser Begriff geht in seiner Entstehungsgeschichte zurück bis zu Auguste Morel, wurde von Kraepelin aber wahrscheinlich in seiner latinisierten Form dem

[58] Zu dieser Einschätzung kommt auch German E. Berrios, Eugen Bleuler's Place in the History of Psychiatry, in: Schizophrenia Bulletin 37/6 (2011), S. 1095–1098.

[59] Vgl. Volker Roelcke, Biologizing Social Facts: An Early 20th Century Debate on Kraepelin's Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration, in: Culture, Medicine and Psychiatry 21 (1997), S. 383–403.

[60] Vgl. Yvonne Wübben, Mikrotom der Klinik. Der Aufstieg des Lehrbuchs in der Psychiatrie (um 1890), in: Yvonne Wübben/Carsten Zelle (Hrsg.), Krankheit schreiben. Aufzeichnungsverfahren in Medizin und Literatur, Göttingen 2013, S. 149–175, Zitat S. 175.

[61] M. Dominic Beer, The Endogenous Psychoses: a Conceptual History, in: History of Psychiatry 7 (1996), S. 1–29, zu Möbius S. 7–9.

[62] Volker Hess/Sophie Ledebur, Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als Schwellenphänomen einer urbanen Moderne, in: Volker Hess (Hrsg.), Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne, Wien 2012, S. 19–55, hier S. 44.

Psychiater Arnold Pick entlehnt[63] oder geht, wie Richard Noll kürzlich nahelegte, auf den Psychiater Heinrich Schüle zurück.[64] Die Orientierung an der Degenerationstheorie in ihrer von Heinrich Schüle in Deutschland verbreiteten Form lässt sich auch in den frühen Ausgaben von Kraepelins erstmals 1883 herausgegebenem Lehrbuch beobachten, in der er die Geisteskrankheiten bzw. „Seelenstörungen" auf Degenerationsprozesse zurückführte.[65] Daneben griff Kraepelin die von Karl Ludwig Kahlbaum in den 1860er Jahren entwickelten, ebenfalls aus der Beobachtung von Verlaufsweisen abgeleiteten Krankheitseinheiten auf, darunter Katatonie, Hebephrenie, paranoide Psychose und zyklisches Irresein.[66] In der fünften Ausgabe des Lehrbuchs von 1896 stellte er das Krankheitsbild der Dementia praecox vor, die er zuerst noch als organisch bedingte Krankheit formulierte. Erst in späteren Ausgaben stellte er sie als eine der beiden großen Krankheitseinheiten der endogenen Psychosen dem manisch-depressiven Irresein an die Seite, problematisierte sie jedoch auch gleichzeitig.[67] Mit seiner These, dass eine Krankheit eine Geschichte habe, die sich in einem Verlauf bzw. einem Prozess vollzog, wurde Krankheit in Form von Krankengeschichten erzählbar,[68] und indem Kraepelin diese Beobachtung ausbaute und konzeptualisierte, wurde Geschichtlichkeit zu einem zentralen inhaltlichen Moment der wissenschaftlichen Theorie von Geisteskrankheit.[69]

So unterschiedlich das Urteil über Kraepelins Werk und die Richtung seines Einflusses auf die Psychiatrie ausfallen kann, so gut lässt sich auch darüber streiten, wie viel Dementia praecox in der Schizophrenie enthalten sei oder ob langfristig nicht gar nur der Begriff, nicht aber das Konzept sich durchgesetzt habe. Dies geht unter anderem darauf zurück, dass der Schizophrenie-Begriff schon bei seiner fachwissenschaftlichen Präsentation, eingebunden in den Titel „Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenie", eine Art Alternativvorschlag suggerierte. Außerdem beeinflusste Bleulers Schizophreniekonzept wiederum Kraepelins weitere Konzeptualisierung der Dementia praecox als endogene Psychose, wie in der achten Ausgabe des Lehrbuchs von 1909 beobachtet werden kann.[70] Doch unter dem Deckmantel einer bloßen Begriffsänderung versteckte sich eine

[63] Vgl. Berrios/Luque/Villagrán, Schizophrenia: A Conceptual History, S. 117.
[64] Richard Noll, Dementia Praecox, 1886: A New Turning Point?, in: History of Psychiatry 23/2 (2012), S. 255–256.
[65] Siehe Beer, The Endogenous Psychoses: a Conceptual History, S. 11 f. 1889 erschien bereits die dritte Ausgabe.
[66] Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie, S. 117. Die erste Beschreibung der Hebephrenie hatte der Psychiater Ewald Hecker 1871 vorgelegt, siehe Abdullah Kraam/Paula Phillips, Hebephrenia: a conceptual history, in: History of Psychiatry 23/4 (2012), S. 387–403.
[67] Vgl. Beer, The Endogenous Psychoses: a Conceptual History, S. 14–16, und Berrios/Luque/Villagrán, Schizophrenia: A Conceptual History, S. 134.
[68] Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 44 f.
[69] Der Hinweis auf die Geschichtlichkeit als Moment von wissenschaftlichen Theorien ist entnommen von Mitchell Ash, Von Vielschichtigkeiten und Verschränkungen. „Kulturen der Wissenschaft – Wissenschaften in der Kultur", in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 30/2 (2007), S. 91–105, hier S. 96.
[70] Beer, The Endogenous Psychoses: a Conceptual History, S. 15.

neue Denkweise des Wahnsinns, die einen völlig anderen Ansatz vertrat als die Vorstellung einer vorzeitigen Demenzerkrankung. Brigitta Bernet hat in ihrer Untersuchung der Entstehung des Schizophreniekonzeptes gezeigt, dass Bleulers Ansatz nicht nur deutlich psychosozial ausgerichtet war, sondern auch seine um die Assoziationsstörung herum gebildete Vorstellung der Krankheit eine andere war als die von Kraepelin. In den Konzepten der Dementia praecox und der Schizophrenie kamen zwei unterschiedliche psychiatrische Kulturen zum Ausdruck: die eine biologisch-klinisch orientiert, die andere mit einem psychosozialen, psychoanalytisch beeinflussten Ansatz.

Die Entwicklung des Schizophreniemodells spielte sich vor dem Hintergrund der Anstalt als Mikrokosmos der bürgerlich-liberalen Gesellschaft im 19. Jahrhundert, der Krise der Anstaltspsychiatrie um die Jahrhundertwende und der Erweiterung des Handlungsradius ab.[71] Gleichzeitig deutete sich eine Krise der hirnpathologisch orientierten Psychiatrie an, die sich zunehmend als nicht in der Lage erwies, die im Zeichen der Fortschritts- und Wissenschaftsbegeisterung von ihr erhofften Erfolge zu liefern. Insbesondere die Gruppe der sogenannten funktionellen Psychosen hatte der Hirnpsychiatrie die Grenzen ihres Erklärungsansatzes aufgezeigt. Im Zusammenhang mit diesen enttäuschten Hoffnungen und Erwartungen wurde das Bedürfnis nach alternativen therapeutischen Angeboten bemerkbar. Auch Kraepelins Nosologie hatte letztlich nicht viel zur Milderung der therapeutischen Hilflosigkeit beigetragen; die Unheilbarkeit und Unaufhaltsamkeit des Krankheitsprozesses war ja gerade eines der wesentlichen der Merkmale der Dementia praecox, auch wenn sich an diesem Merkmal einige Kritik entzündete.[72]

Als ehemaliger Anstaltsdirektor kannte der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler das Problem der therapeutischen Hilflosigkeit nur zu gut. Durch seine Erfahrungen als Direktor der Pflegeanstalt Rheinau hatte sich sein „Fokus von theoretisch-neurologischen Fragen hin zu […] sozial- und individualtherapeutischen Fragen“[73] verschoben. Als er 1898 Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli[74] wurde, brachte er die Auffassung mit, dass die zeitgenössisch sogenannte Irrenfrage eher ein soziales Problem als ein biologisches Degenerationsphänomen war. In seinen Therapien orientierte sich Bleuler an psychologischen Behandlungsansätzen wie der Hypnose- und Suggestionstherapie und Psychotherapie. Auch wenn er nicht mit allen Bestandteilen der psychoanalytischen Theorie von Sigmund Freud einverstanden war, entlehnte er ihr Elemente für ein

[71] Bernet, Schizophrenie, S. 338. Siehe zur Geschichte der Psychiatrie in der Schweiz auch den Überblick von Angela Dettling, Von „Irren“ und „Blödsinnigen“. Der Kanton Schwyz und die Psychiatrie im 20. Jahrhundert, Zürich 2009, v. a. aber den Band Meier/Bernet/Dubach/Germann, Zwang zur Ordnung, sowie Fussinger/Germann/Lengwiler/Meier, Psychiatriegeschichte in der Schweiz (1850–2000).

[72] Bernet, Schizophrenie, S. 338.

[73] Bernet, Schizophrenie, S. 339.

[74] Zum Burghölzli Wulf Rössler/Hans Danuser/Jules Angst (Hrsg.), Burg aus Holz – das Burghölzli. Von der Irrenanstalt zur Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Entwicklungen, Innen- und Aussenansichten, Zürich 2013.

besseres Verständnis der Psychosen.[75] Der psychosoziale Ansatz blieb auch am Burghölzli erhalten und zeigte sich etwa in der Einführung des Begriffes der „sozialen Heilung", der die Entlassung der Patienten ermöglichte, die medizinisch gesehen noch als krank galten, denen aber zugetraut wurde, außerhalb der Klinik ein Leben führen zu können.

Unter den bedeutenden Mitarbeitern Bleulers am Burghölzli ragt die Figur von Carl Gustav Jung besonders hervor, insbesondere für die psychologische Ausgestaltung des Schizophrenie-Konzeptes. Jung war von 1900 bis 1902 als zweiter Assistenzarzt im Burghölzli angestellt, von 1903 bis 1909 als Oberarzt. Bernet bezeichnet diese sechs Jahre als die „intensivste Zeit für die Herausbildung des Denkstils der Zürcher Schule", in der versucht wurde, „die eben eröffneten praktischen Arbeitsfelder der Grenz- und Übergangsbereiche theoretisch zu bewältigen".[76] Durch ihre unterschiedlichen Charaktere ergänzten sich Bleuler und Jung hervorragend und schufen eine Arbeitsatmosphäre, die das Züricher „Denkkollektiv", das alle Mitarbeiter von den Doktoranden bis zu den Oberärzten umfasste, zu Höchstleistungen anspornte. Die Züricher Schule machte sich im In- und Ausland einen Namen, wenn auch nicht alle Kolleginnen und Kollegen mit den psychoanalytischen Einflüssen einverstanden waren. Ab 1909 baute sich Jung eine Privatpraxis auf und war noch als Privatdozent an der Klinik.[77] Zuvor hatte er jedoch in seiner Habilitationsschrift „Psychologie der Dementia praecox" aus dem Jahr 1906 entgegen der hirnorganischen Lehre eine psychologische Grundlage für die Dementia praecox entwickelt.[78] Dies war ganz im Sinne des Züricher Denkstils, der eine Stärkung psychologischer und tiefenpsychologischer Elemente und Angebote gerade vor dem Hintergrund der Konkurrenz der Neurologie anstrebte.[79]

Eine erste Abwandlung des Dementia-praecox-Begriffes nahm Eugen Bleuler vor, als er gegen das Unheilbarkeitsdogma erklärte, der Krankheitsprozess könne auch stillstehen und „latent" werden. Allerdings wollte Bleuler sein Krankheitskonzept der Schizophrenie nicht als Gegenentwurf zur Demetia praecox, sondern als „sozialpsychologische Erweiterung"[80] verstanden haben. Der wesentliche Unterschied, so Brigitta Bernet, „lag weniger in den Phänomenen, die sie beschrieben, als in ihrem unterschiedlichen *emplotment*. Während die Generation (die Ahnenreihe) und das Störungsszenario der Degeneration den plot der Dementia praecox bildeten, waren die Assoziation (die Vergesellschaftung) und das Szenario der Dissoziation die entscheidenden Determinanten der Schizophrenie."[81]

[75] Vgl. Thomas G. Dalzell, Eugen Bleuler 150: Bleuler's Reception of Freud, in: History of Psychiatry 18/4 (2007), S. 471–482.
[76] Bernet, Schizophrenie, S. 218.
[77] Zum „Denkkollektiv" und zur Bedeutung von Jung siehe Bernet, Schizophrenie, S. 216–223.
[78] Bernet, Schizophrenie, S. 153.
[79] Bernet, Schizophrenie, S. 148–154.
[80] Bernet, Schizophrenie, S. 340.
[81] Bernet, Schizophrenie, S. 341.

Im Bereich der Symptome der Schizophrenie rückte Bleuler die Störungen der Sprache in den Mittelpunkt, was angesichts der Bedeutung der „vernünftigen Rede" und der Fähigkeit zur Artikulation und Kommunikation für die bürgerliche Gesellschaft und das Selbstverständnis des aufgeklärten, vernünftigen, selbstreflektierten Subjekts die soziale Reflexivität des Krankheitskonzeptes unterstreicht.[82] Die Festlegung von sprachlichen Störungen im Unterschied zu einem Normbereich wurde auf der Basis eines Massenexperiments, bei dem C. G. Jung und ein weiterer Mitarbeiter die Reaktionen der Klinikangestellten als normale Reaktionen ermittelten – damit aber eigentlich erst zur Norm fixierten – durchgeführt. Seit 1902 formalisiert, wurde dieser „Assoziationstest" ab 1905 standardisiert eingesetzt.[83] Schizophrene zeichneten sich nach Bleuler dadurch aus, dass ihre Sprache durch „Begriffsunklarheit", „Paragrammatismus", „unlogische Verknüpfungen", ein Abweichen von den logischen Verknüpfungen und sinnvollen Zusammenhängen oder sprunghaftes, zielloses und zusammenhangloses Reden gekennzeichnet war.[84] Bei der Formulierung dieser Merkmale griff Bleuler auf die Aphasieforschung vor allem der 1860er Jahre zurück, die sich bereits mit Sprachstörungen, allerdings vor allem aus neuropathologischer und hirnanatomischer Sicht, beschäftigt hatte; er zeigte aber kein Interesse an der Sprach*mechanik*, sondern der Sprachkompetenz in einem pragmatischen Sinn. Damit wurden die Sprachstörungen nicht länger als eine defekte Funktion, sondern als eine Störung im „Akt der Sinn(re)produktion" gedeutet, in der sich „ein dynamischer Konflikt von Selbst- und Weltverhältnis"[85] und nicht ein anatomischer Defekt manifestierte. Außerdem ordnete Bleuler die Symptome in primäre Basissymptome und sekundäre Symptome. Als primäres Basissymptom beschrieb er die „Assoziationsstörung" oder „Assoziationslockerung". Bleuler begriff Assoziation als psychologisches „Strukturprinzip".[86] Die Lockerung oder Störung der Assoziation, die Dissziation, stellte sich Bleuler psychologisch als Spaltung zwischen Affekt und Intellekt im Individuum vor. Die Symptome, die im weiten Verlauf als typisch für Schizophrenie bekannt wurden, wie Halluzinationen, Katatonie,

[82] Bernet, Schizophrenie, S. 341.

[83] Bernet, Schizophrenie, S. 254–259. Der Test lief so ab, dass der Versuchsleiter Wörter einer festgelegten Liste nacheinander vorlas, während die Versuchsperson nach jedem Wort möglichst schnell und ohne Überlegung mit dem ersten assoziierten Wort reagieren sollte. Der Leiter maß dabei die Zeit mit, um (bewusste oder unbewusste) Verzögerungen messen zu können. Anschließend wurden die Versuchspersonen zum Experiment und ihren Wahrnehmungen und Emotionen bei den Reizwörtern befragt. Durch die Normsetzung der mit dem Klinikpersonal erarbeiteten Testreihen konnten Abweichungen der „normalerweise" logischen oder naheliegenden Assoziationen ermittelt werden.

[84] Bernet, Schizophrenie, S. 164–178.

[85] Bernet, Schizophrenie, S. 163 f.

[86] Bernet, Schizophrenie, S. 341. Er wechselte in der Verwendung zwischen psychologischen und sozialen Bedeutungsfeldern hin und her, was einer Ausdehnung psychiatrischer Fragestellungen auf Bereiche des Sozialen und umgekehrt einer Beleuchtung psychiatrischer Angelegenheiten unter Gesichtspunkten des Sozialen Vorschub leistete, also einer „Psychiatrisierung des Sozialen" ebenso wie einer „Sozialisierung" der Psychiatrie, siehe Bernet, ebd., S. 209 und S. 341.

Autismus und Sprachstörungen, begriff Bleuler als sekundäre Symptome, die sich infolge des Basissymptoms und als Reaktion bildeten. Das bedeutete jedoch auch, dass eine Schizophrenie als Assoziationslockerung oder -störung unsichtbar und latent vorhanden sein konnte, bevor sie sich in den sekundären Symptomen manifestierte und sozial sichtbar wurde.

Áls Ursache der Krankheit vermutete Bleuler Beeinträchtigungen und Störungen im „psychodynamische[n] Zusammenspiel tieferer und höherer, einfacher und komplexer psychischer Funktionen".[87] Da er die höheren Funktionen für beeinflussbar hielt, nahm er an, dass die sekundären Symptome prinzipiell offen für psychotherapeutische Behandlungen mit Hypnose- und Suggestionstherapie seien. Damit transportierte er erste psychotherapeutische Ansätze aus ihrem bisherigen Bereich der Neurosen in das Gebiet der Psychosen. Mit Arbeitstherapie sollte außerdem ein disziplinierender und konditionierender Rahmen geschaffen werden, in dem das Individuum wieder Normalität einüben und vernünftige Ablenkung erhalten sollte. Prinzipiell lassen sich die dahinterstehenden sozialen Ziele durchaus, wie es Bernet tut, als Anpassung des Individuums an die Gesellschaft lesen, die zumindest so weit erreicht werden sollte, dass es auch außerhalb der Anstalt leben und arbeiten konnte.[88]

Gleichwohl nahmen Bleuler und die anderen Psychiater am Burghölzli an, dass der Krankheit letztlich eine somatische Ursache zugrunde lag. Mit dieser Annahme hielten sie den sozialen und medizinischen Handlungsspielraum der Psychiatrie sowohl für körperliche als auch für psychotherapeutische Behandlungensmethoden offen. Zudem vertraten sie ein „sozial-interventionistisches Rollenverständnis", in dem der Psychiatrie die Aufgabe zukam, die Gesellschaft mitzugestalten – auch über eugenische Maßnahmen. Psychotherapie und Eugenik, so zeigte sich später auch in der Schweizer Psychiatrie, konnten nach zeitgenössischem Verständnis Hand in Hand gehen und einander ergänzen.[89] Die Psychoanalyse wurde von Bleuler als Instrument zur Deutung der Wahnbildungen eingesetzt, nicht aber „zum Verständnis ihrer Verursachung und Einteilung".[90] Die Annahme der letztlich organischen Grundlage bildete denn auch den Unterschied zu Freuds oder Jungs Theorien.

Die Konzentration Bleulers bei der Krankheitskonzeption auf die Beeinträchtigung der Fähigkeit des Individuums, Sinn herzustellen und mitzuteilen, siedelte die Schizophrenie mitten im modernen Selbst an. Die den Psychiaterinnen und Psychiatern sinnlos scheinenden Begriffsassoziationen ihrer Patientinnen und Patienten legten die Folgerung nahe, dass der oder die Schizophrene sich nicht mehr im selben sprachlichen Referenzsystem wie seine Umgebung befand. Was

[87] Bernet, Schizophrenie, S. 201–203, Zitat S. 202.
[88] Bernet, Schizophrenie, S. 205.
[89] Meier/Bernet/Dubach/Germann, Zwang zur Ordnung, S. 66–68, Zitat S. 68. Siehe speziell zu dieser Thematik außerdem Hans Jakob Ritter, Psychiatrie und Eugenik. Zur Ausprägung eugenischer Denk- und Handlungsmuster in der schweizerischen Psychiatrie, 1850–1950, Zürich 2009.
[90] Friedland/Herrn, Die Einführung der Schizophrenie an der Charité, S. 239.

Bleuler als Schizophrenie beschrieb, meinte nicht weniger als einen Riss durch dieses Selbst, der darüber hinaus auch das Verhältnis zur Außenwelt, in dem dieses Selbst stand, empfindlich störte. Daraus wurde die These abgeleitet, dass der Kontakt zwischen Selbst und Welt gestört, im schlimmsten Fall abgerissen sei.

Rasch erhielt die Vorstellung eines gespaltenen Selbst auch im Bereich der Kultur und Gesellschaftsdiagnose einen Resonanzraum: „Schizophrenie" bzw. „schizophren" wurde zur Beschreibung der Zersplitterung, der Zerrissenheit und Doppelgründigkeit der modernen Gesellschaft und des modernen Subjekts schlechthin verwendet.[91] Im Experimentierfeld der Moderne diente der Wahnsinn der Aushandlung von Grenzbereichen.[92] Darüber hinaus wurden in die literarischen Fiktionen über Verrückte und Zustände des Wahnsins expressionistische Kulturkritik und Poetik eingelassen, also die Kritik an der bürgerlichen Normalität und den bürgerlichen Tugenden, zu denen der Irre als „Kontrasttyp" fungierte und, auf dieser gesellschafts- und kulturgeschichtlichen Basis, der Wahnsinn als Motiv „seine kritische Potenz voll entfaltet[e]".[93] Die Schizophrenie integrierte sich in die Vorstellung vom Künstlerischen, weil sie „gerade wegen ihrer bis heute bestehenden Ungreifbarkeit und Rätselhaftigkeit sowie ihrer gleichzeitigen Funktion als Synonym für Wahnsinn schlechthin zur Projektionsfläche einer abhanden gekommen geglaubten authentischen, auch wissenschaftlich nutzbaren Erkenntnisfähigkeit werden konnte".[94] Der irre Künstler repräsentierte damit nicht mehr das Andere der Vernunft oder des bürgerlichen Subjekts, sondern wurde zum „Heroen höchster Empfindsamkeit in einer katastrophischen Moderne"[95] imaginiert.

Die Schizophrenie und die Frage des „Verstehens"

Mit der Auffassung, dass die Sprachstörungen der Ausdruck einer psychodynamischen Störung seien, wurde die Frage aufgeworfen, was sich mit den Äußerungen der als schizophren beurteilten Patientinnen und Patienten überhaupt anfangen ließ. Ließ sich aus ihnen etwas über den innerseelischen Prozess ablesen und herausfinden? Oder waren sie tatsächlich bloß zusammenhangloses Reden ohne jeden Sinn? Einer der ersten deutschen Ärzte, der sich dieser Frage annahm, war der junge Heidelberger Psychiater Karl Jaspers. Im selben Jahr, in dem er mit der Veröffentlichung der „Allgemeinen Psychopathologie" den methodischen

[91] Siehe zur Bedeutung von Schizophrenie für die Moderne und das moderne Subjekt die Arbeiten von Louis A. Sass, besonders Sass, Madness and Modernism, und Louis A. Sass, The Paradoxes of Delusion. Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind, Ithaca, NY 1994.

[92] Siehe den Sammelband und die Einleitung Volker Hess/Heinz-Peter Schmiedebach, Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne, in: Volker Hess (Hrsg.), Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne, Wien 2012, S. 7–17.

[93] Thomas Anz, Schizophrenie als epochale Symptomatik. Pathologie und Poetologie um 1900, in: Frank Degler/Christian Kohlross (Hrsg.), Epochen/Krankheiten. Konstellationen von Literatur und Pathologie, St. Ingbert 2006, S. 113–130, hier S. 121.

[94] Bettina Gockel, Die Pathologisierung des Künstlers. Künstlerlegenden der Moderne, Berlin 2010, S. 22.

[95] Gockel, Die Pathologisierung des Künstlers, S. 22.

und systematischen Grundstein der Psychopathologie des 20. Jahrhunderts legte, veröffentlichte er auch einen Aufsatz über die Möglichkeit, Schizophrenie zu erklären oder zu verstehen. Obwohl Jaspers kein Konzept der Schizophrenie im eigentlichen Sinne vorlegte,[96] beeinflusste er damit die Vorstellungen, die sich die Psychiatrie von ihren schizophrenen Patientinnen und Patienten und vom Krankheitsbild selbst machten, nachhaltig.

Im Gegensatz zu Kraepelin war Jaspers prinzipiell vorsichtiger, was die Annahme von natürlichen Krankheitseinheiten, die es durch Forschung und Verlaufsbeobachtung nur zu entdecken gelten würde, anging. Jaspers begriff die gebildeten Krankheitseinheiten eher als orientierende Ideen.[97] Wie Bleuler reagierte auch Jaspers auf den zunehmenden Einfluss der naturwissenschaftlichen Methoden und Denkweisen in der Psychiatrie. Sein Ziel war, ein ausgewogenes Krankheitsverständnis zu entwickeln, das weder einseitig naturwissenschaftlich noch einseitig geisteswissenschaftlich – das hieß psychodynamisch oder philosophisch – sein sollte. Die endgültige Deutungshoheit sah er jedoch weiterhin bei der naturwissenschaftlichen Medizin. Mit seinen Versuchen, zwischen den mittlerweile herausgebildeten unterschiedlichen Wissenskulturen und Wisensformen von Natur- und Geisteswissenschaften zu vermitteln bzw. ihre unterschiedlichen Kompetenzen und Wissensmöglichkeiten zu klären, war er nicht allein. Um die Jahrhundertwende beschäftigten sich verschiedene Philosophen mit dem Thema. Zu beliebten analytischen Leitkategorien wurden dabei die auf den Philosophen Wilhelm Dilthey (1833–1911) zurückgehenden Begriffe „Erklären" und „Verstehen". Mit diesen arbeitete auch Jaspers. Er argumentierte, dass sie als ineinandergreifende, einander ergänzende Kategorien zu verstehen seien, mit denen man sich einem Gegenstand auf unterschiedliche Art und Weise und mit verschiedenen Zielen analytisch nähern konnte. Unter Erklären verstand er eine kausallogische Verknüpfung, unter Verstehen ein mehr unmittelbares, deskriptives Begreifen. Aufgrund dieser Konzeption schrieb er ihnen unterschiedliche Reichweiten zu: Während es nichts gebe, was nicht erklärt werden könne, seien dem Verstehen von Natur aus Grenzen gesetzt.[98] Mit der Kontroverse über diese Begriffe wurde nicht nur eine philosophische Frage abgehandelt, sondern auch die „Entgegensetzung von Kausalität und Teleologie, von Objektivität und Subjektivität, von

[96] John Hoenig, Jaspers's View on Schizophrenia, in: John G. Howells (Hrsg.), The Concept of Schizophrenia. Historical Perspectives, Washington, DC 1991, S. 75–92, hier S. 75. Jaspers war von 1908 bis 1915 Arzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg, die „Allgemeine Psychopathologie" war seine Habilitationsschrift. Unmittelbar danach wechselte er zur Philosophie.

[97] Matthias Bormuth, Lebensführung in der Moderne. Karl Jaspers und die Psychoanalyse, Stuttgart-Bad Cannstatt 2002, S. 36.

[98] Siehe dazu Bormuth, Lebensführung in der Moderne, S. 38–46. Auch Max Weber veröffentlichte 1913 eine Studie „Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie", in der er dem Bereich des Verstehbaren deutliche Begrenzungen zuwies. Die Grenze zwischen Verstehbarem und Nicht-Verstehbarem verlief Weber zufolge zwischen einem verstehbaren Verhalten auf der einen Seite und nicht verstehbaren Phänomenen wie beispielsweise Ekstase, mystisches Erleben oder psychopathische Zusammenhänge auf der anderen Seite.

Krankheitsgeschichte und Krankengeschichte, von Körper und Bewusstsein“[99] thematisiert, die Theorie und Praxis der Medizin gleichermaßen betraf.

In dem erwähnten Aufsatz von 1913 wandte Jaspers sein Verständnis von der Differenz zwischen Erklären und Verstehen auf das Phänomen des Wahns an. Der Titel des Aufsatzes, „Kausale und ‚verständliche‘ Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie)“, zeigt, wie früh Jaspers bereits den Schizophreniebegriff verwendete. An verschiedenen Stellen bezog er sich direkt auf die zwei Jahre zuvor erschienene Schrift von Bleuler, in der dieser die Schizophrenielehre entwickelt hatte. Dabei zeigte er durchaus Sympathien für das Krankheitsmodell der Züricher Schule und besonders für Bleulers Umgang mit der psychoanalytischen Lehre, den Jaspers als herausragend präzise und kritisch beschrieb.[100] Er war voll des Lobes für Bleulers scharfe Beobachtungsgabe und den psychologischen Ansatz, weil dieser den bisherigen Ansatz gründlich zu erweitern verstehe: Bleulers Buch über Schizophrenie sei, so Jaspers, „ein psychiatrisches Buch über Psychosen im engeren Sinne, das endlich wieder verstehende Psychologie bei der Analyse dieser Psychosen“ anzuwenden wisse.[101]

Jaspers selbst verfolgte mit seinem Aufsatz das Ziel, „verständliche Zusammenhänge“ zwischen Lebensereignissen (von ihm als „Schicksal“ bezeichnet) und akuten Psychosen herzustellen. Er wandte sich von vornherein solchen Fällen von reaktiven Psychosen zu, bei denen angenommen wurde, dass die seelische Erschütterung die wesentliche Ursache der Erkrankung sei und daher davon ausgegangen werden konnte, dass sich verständliche Zusammenhänge zwischen dem Erlebnis und dem Psychoseninhalt zeigen würden.[102] Damit orientierte er sich an Bleulers Begriff der reaktiven Psychose, also – in Jaspers Formulierung – „Reaktionen, die auf Grund der schizophrenen Veränderung auf ein äußeres Erlebnis hin stattfinden“. Bereits das „auf Grund“ signalisiert, dass Jaspers nicht davon ausging, dass das äußere Erlebnis die Krankheit ausgelöst hätte. Vielmehr ging er davon aus, dass die Erkrankung dem Ausbruch der Psychose, wenn auch unbemerkt, bereits vorausgegangen war.[103] Die Reaktion konnte sofort nach einem Erlebnis eintreten, aber auch nach einem längeren Zeitraum.

[99] Engelhardt, Erklären und Verstehen, S. 19.

[100] Karl Jaspers, Kausale und „verständliche“ Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie), in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 14 (1913), S. 158–263, hier S. 168 f.

[101] Jaspers, Kausale und „verständliche“ Zusammenhänge, S. 168.

[102] Jaspers, Kausale und „verständliche“ Zusammenhänge, S. 178.

[103] Jaspers, Kausale und „verständliche“ Zusammenhänge, S. 176. Indem er sich auf diese Gruppe beschränkte, lehnte sich Jaspers nicht allzu weit aus dem Fenster und hielt sämtliche Möglichkeiten anderer psychotischer Gruppen und Verursachungen offen. In Anlehnung an Bleuler differenzierte Jaspers von dieser Psychosengruppe die sogenannten spontanen Psychosen, bei denen „man ein primäres, nur körperlich zu erklärendes Wachsen der Krankheit, ohne Beziehung zum persönlichen Schicksal und Erleben des Kranken, mit zufälligem Inhalt“ , ebd., S. 174, beobachten könne, sowie diejenigen „durch Prozesse entstandene[n] Psychosen, deren Inhalt keinen verständlichen Zusammenhang mit dem Schicksal zeigt, wenn auch natürlich die Inhalte irgendwie aus früherem Leben genommen sein müssen,

Dass die Psychosen mit einer Reaktion begannen, hieß aber nicht, dass sie auf den Zeitraum dieser Reaktion beschränkt, also generell nur vorübergehend gewesen wären. Ein einmal derart erkranktes Selbst konnte sich nach Jaspers Auffassung nur selten wieder völlig von einer solchen psychotischen Phase erholen und zu einem freien, selbstbestimmten, vernunftbestimmten Umgang mit sich selbst zurückfinden: „Es besteht nach Ablauf der Psychose zwar die Fähigkeit die Psychose im *Urteil* rückhaltlos für krank zu erklären. Es besteht aber die Tendenz einer Nachwirkung der psychotischen Inhalte, die aus dem Schicksal erwachsen sind, auch auf das weitere Leben und damit die Neigung, trotz *intellektueller* richtiger Stellungnahme doch im *Gefühls-* und *Trieb*leben den krankhaften Inhalten nicht frei gegenüberzustehen."[104]

Da bei den reaktiven Psychosen also deutliche Hinweise auf die Verknüpfung von persönlichen Erfahrungen und der Psychose wahrgenommen wurden, konnten und sollten diese nach Jaspers Einschätzung denn auch legitimerweise zur Deutung der Psychose herangezogen werden. Allerdings ging es ausschließlich um ein Verstehen der Krankheitserscheinungen vor dem Hintergrund der zugetragenen Ereignisse und nicht darum, die Erkrankung kausallogisch mit den Ereignissen zu verknüpfen, was einer psychogenetischen Erklärung gleichgekommen wäre. Über die kausale Ursache der Erkrankung – also warum bei einer Person Schizophrenie ausgebrochen war und ob die Ursachen psychologischer oder biologischer Natur waren – wollte diese Verständlichmachung nichts aussagen. Ebenso wenig ging sie davon aus, dass sich neben dem intuitiven, sich unmittelbar einstellenden Verstehen dieser Zusammenhänge ein gleiches Verstehen des Wahns einstellen könnte. Zwar ließen sich Wahninhalte verstehen – also etwa die Beschreibung einer im paranoiden Wahn erlebten Verfolgung oder dessen, was jemand bei seinen Halluzinationen sieht – , die Entstehung des Wahns aber und auch die Wahn*erlebnisse* als völlig fremdartige Erlebnisse hielt Jaspers kategorisch nicht für verstehbar.

Damit berücksichtigte Jaspers in seinen Kriterien für die Feststellung eines Wahns nicht nur ein quantitativ unterschiedliches Erleben, das an einer Art durchschnittlichem, „normalem" Erleben der Mehrheit der Gesellschaft gemessen und objektiv von außen festgestellt werden könnte. Er etablierte vielmehr die Vorstellung, dass es sich beim Wahn um einen qualitativ völlig unterschiedlichen Vollzug des Erlebens handelte.[105] Jaspers verstand den Wahn nicht als Denkstörung. Vielmehr schrieb er ihm zu, ein vor dem Denken liegendes, grundsätzliches und „radikal fremdes Erleben" zu sein, verbunden mit einem radikalen Persön-

ohne dass ihr Erlebniswert, ihr Wert als Schicksal das Ausschlaggebende für den Eintritt in den Psychoseninhalt wäre (reine Phasen oder Schübe)". Ebd., S. 178.

104 Jaspers, Kausale und „verständliche" Zusammenhänge, S. 174 f.

105 Vgl. Alfred Kraus, Die neue Glossardiagnostik der Psychiatrie und die Allgemeine Psychopathologie von Karl Jaspers, in: Dietrich von Engelhardt/Horst-Jürgen Gerigk (Hrsg.), Karl Jaspers im Schnittpunkt von Zeitgeschichte, Psychopathologie, Literatur und Film. Mit einem Geleitwort von Christoph Mundt, Heidelberg 2009, S. 129–136, hier S. 134 f.

lichkeitswandel.[106] In Jaspers Vorstellung war der Wahn etwas Unvergleichliches, grundsätzlich und qualitativ Anderes, und eben nicht nur eine Abweichung von einer gesellschaftlichen Norm. Vor allem die „unvergleichliche subjektive Gewissheit", mit der der oder die Wahnsinnige an seinen oder ihren Überzeugungen festhalte, und die sich weder durch Erfahrungen oder Logik beeinflussen lasse, wies nach Jaspers Auffassung darauf hin, dass die gesamte *Wirklichkeit* des schizophrenen Individuums eine andere als die seiner Umgebung sei.

Aus diesen Überlegungen heraus entwickelte Jaspers schließlich die These, der Wahn liege hinter einer Grenze des Verstehens; seine Unverständlichkeit sei ihm immanent. Denn wenn die Wirklichkeit und das Erleben ein so völlig unterschiedliches, einzig- und andersartiges seien, dann müsse man davon ausgehen, dass der Wahn sich grundsätzlich nicht verstehen lasse. Dass es zu einem solch andersartigen Erleben komme, konnte Jaspers sich jedoch nicht anders vorstellen, als dass ein somatischer Prozess dahinterstehe. Weil diese Annahme einer letztlich körperlichen Ursache aber schließlich die kausale Erklärung für den Wahn bedeutete, beschrieb sie für Jaspers auch zugleich die Grenze des Verstehens.[107]

Erhellend für diese Theorie ist auch Jaspers Haltung zur Psychoanalyse, die er, dem Vorbild Bleulers folgend, zu Beginn seines Aufsatzes skizzierte. Gleich zu Beginn attestierte er nämlich Sigmund Freud, den Unterschied zwischen Erklären und Verstehen nicht verstanden zu haben. Freud meine, so Jaspers, es handle sich bei seinen psychoanalytischen Deutungen und Theorien um kausale Erklärungen; es sei aber bloß „*verstehende* Psychologie". Von seinem Urteil, dass Freud verständliche mit kausalen Zusammenhängen verwechsle, wich Jaspers auch dort nicht ab, wo er zugab, dass die Psychoanalyse weit in die Seele vordringe und viele einzelne Zusammenhänge verständlich machen könne. Mehr noch, er hielt sämtliche Schlussfolgerungen Freuds für verfehlt, da sie auf dieser Verwechslung aufbauten. Er warf Freud vor, seine Theorien aus vereinzelten und bloß „vermuteten" verständlichen Zusammenhängen abzuleiten, ein in den Augen Jaspers unzulässiger Vorgang, weil Prozesse des Verstehens sich nicht für Theoriebildungen eigneten: „Die „vermutende *Deutung* eines einzelnen seelischen Vorgangs – nur solche *einzelne* Deutungen kann es geben – ist natürlich *keine* Theorie".[108] Zuletzt zweifelte Jaspers schließlich an, ob die von Freud angeführten Fälle wirklich als Beispiele für ein Verstehen bis dahin unbemerkter innerseelischer Zusammenhänge funktionierten oder ob es sich nicht eher um ein pseudohaftes „*‚als ob Verstehen' außerbewusster* Zusammenhänge" handle.[109] Wo die Psychologie etwas

[106] Zitiert nach Kraus, Die neue Glossardiagnostik der Psychiatrie, S. 135.

[107] Für eine philosophische Durchleuchtung und Kritik dieser Annahmen siehe Christian Kupke, Was ist so unverständlich am Wahn? Philosophisch-kritische Darstellung des Jaspers'schen Unverständlichkeitstheorems, in: Journal für Philosophie und Psychiatrie 1 (2008), S. 1–12. Kupke weist etwa auf folgenden Zirkelschluss hin: „Der Wahn ist für Jaspers unverständlich, weil er somatische Gründe hat; und er hat für ihn somatische Gründe, weil er unverständlich ist." Ebd., S. 7.

[108] Alle Zitate bisher Jaspers, Kausale und „verständliche" Zusammenhänge, S. 169.

[109] Jaspers, Kausale und „verständliche" Zusammenhänge, S. 169 f. Diese Kritik Jaspers' an der Psychoanalyse Freuds wurde an dieser Stelle so ausführlich zitiert, weil sie Schlaglichter auf

Verständliches aus zunächst Verworrenem herausschälte, könne man nicht sicher sein, ob dieses Verständliche, das sich nun bewusst gemacht worden sei, auch davor wirklich schon da gewesen sei – weshalb Jaspers es eben nur als ein „als ob Verstehen" gelten lassen wollte.[110]

Verkürzt zum „Unverständlichkeitstheorem", wurde diese Haltung Jaspers zur Grundlage des Psychoseverständnisses in der klinischen Psychiatrie. Schizophrenie galt per Definition als uneinfühlbar und unverstehbar und damit nicht zugänglich für psychologische Deutungs- und Behandlungsensembles.[111] Die phänomenologischen und subjektbezogenen Ansätze Jaspers blieben in der Rezeption dahinter einstweilen zurück.

Verbreitung und Etablierung des Schizophreniekonzeptes

Während die Zürcher Schule des Burghölzli in der Schweiz an vorhandene Denkweisen, Bewegungen und Diskurse anknüpfen und ihre psychosoziale und psychodynamische Denkweise daher recht schnell etablieren konnte, dauerte es in der deutschen Psychiatrie ein wenig länger, bis die Schizophreniediagnose breit zum Einsatz kam. Zu Beginn fand Bleulers Schizophreniekonzept in der deutschen Psychiatrie, die den Begriff als zu vage, zu unbestimmt und zu weit gefasst einstufte, wenig Anklang, hatte man doch mit der Dementia praecox von Emil Kraepelin bereits ein recht einfach handhabbares Krankheitskonzept. Nach dem Ersten Weltkrieg jedoch setzte sich die Schizophrenie auch in den deutschen Psychiatrien und Krankenhäusern durch, wenn auch großenteils nur der Begriff, nicht aber die psychologische bzw. psychosoziale Prägung des Konzeptes über-

die wesentlichen Vorbehalte der Psychiatrie gegenüber der Psychoanalyse wirft, wie sie auch in den 1950er Jahren dominant sind. Jaspers Kritik änderte sich im Wesentlichen auch später nicht mehr und griff immer wieder auf diese frühen Überlegungen zurück; seine „Freudkritik" wurde sogar immer schärfer. Vgl. Rolf Peter Warsitz, Zwischen Verstehen und Erklären. Die widerständige Erfahrung der Psychoanalyse bei Karl Jaspers, Jürgen Habermas und Jacques Lacan, Würzburg 1990, S. 61 f. Warsitz sieht als mögliche Ursache für die immer schärfere Ablehnung der Psychoanalyse durch Jaspers – nachdem dieser ihr zu Beginn ja durchaus zugestanden hatte, einen Beitrag zur verstehenden Psychologie geleistet zu haben –, „dass offenbar ab einem bestimmten Zeitpunkt die Psychoanalyse nicht mehr als ein innerer Beitrag zur verstehenden Psychologie und dann zur Existenzphilosophie angesehen werden konnte, sondern dass umgekehrt möglicherweise die Psychoanalyse in dem Prozess der Herausbildung der verstehenden Psychologie und der Existenzphilosophie gleichermaßen als Störfaktor intervenierte […]." Ebd., S. 62. So habe die Psychoanalyse immanent auf die Grenzen und Ungeklärtheiten in Jaspers Denken verwiesen. Dieser Argumentation ist auch aus einer diskursanalytisch historischen Perspektive zuzustimmen.

110 Jaspers, Kausale und „verständliche" Zusammenhänge, S. 166.

111 Bernet, Schizophrenie, S. 328–332. Andere, phänomenologisch orientierte Psychiatriehistoriker stärken dagegen den Subjektbezug Jaspers, siehe z. B. Paolo Fusar-Poli, One Century of *Allgemeine Psychopathologie* (1913 to 2013) by Karl Jaspers, in: Schizophrenia Bulletin 39/2 (2013), S. 268–269, oder Josef Parnas/Louis A. Sass/Dan Zahavi, Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object, in: Schizophrenia Bulletin 39/2 (2013), S. 270–277.

nommen wurde.[112] So wurde die neue Diagnose an lokale Systeme und Rahmenbedingungen angepasst und entsprechend modifziert, wie neuere Forschungen am Beispiel der psychiatrischen Klinik der Charité in Berlin gezeigt haben.[113] Auch wenn Bleulers Schizophreniekonzept seit 1908 bekannt war und der Klinikleiter Karl Bonhoeffer und andere Charité-Ärzte bei seiner Präsentation dabei gewesen waren – zum ersten Mal wurde die Diagnose Schizophrenie an der Charité erst im März 1917 gestellt. Festgehalten wurde an der Charité außerdem an den Unterdiagnosen nach der Dementia praecox – Hebephrenie, Katatonie und paranoide Demenz.[114]

Nicht von ungefähr datiert die erste Diagnosestellung auf Schizophrenie an der Charité in das Jahr 1917 und fällt damit in die Zeit des Ersten Weltkrieges. Dass sich die Schizophrenie schließlich in der gesamten Psychiatrie durchsetzte, hing wesentlich mit den gesellschaftlichen, medizinischen und psychiatrischen Entwicklungen im Kontext dieses Krieges zusammen. Er bedeutete für die Medizin und die Psychiatrie einen enormen Zuwachs an gesellschaftlicher Bedeutung und eine deutliche Ausdifferenzierung des ätiologischen Wissens. Hatten zu Beginn noch „Vorstellungen von einer reinigenden Kraft des Krieges" die psychiatrischen Erwartungen dominiert, so wurde schnell klar, dass mit „dem massenhaften Auftreten von erkrankten Soldaten, die an ihren Körpern die schockartige Erfahrungsrealität des Krieges zu reproduzieren schienen",[115] ein massives Problem für die Armee und die Medizin entstand. Zur Bewältigung des Problems wurden die Psychiater gerufen. Wie Susanne Michl in ihre Studie über die Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg festgehalten hat, waren das Ausmaß und die Eindringlichkeit, mit der die psychischen Störungen nun auftraten, so bisher noch nicht beobachtet worden.[116] Die Folge war eine öffentliche Debatte von Psychiatern und Ärzten als zuständiger Expertengruppe über den Zustand der Gesellschaft und mögliche Therapien.[117] Die Ärzteschaft sah sich zunehmend nicht nur als Experte für den individuellen Kranken, sondern auch für die Gesundheit der Nation und des „Volkskörpers" insgesamt.[118] Damit erwies sich der Erste Weltkrieg als ein Beschleuniger in den Bereichen „Professionsverständnis, Wissenschaftspraxis und Gesellschaftsanalyse".[119] Der Historiker Hans-Georg Hofer bilanzierte: „Der Psychiater des Ersten Weltkrieges ist Kulturkrieger, Nationalpatriot, Technokrat und

112 Bernet, Schizophrenie, S. 343–345.
113 Friedland/Herrn, Die Einführung der Schizophrenie an der Charité, S. 207.
114 Friedland/Herrn, Die Einführung der Schizophrenie an der Charité, S. 250. Zu Klassifikationen allgemein findet sich bei Friedland/Herrn auch der Hinweis auf die Einführung des Würzburger Schlüssels 1933 als erste verbindliche Nomenklatur in Deutschland. Dieser orientiert sich an der Vorlage Bonhoeffers und dem Diagnose-Schema der Charité.
115 Hofer, Nervenschwäche und Krieg, S. 382.
116 Susanne Michl, Im Dienste des „Volkskörpers". Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg, Göttingen 2007, S. 15.
117 Michl, Im Dienste des „Volkskörpers", S. 20.
118 Michl, Im Dienste des „Volkskörpers", S. 273–276.
119 Michl, Im Dienste des „Volkskörpers", S. 281.

Zauberheiler, aber kein Anstaltsarzt mehr, der in abgelegenen Gebäuden über isolierte Geisteskranke wacht."[120]

Der Krieg brachte der Psychiatrie aber nicht nur einen Bedeutungszuwachs, sondern auch einen Vorstellungswandel über die Ursachen von psychoseähnlichen Zuständen, die nicht auf organische Ursachen zurückgeführt werden konnten und die sich als Reaktion auf die Fronterlebnisse einstellten. Im Wesentlichen kreiste der Streit unter den Psychiatern und Neurologen um die Frage, ob rein psychische Erschütterungen so schwer sein konnten, dass schwere Krankheitszustände hervorgerufen wurden, oder ob doch von organisch bzw. biologisch festzumachenden Beeinträchtigungen im Nervensystem auszugehen sei. Vor dem Ersten Weltkrieg existierten beide Möglichkeiten nebeneinander. Bei einer Tagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte im Jahr 1916 in München aber konnten sich die Vertreter der psychologischen Theorie durch die Vorführung einer hypnotischen Behandlung von Kriegsneurotikern durchsetzen, die fortan als „psychogen" den ärztlichen Fachdiskurs bestimmte. Die Diagnosebegriffe lauteten fortan auf Kriegsneurasthenie, Kriegsneurose und Kriegshysterie.[121] Damit aber entstanden nicht nur neue Diagnosen, sondern auch neue psychiatrische und kulturelle Denk- und Wahrnehmungsmuster sowie Ordnungs- und Orientierungsweisen für die Beschreibung und Interpretation von (Krisen-)Erfahrung in der individuellen Lebensgeschichte.[122]

Ein Vorteil der psychogenen Theorie war sicher, dass sie die verschiedenen Symptome und Krankheitsbilder der traumatisierten Soldaten unter ihrem Dach vereinen konnte.[123] Nicht geklärt war damit aber die Frage nach der „inneren Disposition", das heißt, ob die Erkrankten nicht bereits die Disposition zur Krankheit in sich trugen und auch ohne die traumatischen Erfahrungen des Krieges erkrankt wären, oder ob tatsächlich nur die starken psychischen Erschütterungen die Krankheitsbilder bei einem ansonsten gesunden Menschen ausgelöst hatten. Einen Ausweg aus diesem Dilemma bot die Vorstellung der „erworbenen Disponierung"[124] statt einer vererbten Veranlagung. Besonders Befürworter der Konstitutionslehre aber betonten weiter die endogenen Faktoren, die mindestens ebenso wichtig wie die exogenen zu gewichten seien, und bezogen ihre Argumente aus den „starken" Soldaten, die die Erschöpfungen und Erfahrungen des Krieges nicht hatten brechen können. Letztlich führte dies zu einer Zweiteilung der Patienten in erblich Vorbelastete mit einer entsprechenden Kondition und Patienten, die nur vorübergehend und als Reaktionsweise Symptome aufwiesen.[125] Die Vorstellung, dass die pathologische Konstitution durch den Krieg nur ans Tages-

[120] Hofer, Nervenschwäche und Krieg, S. 386 f.
[121] Zur Tagung siehe Hofer, Nervenschwäche und Krieg, S. 241–243.
[122] Vgl. Doris Kaufmann, Science as Cultural Practice. Psychiatry in the First World War and Weimar Germany, in: Journal of Contemporary History 34/1 (1999), S. 125–144.
[123] Zum „Siegeszug der psychogenen Theorie" siehe Michl, Im Dienste des „Volkskörpers", S. 187–192.
[124] Michl, Im Dienste des „Volkskörpers", S. 235.
[125] Michl, Im Dienste des „Volkskörpers", S. 232–238.

licht gebracht und nicht die Krankheit durch ihn ausgelöst worden sei, begünstigte dann wiederum biologistische Deutungen, die die betroffenen Soldaten als „‚degeneriert', ‚minderwertig' oder ‚psychopathisch'" abstempelten.[126]

Therapeutisch umfasste das Angebot vor allem Elektrotherapien, wobei die Einsatzmotive vom Ziel der Nervenstimulation bis zur Annahme einer Besserung durch einen Gegenschock reichten.[127] Auch die Psychotherapie erlebte in den zwanziger Jahren einen Aufschwung, wobei der Begriff ein weites Feld von Methoden umfasste, das etwa Psychoanalyse, Hypnose oder Suggestionstherapie, aber auch Fieber- und Krampftherapien miteinschloss. Die Skepsis gegenüber der Psychotherapie wich einer zunehmend positiveren Sicht. Sie wurde jedoch weiterhin als Behandlung durch seelische Beeinflussung, nicht aber als Behandlung der seelischen Symptome oder des psychisch Kranken selbst begriffen.[128]

Durch die oben diskutierten Fragen nach den Ursachen und Auslösern der Krankheiten begann unter deutschen Psychiatern eine Suchbewegung, bei der der biopsychosoziale Ansatz Eugen Bleulers wiederentdeckt wurde. Nach Ende des Ersten Weltkrieges verschob sich der Fokus des Fachdiskurses von den Kriegsneurosen mehr und mehr zur Diskussion biopsychosozialer Aspekte und den Zusammenhängen von Ursachen und Auslösern bei psychischer Krankheit und insbesondere den Psychosen. Unter diesen Umständen wurde ab 1917 bis zu Beginn der zwanziger Jahre über die Möglichkeit eines „schizophrenen Reaktionstypus" nach Kriegserfahrungen diskutiert. Bereits 1918 erklärte Kurt Schneider, dass die Fronterfahrungen nicht nur der Auslöser, sondern auch die Verursacher der schizophrenen Prozesse seien. Indes erklärte Schneider im folgenden Jahr auch, dass er zwar den Begriff, nicht aber das Bleuler'sche Konzept der Schizophrenie übernehmen wollte. Insbesondere stand er dem „Verständlichkeitstheorem" Bleulers kritisch gegenüber, auch, weil es seiner Meinung nach dazu verleitete, zu schnell eine psychogenetische Ursache anzunehmen. In diesem Sinne entzündete sich am schizophrenen Reaktionstypus „in der deutschen Psychiatrie eine lang anhaltende Kontroverse um grundsätzliche Erkenntnisfragen, die sich über die 1920er Jahre hinzog, im Verlauf des 20. Jahrhunderts immer wieder aufloderte und bis heute nicht zum Stillstand gekommen ist. Die Diskussionen erstreckten sich über die Frage nach der psychopathologischen Richtigkeit der getroffenen Abgrenzungen hinaus auf grundsätzliche Probleme des Verhältnisses zwischen natur- und geisteswissenschaftlichen Anteilen in der Psychopathologie."[129] Als Gewinn des neuen Begriffs galt jedoch, dass er, indem er die Affektstörung als wichtigstes und

[126] Hofer, Nervenschwäche und Krieg, S. 383.
[127] Hofer, Nervenschwäche und Krieg, S. 385.
[128] Brigitte Lohff/Claudia Kintrup, Psychotherapie jenseits des Heroismus? Der Dissens zwischen theoretischem Diskurs und klinischer Umsetzung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in: Christine Wolters/Christof Beyer/Brigitte Lohff (Hrsg.), Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 43–69, hier v. a. S. 44–46 und S. 55.
[129] Bernet, Schizophrenie, S. 331.

zentrales Leitsymptom in den Mittelpunkt stellte, viele verschiedene Formen „auf einen gemeinsamen Nenner brachte".[130]

Zeitgleich mit der Etablierung des Schizophrenie-Begriffs meldeten sich aber auch kritische Stimmen unter den Psychiatern, die nach der wissenschaftlichen Richtigkeit der gebräuchlichen Klassifikationen, aber auch nach der Existenz von Krankheitseinheiten überhaupt fragten. Bereits „die Konsolidierung des Fachs nach außen" durch die Professionalisierung der Psychiatrie Ende des 19. Jahrhunderts und die Etablierung als Prüfungsfach im Jahr 1901 hatte in den 1910er Jahren „eine größere Offenheit für grundsätzliche Diskussionen über theoretische Prämissen und Methoden"[131] zur Folge gehabt. Der Freiburger Psychiater Hoche etwa bezeichnete die Abgrenzung von einzelnen Krankheitseinheiten als „Jagd nach einem Phantom" oder auch als „Illusion".[132] Er formulierte eine umfassende Kritik, die „die psychiatrischen Kategorien als soziale und historische Konstrukte" und als kontingent beschrieb und darüber hinaus auf die empirischen Widersprüche der Kraepelin'schen Theorie hinwies, die es eben nicht geschafft habe, eindeutige Kausalbeziehungen zwischen den biologischen Substraten und dem Spektrum psychopathologischer Verhaltensweisen herzustellen.[133] Auch Eugen Bleulers Schizophreniemodell lässt sich vor diesem Hintergrund als Kritik an Kraepelins nosologischer Ordnung lesen, dessen Konzentration auf die Krankheitsursache, äußere beobachtbare Zeichen und den Verlauf Bleuler mit seiner psychologischen Ausrichtung und der Aufmerksamkeit auf den individuellen Lebensgeschichten sowie den subjektiven Wahninhalten kontrastierte.[134] Auch die Erscheinungen der Kriegszitterer des Ersten Weltkrieges hinterfragten die Kraepelin'schen Lehren, zeigten sich bei den durch äußere Einflüsse verursachten Neurosen doch ganz ähnliche, wenn nicht sogar identische Bilder wie bei Psychosen, die als biologisch bedingt galten. Volker Roelcke bemerkt: „Damit standen am Ende des Krieges die Fragen nach der psychischen Genese psychiatrischer Störungen ebenso wie die nach der klaren Abgrenzung zwischen Gesundheit, Simulation und Krankheit und schließlich diejenige nach den begrifflichen und wissenschaftstheoretischen Grundlagen einer Krankheitslehre erneut obenan auf der Agenda des Fachs."[135] Anfang der zwanziger Jahre wies Oswald Bumke, der Nachfolger Kraepelins in München, darauf hin, dass nicht alle Fälle von Schizophrenien die für Dementia praecox typischen Gehirnveränderungen aufwiesen, und dass auch die Erbforschungen nur für eine kleine Untergruppe Gültigkeit beanspruchen dürften. Er schlug anstelle des Begriffes Schizophrenie, der eine biologische Einheit suggerierte, vor, grunsätzlich von den schizophrenen Reaktionsformen zu sprechen.[136]

130 Friedland/Herrn, Die Einführung der Schizophrenie an der Charité, S. 249.
131 Volker Roelcke, Naturgegebene Realität oder Konstrukt? Die Debatte über die „Natur" der Schizophrenie, 1906 bis 1932, in: Fundamenta Psychiatrica 14/2 (2000), S. 44–53, hier S. 46.
132 Zitiert nach Roelcke, Realität oder Konstrukt, S. 47.
133 Roelcke, Realität oder Konstrukt, S. 46–48.
134 Roelcke, Realität oder Konstrukt, S. 48 f.
135 Roelcke, Realität oder Konstrukt, S. 50.
136 Roelcke, Realität oder Konstrukt, S. 50.

Hans Walter Gruhle betonte noch 1932 im Schizophrenie-Band des „Handbuch der Geisteskrankheiten" die Notwendigkeit einer dauernden Selbstreflexion der Prämissen, auf denen die Psychiatrie ihre Begriffe bilde und nach denen sie einen Zusammenhang zwischen Begriffen und Wirklichkeit herzustellen suche. Den aktuellen Wissensstand über Schizophrenie beschrieb er so: „Ein positives Wissen über Wesen und Ursprung der Schizophrenie besitzen wir nicht."[137]

Aber nicht nur die psychiatrische Wissenschaft, sondern auch die Behandlungsverfahren waren – allem Nicht-Wissen zum Trotz – von der Suche nach Erweiterungsmöglichkeiten bestimmt. In therapeutischer Hinsicht zeichnete sich die Zwischenkriegszeit durch vielfältige therapeutische Ansätze aus,[138] die sich bis in die fünfziger Jahre und mitunter – wie im Falle der Elektroschocktherapie – sogar weit darüber hinaus hielten. Eine Kombination psychologischer, biologischer und sozialer Ansätze sowie ein pragmatischer, aus dem Wunsch nach der Überwindung des therapeutischen Nihilismus entstandener Zug bestimmten die Behandlungen. Einen Teil der Behandlung machte dabei die medikamentöse Therapie aus. Mit Brom wurden Schlaftherapien ermöglicht, bei denen die Patienten mehrere Tage in einem künstlichen Schlaf gehalten wurden. Danach sollten die Symptome verschwunden bzw. deutlich gemildert sein. Um die Jahrhundertwende wurden Barbiturate eingeführt, synthetisch hergestellte und modifizierte Sedativa, die besser verträglich waren und in geringeren Dosen verabreicht werden konnten. Unter den Markennamen „Veronal" (Bayer) und „Medinal" (Schering) wurden sie auch gegen Schlaflosigkeit und zur Beruhigung von manischen Patienten eingesetzt, wurden aber auch im Alltag – ähnlich wie später Valium – verschrieben.[139] Auch mit Barbituraten ließen sich Dauerschlaftherapien einleiten, wie Jakob Klaesi, Psychiater am Burghölzli, 1920 erprobte. Eine Kombination von zwei Barbituraten, die als „Somnifen" von Hoffmann-La Roche produziert wurde, erprobte er an einer schizophrenen Patientin, und beurteilte sie anschließend als geheilt. Weitere Dauerschlaftherapien folgten, und ungefähr ein Viertel bis ein Drittel der Patienten konnte danach als geheilt eingestuft oder verlegt werden. Jedoch trug diese Therapie ein hohes Risiko für das Kreislaufsystem und mögliche Entzündungen in sich. Dennoch galt die Dauerschlaftherapie als eines der wenigen Mittel gegen akute Psychosen.

Daneben etablierten sich die als „Schocktherapien" bekannt gewordenen Insulin- und Elektroschocktherapien. 1933 wurde von dem Psychiater Manfred Sakel, der in Lichterfelde tätig war, der erste Bericht über ein künstlich erzeugtes Insulinkoma veröffentlicht. Insulinkoma bedeutete, dem Patienten Insulin zu spritzen, damit dieser in ein Koma fiel; nach einer gewissen Zeit (die Zeit schwankte je nach Klinik von 20 Minuten bis zu zwei oder drei Stunden) wurde er mit einer

137 Zitiert nach Roelcke, Realität oder Konstrukt, S. 52.

138 Dazu Hans-Walter Schmuhl/Volker Roelcke, Einleitung, in: Hans-Walter Schmuhl/Volker Roelcke (Hrsg.), „Heroische Therapien". Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918–1945, Göttingen 2013, S. 9–28, hier S. 19.

139 Der Überblick über die Therapien im Folgenden, soweit nicht anders zitiert, nach Shorter, Geschichte der Psychiatrie, S. 306–331. Siehe auch Blasius, „Einfache Seelenstörung", S. 165 f.

Zuckerlösung aus dem Koma zurückgeholt. Dieser Vorgang wurde einige Male wiederholt. Als Ergebnis wurde beschrieben, die Symptome seien gebessert und die Patienten zugänglich und ruhig. Sakel setzte seine Studien ab 1933 in Wien fort und versuchte den Insulinschock systematisch an Schizophrenen. Da er zu dem Ergebnis kam, bei 70 Prozent sei eine Heilung eingetreten, verbreitete sich der Ruf dieser Therapiemöglichkeit im Lauf der dreißiger Jahre rasch in Europa und den USA. Parallel dazu entwickelte sich eine Schocktherapie, die mit Cardiazol, einem kampferähnlichen Medikament, starke, epilepsieähnliche Krämpfe auslöste. Zugrunde lag die Vorstellung eines gegenseitigen Ausschlusses von Schizophrenie und Epilepsie. Kurz darauf wandte der italienische Psychiater Ugo Cerletti das erste Mal Elektroschocks zur Auslösung der Krämpfe an und machte damit Cardiazol, das starke Nebenwirkungen hatte, überflüssig. Im Lauf der vierziger und fünfziger Jahre wurde die Elektroschocktherapie zu einer bevorzugten Behandlungsmethode, umso mehr, als es mit Medikamenten gelang, die Muskulatur für den Zeitraum der Behandlung zu lähmen, womit die teils schweren Knochenbrüche im Krampfzustand vermieden werden konnten. Was damit jedoch nicht behoben wurde, waren die „Nachwirkungen". Ungeachtet der anhaltenden Kritik an der Elektroschockbehandlung, deren Drastik sie zu einem Sinnbild für die Gewaltausübung der Psychiatrie werden ließ, hielt sie sich als Behandlungsverfahren bis ins 21. Jahrhundert hinein.

Während die Schocktherapien eher indirekt über Nervenreizung die Aktivität des Gehirns zu beeinflussen suchten, wurde seit den dreißiger Jahren auch mit gehirnchirurgischen Praktiken experimentiert, die einen direkten Eingriff in das Gehirn des Patienten vornahmen mit der Absicht, sein psychisches Verhalten und Erleben nachhaltig zu verändern. Der portugiesische Neurologe António Egas Moniz entwickelte Mitte der 1930er Jahre ein Verfahren, bei dem weiße Substanz der Frontallappen zerstört wurde. Für diese „frontale Leukotomie" wurde durch ein Loch in der Schädeldecke operiert. Mithilfe des Leukotoms, eines besonders geformten stilettähnlichen Messers, wurde durch dieses Loch Gehirnsubstanz zerschnitten. Eine andere Methode, die vor allem von dem amerikanischen Psychiater Walter Freeman angewendet wurde, ging transorbital vor, das heißt, das Instrument wurde durch die Augenhöhle ins Gehirn eingeführt. Im amerikanischen Raum setzte sich für diese Methode die Bezeichnung „Lobotomie" durch; im Wesentlichen werden die Begriffe Leukotomie und Lobotomie heute synonym verwendet.[140] Bei diesen psychochirurgischen Eingriffen handelte es sich nicht um therapeutische Maßnahmen im Sinne einer Heilung der Krankheit. Vielmehr,

[140] Einen kurzen Überblick über die Lobotomie gibt Shorter, Geschichte der Psychiatrie, S. 336–343. Für die deutsche Psychiatrie steht eine Arbeit zur Praxis von Lobotomie und Leukotomie aus. Erste Hinweise gibt es aber in den Arbeiten von Marietta Meier zur Leukotomie in der schweizerischen Psychiatrie, siehe Marietta Meier, „Soziale Heilung" als Ziel psychochirurgischer Eingriffe: Leukotomie im Spannungsfeld von Individuum, Anstalt und Gesellschaft, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 54/4 (2002), S. 410–425, sowie ihre Habilitationsschrift, Marietta Meier, Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg, Göttingen 2015.

so hat Marietta Meier deutlich herausgearbeitet, ging es um eine „soziale Heilung", bei der die Symptome so weit gemildert oder gedämpft werden sollten, dass die Arbeitsfähigkeit und soziale Anpassung wiederhergestellt wurde. Im Unterschied zur „medizinischen Heilung", über die in Lehrbüchern viel geschrieben wurde, war der Begriff der „sozialen Heilung" ein Begriff der Praxis, der sich vor allem in den internen Berichten und Akten der Kliniken und Anstalten als Entlassungskriterium fand.[141] Zur Anwendung kam die Leukotomie vor allem in schweren Fällen, bei denen andere Therapien keine ausreichende Wirkung gezeigt hatten und bei denen die Psychiater davon ausgingen, dass die Schwere der Krankheit die Radikalität der Behandlung und die deutliche Persönlichkeitsveränderung rechtfertige. Jedoch waren nicht alle Psychiater gleichermaßen überzeugt von dem Eingriff, und es lassen sich deutliche nationale Unterschiede in der Verbreitung der Anwendung ausmachen. Bereits während des Zweiten Weltkrieges breitete sich die Technik nach Großbritannien, Frankreich und Schweden aus, während in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Holland erst nach dem Krieg damit begonnen wurde. Eine besondere Position nahmen die USA ein, wo zwischen 1936 und 1951 um die 18 600 Menschen einer Leukotomie unterzogen wurden. Über die Chancen der Leukotomie, sich als Behandlungsmethode durchzusetzen, entschied der Stellenwert, welcher der „sozialen Heilung" beigemessen wurde. An der Leukotomie entschied sich, ob soziale Anpassung und Arbeitsfähigkeit für das Individuum mehr Bedeutung beigemessen wurde oder ob die „physische und psychische Integrität eines Menschen zu respektieren"[142] die oberste Maxime war. Die Persönlichkeitsveränderungen, die durch die Leukotomie entstanden, wurden dabei nicht nur in Kauf genommen, sondern waren erwünscht, dienten sie doch der Anpassung der Patienten an die Anstalts- und Gesellschaftsordnung.

Schizophrenie, Eugenik und Euthanasie

Mit den verschiedenen Therapien ließen sich zwar die Symptome behandeln, nicht aber Heilungserfolge erzielen, weshalb die Anstalten und Kliniken weiterhin mit Überfüllung kämpften. Die Probleme der überfüllten Anstalten leiteten in den zwanziger Jahren die Diskussion von Reformideen ein, die jedoch auch ihre Schattenseiten hatten, da im Kontext der „Ökonomisierung der Irrenfürsorge"[143] auch eugenische Maßnahmen an Attraktivität gewannen. Sozial- und Rassenhygieniker hatten bereits um die Jahrhundertwende Modelle für sozialdarwinistische Maßnahmen entwickelt und damit die Biologisierung der politischen und sozi-

[141] Meier, „Soziale Heilung" als Ziel psychochirurgischer Eingriffe, S. 416.

[142] Meier, „Soziale Heilung" als Ziel psychochirurgischer Eingriffe, S. 421. In der Schweiz war es Manfred Bleuler, der Sohn des Schizophrenie-Begründers Eugen Bleuler, der 1946 als erster Leukotomien durchführen ließ. Von 1948 bis 1950 wurden in der Schweiz ungefähr 100 Leukotomien im Jahr durchgeführt; bis Ende der 1960er Jahre wurden ungefähr 1000 Patienten behandelt, siehe Meier, ebd., S. 415.

[143] Brink, Grenzen der Anstalt, S. 207.

alen Diskurse betrieben. Ende der zwanziger Jahre erlebten diese Vorstellungen einen Aufschwung, und die Reformanliegen der Anstaltspsychiatrie, die auf offenere Verpflegungsformen und eine integrative Arbeitstherapie gesetzt hatten, wichen grundsätzlichen „Diskussionen über Sinn und Zweck von Irrenanstalten"[144] bzw. fielen Sparmaßnahmen zum Opfer,[145] denn trotz steigender Patientinnen- und Patientenzahlen wurden die Pflegesätze kontinuierlich gesenkt.[146] Psychiatrische Krankenhäuser und Anstalten wurden in die Sparpflicht genommen; die aufgrund mangelnder Therapien langen Aufenthalte von psychisch Kranken schienen die Kassen und die Gesellschaft stark zu belasten.[147] Zusätzlich schienen die Reformen, die auf eine kürzere Verweildauer der Patientinnen und Patienten und mehr Außenfürsorge abzielten, die Gefahr zu bergen, weniger Kontrolle über die „Erbkranken" und ihr Fortpflanzungsverhalten zu haben. Die Sterilisation erschien in dieser Situation sowohl als ein Mittel zur langfristigen Kontrolle wie auch als notwendige Bedingung für die Umsetzung der reformerischen Ideen und der Umgestaltung der Psychiatrie zu mehr Offenheit,[148] zumal sie vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Gesundheits- und Sozialwesens günstiger als die Kosten für Anstalts- oder Krankenhausaufenthalte und das Fürsorgesystem war.[149] Die politischen und wirtschaftlichen Krisen der Weimarer Zeit begünstigten so auch ein politisches Handeln, das sich zunehmend von den schwächeren Mitgliedern der Gesellschaft absetzte,[150] um „die biologische Substanz des Volkes

144 Brink, Grenzen der Anstalt, S. 206.

145 Maike Rotzoll, Verwahren, verpflegen, vernichten: Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-„Euthanasie", in: Petra Fuchs (Hrsg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie", Göttingen 2007, S. 24–35, hier S. 29 f.

146 Im Lauf der zwanziger Jahre waren die Patientenzahlen stark angestiegen: 1923 lagen sie bei 185 000, 1929 bei 300 000. Dabei war die Bettenzahl nur gering erhöht worden, von 1,4 Patienten pro Bett auf 1,8; Abhilfe schuf eine erhöhte Fluktuation, d. h. eine verkürzte Verweildauer von 215 Tagen auf 187 Tage, siehe Hans-Ludwig Siemen, Psychiatrie im Nationalsozialismus, in: Michael von Cranach/Hans-Ludwig Siemen (Hrsg.), Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, München 1999, S. 15–34, hier S. 18. Die Zahlen stiegen auch nach 1933 noch weiter: von 258 000 auf 340 000 im Zeitraum von 1933 bis 1939, wobei die durchschnittliche Verweildauer mit 200 Tagen recht stabil blieb und der Anteil der Langzeitpatienten zunahm: 1933 war die Hälfte der Patientinnen und Patienten länger als 5 Jahre in der Anstalt, siehe ebd., S. 26.

147 Zu den Sparverordnungen von außen und den psychiatrieinternen Sparvorschlägen siehe Brink, Grenzen der Anstalt, S. 208–234. Siehe zur Einflussgewinnung der Rassenhygiene in Psychiatrie und Politik auch Blasius, „Einfache Seelenstörung", S. 139–144.

148 Siemen, Psychiatrie im Nationalsozialismus, S. 21. Zu den Sparverordnungen von außen und den psychiatrieinternen Sparvorschlägen siehe Brink, Grenzen der Anstalt, S. 208–234. Siehe zur Einflussgewinnung der Rassenhygiene in Psychiatrie und Politik auch Blasius, „Einfache Seelenstörung", S. 139–144.

149 Peter Weingart/Jürgen Kroll/Kurt Bayertz, Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland, Frankfurt am Main 1988, S. 293 f.

150 Dirk Blasius, Das Ende der Humanität. Psychiatrie und Krankenmord in der NS-Zeit, in: Dirk Blasius/Walter H. Pehle (Hrsg.), Der Historische Ort des Nationalsozialismus. Annäherungen, Frankfurt am Main 1990, S. 47–70, hier S. 55.

zu heben".[151] Parallel dazu erlebten neuropathologische Vorstellungen einen Aufschwung, die eine „Höherzüchtung" des Gehirns in Aussicht stellten.[152]

In der NS-Zeit erhielten die rassen- und konstitutionsbiologischen Ansätze eine spezielle Förderung, die einen Schub für die Erforschung von Häufungen psychischer Krankheiten in der Familie bedeutete. Zwar wurde die Psychoanalyse nicht verboten. Die wichtigsten Vertreter der Psychoanalye, die sich in der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) sammelten, gaben ihre Positionen jedoch so weit auf, dass sie für den NS-Staat tolerierbar wurden. Mit ihrem Eintritt in das Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie im Jahr 1936 und ihrer „erzwungenen Selbstauflösung" im Jahr 1938 verschwand die DPG schließlich auch formal. Am Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie, auch als „Göring-Institut" bekannt, wurde eine psychodynamische Richtung besonders nach Kriegsbeginn entwickelt, die strikt nach nationalsozialistischen Prinzipien der Leistungssteigerung ausgerichtet war.[153]

Vor dem Hintergrund der eugenischen Diskussion wurde das Problem, dass es kein gesichertes Wissen über die Entstehung und Ursachen der Geisteskrankheiten und besonders der Psychosen gab, offensichtlich. Vererbungstheoretisch war nicht klar, „welche Krankheiten vererbbar waren und welchem Erbgang sie folgten"[154] – dieses Wissen war aber unbedingt notwendig, um Diagnosen und Prognosen stellen zu können. In der Folge wurde mehr zu wissen behauptet, als tatsächlich an Daten empirisch vorlag. Sozialdarwinistisches Denken war weit verbreitet, und statistische Wahrscheinlichkeiten und „Erbprognosen" genügten, um zu Handlungsanleitungen zu werden. Manche Psychiater gestanden zwar ein, dass man von einem klaren Nachweis der Erblichkeit von Schizophrenie noch weit entfernt sei; andere aber erklärten, der Erbgang sei im Wesentlichen klar und rechtfertige den Eingriff der Sterilisierung.[155] Das psychiatrische Wissen über die Erblichkeit der Schizophrenie baute im Wesentlichen auf Ernst Rüdins Studie von 1916 über den Erbgang der Dementia praecox mit dem Titel „Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia Praecox", basierend auf der Auswertung der Familien von 700 Patienten, auf. Die Schrift wurde zu einem „Standardwerk der psychiatrischen Genetik", als deren Basis die Mendel'schen Erbgesetze herangezogen wurden.[156] An der Genealogisch-Demographischen Abteilung an der

[151] Wolfgang Uwe Eckart, Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen, Wien 2012, S. 117.

[152] Michael Hagner, Cultivating the Cortex in German Neuroanatomy, in: Science in Context 14/4 (2001), S. 541–563.

[153] Eckart, Medizin in der NS-Diktatur, S. 278. Außerdem hielten sich psychohygienische Vorstellungen, die eine an nationalsozialistischen Prinzipien orientierte „seelische Gesundheitsführung" vertraten, siehe Volker Roelcke, „Zivilisationsschäden am Menschen" und ihre Behandlung: Das Projekt einer „seelischen Gesundheitsführung" im Nationalsozialismus, in: Medizinhistorisches Journal 31/1/2 (1996), S. 3–48.

[154] Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene, S. 300.

[155] Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene, S. 302 f.

[156] Siehe Volker Roelcke, Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der „Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie" unter Ernst Rüdin: Zum Verhältnis von Wissenschaft,

Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, die er von 1917 bis 1945 leitete, setzte Rüdin diese Forschungen unter anderem mit Hans Luxenburger in den Zwillingsforschungen fort.[157] Selbst Ernst Rüdin und seine Forscher erklärten den Nachweis des Erbgangs noch nicht für geliefert, zeigten sich aber sicher, dass es nur eine Frage der Zeit sei, bis er geliefert werden konnte, und blieben bis dahin bei der „Erbprognose".[158] 1932 brachte der Preußische Landesgesundheitsrat einen ersten Entwurf für ein entsprechendes Gesetz auf den Weg.[159] Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten trat das „Gesetz zur Verhütung ebrkranken Nachwuchses" am 14. Juli 1933 in Kraft.[160] Es schuf eine Faktizität, die das wissenschaftliche Wissen nicht leisten konnte. Diese Diskrepanz zwischen Praxis und Wissen verschwand auch in den folgenden Jahren nicht.

Mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" wuchs die Macht der Ärzte zu einem „Wirken am Volkskörper".[161] Nach Schätzungen wurden 1933 bis 1945 circa 400 000 Menschen in Deutschland gewaltsam sterilisiert.[162] Patientinnen und Patienten mit der Diagnose der Schizophrenie oder des Schwachsinns waren besonders davon getroffen: Die Mehrheit der Sterilisationsverfahren

Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933, in: Medizinhistorisches Journal 37/1 (2002), S. 21–55, hier S. 37.

157 Blasius, Psychiatrie und Krankenmord in der NS-Zeit, S. 56 f., und v. a. Roelcke, Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik. Volker Roelcke legt in diesem Aufsatz nicht nur einen Überblick über die Forschungsliteratur zu Rüdin vor, sondern setzt sich auch kritisch mit bisherigen Deutungen auseinander, die Rüdins rassentheoretische Grundlage und Praxis zu wenig thematisierten. Er kann nachweisen, dass „Rasse" eine zentrale Kategorie in Rüdins Denken war.

158 Siehe Roelcke, Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik, S. 41.

159 Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene, S. 305 f.

160 Astrid Ley hat in ihrer Studie zu den Motiven und Zielen der Ärzteschaft bei Zwangssterilisationen betont, dass gerade die Fachvertreter der klinischen Psychiatrie dem Gesetz kritisch gegenüberstanden, weil sie eine Beschneidung ihrer psychiatrischen Definitionsmacht und Expertise und einen Eingriff in ihre Kompetenzen fürchteten, die sich ja gerade erst gefestigt hatten. Dies führte zu mitunter widersprüchlichem Verhalten. So erklärten manche Psychiater, das Gesetz gehe nicht weit genug, da es nur die Erkrankten, aber nicht ihre Geschwister berücksichtigte. Allerdings war ihnen auch klar, dass bei einer solchen Handhabung der Sterilisierung kaum mehr mit einem Bevölkerungswachstum zu rechnen sein könnte. Dass bei der Schaffung des Gesetzes nur der Psychiater Rüdin als Experte beteiligt gewesen war und damit das Fach Psychiatrie wenig hatte beitragen können, schürte ebenfalls Misstrauen. Dennoch vertraten die Psychiater die Ansicht, dass das Sterilisierungsgesetz ohne Zwang nicht ablaufen könne. Es wirft ein deutliches Licht auf die Meinung der Psychiater von ihren Patientinnen und Patienten, wenn etwa erklärt wurde, dass es nichts bringe, an ihre Vernunft zu appellieren. Die, um die es ging, verfügten ja nicht mehr über genug Vernunft, die Notwendigkeit einzusehen. Eine weitere Rolle spielte die Auseinandersetzung zwischen den psychiatrischen Ärzten und den Amtsärzten. Manch ein klinischer Psychiater traute seinem Kollegen scheinbar nicht zu, die richtige Diagnose zu stellen, und fühlte sich übergangen. Siehe Astrid Ley, Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945, Frankfurt am Main 2004, v. a. S. 262–271, zum Problem der eigentlich längeren Zeitbeanspruchung zu einer Diagnosestellung siehe S. 278 f.

161 Eckart, Medizin in der NS-Diktatur, S. 130.

162 Eckart, Medizin in der NS-Diktatur, S. 130.

wurde aufgrund einer dieser beiden Diagnosen durchgeführt.[163] Die Sprache des Gesetzeskommentars gab der Definition eine stark negative Konnotation. Schizophrenie wurde als Prozess der „Zerstörung" und „Schädigung" der Persönlichkeit beschrieben, begleitet von Täuschungen verschiedenster Art.[164] Probleme für die Handhabung des Gesetzes vermuteteten die Kommentatoren vor allem auf dem Gebiet der Differentialdiagnostik, also der richtigen Einordnung und gegenseitigen Abgrenzung der Krankheitssymptome, und rieten im Zweifel zur Beantragung der Sterilisation.[165] Fachliche Rückversicherung bot die Klassifikation nach Kraepelin, die alle endogenen Psychosen entweder dem manisch-depressiven Irresein oder der Dementia praecox zuschlug und so eine weitgehende Ausblendung der Grenzbereiche zuließ. Wie der Psychiater Robert Gaupp 1939 erklärte, kenne jeder Psychiater „die bisweilen fast tragische Situation, dass wir als Gehilfen des Richters uns zu bestimmten Diagnosen durchringen müssen, wenn manchmal im Hintergrund der Zweifel lauert, ob denn die Systembildung Kraepelins auch bei den endogenen Psychosen auf ewig richtiger Grundlage ruhe… Wir alle wissen, und je älter wir sind, und je mehr wir Erfahrung haben, desto besser wissen wir es, dass wir bisweilen keine Diagnose stellen können, nicht im Augenblick, manchmal auch nicht nach längerer Beobachtung. Es ist ein großes Glück, dass es sich dabei meist nur um die Alternative: Schizophrenie oder manisch-depressives Irresein handelt, also zwei Erbkrankheiten von gleicher eugenischer Bedeutung. Aber eben doch nur meist; ein ungeklärter Rest bleibt, bei dem wir den Mut haben müssen, unser non liquet zu bekennen."[166]

Ewaige Zweifel, ob es sich bei Schizophrenie tatsächlich um eine eigene biologische Kranheitseinheit handelte, wurden mit dem Argument beiseite gewischt, dass der ungeklärte Erbgang der Schizophrenie weniger mit ihrem Genotyp als mit ihrem schwer bestimmbaren Phänotyp zusammenhänge.[167] Mit einer ähn-

[163] Eine regionalgeschichtliche Untersuchung zeigt: Bei einer gestellten Diagnose wurden 97,3 Prozent (Kempten) bzw 87,7 Prozent (Günzburg) sterilisiert, siehe Hella Birk, Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses". Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus, Augsburg 2005, S. 171–177. In der Freiburger Frauenklinik wurden 35,9 Prozent der Sterilisationen aufgrund Schizophrenie durchgeführt. Die Frauen kamen zum großen Teil (72,7 Prozent) aus psychiatrischen Anstalten und wurden nur für den Eingriff in der Frauenklinik behandelt, während das restliche Viertel von zu Hause kam, siehe Gunther Link, Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Freiburg, Frankfurt am Main/New York 1999, S. 280 f.

[164] Wörtlich hieß es: „Sie geht einher mit einer eigenartigen Zerstörung des inneren Zusammenhanges der Persönlichkeit, mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens, mit Wahnideen, vielfach auch mit Sinnestäuschungen, Lautwerden der eigenen Gedanken, Stimmenhören usw., besonders Gehörstäuschungen, Täuschungen der Leib- oder Gemeinempfindungen, vielen anderen Trugwahrnehmungen und zahlreichen Absonderlichkeiten im Benehmen und Ausdruck. Dabei sind formale Intelligenz, Auffassungsfähigkeit, das Gedächtnis, die Merkfähigkeit und die Orientierung in Zeit und Raum verhältnismäßig ungestört." Zitiert nach Link, Eugenische Zwangssterilisationen, S. 272.

[165] Ley, Zwangssterilisation und Ärzteschaft, S. 56 f.

[166] Zitiert nach Blasius, „Einfache Seelenstörung", S. 148 f.

[167] Link, Eugenische Zwangssterilisationen, S. 277.

lichen Argumentation erklärte der Psychiater Berthold Kihn, späterer T4-Gutachter, im „Handbuch für Erbkrankheiten", es gehe bei der Eugenik nicht um klinische Forschung, sondern darum, „bestimmte für die Allgemeinheit und das Einzelwesen schädliche oder unerwünschte psychotische Zustände auszumerzen". Dabei sei weniger von Interesse, „[w]ie man diese Krankheitsbilder in jedem Menschenalter einzeln benennen mag und wie man sich ihre Systematik denkt".[168] Auch wenn also Erbgang, Krankheitsbild und Krankheitseinheit der Schizophrenie nicht als sicheres Wissen gelten konnten, sondern ganz im Gegenteil geradezu irritierend offen problematisiert wurden, sollte die Sterilisierung bereits bei dem geringsten Verdacht auf Schizophrenie und auch bei einem einzigen psychotischen Erlebnis unbedingt erfolgen, da hinter der Anlage trotz rezessivem Erbgang eine hohe „Erbkraft" vermutet wurde.[169]

Mit Kriegsbeginn begann auch die eugenische Selektion, die nicht nur Erbkranke von der Fortpflanzung ausschließen sollte, sondern nun auch die Tötung der Patienten, die als chronisch krank eingestuft wurden, umschloss. Die Bereitschaft zur massenhaften Ermordung unheilbar Kranker lässt sich in eine längere Geschichte ihrer Abwertung und Marginalisierung einbetten, ohne die Singularität des Massenmordes in Frage stellen zu wollen. Die Doppelfunktion der psychiatrischen Institutionen zur Besserung oder Heilung der als therapierbar und zur Verwahrung der als unheilbar eingestuften Patientinnen und Patienten bestand seit dem 18. Jahrhundert und zeichnete sich in der Bildung von Anstalten und Krankenhäusern ab. Parallel zu dieser doppelten Aufgabe entstand aber auch die Furcht vor einem „Auseinanderdriften der beiden Versorgungsmodi",[170] also von Verwahranstalten und Universitätskliniken. Als es im Laufe der Professionalisierung der Psychiatrie von zunehmender Bedeutung war, die eigene Profession durch vorzeigbare Erfolge und Ergebnisse stabilisieren und legitimieren zu können, wurden die sich nicht in Erfolgsbilanzen einfügenden chronisch kranken Patientinnen und Patienten zu einem Problem – und marginalisiert. Der Krankenmord der Jahre 1939 bis 1945 funktionierte unter anderem in diesem Rahmen der Problematisierung von chronisch Kranken, die einer Reformierung von Anstalten zu modernen Krankenhäusern scheinbar im Wege standen. Die „Dialektik von Heilen und Vernichten" als Charakteristikum der nationalsozialistischen Psychiatrie lässt sich vor diesem Hintergrund als eine „Eskalation der Funktio-

168 Zitiert nach Link, Eugenische Zwangssterilisationen, S. 279.

169 Link, Eugenische Zwangssterilisationen, S. 274. Dass das Problem der Grenzziehung nicht immer so leicht behoben wurde, zeigt im Vergleich dazu das Beispiel des sogenannten manisch-depressiven Irreseins. Wie die Auswertung der Fachliteratur bei Link zeigt, wurde dort die Diskussion, ob es sich bei leichten Formen nur um „Teilgene" oder um gering ausgeprägte Bilder handle, nicht vollständig abgeschlossen. Eine Ursache dafür war, dass Manisch-Depressive als besonders begabt galten und man ihnen auch Teile besonders guten Erbguts zuschrieb. Rüdin, Gütt und Ruttke sahen jedoch die Notwendigkeit der Sterilisierung bestehen: Auf einige hochbegabte Geisteskranke könne durchaus verzichtet werden, wenn das Gesamtniveau des Volkes insgesamt hoch genug sei. Siehe Link, Zwangssterilisationen, S. 289 f.

170 Rotzoll, Verwahren, verpflegen, vernichten, S. 26.

nen ‚Heilen und Verwahren'" lesen.[171] Die in den dreißiger Jahren eingeführten Schockbehandlungen verkleinerten zwar die Gruppe der Patienten, die als völlig unheilbar und unzugänglich galten,[172] sie vergrößerten aber die Kluft zwischen den beiden Gruppen und ließen die chronisch Kranken noch „unzugänglicher" erscheinen.[173] Die Grenzziehung velief auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit: Während die therapierbaren Kranken in den Arbeitsprozess eingegliedert werden sollten, wurde für chronisch Kranke „ein abgestuftes Konzept zur Ausnützung ihrer Arbeitskraft in entsprechenden Pflegeanstalten bis hin zur ‚Euthanasie' entworfen".[174]

Die Definition der Kranken als „Ballastexistenzen" spielte für den Ausschluss aus der Gesellschaft eine zentrale Rolle.[175] Auf die Erfassung aller Kliniken, Anstalten und Heime im Sommer 1939 folgte – nach der auf Kriegsbeginn rückdatierten „Führerermächtigung" – schließlich der Versand der Meldebögen im Oktober 1939, die ausgefüllt an Gutachter zurückgingen, die letztlich über die Tötung entschieden. Nicht nur die Erfassung, auch die Gutachten und die Zusammenstellung der Transportlisten und der Transporte in die Tötungsanstalten wurden nach rationalistischen Gesichtspunkten betrieben. War bei den Zwangssterilisationen die Erbkrankheit das Kriterium gewesen, entschieden nun die bisherige Dauer an Anstaltsaufenthalten, die Einstufung der therapeutischen Beeinflussbarkeit sowie die Bewertung der Arbeitsfähigkeit und des in der Anstalt gezeigten Verhaltens. „Ökonomische Unbrauchbarkeit, störendes Verhalten in der Anstalt und das klinische Urteil der Unheilbarkeit", so bilanziert Gerrit Hohendorf, „waren also die entscheidenden Kriterien eines vorwiegend an Nützlichkeitserwägungen orientierten Selektionsprozesses".[176] Laut einer T4-Statistik wurden bis zur offiziellen Einstellung der Tötungen im August 1941 70 273 Menschen vergast. Auch danach aber ging das Töten weiter, durch Medikamente, Essensentzug und Vernachlässigung.[177] In den Anstalten und in den Konzentrationslagern wurden an Patientinnen und Patienten außerdem medizinische Versuche, beispielsweise Malaria- und Acridin-Experimente, durchgeführt.[178] Im Kern, so Weingart, lag den eugenisch motivierten Eingriffen ebenso wie der „Euthanasie" eine „Biologisierung des Sozialen" zugrunde, die sämtliche soziale und kulturelle Aspekte auf die Erbanlagen reduzierte, den Gleichheitsgrundsatz aufhob und psychisch Kran-

171 Rotzoll, Verwahren, verpflegen, vernichten, S. 32.
172 Rotzoll, Verwahren, verpflegen, vernichten, S. 32.
173 Zur Problematisierung der chronisch Kranken siehe auch Siemen, Psychiatrie im Nationalsozialismus, S. 19 f.
174 Gerrit Hohendorf, Ideengeschichte und Realgeschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie" im Überblick, in: Petra Fuchs (Hrsg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie", Göttingen 2007, S. 36–52, hier S. 49.
175 Hier und im Folgenden Hohendorf, Ideengeschichte und Realgeschichte, S. 38 und S. 44–48.
176 Hohendorf, Ideengeschichte und Realgeschichte, S. 47.
177 Heinz Faulstich, Hungersterben in der Psychiatrie. 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg im Breisgau 1998.
178 Ernst Klee, Deutsche Medizin im Dritten Reich, Frankfurt am Main 2001.

ken, dem „Ballast" der Gesellschaft, ihr Lebensrecht absprach. Die Wissenschaft bot dafür den „Legitimationsrahmen".[179]

Für den Umgang der Psychiatrie(geschichte) mit der NS-Zeit hat Volker Roelcke drei wesentliche Paradigmen herauspräpariert, die jeweils einen bestimmten Umgang mit der nationalsozialistischen Vergangenheit beschreiben. Mit dem Begriff des Isolationsparadigmas, das die Auseinandersetzungen in den sechziger Jahren bestimmte, beschreibt Roelcke die Tendenz der Psychiaterschaft, die eigene Vergangenheit und Beteiligung am NS-System ebenso zu isolieren wie die legitimierende und durchführende Funktion der psychiatrischen Wissenschaft allgemein. Statt historische Entwicklungen offenzulegen, wurde der Topos bedient, die Psychiatrie sei von den Nationalsozialisten in einzelnen Teilen benutzt worden; weite Teile hätten jedoch ihre Forschungen und Behandlungen treu den medizinethischen und wissenschaftlichen Standards durchgeführt. Mit dem zweiten Paradigma, dem Kontinuitätsparadigma, entwickelte sich ein entgegengesetzter Standpunkt. Die Kontinuitäten bis ins 19. Jahrhundert zurück wurden hervorgehoben und die nationalsozialistische Psychiatrie in den Gesamtkontext des 20. Jahrhunderts und seinen Strömungen und Ereignissen eingeordnet. Die Psychiatrie und die Ärzteschaft wurden in ihren aktiven Rollen und Beteiligungen untersucht. Dominierte diese Haltung die siebziger und achtziger Jahre, so bildete sich in den neunziger Jahren ein synthetisierender Ansatz. Mit diesem Ansatz wurden die historischen Ereignisse in ihrer Spezifik und die beteiligten Personen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Handlungsspielräume analysiert und die Ergebnisse in die bekannten größeren Zusammenhänge und Kontexte eingeordnet.[180]

Der Wandel der Psychiatrie, aber auch der Medizin allgemein im Umgang mit ihrer Beteiligung an Sterilisierung und „Euthanasie" lässt sich dabei auch als „Wandel von der Fremd- zur Selbstzuschreibung historischer Verantwortung"[181] beschreiben. Motiviert durch das Interesse, das Ansehen der medizinischen Wissenschaft und der Ärzteschaft zu schützen und die internationale Stellung nicht noch weiter zu schädigen, lehnten die Medizinerinnen und Mediziner der Nachkriegszeit eine Übernahme der Verantwortung zunächst ab. Diese Haltung ließ

[179] Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene, S. 528 f., Zitat S. 529. Interessant wäre eine Untersuchung, inwieweit psychisch Kranken zuerst eine Lebensqualität abgesprochen wurde, bevor ihnen auch ihr Lebensrecht abgesprochen wurde. Gerade hinsichtlich des Krankheitsbildes der Katatonie würde sich eine begriffsgeschichtliche Untersuchung anbieten, die die Beschreibungen des Bildes in den Akten der Psychiater mit den Begrifflichkeiten des Euthanasiediskurses abgleicht, wurden doch auch Katatone als starr und leer beschrieben.

[180] Beschrieben nach Volker Roelcke, Psychotherapie in Westdeutschland nach 1945. Brüche, Kontinuitäten, Thematisierungen und Reflexionen zur nationalsozialistischen Vergangenheit, in: Psychotherapeut 57/2 (2012), S. 103–112.

[181] Sascha Topp, Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie, Göttingen 2013, S. 319. Siehe zum Umgang mit der NS-Geschichte in der deutschen Psychiatrie auch grundlegend den Sammelband Kersting, Nach Hadamar, und dabei besonders die Beiträge von Falk Pingel und Ulrich Trenckmann.

sich jedoch nicht kohärent durchhalten. Prozesse, Skandale und mediale Aufmerksamkeit für das Thema zwangen die Ärzteschaft zu einer zunehmenden „Vergegenwärtigung“[182] der Verbrechen. Zu einer wirklichen Auseinandersetzung kam es allerdings erst in den siebziger Jahren.

In der Mitte des 20. Jahrhunderts, also vierzig Jahre nach seiner Einführung vor Fachpublikum, war das Schizophreniekonzept ein etabliertes und aus der Psychiatrie nicht mehr weg zu denkendes Krankheitsmodell. Besonders seine Pragmatik und seine Anschlussfähigkeit an verschiedenste psychologische, biologische oder soziale Theorien hatten ihm zu einer raschen Etablierung verholfen. Allerdings warf es auch, wie dieses Kapitel gezeigt hat, kontinuierlich Fragen auf, die nicht geklärt werden konnten, am dringlichsten und deutlichsten nach den Krankheitsursachen. Dessen ungeachtet, hatte sich eine bestimmte Vorstellung von Schizophrenie verfestigt, die von den meisten Psychiatern geteilt wurde und zum Kernbestand des Schizophreniewissens gehörte: Schizophrenie war eine schwere, erblich bedingte, in der Regel unaufhaltsam verlaufende Krankheit, zu der gehörte, dass der oder die Kranke seiner Umwelt entglitt, den Kontakt abbrach und für Kommunikationsversuche unzugänglich wurde. Da hinter den (wahnhaften) Äußerungen nur Krankheitssymptome, aber keine sinnhaften Mitteilungen angenommen wurden, lohnte es sich in der Vorstellung der psychiatrischen und therapeutischen Kultur daher nicht, in Gesprächen Näheres über Lebensgeschichte und seelische Entwicklung herauszufinden. Dies sollte sich nun, wie das folgende Kapitel zeigen wird, tiefgreifend ändern.

[182] Topp, Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin, S. 322.

II. Die (Wieder-)Entdeckung von Lebensgeschichte und Umwelt in der westdeutschen Psychiatrie 1950–1980

Um eine Vorstellung davon zu bekommen, was Ende der vierziger Jahre als Wissen von Schizophrenie galt, hilft ein Blick in die Lehrbücher. Im „Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie" des Göttinger Psychiaters Gottfried Ewald von 1948, einer neuen Auflage des mitten im Krieg verfassten Lehrbuchs von 1944, konnte man über Schizophrenie Folgendes lesen: „Die *Schizophrenie* ist die häufigste aller geistigen Störungen. […] Sie ist eine Erkrankung mit ausgesprochener Neigung zum Fortschreiten und führt in einem sehr hohen Prozentsatz zu dauernder ‚Verblödung'. Die Großzahl der geistigen Ruinen, die sich in Heil- und Pflegeanstalten befinden, sind schizophrene Endzustände."[1] Ewald zählte durchaus nicht zu den Vertretern der nationalsozialistischen Euthanasie-Politik; er hatte im Gegenteil Stellung dagegen bezogen.[2] Dennoch zeigt seine Sprache wiederholt eine deutliche Abwertung der mit Schizophrenie Diagnostizierten, die er, wie oben, als „Ruinen" oder als sozial untragbar bezeichnete. An anderer Stelle beschrieb er „die Kranken" als „verändert, flach und gesenkt"; höchstens eine „leidliche äußere Fassade" könne wiederhergestellt werden.[3] In den schlimmsten Fällen blieben nur „die *leergebrannten Ruinen*, *Bewegungsautomaten*, bestenfalls noch leidlich als *Arbeitsmaschinen* zu verwenden"[4] für einfache Tätigkeiten.

Vor allem aber schrieb Ewald „den Kranken" eine Fremdartigkeit und ein Anderssein zu, die über alle Möglichkeiten der Verständigung hinausgingen: „Wenn der Laie von ‚Geisteskrankheit' spricht, dann meint er in der Regel diese schizophrenen Kranken, die infolge der Eigenart ihres Leidens so andersartig geworden sind, dass man sich mit ihnen nur schwer verständigen kann. Ihr Gedankengang, ihr Gefühlsleben, ihre Triebimpulse sind so fremdartig geworden, dass man entweder ratlos vor ihren sprachlichen Ergüssen und ihrem seltsamen Gebaren steht, durch die oft grotesken Wahnideen und abartigen Erlebnisse verwirrt und befremdet ist, oder durch plötzliche Gewalthandlungen erschreckt wird. Die Unberechenbarkeit der Kranken bedingt ihre Asozialität und ihre Ausscheidung aus der Gemeinschaft. Freilich ist es nicht so, dass man überhaupt nicht mit ihnen reden könnte, besonders bei schleichendem Beginn der Erkrankung ist noch lange Zeit ein Konnex möglich, und auch viele Endzustände erscheinen nur zeitweise bei Berührung gewisser Punkte unzugänglich oder unbegreiflich. Ein längeres Zusammensein mit ihnen deckt aber alsbald die Hoffnungslosigkeit logischer Verständigung auf und lässt die Schwere der Erkrankung durch die Verschroben-

[1] Gottfried Ewald, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, Berlin/München 1948, S. 372.
[2] Vgl. Christof Beyer, Gottfried Ewald und die „Aktion T4" in Göttingen, in: Der Nervenarzt 84/9 (2013), S. 1049–1055.
[3] Ewald, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, S. 394.
[4] Ewald, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, S. 395.

heit vieler Handlungen oder durch die seltsame unverständliche Einstellung zu Leben und Mitwelt deutlich werden."[5] Da weder die Gedanken noch die Gefühle von schizophrenen Kranken nachvollziehbar seien, so notierte das Lehrbuch, bleibe nichts anders übrig, als das äußere Verhalten dieser „rätselvollen Kranken" zu beschreiben und „sie ‚von außen her' zu betrachten", um so den „Abwegigkeiten auf die Spur zu kommen".[6]

Wie solche Beschreibungen auszusehen hatten, demonstrierte Ewald in seinem Lehrbuch mit Hilfe von Krankengeschichten. So beschrieb er das Benehmen eines Kranken, der Beziehungsideen und Verfolgungsvorstellungen aufwies, folgendermaßen: Der Kranke verhielt sich „meist ruhig, hielt sich für sich, zeichnete unablässig vom Morgen bis zum Abend irgendwelche technischen Entwürfe, bastelte, maß, wurde aber gelegentlich erregt, weil er ‚die Kommunisten und Bolschewisten von Moskau herübersprechen hörte'. […]. Er konnte bei seinen politischen Ausführungen in lebhaften Affekt geraten, so dass er am ganzen Körper zitterte und der Schweiß ihm auf der Stirn stand, doch wurden seine pathetischen Reden immer verworrener, so dass man unmöglich verstehen konnte, was er wollte. Am Schluss ging er dann hinweg, als ob nichts Besonderes gewesen wäre, arbeitete und zeichnete weiter. Jeden Tag gab er neue Stöße von Entwürfen, Bildern, Bauernhofgründungen, Schulbauten, militärischen Bauten ab, die er alle nach halluzinatorischer Vereinbarung mit der Moskauer Zentrale auszuführen hatte. Der gedankliche Zerfall machte schnelle Fortschritte, die Wahnideen wurden immer krauser und grotesker, nach wie vor halluzinierte er in ungewöhnlich starkem Ausmaß."[7]

Der Blick von Ewald auf seinen Patienten war von einer deskriptiven Tradition geschult, die das äußere Krankheitsbild beschrieb, dem Innenleben der Patientinnen und Patienten aber wenig bis gar keinen Raum gab. Allgemein beschrieb Ewald den Verlauf der Schizophrenie als einen zerstörerischen Prozess, der „immer die Richtung auf den schizophrenen Persönlichkeitszerfall" behalte, weshalb mit einem *„sozialen Sinken und einem zunehmendem Versagen im Leben"* zu rechnen sei. Das Leben selbst jedoch, so Ewald, werde „von der Erkrankung – man möchte sagen leider – nicht bedroht".[8] Als Ursache der Erkrankung nannte er eine erbbiologische Veranlagung, die zu einem bestimmten Zeitpunkt „schicksalsmäßig" die Krankheit sich „entfalten" lasse.[9] Therapeutisch empfahl das Lehrbuch als Erstes die Injektion eines „kräftige[n] Mittel[s]", „da eine Verständigung mit dem erregten Kranken nicht möglich"[10] sei; anschließend riet das Lehrbuch zur Insulinschocktherapie, kombiniert mit Krampftherapien wie Cardiazol- oder Elektrokrampfbehandlung. Psychotherapeutische Behandlungsmethoden erwähnte Ewald nicht.

[5] Ewald, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, S. 372 f.
[6] Ewald, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, S. 373.
[7] Ewald, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, S. 392 f.
[8] Alle Zitate Ewald, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, S. 393.
[9] Ewald, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, S. 396.
[10] Ewald, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, S. 400.

Dass ein älteres Lehrbuch neu aufgelegt wurde, war in der Psychiatrie kein Einzelereignis. Wichtige Lehrbücher erhielten über Jahrzehnte hinweg Neuauflagen. Auch die politische Zäsur von 1945 führte keineswegs zu einer inhaltlichen Neuorientierung. Bestehendes Wissen wurde weiter tradiert, überarbeitet und modifiziert. Der Psychiatrieprofessor Werner Wagner brachte etwa im Jahr 1946 in der sechsten und verbesserten Auflage Johannes Langes „Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie" von 1935 heraus. Der Standpunkt, dass Schizophrenie eine Erbkrankheit und daher ein Eheverbot zu erwägen sei, wurde hier noch mit aller Deutlichkeit vertreten.[11] Auch das ursprünglich 1939 veröffentlichte Lehrbuch „Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte"[12] des Frankfurter Psychiatrieprofessors Kurt Kolle, das 1949 in dritter und neu bearbeiteter Auflage erschien, beschrieb die Erbanlage als Hauptursache. Ein neues Lehrbuch legte dagegen Kolles Frankfurter Kollege Karl Leonhard mit seinen „Grundlagen der Psychiatrie"[13] vor, das im Unterschied zu Kolles stark praxisbezogenem Lehrbuch auf eine Diskussion der unterschiedlichen wissenschaftlichen Positionen und verschiedenen Unterformen von Schizophrenie abzielte. Gemeinsam war ihnen aber, wie auch Wagner und Ewald, die Auffassung von Schizophrenie als einer biologischen Erkrankung, die den gesamten Körper und die gesamte Persönlichkeit „umgestaltete".[14] Seelische Aspekte wurden höchstens im Kontext der Konstitutions- und Typenlehre diskutiert.[15] In den therapeutischen Anleitungen spielte Psychotherapie keine Rolle.

1. Kritik an der Psychopathologie und psychoanalytische Pioniere

Die Psychopathologie und die Formierung ihrer Kritiker

Wie das Beispiel aus dem Ewald'schen „Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie" zeigt, war die psychiatrische Auffassung von Schizophrenie am Ende der vierziger Jahre die einer unverständlichen und rätselhaften Erkrankung; die daran Erkrankten wurden als seltsam und fremdartig und ihr Verhalten und Erleben als abartig, nicht nachvollziehbar, unlogisch und abwegig beschrieben. Wie die Erkrankten selbst ihr Erleben wahrnahmen, interessierte nur als Symptomausdruck. Darin spiegelt sich die allgemein verbreitete Auffassung der deutschen Psychiatrie, Schizophrenie lasse sich nicht verstehen, sondern nur als somatischer Prozess

[11] Johannes Lange/Werner Wagner, Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie, Leipzig 1946, S. 201 f.
[12] Kurt Kolle, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Berlin/München 1949.
[13] Karl Leonhard, Grundlagen der Psychiatrie, Stuttgart 1948.
[14] Siehe Kolle, Psychiatrie, S. 227 f.; Lange/Wagner, Kurzgefasstes Lehrbuch, S. 193 f.; Leonhard, Grundlagen der Psychiatrie, S. 105.
[15] Kolle, Psychiatrie, S. 226; Leonhard, Grundlagen der Psychiatrie, S. 110 f.; Lange/Wagner, Kurzgefasstes Lehrbuch, S. 200 f.

von außen betrachten. Sich mit dem Inneren der Kranken zu beschäftigen, bedeutete höchstens, physiologische, histologische oder anatomische Forschungen durchzuführen. Das „Innere" der oder des Schizophrenen war eine biologische, nicht seelische Vorstellung.[16]

Eine wichtige Rolle für die verbreitete Auffassung, dass Schizophrenie sich nicht verstehen lasse, hatten Karl Jaspers' psychopathologischen Ausführungen über die Verständlichkeit bzw. Unverständlichkeit des Wahns gespielt. Seine Theorien zur Differenzierung zwischen Erklären und Verstehen und der Anwendung dieser Differenzierung auf das Wissen vom Wahn waren im Kontext der Verbreitung seiner „Allgemeinen Psychopathologie" breit rezipiert und fortgeführt woren. Auch sein phänomenologischer Denkstil war von einer Reihe von Psychiatern weiterentwickelt worden, insbesondere der Schweizer Psychiater Ludwig Binswanger, aber auch Jakob Wyrsch, Walter von Baeyer, Hans Walter Gruhle, Hubertus Tellenbach, Johann Glatzel und Walter Blankenburg sind in dieser Tradition zu nennen.

Allen voran aber wurde der Heidelberger Psychiater Kurt Schneider (1887–1967) zu einem der mächtigsten Verwalter und Deuter der Lehren Jaspers, indem er den Begriff des Verstehens für die Psychosen noch einmal konkretisierte und die Grenzen des Verstehens vor dem Wahnsinn noch einmal deutlich machte und scharf nachzog. Schneiders Auffassung war, dass Psychosen grundsätzlich nicht verstehbar seien, weder in ihrer Entstehung noch in ihrem Sinn. Er führte jedoch eine Differenzierung ein, die zwischen der Form (Seinsweise) und dem Thema (Inhalt) im Sosein der Psychosen unterschied. Vor allem diese Differenzierung erinnert an Jaspers' Diktum, dass sich Wahninhalte vielleicht verständlich zeigen mochten, die grundsätzlich andere Qualität des Erlebens im Wahn diesen aber in letzter Instanz unverstehbar bleiben ließ. Auch Schneider hielt es für möglich, dass gewisse Wahninhalte verstehbar scheinen mochten; aus ihnen aber Aussagen über den Wahn an sich zu treffen, hielt er für unzulässig und unmöglich.

Diese These Kurt Schneiders und ebenso seine „Klinische Psychopathologie" hatten auf die psychiatrische Krankheitslehre einen größeren und langfristigeren Einfluss als Jaspers' methodologische, phänomenologische Texte selbst. Schneiders Arbeiten zeichneten sich durch einen spezifischen psychopathologisch orientierten Denkstil aus, der sich Wissenschaftlichkeit und Objektivität verpflichtet fühlte. Damit aber liefen, so Schneiders Kritiker, Aspekte der Subjektivität und Individualität Gefahr, aus den Augen zu geraten. Der Psychiater Johann Glatzel sah noch im Jahr 2009 im Einfluss Kurt Schneiders auf das Verständnis der Texte von Jaspers den Grund für „das gegenwärtige Elend der Psychopathologie und die Tatsache, dass der Psychiatrie in den zurückliegenden Jahrzehnten ihr zentrales Thema – die schizophrenen und melancholischen Geisteskrankheiten – aus dem Blick geraten"[17] seien. „[I]n den Händen Schneiders", so Glatzel, sei „[d]er

[16] Vgl. Kolle, Psychiatrie, S. 227 f.

[17] Johann Glatzel, Karl Jaspers und das Elend der Psychopathologie, in: Dietrich von Engelhardt/Horst-Jürgen Gerigk (Hrsg.), Karl Jaspers im Schnittpunkt von Zeitgeschichte, Psycho-

methodologisch offene ‚Versuch' Jaspers' […] zu einem dogmatischen psychopathologischen Lehrgebäude"[18] erstarrt. Insbesondere die Bestrebungen Schneiders, die Psychopathologie zu einer objektiven, symptomorientierten Systematik umzugestalten, die von der Wahrnehmung und Erfahrung des Beobachters unabhängig sei, hätten dazu beigetragen.

Tatsächlich zählt die so hart kritisierte Systematik Schneiders zugleich zu den erfolgreichsten klassifizierenden Ordnungen der deutschen Psychiatrie. Kurt Schneider war im Herbst 1945 als Professor für Psychiatrie und Neurologie nach Heidelberg berufen worden, nachdem er zuvor ab 1931 Direktor des Klinischen Insituts der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (heutiges Max-Planck-Institut) und in den letzten Kriegsjahren Chefarzt am Schwabinger Krankenhaus gewesen war. Sein in Fachkreisen, aber auch darüber hinausreichender hervorragender Ruf bildete sich auch darin ab, dass er 1951 und 1952 Rektor der Heidelberger Universität war.[19] Sein Vorgänger auf dem Heidelberger Lehrstuhl, Carl Schneider, war aktiv und zentral an der Ermordung psychisch Kranker beteiligt gewesen, kurz vor Kriegsende geflohen, aber in einem Lager festgesetzt worden.[20] Die Berufung von Kurt Schneider, der als Gegner des NS-Staates galt, war daher auch politisch-programmatisch als Schnitt beabsichtigt gewesen. 1946 veröffentlichte er die „Klinische Psychopathologie", die zuletzt 2007 in 15. Auflage erschien und bis heute als Standardwerk zählt.[21] Schneiders psychopathologische Ordnung reduzierte die Komplexität an Krankheitsbildern auf fünf große Gruppen: psychopathische Persönlichkeiten, abnorme Erlebnisreaktionen, Schwachsinnige und ihre Psychosen, körperlich begründbare Psychosen, Zyklothymie und Schizophrenie. Diese Aufteilung bildete Schneiders Auffassung ab, dass es letztlich nur zwei Gruppen von seelischen Krankheiten gebe: die, welche mit der Persönlichkeit, und die, welche mit Erkrankungen zusammenhingen. Damit bildete diese Zweiteilung letztlich ein unterschiedliches *plotting* in der Anordnung von Störung und Krankheit ab: War die Störung durch eine Krankheit ausgelöst und dadurch die Persönlichkeit verändert worden oder war die Persönlichkeit selbst gestört und daher ihre Reaktion „abnorm". Für die Schizophrenie entwickelte Schneider eine

pathologie, Literatur und Film. Mit einem Geleitwort von Christoph Mundt, Heidelberg 2009, S. 89–107, hier S. 94 f. Während Glatzel damit einen großen Einfluss sowohl von Jaspers als auch von Schneider auf die Psychiatrie impliziert, kommen Heinz Schott und Rainer Tölle in ihrem Überblickswerk zur Geschichte der Psychiatrie zu einem anderen Ergebnis. Von Jaspers sei v. a. das von ihm gestiftete Methodenbewusstsein geblieben, und Schneider habe wohl für viele nachfolgende Psychiater einen „Stil", aber keine „Schule" geschaffen, siehe Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie S. 146–153, Zitate S. 153. Diese unterschiedlichen Einschätzungen des Einflusses der psychopathologischen Werke sind zwar typische Ergebnisse geschichtswissenschaftlicher Forschungen, führen aber auch nochmals das Problem der Standortbezogenheit in der Psychiatriegeschichte vor Augen.

[18] Glatzel, Karl Jaspers und das Elend der Psychopathologie, S. 94.

[19] Zu den biografischen Angaben siehe Werner Janzarik, Jaspers, Kurt Schneider and the Heidelberg School of Psychiatry, in: History of Psychiatry 9/34 (1998), S. 241–252.

[20] Christine Teller, Carl Schneider. Zur Biographie eines deutschen Wissenschaftlers, in: Geschichte und Gesellschaft 16/4 (1990), S. 464–478.

[21] Kurt Schneider, Klinische Psychopathologie, Stuttgart/New York [15]2007.

Gewichtung der Symptome in Symptome ersten und zweiten Ranges, das heißt in Symptome, die mit großer Sicherheit die Diagnose Schizophrenie erlauben sollten, und in Symptome, die darüber hinaus ebenfalls auftreten konnten. Zu den Symptomen ersten Ranges gehörten Gedankenlautwerden, Stimmenhören, Gedankeneingebung, Wahnwahrnehmung, weitere Beeinflussungen. Schneiders psychopathologische Ordnung entwickelte international große Bedeutung, und als die Weltgesundheitsorganisation WHO ihr Manual „International Statistical Classification of Diseases" (ICD) entwickelte, wurden Schneiders Kriterien der Schizophreniebeschreibung zugrunde gelegt.

Ein Schlaglicht auf Schneiders Haltung wirft eine Rede, die er am 22. November 1951 als Rektor der Heidelberger Universität anlässlich der Jahresfeier der Universität in traditioneller Weise über ein Thema aus seinem Fachgebiet hielt. Unter dem Titel „Psychiatrie heute" gab er dem Publikum einen Überblick über die Probleme, Fragen und Tendenzen der Psychiatrie, die ihm besonders wichtig schienen. Über die „Psychologisierung" der Geisteskrankheiten, wie sie Psychoanalyse und Tiefenpsychologie seiner Meinung nach betrieben, sprach er mit großer Skepsis. Er sah sie motiviert durch das „Bedürfnis", „die Krankheiten durch ihre Einreihung in Motivzusammenhänge in den Willen des Menschen zu bekommen. Man will nichts hinnehmen, weil man selbst lenken möchte. Eine titanenhafte Auflehnung gegen das Schicksal und seinen transzendenten Ursprung."[22] In seinem Überblick über die Entdeckungsgeschichte der Schizophrenie vermied er die Nennung Eugen Bleulers; stattdessen schrieb er die Bildung der Krankheitseinheit, „die wir heute Schizophrenie […] heißen", seinem eigenen „epochale[n]"[23] Vorgänger an der Heidelberger Klinik, Emil Kraepelin, zu – ein weiterer Hinweis auf die anfängliche Parallelführung der Begriffe der Schizophrenie und der Dementia praecox in der deutschen Psychiatrie. Seinem Publikum teilte er mit, dass es bisher leider nicht gelungen sei, die körperlichen Ursachen der Schizophrenie herauszufinden, ebenso wenig wie eindeutige körperliche Symptome zu identifizieren – einen Umstand, den Schneider selbst als „erstaunlich" bezeichnete. Die Rede von den Geisteskrankheiten, so räumte er ein, sei also eigentlich nur ein „Postulat": „Denn niemand hat diese Krankheiten je gesehen."[24]

Dass es dennoch weiter sinnvoll sei, bei der Annahme von körperlichen Ursachen zu bleiben, begründete Schneider mit einer Reihe von Argumenten. Er führte aus, dass psychologische Faktoren „nur in sehr seltenen Fällen eine auslösende Rolle zu spielen scheinen",[25] dass zudem die „Sinngesetzlichkeit"[26] bei den Psychosen auf spezifische Weise zerreiße und psychotherapeutische Unternehmungen keine großen Erfolge erzielen würden. Letztlich sah Schneider deshalb auch für die „Skeptiker" unter den Psychiatern keinen anderen Ausweg, als sich mit

[22] Kurt Schneider, Psychiatrie heute, Stuttgart 1952, S. 16.
[23] Schneider, Psychiatrie heute, S. 20.
[24] Schneider, Psychiatrie heute, S. 21.
[25] Schneider, Psychiatrie heute, S. 22.
[26] Schneider, Psychiatrie heute, S. 23.

dem Postulat der Krankheitslehre zumindest als „Arbeitshypothese" einer empirischen Wissenschaft zufriedenzugeben. Es gebe, so Schneider, dafür schlicht keine Alternativen: „Sie als ‚Neurosen' zu deuten, wie es die Psychoanalyse tut, ist völlig indiskutabel. Wie wir schon sagten, findet man bei der schlichten verstehenden Erfassung sehr selten Lebenskonflikte, die man vielleicht verantwortlich machen könnte. Zudem sind ja die Bilder völlig andere als bei den Erlebnisreaktionen, bei den ‚Neurosen'."[27]

Die bestimmte und selbstbewusste Diktion der Rede erweckte den Eindruck von der Psychiatrie als stabiles und geschlossenes Fach, und zwar weit stärker, als die internen Fachdiskussionen Anlass gaben und wohl auch, wie Korrespondenzen zwischen Schneider und Karl Jaspers nahelegen, mehr, als Schneider selbst empfand.[28] Schneiders strikt an empirischer Beobachtung orientierte Haltung, aus der heraus er viele der psychologischen Überlegungen als „Spekulationen" abtat, wurde bereits von seinen Zeitgenossen unterschiedlich bewertet. Die Lektüre der psychiatrischen Fachtexte erweckt den Eindruck, dass der Name Kurt Schneiders seinen Kritikern bereits in den fünfziger Jahren zum Synonym für eine Psychopathologie mit Tendenz zu einer einseitigen Haltung geworden war. Walter von Baeyer, ab 1955 der Nachfolger von Kurt Schneider an der Heidelberger Klinik, bezeichnete seine Heidelberger Prägung im Rückblick als zweischneidig: So sei ihm zwar „ein Bedürfnis nach begrifflicher Präzision anerzogen und zugemutet worden, in gewissem Sinne aber auch eine freiwillige Blickverengung und Deutungsaskese, ohne die eine Präzision des psychopathologischen Denkens schwerlich zustandekommt, welche Blickverengung und Deutungsaskese aber bei sich weitender Erfahrung schließlich doch zum Widerspruch reizen und einen respektvollen Ablösungsprozess veranlassen."[29] Er warf Schneiders klinischer Psychiatrie „eine Tendenz zu dogmatischen Aussagen und zu unnötigen Alternativen" vor, die das Risiko von „Einseitigkeiten und Überspitzungen" entstehen ließen.[30] Dem von Schneider zum Dogma erhobenen Theorem, wonach die Verstehbarkeit und Sinnkontinuität beim Vorliegen von Wahn grundsätzlich auszuschließen sei, schrieb von Baeyer es auch zu, dass so oft biografische und hermeneutische Fragen schon von vornherein unterbunden worden seien. Dieser Nachteil habe nicht nur für die Forschung gegolten, sondern auch Auswirkungen auf die Praxis, indem sie etwa die Verständigung mit den Kranken behindert oder gar ganz verhindert habe, wenn diese doch als uneinfühlbar erklärt worden seien: „Sozio- und psychotherapeutische Bestrebungen bei wahnbehafteten Schizophrenen, aber auch bei anderen Geistes- und Gemütskranken haben unter dem dogmatisch gefassten Jaspers-Theorem gelitten und leiden heute noch darunter."[31]

[27] Schneider, Psychiatrie heute, S. 24.
[28] Vgl. Janzarik, Jaspers, Kurt Schneider and the Heidelberg School of Psychiatry, S. 250.
[29] Vgl. Walter von Baeyer, Einleitung. Nachträgliche Überlegungen zum Wahnproblem, in: Walter von Baeyer (Hrsg.), Wähnen und Wahn. Ausgewählte Aufsätze, Stuttgart 1979, S. 1–10, hier S. 2.
[30] Baeyer, Einleitung, S. 9.
[31] Baeyer, Einleitung, S. 9.

Wenn sich auch in Walter von Baeyers kritischer Erinnerung die Entwicklungen von nahezu fünfundzwanzig Jahren ablagerten, so zeigen doch auch andere zeitgenössische Quellen, dass zu Beginn der fünfziger Jahre eine Unruhe in der Psychiatrie entstand, in deren Kontext die Behauptung, die Lebensgeschichte spiele keine bzw. nur eine untergeordnete, ergänzende Rolle, immer wieder in Zweifel gezogen wurde. In einem die Aufgaben der Ärzteschaft reflektierenden Artikel formulierte der Psychiater Walter Schulte, Oberarzt in der Anstalt Bethel, im Jahr 1950 verschiedene Fragen hinsichtlich der Bedeutung seelischer Belastungen für die Entstehung psychischer Krankheiten. Er gab zu bedenken, „[o]b nicht doch der gewiss hervorragend gewappnete Schutzwall des Organismus affektiven Belastungen gegenüber in vereinzelten Fällen bis zur Entstehung psychotischer Veränderungen durchbrochen werden" könne, und „[o]b man nicht doch manchen quälenden körperlichen und seelischen Dauerbelastungen ohne erkennbare Ausweichmöglichkeit, soweit sie sich auf den vegetativen Apparat auswirken, ja auch manche seelischen Entlastungen für die Entstehung und Gestaltung von Psychosen eine etwas größere, wenn auch nach wie vor bescheidene Bedeutung zumessen" müsste.[32]

Die Überlegung, dass Schizophrenie nicht ohne Bezug zu äußeren Umständen und Ereignissen entstehen müsse, war nicht völlig neu. Schon Karl Jaspers hatte seine Vorstellungen von der Unverständlichkeit des Wahns am Beispiel der reaktiven Psychosen entwickelt, bei deren Entstehung äußeren Ereignissen eine gewisse Rolle zugesprochen wurde. Allerdings ging Schulte im weiteren Verlauf seines Artikels noch einen Schritt weiter. Er merkte an, oft seien nicht einmal dramatische äußere Erlebnisse notwendig, um eine Psychose hervortreten zu lassen, sondern es genügten mitunter auch schon unbewusste und geheime Wünsche und Regungen, um den Ausbruch einer Psychose zu begünstigen. Diese Einschätzung formulierte zwar nicht direkt eine psychogene Entstehungstheorie, plädierte aber für eine stärkere Berücksichtigung von Erklärungsansätzen, die mit den Biografien der Patientinnen und Patienten arbeiteten. Schulte war bewusst, dass er damit die Forderung nach einem Wandel in der Psychiatrie ausdrückte; bei aller Vorsicht hielt er die stärkere Einbindung der Lebensgeschichten der Kranken und eine neue Kultur des Zuhörens aber für unbedingt notwendig: „Hier ist vieles im Fluss. Alle Vorsicht und Furcht vor kritiklosem Öffnen der Schleusen ist begreiflich. Wir müssen uns aber dazu veranlasst sehen, doch wieder mit wacheren Ohren auf das zu hören, was uns die Kranken an Erlebnissen vorbringen und sie nicht von vornherein nur als Folge und Ausdruck der Psychosen oder genetisch gänzlich bedeutungslos zu werten. Wenn wir uns weiter nach dem Vorgang von Weizsäckers der biografisch ereignishaften Bedeutung der Krankheit für das Leben der Frage nach dem Wann und Wozu zuwenden, so eröffnet sich ein neues Feld. Diese Frage sieht der Kranke schon ohnehin nach unseren Erfahrungen als

[32] Walter Schulte, Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 18 (1950), S. 538–575, hier S. 565.

besonders brennend an, und er kann es als beglückend empfinden, wenn sich auch der Psychiater ihrer annimmt."[33]

Auch andere Psychiater setzten sich zu Beginn der fünfziger Jahre von der Lehrmeinung Schneiders, die der Psychiater Walter Theodor Winkler als „Standpunkt der klassischen Psychiatrie"[34] überhaupt bezeichnete, ab. Schneiders These, dass seelische Konflikte keine ursächliche Rolle spielten, wurde von Winkler ebenso kritisch diskutiert wie die Auffassung, dass es unmöglich sei, Halluzinationen, Gedankenlautwerden und ähnliche Symptome „aus einer Lebenssituation und einer Persönlichkeit heraus zu verstehen".[35] In Kontrast zur psychopathologischen Auffassung, die aufgrund ihrer Vorstellung des nicht verstehbaren, völlig anderen Erlebens im Wahn annahm, dass etwas Somatisches in die „Lebensentwicklung eingegriffen"[36] habe, schlug Winkler vor, sich die inneren Abläufe zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Psychose erst einmal genauer anzusehen, ebenfalls – wie Schulte – unter anderem in Anlehnung an Viktor von Weizsäckers Krisenbegriff.[37] Winkler knüpfte damit an einen Vortrag des Psychiaters Jürg Zutt auf einem Kongress in München im Vorjahr an, bei dem dieser klassische Grundthesen der Schizophrenielehre in Frage gestellt hatte, unter anderem eben auch die These, dass den unverständlichen Erlebnisweisen organische Prozesse zugrunde liegen müssten. In diesem Vortrag hatte Jürg Zutt sich gegen grundsätzliche Annahmen und Axiome der Psychiatrie gewandt, wie etwa die Annahme, dass Syndrome oder Symptome nur Zeichen eines Krankheitsprozesses seien und nichts mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen zu tun hätten. Diese Kritik war der entscheidende Antrieb der verstehenden Anthropologie, deren Denkstil Jürg Zutt prägte: wenn man den Wandel der Erlebnis- und Verhaltensweisen als Abwandlungen allgemeiner anthropologischer Strukturen begreife, so die Annahme, so ließe sich dieser Wandel aus einer lebensgeschichtlichen Betrachtung heraus verstehen und therapeutisch beeinflussen.[38]

Das Gefühl der Blickverengung und selbstauferlegten Wissensbeschränkung, das die Kritik an einer einseitig betriebenen Psychopathologie und klinischen Psychiatrie speiste, motivierte einige Psychiater, neue Versuche des Verstehens zu unternehmen. Wenn die Lebensgeschichten der Patientinnen und Patienten doch einen größeren Einfluss auf die Entstehung der Psychosen haben sollten, als bisher angenommen, dann musste die Aufgabe der Psychiatrie darin bestehen, erstens mehr über diese Lebensgeschichten zu erfahren und zweitens die darin

[33] Schulte, Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken, S. 566.
[34] Walter Theodor Winkler, Krisensituation und Schizophrenie, in: Der Nervenarzt 25 (1954), S. 500–501, hier S. 500.
[35] Winkler, Krisensituation und Schizophrenie, S. 500.
[36] Winkler, Krisensituation und Schizophrenie, Zitate S. 500.
[37] Zu Viktor von Weizsäcker siehe die Biografie von Udo Benzenhöfer, Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker. Leben und Werk im Überblick, Göttingen 2007.
[38] Siehe zu Zutts Psychiatrieverständnis sowie der Einordnung und Bedeutung von Zutt, v. a. seinem Einfluss auf die Sozialpsychiatrie über seinen Schüler Kulenkampff, die Studie von Peter Schönknecht, Die Bedeutung der Verstehenden Anthropologie von Jürg Zutt (1893–1980) für Theorie und Praxis der Psychiatrie, Würzburg 1999, zum erwähnten Vortrag S. 26.

ausgedrückte subjektive Wahrnehmung in die Forschung mit einzubeziehen. Im Zeichen dieses Strebens nach Wissensgewinnung und mehr Erklärungsmöglichkeiten wurden, wie das folgende Kapitel zeigen wird, psychoanalytische und daseinsanalytische Vorstellungen von Schizophrenie wiederentdeckt und weiter formuliert, die auf spezifische Art und Weise daran beteiligt waren, die Erzählung der Schizophrenie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu formen. Daseinsanalytische, phänomenologische und anthropologische Denkstile konnten sich in Westdeutschland „als zwar minoritäre, jedoch durchaus gewichtige alternative Lehrmeinung etablieren".[39] Dies drückte sich etwa darin aus, dass prominente Lehrstühle in Freiburg, Heidelberg oder Frankfurt durch Vertreter dieser Denkstile besetzt wurden (Ruffin in Freiburg, von Baeyer in Heidelberg, Zutt in Frankfurt). Diese Denkstile wollten nicht nur die gesunden Anteile der schizophrenen Person, sondern gerade das Psychotische verstehen lernen und so einen neuen Zugang zu den Erkrankten öffnen.[40]

Wie aber kam es dazu, und wie lief die Bildung dieser Denkstile ab? Welche Vorstellungen fügten sie dem Schizophreniekonzept hinzu? In einem ersten Schritt, so die These, wurden die Lebensgeschichten der schizophrenen Patientinnen und Patienten außerhalb ihrer Erkrankung bzw. ihrer Klinikaufenthalte sichtbar gemacht, in einem zweiten Schritt ihr Erleben und Wahrnehmen. Diese Sichtbarmachung und Exponierung des schizophrenen Subjekts, dies sei gleich vorweggenommen, bedeutete noch nicht unbedingt seine Emanzipation, blieb es doch von der analytischen Deutung und der Haltung des Psychiaters oder der Psychiaterin abhängig. Die Annahme aber, dass das Sprechen der Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Lebensgeschichten ernst genommen und gedeutet werden konnte und damit ein Mehr an Wissen erwachsen würde, war keine genuin psychiatrische. Als spezifische Wahrnehmungsweise gehörte die Achtsamkeit für das Sprechen der Patientin oder des Patienten, die Analyse seiner sprachlichen Äußerungen als Mitteilungen seelischer Konflikte und die Vorstellung eines sich konflikthaft entwickelnden Ich vielmehr zu den zentralen Bestandteilen der psychoanalytischen Kultur. Die Entdeckung der Lebensgeschichte der schizophrenen Patientinnen und Patienten stand daher, so eine zweite These, zu Beginn im Zeichen der Wiederentdeckung psychologischer, psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Anteile des Schizophreniekonzeptes bzw. der Neuentdeckung und Beschäftigung mit den Entwicklungen, die sich während der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft in den Vereinigten Staaten und der Schweiz abgespielt hatten. Auf diese gehen die folgenden Seiten ein, in denen die wesentlichen Voraussetzungen und Hintergründe der amerikani-

[39] Ralf Seidel, Phänomenologische, daseinsanalytische und anthropologische Psychiatrie, in: Achim Thom (Hrsg.), Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West, Bonn 1990, S. 22–33, hier S. 27, in einem Überblick und einer Einschätzung der anthropologischen Psychiatrie, die sich mit der hier vertretenen deckt.

[40] Vgl. Seidel, Phänomenologische, daseinsanalytische und anthropologische Psychiatrie, S. 27.

schen Psychiatriekultur für die unterschiedlichen Ausdeutungen des Schizophreniekonzeptes aufgezeigt werden.

Eindrücke von außen. Psychoanalyse als Schlüssel zum Verständnis

Im Jahr 1949 reiste Walter von Baeyer, Chefarzt der Nervenklinik des Städtischen Krankenhauses in Nürnberg, in einer Gruppe von sieben Ärzten, davon zwei Psychiater – neben von Baeyer der Münchner Psychiatrieprofessor Werner Wagner – auf Einladung der Unitarian Medical Mission in die USA.[41] In seinem Reisebericht von der dreimonatigen Studienreise, der im *Nervenarzt* veröffentlicht wurde, reflektierte er die katastrophale Situation der Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland: „Niemand wird behaupten wollen, dass in unserem Lande die Psychiatrie im Mittelpunkte des medizinischen Interesses und in der Sonne öffentlicher Gunst stünde. Viele allzubekannte Gründe haben dazu beigetragen, Ansehen und Selbstbewusstsein unseres Faches zu schmälern, aber auch den Wunsch nach Erneuerung wach werden lassen. Zu den handgreiflichen Belastungen durch Vergangenheit und Gegenwart kommen innere Selbstzweifel, sich klug dünkende Skepsis, Abnahme des psychologischen und psychopathologischen Interesses."[42] Vor diesem Hintergrund hatten ihn die Erfahrungen mit der amerikanischen Psychiatrie, die er auf seiner Reise gemacht hatte, tief beeindruckt. Er schilderte das Ansehen, das die Psychiatrie als „fast ohne Übertreibung gesagt – Königin unter den übrigen ärztlichen Disziplinen" genoss, und die Stimmung eines „hoffnungsvollen Enthusiasmus", der die Arbeit der Forscher und Ärzte auszeichne. Aber nicht nur innerhalb der Medizin, sondern auch in der Öffentlichkeit seien psychiatrische Themen allgegenwärtig und das „Bewusstsein herrschend, dass der Psychiater für viele persönliche und soziale Notstände der rechte Helfer sei". Von Resignation sei nichts zu spüren, überall herrsche ein Geist der Zuversicht; während dagegen in Deutschland die Anstalten „unter dem europäischen Durchschnittsniveau" lägen und die „modernen therapeutischen Möglichkeiten" nicht genutzt würden.[43]

Besonders erwähnenswert fand von Baeyer die Rolle der Psychoanalyse in ihrer modernen Form, wie er sie in den USA hatte beobachten können. Sie sei, so berichtete er seinen Lesern, seit zehn bis fünfzehn Jahren eine der „wichtigs-

[41] Zum Reisebericht als Quelle der medizingeschichtlichen Transferanalyse siehe Thomas Müller, Vergleich und Transferanalyse in der Medizingeschichte? Eine Diskussion anhand von Reiseberichten als Quelle, in: Medizinhistorisches Journal 39/1 (2004), S. 57–77.

[42] Walter von Baeyer, Gegenwärtige Psychiatrie in den Vereinigten Staaten, in: Der Nervenarzt 21 (1950), S. 2–9, hier S. 3. Die Klage über den Zustand der Psychiatrie und den enormen Vertrauensverlust ist ebenso typisch für die Nachkriegszeit wie die nur vage Andeutung der Gründe für diesen Verlust als „Belastungen durch Vergangenheit". Siehe dazu den Sammelband von Sigrid Oehler-Klein/Volker Roelcke (Hrsg.), Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945. Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus, Stuttgart 2007.

[43] Baeyer, Gegenwärtige Psychiatrie in den Vereinigten Staaten, S. 3.

ten ihrer gegenwärtigen Strömungen" und beherrsche das psychiatrische Denken weit mehr, als dies in der europäischen Psychiatrie überhaupt je der Fall gewesen sei. Die psychoanalytische Lehre gelte als der „Schlüssel zum Verständnis seelischer Phänomene überhaupt", mit dem man „das Stadium bloßer Beschreibung der bewussten ‚Oberfläche' endgültig überwunden zu haben" glaube.[44] Nicht einmal vor der Behandlung der schwersten psychischen Krankheiten schrecke die Psychoanalyse zurück: Unter dem Einfluss einer Weiterentwicklung und Fortführung der Psychoanalyse hätte sich an einigen Orten die Psychotherapie der endogenen Psychosen „als das eigentliche Heilverfahren" entwickelt und werde „mit bemerkenswerter Ausdauer betrieben", wobei es doch eine „offenkundige Schwierigkeit" sei. Einige Psychiater würden sie mit Schocktherapien verbinden; andere jedoch, wie die Psychotherapeutin Frieda Fromm-Reichmann in Chestnut Lodge, würden nur psychotherapeutische Verfahren anwenden. Von Baeyer versicherte seiner Leserschaft, dass die dortige Behandlungsweise „von der klassisch analytischen Methode weit entfernt" sei, und beschrieb sie wie folgt: „In regelmäßigen Behandlungsstunden – zur gleichen Tagesstunde nach Möglichkeit – versucht man mit unendlicher Geduld, den persönlichen Kontakt mit dem Kranken herzustellen, auf seine Eigenheiten einzugehen, seine Reaktionen zu verstehen und im scheinbar Sinnlosen seiner Inhalte und seines Benehmens einen psychologischen Zusammenhang mit persönlichen Lebenskonflikten zu entdecken." Im Kontrast zu diesen Bemühungen rekapitulierte von Baeyer: „Wenn man in der Schizophrenie, wie wir das tun, einen organischen Krankheitsprozess erblickt und die Symptomatik durch psychologisch unableitbare Primärsymptome beherrscht sieht, muss man am endgültigen Erfolge solcher psychotherapeutischen Bemühungen zweifeln. Ist aber der geduldige, vom Verstehenwollen geleitete Umgang mit den Kranken, das menschliche Mitfühlen und Mitgehen nicht eine Quelle von Einsichten, die dem bloßen Beschreiben und Registrieren verschlossen sind? In den Prozesspsychosen mischt und durchflicht sich da Verstehbares und Unverstehbares in einer bisher von niemandem wirklich durchschauten Weise, und es wäre vermessen, hier dem Versuch des Verstehens von vorneherein eine Grenze zu setzen. Die Schriften der amerikanischen Schizophrenie-Psychotherapeuten bringen eindrucksvolle Beispiele gelungener ‚Übertragung' (transference) im Verhältnis von Patient und Arzt mit symptomverwandelnder, befreiender und normalisierender Wirksamkeit, Erfahrungen, die auf jeden Fall wichtig und beachtenswert sind, auch wenn es sich nur um Zwischenspiele im organischen Prozessgeschehen handeln sollte."[45]

[44] Alle Zitate Baeyer, Gegenwärtige Psychiatrie in den Vereinigten Staaten, S. 5.

[45] Alle Zitate Baeyer, Gegenwärtige Psychiatrie in den Vereinigten Staaten, S. 6. Allerdings beurteilte von Baeyer die psychogene Erklärung eher als „theoretisches Postulat", zu ausgeprägt sei die „freudige Rezeption körperlicher Behandlungsmethoden", ebd., S. 6. Wenn er auch die „Psychologisierung aller Lebensgebiete" kritisch beurteilte, blieb er doch auch beeindruckt zurück vom Streben der amerikanischen Psychiatrie „vom menschlichen Verbindenden, vom Willen, über Trennungen zueinanderzukommen", ebd., S. 9.

In Walter von Baeyers Reisebericht zeigen sich wie unter einem Vergrößerungsglas ganz unterschiedliche Themen, die in den fünfziger und sechziger Jahren zu psychiatrischen Brennpunkten wurden: die Rückständigkeit der deutschen Psychiatrie, die im Vergleich mit der amerikanischen Psychiatrie und deren als modern empfundenen Standards deutlich zurückblieb; ein Schwanken zwischen „Tabu und Reformimpuls",[46] was den Umgang mit der unmittelbaren Vergangenheit und den Lehren aus der NS-Zeit anging; die Diskussion über die Bedeutung, die Psychoanalyse in der Psychiatrie, aber auch für die Gesellschaft haben sollte; vor allem aber ein Aufmerken für die Grenze zwischen dem, was als verstehbar und dem, was als unverstehbar galt, und eine Hinterfragung der Sinnhaftigkeit dieser Grenzziehung. Die psychotherapeutischen Bemühungen amerikanischer Psychiaterinnen und Psychiater wurden, so zeigt von Baeyers Bericht, in der deutschen Psychiatrie, die nur wenige Jahre davor noch Teil der Vernichtungsmaschine des NS-Systems gewesen war, nicht nur als andere Forschungsakzente, sondern als eine völlig andere psychiatrische Kultur wahrgenommen. Nicht nur das Verständnis von den Krankheiten schien ein anderes zu sein, sondern auch die Praxis, der Klinikalltag, die therapeutischen Methoden und das Arzt-Patienten-Verhältnis unterschieden sich deutlich. Noch sieben Jahre nach dem Reisebericht von Walter von Baeyer bemerkte auch der Berliner Psychiater Klaus Hartmann in einer Reflexion über die „Wesenszüge der modernen amerikanischen Psychologie", dass die Entwicklung in den Vereinigten Staaten eine deutlich andere Richtung genommen habe als in Europa.[47] Auch Hartmann hob die Bedeutung der Psychologie im öffentlichen Leben der USA hervor (die er vor allem in der Zunahme der Diagnosen manifestiert sah) und bezeichnete den Einfluss der Psychoanalyse als den neben behavioristischen und sozialpsychologischen Schulen stärksten; die Psychoanalyse sei sogar so „beherrschend", so bemerkte er erstaunt, „dass die Ergebnisse der genetischen Psychiatrie […] oder die Befunde der physiologischen Psychiatrie […] vergleichsweise unberücksichtigt bleiben und erst die neueren Entdeckungen der pharmakologischen Psychiatrie […] größere Beachtung finden".[48]

Die Rede von den Unterschieden zwischen der amerikanischen und der deutschen Psychiatrie gehörte zum Bestand psychiatrischer Weltdeutungs- und Selbsterklärungsformeln. Die Erklärung der zeitgenössischen Unterschiede im Verständnis und der Behandlung schwerer Krankheiten wie der Schizophrenie durch den Verweis auf eine unterschiedliche Entwicklung in den Jahrzehnten zuvor bot möglicherweise auch eine Entlastung von der Teilnahme an den Prozedu-

[46] Maike Rotzoll/Gerrit Hohendorf, Zwischen Tabu und Reformimpuls. Der Umgang mit der NS-Vergangenheit in der Heidelberger Psychiatrischen Universitätsklinik nach 1945, in: Sigrid Oehler-Klein/Volker Roelcke (Hrsg.), Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945. Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus, Stuttgart 2007, S. 307–330.

[47] Klaus Hartmann, Über Wesenszüge der modernen amerikanischen Psychologie, in: Der Nervenarzt 28 (1957), S. 360–363, hier S. 360.

[48] Hartmann, Über Wesenszüge der modernen amerikanischen Psychologie, S. 360.

ren der Ausgrenzung und Vernichtung des NS-Systems: Indem man sich auf die Neuheit und Andersartigkeit der amerikanischen Psychoanalyse und Psychotherapie konzentrierte, umging man die Auseinandersetzung damit, was aus den eigenen Traditionen und Wissensbeständen geworden war. Die Verwunderung, mit der die deutsche Psychiatrie zu Beginn der fünfziger Jahre auf die Berichte über psychotherapeutische Ansätze in der Schizophreniebehandlung reagierte, lässt sich jedenfalls nicht ganz nachvollziehen, waren diese doch seit Beginn des Jahrhunderts bekannte, wenn auch verdrängte Elemente des Schizophreniekonzeptes.

Neben dieser historisch kontextualisierenden Interpretation kommt aber auch noch eine andere und gleichzeitig zulässige Erklärungsmöglichkeit für die Verwunderung der deutschen Psychiatrie angesichts des Einflusses psychologischer Denkstile in Betracht. Sie bezieht sich vor allem auf die Bedeutung und die Handlungs- und Deutungsspielräume, die Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologie vor allen anderen psychologischen Richtungen in den Vereinigten Staaten hatten. Vieles spricht dafür, dass sich tatsächlich verschiedene Anhaltspunkte für unterschiedliche Entwicklungen der amerikanischen und der deutschen Psychiatrie bereits vor den dreißiger Jahren ausmachen lassen. Diese wiederum bieten unter anderem eine Erklärung dafür, warum die „Pionierleistungen" der psychotherapeutischen Schizophreniebehandlung in amerikanischen Psychiatrien stattfanden. Im Wesentlichen, so könnte man pointiert sagen, hing alles damit zusammen, dass die Schizophrenie in der amerikanischen Psychiatrie von Anfang an ihre psychoanalytischen Züge behielt, ja sogar verstärken konnte, während sie in der deutschen Psychiatrie marginalisiert wurden.

Dass Psychologie, Psychoanalyse und Psychiatrie in der amerikanischen Gesellschaft nach Ende des Zweiten Weltkriegs eine besondere Rolle spielten, wurde von der geschichtswissenschaftlichen Forschung bereits mehrfach herausgearbeitet. Der Erfolg der Psychoanalyse lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass sie an spezifische soziokulturelle Haltungen der Vergangenheit anknüpfte und gleichzeitig Aussichten auf neue gesellschaftliche und individuelle Verfasstheiten anbot. So formulierte etwa Eli Zaretsky in seiner umfassenden Geschichte der Psychoanalyse die These, die „Konvergenz zwischen den amerikanischen Traditionen der religiösen Bekehrung, der ‚mind-cures', der Selbsthilfe einerseits und den utopischen Zügen der Psychoanalyse andererseits", habe „eine langjährige Liebesaffäre der Amerikaner mit der Psychoanalyse" entzündet, und „das Feuer blieb in Gang, weil die Psychoanalyse einbezogen war in das Nachkriegsprogramm der gesellschaftlichen Neuorganisation".[49] Die derart begonnene und im Lauf der sechziger Jahre vollzogene „Psychologisierung" der Gesellschaft wurde

[49] Zaretsky, Freuds Jahrhundert, S. 411. Ab den fünfziger Jahren wurde die Psychoanalyse dann zunehmend Teil des Sozialstaates und erlangte damit ein neues Machtfeld und neue Autorität; darüber hinaus wurden ihre Forschungsergebnisse im Kalten Krieg auch als Instrumente im Kampf gegen den Kommunismus interessant, vgl. ebd., S. 411–413. Zum Einfluss der Psychoanalyse auf die amerikanische Nachkriegskultur siehe außerdem Halliwell, Therapeutic Revolutions.

schließlich zu einem eigenen Topos, der nicht nur von Psychiatern, sondern auch von Historikern und Soziologen für zeitgenössische gesellschafts- und kulturkritische Beobachtungen eingesetzt wurde.[50]

Dennoch ist der Grund für die Aufmerksamkeit, welche die Anwendung psychoanalytischer Verfahren bei schizophrenen Patientinnen und Patienten in der amerikanischen Psychiatrie erregte, nicht allein in einer allgemein größeren Offenheit der amerikanischen Kultur für psychologische und psychoanalytische Konzepte zu suchen. Eine ebenso große Rolle spielte, dass das Schizophreniekonzept in den Vereinigten Staaten seit den zwanziger Jahren eine spezifische Adaption und Weiterbildung erfahren hatte, so dass es sich deutlich von seiner deutschen Ausprägung – die sich ja auch, wie bereits erwähnt, nicht eins zu eins auf Bleulers Schizophreniekonzept legen ließ – unterschied. Das amerikanische, von dem ursprünglich aus Zürich stammenden und 1892 in die USA immigrierten Psychiater Adolf Meyer geprägte Schizophreniemodell betonte wesentlich deutlicher die psychosozialen bzw. psychoanalytischen Komponenten, als dies in Deutschland der Fall war, wo man zwar von Schizophrenie sprach, sich aber wesentlich an Emil Kraepelins Lehren und Einteilungen in einem biologischen Sinn orientierte.

Die Geschichte der Verbreitung des Schizophreniekonzeptes in den USA lässt sich gut rekonstruieren. Die von Emil Kraepelin beschriebene Krankheitseinheit der Dementia praecox hatte sich wie in Deutschland auch in der amerikanischen Psychiatrie rasch verbreitet und war schnell ein allgemein anerkanntes und viel besprochenes Krankheitsmodell geworden. Das Schizophreniekonzept breitete sich zu Beginn vor allem im Schatten des Dementia-praecox-Begriffes aus. Bereits 1912 stellte August Hoch, der auch einige Zeit am Burghölzli gearbeitet hatte, im Kreis der New York Psychiatrical Society das ein Jahr zuvor von Bleuler der Öffentlichkeit präsentierte Schizophreniekonzept vor. Es brauchte jedoch noch ungefähr zwanzig Jahre, bis es sich aus dem Schatten der Dementia praecox herausentwickelt und diese schließlich sogar zurückgedrängt hatte: Erst in den dreißiger Jahren wurde der Begriff der Schizophrenie diagnostisch häufiger verwendet als der Begriff der Dementia praecox und ersetzte ihn schließlich.[51] Wie der Psychiatriehistoriker Richard Noll zeigen konnte, wurden besonders zu Beginn die Begriffe Dementia praecox und Schizophrenie relativ austauschbar verwendet.[52] Dennoch waren die Unterschiede zwischen beiden Konzepten von Anfang

[50] Vgl. Castel/Castel/Lovell, Psychiatrisierung des Alltags.

[51] Siehe Richard Noll, American Madness. The Rise and Fall of Dementia Praecox, Cambridge, Mass. 2011, S. 262. Die Auswertung des IndexCat (Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office) durch Noll ergab u. a. folgende aufschlussreiche Zahlen: 1900–1910 Dementia praecox 67, Schizophrenie 1 Nennungen; 1911–1920 Dementia praecox 268, Schizophrenie 6 Nennungen; 1921–1930 Dementia praecox 152, Schizophrenie 73 Nennungen; 1931–1940 Dementia praecox 89, Schizophrenie 153 Nennungen.

[52] Noll, American Madness, S. 232 f. Zur Verbreitung der Schizophrenie in den USA siehe das Kapitel „The Rise of Schizophrenia in America, 1912–1927", in Noll, ebd., S. 232–275, hier besonders S. 233. Noll hat sicher recht mit der These, dass diese gleichzeitige Verwendung

an deutlich.[53] Während Bleuler zur Erklärung und Deutung der akzessorischen Symptome der Schizophrenie auf Ideen der Psychoanalyse nach Freud zurückgriff, hatten die Symptome der Dementia praecox für Kraepelin keine tiefere Bedeutung. Noch entscheidender aber war der Unterschied zwischen den Konzepten in Bezug auf ihre Einschätzung therapeutischer Zugänglichkeit, beinhaltete Bleulers Konzept doch ein deutliches Versprechen der Therapierbarkeit. Richard Noll zufolge machte diese Verheißung letztlich seine größere Attraktivität aus.[54]

Von entscheidender Bedeutung für die weitere Entwicklung der Schizophrenie in der amerikanischen Psychiatrie aber war die Vorreiterrolle einer einflussreichen Psychiatergruppe um den ursprünglich aus Zürich stammenden, 1892 in die USA emigrierten Psychiater Adolf Meyer.[55] Dessen „Psychobiologie" ermöglichte ein Nebeneinander von Psychologie und Biologie und hatte starken Einfluss auf die amerikanische Psychiatrie. Seine Kombination biologischer und psychologischer Denkweisen verhinderte eine Entwicklung einseitiger und reduktionistischer Modelle und bemühte sich stattdessen darum, die zwischen Natur- und Geisteswissenschaften gezogene Linie, mit der er in seinen psychiatrischen Lehrjahren konfrontiert gewesen war, zu überwinden. Meyer ging von der Annahme aus, „that mental acitvity was a causal force in the human organism's dynamic interaction with its environment".[56] Krankheit begriff er daher nicht als Hirnkrankheit, sondern als „failed adaptation",[57] als eine Störung der Interaktion zwischen Organismus und Umwelt. Auch den Ansatz von Psychotherapie verortete er daher in der Interaktion, die zwischen Patient und Therapeut stattfand. Meyer und sein Kreis sprachen von einer „schizophrenen Reaktion", nicht von Schizophrenie, und brachten damit zum Ausdruck, dass es sich ihrer Auffassung nach um einen psychischen Reaktionsmechanismus, weniger aber um eine Krankheitseinheit handelte, deren charakteristische Symptome und Verläufe es zu erfassen und zu ordnen gelte. Eine geringere Rolle spielte daher die Suche nach Krankheitseinheiten, wie sie die deutsche Psychiatrie zu dieser Zeit beherrschte.

der beiden Begriffe Bleulers Publikation selbst geschuldet war, die „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien" hieß und damit eine gewisse Austauschbarkeit suggerierte.

[53] Vgl. Noll, American Madness, S. 4 f. Richard Noll bringt den wichtigen Hinweis: „It is a common misconception that the currently constructed mental disorder that we call schizophrenia is essentially the same disease that Kraepelin named dementia praecox or what Bleuler meant by schizophrenia. This is certainly not the case." Ebd., S. 5.

[54] Noll, American Madness, S. 239.

[55] Mit der Arbeit von Susan Lamb liegt seit neuestem eine fundierte und ausgewogene Auseinandersetzung mit und Einordnung von Meyers Werk vor, die bisher deutlich gefehlt hat. Wurde Meyers Haltung bisher häufig als „eklektizistisch" (so z. B. Noll) abgetan, kann Lamb die verschiedenen Voraussetzungen und Stile seines Denkens auseinandersetzen und begreifbar machen, siehe Susan D. Lamb, Pathologist of the Mind. Adolf Meyer and the Origins of American Psychiatry, Baltimore 2014. Nachdem beispielsweise Noll stets die psychoanalytische Seite von Meyer betont hat, gewichtet Lamb Meyers pathologische Seite stärker, möglicherweise – dies wäre aber zu diskutieren, hat Lamb sich doch ungleich intensiver als bisherige Forschungen mit Meyers Werk befasst – ein wenig zu stark.

[56] Lamb, Pathologist of the Mind, S. 5.

[57] Lamb, Pathologist of the Mind, S. 4.

Entsprechend der weit verbreiteten pragmatischen Linie hielten sich die amerikanischen Psychiater in der Praxis ebenso wenig wie in der Theorie an bestimmte, an diagnostische Begriffe gekoppelte Krankheitskonzepte, sondern verwendeten den Diagnosebegriff und die jeweiligen Prognosen sehr frei.[58] Eugen Bleuler selbst versuchte bei einem Besuch im Jahr 1929 in den Vereinigten Staaten noch, sich von der Meyer'schen Aneignung der Schizophrenie zu distanzieren, indem er hervorhob, dass seiner Meinung nach die psychologisch deutbaren Seiten der Krankheiten nicht alles seien. Sein Sohn, der Psychiater Manfred Bleuler, berichtete nach seiner eigenen Rückkehr aus den USA zudem kritisch von den bereits sichtbaren Unterschieden zwischen dem europäischen und dem amerikanischen Verständnis von Schizophrenie.[59]

Es wäre jedoch eine verkürzte Sichtweise, die amerikanische Psychiatrie der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts allein von psychoanalytischen Einflüssen bestimmt zu sehen. Der pragmatische Umgang mit Krankheitskonzepten, -theorien und -modellen ermöglichte nicht nur der Psychoanalyse eine leichtere Verbreitung, sondern hielt eben auch stets die Verbindungen zur biologischen Psychiatrie. Meyers psychobiologisches und sozialpsychologisches Denken bot Psychoanalyse und Psychochirurgie gleichzeitig eine Daseins- und Behandlungsberechtigung.[60] Wie in Europa ging es auch in der amerikanischen Psychiatrie bei Biologisierungen um Bestrebungen nach Professionalisierung und der damit verbundenen medizinischen Anerkennung. Die biologische Forschung wurde kontinuierlich weiter betrieben, wenn auch die Erforschung der neurologischen Ursachen und Abläufe zunehmend Aufgabe der Neurologie wurde, die über die entsprechenden Techniken, Labore und Geräte verfügte. In den vierziger Jahren wurde diese Haltung jedoch zunehmend als Problem identifiziert, und nach und nach trennten sich die Wege der psychoanalytischen und der biomedizinischen Richtung, beschleunigt durch „rationalizing forces external to psychiatry"[61] wie die Psychopharmakologie, Genetik, Hirnforschung und Neurobiologie.

Wie in der amerikanischen Psychiatrie, so war das Schizophreniekonzept auch in der deutschen Psychiatrie entsprechend der jeweiligen Traditionen und lokalen Besonderheiten im Verständnis von Geisteskrankheit aufgenommen und weiterentwickelt worden. Allerdings hatte in der deutschen Psychiatrie erst die spätere Distanzierung Eugen Bleulers von der Psychoanalyse die Verbreitung des Schizophreniemodells befördert. Eine der ersten Veröffentlichungen über die differentialdiagnostische Arbeit mit dem Schizophrenie-Konzept, angefertigt von dem

[58] Vgl. Noll, American Madness, S. 264–269. Dies hing sicher auch damit zusammen, dass eine Übersetzung des Bleuler'schen Textes von 1911 ins Englische erst 1950 stattfand, siehe Noll, American Madness, S. 242. Bis dahin waren die amerikanischen Psychiater, die nicht Deutsch sprachen, auf die Zusammenfassungen ihrer Kollegen angewiesen.

[59] Noll, American Madness, S. 270.

[60] Zur Psychochirurgie in den USA mit einem Fokus auf der Patienten- und Angehörigenperspektive Mical Raz, Psychosurgery, Industry and Personal Responsibility, 1940–1965, in: Social History of Medicine 23/1 (2009), S. 116–133.

[61] Noll, American Madness, S. 278.

Charité-Mitarbeiter Arnold Kutzinski im Jahr 1913, handelte davon, ob die Psychoanalyse als Therapieform wirklich geeignet sei, und er lehnte dies entschieden und mit dem Hinweis auf ihre Gefahren ab.[62] Der Leiter, Karl Bonhoeffer, legte trotz prinzipieller Offenheit in den Forschungsansätzen und -methoden der Psychoanalyse gegenüber eine eher reservierte Haltung an den Tag.[63] Die Attraktivität des Schizophrenie-Konzeptes, so resümieren die Psychiatriehistoriker Alexander Friedland und Rainer Herrn, wurde in der deutschen Psychiatrie wohl vor allem darin gesehen, dass es einen Oberbegriff bzw. eine Sammeldiagnose für die ansonsten in der Diagnose oft recht schwer voneinander zu trennenden Unterformen der Hebephrenie, Katatonie und paranoide Demenz lieferte, deren Symptome nie so eindeutig und strikt voneinander getrennt auftraten, wie es nötig gewesen wäre und Emil Kraepelin es beschrieben hatte. Gerade im Vergleich zu Kraepelins ausufernden Krankheitsbeschreibungen bot die Schizophrenie zudem eine gewisse „Übersichtlichkeit" und eine „klare hierarchische Ordnung der Krankheitszeichen".[64] Von seinen psychoanalytischen Bestandteilen gereinigt, hatte sich ein modifiziertes Schizophreniekonzept schließlich größtenteils durchgesetzt.

Wie bereits angedeutet, sorgte aber nicht nur die unterschiedliche Akzentuierung der biologischen oder psychologischen Aspekte des Schizophrenie-Konzeptes in den zwanziger bis vierziger Jahren dafür, dass in der amerikanischen Psychiatrie psychoanalytische Behandlungen bei schizophrenen Patientinnen und Patienten denkbar waren. Verschränkt mit der unterschiedlichen Auffassung der Schizophrenie war auch ein anderes Verhältnis zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse, die in der amerikanischen Psychiatrie integriert und als Teil der Psychiatrie begriffen wurde. In der deutschen Psychiatrie behielt sie dagegen den Nimbus einer eher auf individuellen Gesprächsfähigkeiten und Zufälligkeiten beruhenden Pseudowissenschaft.

Dies hatte mehrere Ursachen. Die Ablehnung diente etwa der Abgrenzung des psychiatrischen Wissenschaftsverständnisses von den psychoanalytischen Ansätzen und Denkstilen. Wollte die Psychiatrie nicht Teile des eigenen Denkstils auf-

[62] Friedland und Herrn weisen jedoch auch darauf hin, dass zwar der psychoanalytische Ansatz im Schizophrenie-Konzept als Theorie abgelehnt wurde, das Konzept selbst aber doch angeeignet und auf seine Eignung als Differentialdiagnose positiv beschieden wurde. Auch habe es unter Bonhoeffer einige Mitarbeiter und Studenten mit psychoanalytischen Interessen gegeben, nicht zuletzt Müller-Braunschweig oder Jürg Zutt, die auch in der Bundesrepublik eine wichtige Rolle spielten. Vgl. Friedland/Herrn, Die Einführung der Schizophrenie an der Charité, S. 241.

[63] Seine Modifizierung führte die Schizophrenie von der Assoziationsstörung (Denken) in Richtung einer Interaktionsstörung, indem es Schizophrenie definierte „über Störungen des reibungslosen und angemessenen Interagierens in den alltäglichen sozialen Prozessen großstädtischen Lebens. Damit avancierte das zwischenmenschliche ‚Funktionieren' in der Stadt mit ihren komplexen Interaktionen, der beschleunigten Kommunikation und den differenzierten Produktionsbedingungen zum Prüfstein dieser modernen Diagnose." Siehe Friedland/Herrn, Die Einführung der Schizophrenie an der Charité, S. 247.

[64] Friedland/Herrn, Die Einführung der Schizophrenie an der Charité, S. 246 f., direkte Zitate S. 247.

geben, so der Historiker Anthony Kauders, musste sie den Denkstil der Psychoanalyse zwangsläufig ablehnen.[65] Aus dieser frühen ablehnenden Haltung speist sich auch noch die ständige Debatte über die Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse bis tief in die sechziger Jahre hinein. Ebenso war der Stand der Psychoanalyse in der deutschen Öffentlichkeit und Gesellschaft zuerst kein einfacher gewesen. Die Bedeutung, mit der die Psychoanalyse Emotionen – und auch negativ konnotierte und starke Emotionen wie Angst, Schuld, Aggressionen – versah, und ihr Vorhaben, unterdrückten und verdrängten Emotionen Raum zu verschaffen, wurden als eine fundamentale Kritik am Selbstbild des Bildungsbürgertums und seiner Vorstellung eines kontrollierten, reflexiven, selbstbestimmten Subjekts aufgefasst.[66] Wie die Psychiatrie, hatte jedoch auch die Psychoanalyse mit dem Ersten Weltkrieg und der hohen Zahl an „Kriegsneurosen" ihren Einflussbereich und Bekanntheitsgrad erhöhen können. In den zwanziger Jahren wurde ihre Institutionalisierung und Professionalisierung im Rahmen des medizinischen Feldes vorangetrieben.[67] Der Großteil der Psychiater blieb jedoch skeptisch und hielt die psychoanalytische Arbeit am Unbewussten nur innerhalb von psychiatrisch zu bestimmenden Grenzen und Regeln für sinnvoll.[68]

Dem Problem, dass die Psychoanalyse vielen Außenstehenden nur als Lehre, nicht aber als Wissenschaft erschien, versuchten zahlreiche Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker durch kontinuierliche Verwissenschaftlichung und Anpassung zu begegnen.[69] Dieser Grundkonflikt über die „Medizinalisierung der Psychoanalyse",[70] also inwieweit sie sich als professionalisiertes Fach in der Medizin oder Psychiatrie etablieren sollte, blieb bis in die achtziger Jahre der Bundesrepublik hinein ein Dauerkonflikt. Er wurde geschürt durch die Befürch-

[65] Siehe Kauders, Der Freud-Komplex, S. 24.

[66] Siehe Kauders, Der Freud-Komplex, S. 43 f.

[67] Etwa durch die Gründung der Poliklinik für psychoanalytische Behandlung nervöser Krankheiten, des späteren Berliner Psychoanalytischen Instituts, an der Mediziner sich in die Psychoanalyse einführen lassen konnten; ein weiteres psychoanalytisches Zentrum bestand in Frankfurt am Main, siehe Kauders, Der Freud-Komplex, S. 74 f. In Frankfurt war auch Frieda Fromm-Reichmann, vgl. Kauders, ebd., S. 75.

[68] Vgl. Kauders, Der Freud-Komplex, S. 92 und S. 104–112.

[69] Margarete Mitscherlich-Nielsen und Detlef Michaelis beschreiben daher die Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland dadurch gekennzeichnet, dass „[n]icht nur erzwungene, auch selbst auferlegte Anpassungsbedürfnisse von Vertretern der psychoanalytischen Wissenschaft an politische und normative Gesellschaftsstrukturen drohten und drohen diese in ihrer ursprünglichen Substanz auszuhöhlen". Siehe Margarete Mitscherlich-Nielsen/Detlef Michaelis, Psychoanalyse in der Bundesepublik [1984], in: Hans-Martin Lohmann (Hrsg.), Hundert Jahre Psychoanalyse. Bausteine und Materialien zu ihrer Geschichte, Stuttgart 1996, S. 237–246, hier S. 237. Viele der Psychoanalytiker strebten bereits von Anfang an danach, als Teil der Ärzteschaft wahrgenommen und respektiert zu werden. Die Berliner Psychoanalytische Vereinigung (BPV), die sich im Jahr 1910 gegründet hatte und 1926 in Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) umbenannt wurde, spielte dabei eine wichtige Rolle, indem sie die Verschulung und Institutionalisierung der Ausbildung vorantrieb. Dieses Berliner Ausbildungszentrum fand mit seinen Prüfungen und formalisierten Kursen jedoch nicht bei jedem Zuspruch und stand im Kontrast zu Freuds offenen Gruppen, die von Diskussion und Austausch lebten.

[70] Mitscherlich-Nielsen/Michaelis, Psychoanalyse in der Bundesrepublik, S. 239.

tung, dass eine starke Medizinalisierung der Psychoanalyse ihr zwar mehr gesellschaftliche und wissenschaftliche wie professionelle Anerkennung und Einfluss verschaffen würde, dass aber gerade durch die Identifizierung mit der als konservativ wahrgenommenen Ärzteschaft und dem medizinischen, naturwissenschaftlich dominierten Weltbild der kultur- und gesellschaftskritische Aspekt der Psychoanalyse in den Hintergrund rücken oder ganz verloren gehen würde. In den späten sechziger und frühen siebziger Jahren wurde daher zunehmend diskutiert, inwieweit die Psychoanalyse durch ihre Fokussierung auf das Ich und die Ich-Psychologie versäumte, die Entwicklung dieses Ichs in den Zusammenhängen der gesellschaftlichen Ordnung zu begreifen.[71] Psychiatrie und Psychoanalyse standen so in einem dauernden Konkurrenzverhältnis, das Volker Roelcke in Anlehnung an Lutz Raphael als Zustand „rivalisierender Verwissenschaftlichungen"[72] beschrieben hat.

Nach der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft waren die vorsichtigen Versuche, schizophrenen Patientinnen und Patienten mit psychoanalytischen Verfahren zu begegnen, wie das oben erwähnte Beispiel aus der Charité einer war, weitgehend aus dem therapeutischen Sichtfeld verschwunden.[73] Während die Psychoanalyse in der amerikanischen Psychiatrie von den zwanziger bis fünfziger Jahren durchgehend einflussreich und verbreitet war und nach und nach „die Psychiatrie eroberte",[74] hatte die Psychoanalyse in Deutschland stark mit den Einschränkungen und Verfolgungen durch das NS-System zu kämpfen. Die DPG unterzog sich einer „Selbsteinschränkung", in deren Zeichen sie bis 1935 alle jüdischen Mitglieder entließ bzw. zur Aufgabe ihrer Mitgliedschaft drängte. Das Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie, 1936 gegründet und von Matthias Heinrich Göring, einem Cousin von Hermann Göring, geleitet, diente der Kontrolle und Gleichschaltung psychoanalytischer Forschungen. Unter den ehemaligen Mitgliedern der DPG, die weiter am Göring-Institut arbeiteten, waren Carl Müller-Braunschweig, Harald Schultz-Hencke und Werner Kemper.

Darüber hinaus waren in den dreißiger Jahren zahlreiche Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker gezwungenermaßen in die USA emigriert, wo sie – wie etwa Frieda Fromm-Reichmann – zu den einflussreichsten ihres Faches aufstiegen, ein Beispiel für die deutlich unterschiedlichen Entwicklungen und Möglichkeiten der Entfaltung. Theodor Reik, Rudolph Loewenstein, Heinz Hartmann, Annie Reich, Hermann Nunberg, Edith Jacobson, Paul Federn, Käthe Wolf und Marianne Kris, um nur einige Namen zu nennen, gingen nach New York, Helene

[71] Mitscherlich-Nielsen/Michaelis, Psychoanalyse in der Bundesrepublik, S. 243.

[72] Siehe Roelcke, Rivalisierende „Verwissenschaftlichungen des Sozialen". Roelcke widerspricht allerdings Raphaels These, dass sich die Verwissenschaftlichung in einem Prozess gegenseitiger Legitimation und Nachfrage von Politik und Wissenschaft abgespielt habe, insofern, als er Konflikten, unterschiedlichen Motiven und Konzepten *innerhalb* der Wissenschaft eine wesentlich größere Bedeutung für Entwicklungsprozesse und Ausdifferenzierung beimisst, siehe ebd., S. 147 f.

[73] Zur Geschichte der Psychotherapie in der NS-Zeit siehe Cocks, Psychotherapy in the Third Reich.

[74] Zaretsky, Freuds Jahrhundert, S. 410.

Deutsch und Robert Wälder nach Boston. Richard und Edith Sterba landeten in Detroit, David Rapaport nach einem Zwischenstopp in New York an der Menninger Clinic in Kansas. Erik H. Erikson ging nach Boston, und Frieda Fromm-Reichmann landete an der Klinik Chestnut Lodge in Rockville, Maryland. Dabei verlief die Integration der Emigrantinnen und Emigranten in die amerikanische Psychoanalyse durchaus nicht ohne Probleme, da gewisse Unterschiede in Theoriebildung und Behandlungsmethoden bereits vorhanden waren und zudem nicht alle der Emigrantinnen und Emigranten die erforderlichen medizinischen Ausbildungen vorweisen konnten.[75] Jedoch fanden die emigrierten Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker in den Vereinigten Staaten auch eine Krankheitsvorstellung, die ihnen zahlreiche Anknüpfungspunkte für ihr eigenes Wissen und ihre Erfahrungen bot. Der amerikanische Schizophreniediskurs bot mehr Raum für das Unterfangen, in der Lebensgeschichte und den Tiefen des Subjekts nach Gründen und Erklärungen für den Ausbruch der Krankheit zu suchen; der individuellen und subjektiven Geschichte des Kranken Aufmerksamkeit zu schenken, war keine diskursive Abweichung.

Insbesondere der amerikanische Psychiater Harry Stack Sullivan zählte zu den Protagonisten der modernen psychoanalytisch fundierten „neoanalytischen" Psychotherapie. Die Bezeichnungen „modern" bzw. „neo" machten dabei den Unterschied, da sie die Weiterentwicklung und Emanzipation von Freud und die Anpassung an die zeitgenössischen Gegebenheiten und Standards bedeutete.[76] Die Basis dieser „modernen" Psychoanalyse war ein interpersonaler Ansatz, der das Ziel verfolgte, den Patienten zu helfen, die Verbindung zur Außenwelt wiederherstellen und soziale Beziehungen wieder anknüpfen zu können. Bekannte Krankenhäuser, die dieses Konzept verfolgten und als Vorbilder in der Behandlung wie auch als Ausbildungs- und Forschungsstätten fungierten, waren das Chestnut Lodge Sanatorium in Rockville (Maryland), das Austen Riggs Center in Stockbridge (Massachusetts) sowie die Menninger Clinic in Topeka (Kansas). Die Bildung solcher Zentren der psychoanalytischen Behandlung von Schizophrenie hing auch mit den Kriegsjahren zusammen. In den USA war während des Zweiten Weltkrieges der Ausbau der psychiatrischen und psychologischen Angebote

[75] Siehe Zaretsky, Freuds Jahrhundert, S. 408–411; für einen größeren Überblick siehe Uwe Henrik Peters, Psychiatrie im Exil. Die Emigration der dynamischen Psychiatrie aus Deutschland 1933–1939, Düsseldorf 1992. Erwähnt sei außerdem, dass mit Franz Josef Kallmann außerdem auch Konzepte der psychiatrischen Genetik in die USA transferiert wurden, siehe Anne Cottebrune, Fanz Josef Kallmann (1897–1965) und der Transfer psychiatrisch-genetischer Wissenschaftskonzepte vom NS-Deutschland in die USA, in: Medizinhistorisches Journal 44/3–4 (2009), S. 296–324.

[76] Zur Weiterentwicklung der Psychoanalyse in den USA siehe Ermann, Psychoanalyse in den Jahren nach Freud, S. 29–52, zu Harry S. Sullivan S. 36–38. Sullivan (1892–1949) hatte bereits 1921 unter der Anleitung von William Alanson White mit der psychoanalytischen Behandlung schizophrener Patientinnen und Patienten begonnen. Ab 1940 war er an der Klinik Chestnut Lodge in Rockville (Maryland), 1943 gründete er gemeinsam mit Erich Fromm, Frieda Fromm-Reichmann und Clara Thompson das William-Alanson-White-Institut in New York.

für die Soldaten stark vorangetrieben worden. In diesem Kontext wurden auch Trainingsprogramme für die Psychotherapie von Schizophrenie entwickelt, und von der Gründung des National Institute of Mental Health unmittelbar nach dem Weltkrieg profitierte auch die Psychotherapieforschung bei schizophrenen Patienten.[77] Der eigentliche Durchbruch der Psychotherapie fand aber auch in den USA erst ab Mitte der fünfziger Jahre statt, als die Entwicklung der Psychopharmaka und ihr bald schon flächendeckender Einsatz in den Kliniken die Grundvoraussetzung für psychotherapeutische Gespräche verbesserte, nämlich die „Zugänglichkeit" der Patienten. Diese Phase wird in der amerikanischen Forschung daher auch gleichermaßen als „rise of psychotherapy"[78] und „rise of psychopharmacological treatment"[79] bezeichnet.[80] Dass der Aufstieg der Psychotherapie und der medikamentösen Behandlung gleichzeitig stattgefunden haben soll, mutet nur auf den ersten Blick wie ein Widerspruch an. Tatsächlich ergänzten sie einander und konnten so ihren Erfolg gegenseitig bedingen und sichern.[81]

Eine der wichtigsten Protagonistinnen der amerikanischen Psychoanalyse und der Psychotherapie bei Schizophrenie in den vierziger Jahren war Frieda Fromm-Reichmann, die nach ihrer Emigration an der Klinik Chestnut Lodge unter Harry S. Sullivan zu arbeiten begann.[82] Für ihre Methode der Psychosebehandlung verknüpfte sie verschiedene psychoanalytische Ansätze: Neben den psychoanalytischen Lehren Sigmund Freuds nahm sie Sullivans Ansatz der neopsychoanalyti-

[77] Mueser/VandenBos, Schizophrenia, S. 602. Siehe auch Andrew Scull, Contested Jurisdictions: Psychiatry, Psychoanalysis, and Clinical Psychology in the United States, 1940–2010, in: Medical History 55 (2011), S. 401–406.

[78] Jonathan Engel, American Therapy. The Rise of Psychotherapy in the United States, New York 2008.

[79] Mueser/VandenBos, Schizophrenia, S. 603.

[80] Die Bezeichnung dieser Entwicklung als „Aufstieg" lässt sich diskutieren, zeigt aber bereits, wie wichtig diese Entwicklung eingestuft wurde und wie rasch und umfassend sie sich aus der Retroperspektive ereignet zu haben scheint. Seit den 1960er Jahren erarbeitete die psychiatrische und pharmakologische Forschung Studien, die zeigten, dass die Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmaka bessere Erfolge vorwies als eine Behandlungsform allein bzw. als die Standard-Krankenhauspflege. Zusammen mit Rehabilitationsprogrammen, die beim Wiedererlernen von Alltagsfähigkeiten helfen sollten, und der Betonung der Pflege sozialer Kontakte auch schon in der Therapie etwa durch Club-Programme sowie der Erforschung der Familie als Auslöser und Ursache ergab sich ein rundes Bild vom Umfeld der Patientinnen und Patienten, vgl. Mueser/VandenBos, Schizophrenia, S. 603 f.

[81] Andrew Scull, The Mental Health Sector and the Social Sciences in Post-World War II USA Part 2: The Impact of Federal Research Funding and the Drugs Revolution, in: History of Psychiatry 22/3 (2011), S. 268–284.

[82] Siehe zu ihrem Leben und Werk Gerda Siebenhüner, Frieda Fromm-Reichmann. Pionierin der analytisch orientierten Psychotherapie von Psychosen, Gießen 2005, sowie die anschaulich geschriebene Biografie von Gail A. Hornstein, To Redeem One Person Is to Redeem the World. The Life of Frieda Fromm-Reichmann, New York 2005. Frieda Fromm-Reichmann (1889–1957) kam aus Königsberg und war eine der ersten Frauen mit Medizinstudium. In den zwanziger Jahren lernte sie die Psychoanalyse kennen und eröffnete 1924 ein Privatsanatorium in Heidelberg. 1935 emigrierte Frieda Fromm-Reichmann in die USA. Besonders bekannt wurde sie durch das Werk einer ihrer Patientinnen, „I Never Promised You a Rose Garden", auf das in Kapitel V.2. eingegangen wird.

schen Chicagoer Schule auf, der Neurosen wie Psychosen auf Lebenserfahrungen zurückführte und therapeutisch auf Beobachtungen und Deutungen der Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster sowie eine positive Beziehung des Analytikers zum Patienten setzte. Ebenso berücksichtigte Frieda Fromm-Reichmann das Konzept der Psychosen nach Melanie Klein und rückte den Aspekt der Angst in den Vordergrund, die schizophrene Patientinnen und Patienten in der Kindheit stark erlebt hätten. Die Behandlung, die Frieda Fromm-Reichmann vorschwebte, war für Patient oder Patientin und Therapeut oder Therapeutin gleichermaßen fordernd und intensiv. Vor allem setzte sie auf Einfühlungsvermögen und Entgegenkommen des Therapeuten oder der Therapeutin. Das Ziel war eine heilsame Beziehung zum Patienten und erklärtermaßen nicht, ihn an gesellschaftliche Normen anzupassen.[83]

Neben den amerikanischen Einflüssen spielten bei der Erforschung und Anwendung psychoanalytischer und psychotherapeutischer Möglichkeiten bei schizophrenen Patientinnen und Patienten im deutschsprachigen Raum aber auch einige Schweizer Psychiater eine zentrale Rolle. Besonders an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich, dem Geburtsort des Schizophreniekonzeptes, beschäftigten sich Psychiaterinnen und Psychiater mit der Thematik der Psychotherapie bei Schizophrenie. Dies bedeutete freilich nicht, dass dort nicht auch somatisch behandelt worden wäre; somatische Behandlungen, vor allem mit Schocktherapien und nach ihrer Einführung zunehmend auch mit Neuroleptika, gehörten nahezu selbstverständlich zur Psychotherapie dazu. Auch hirnchirurgische Eingriffe wurden in Zürich vorgenommen. Dennoch aber bewies der Züricher Denkstil psychologischen Fragen gegenüber eine große Offenheit; und schließlich war die Schweiz aufgrund ihrer Neutralität im Zweiten Weltkrieg eines der wenigen Länder in Europa, in dem die Psychoanalyse nicht unter die Herrschaft der Nationalsozialisten geraten war, sondern die psychoanalytischen Gesellschaften ihre Arbeiten fortführen konnten.[84]

Der Zweite Weltkongress für Psychiatrie 1957 in Zürich unter der Leitung von Manfred Bleuler, dem Sohn des Begründers des Schizophreniekonzeptes, wirkte dann auch wie ein Katalysator für die Akzeptanz der psychotherapeutischen Forschung bei Schizophrenie. Wurden amerikanische Bemühungen um psychoanalytische Behandlungen von deutschen Psychiatern zumindest im Bewusstsein um die kulturellen Unterschiede aufgenommen, finden sich derartige Unterscheidungen zwischen einer schweizerischen und einer deutschen Psychiatrie kaum und eher in dem Sinne, dass die Züricher Psychiatrie als eine eigene Schule wahrgenommen wurde. Für die Psychoanalyse der Schizophrenie nahm Zürich schon früh eine führende Rolle ein, und die Einführung der Psychopharmaka in den fünfziger Jahren lief parallel und ergänzend zu einer Stärkung der individuellen

[83] Vgl. die Würdigung von Christof Goddemeier, Frieda Fromm-Reichmann. Tiefenpsychologische Behandlung der Schizophrenie, in: Deutsches Ärzteblatt (2007), S. 166, anlässlich ihres fünfzigsten Todestages.

[84] Siehe Zaretsky, Freuds Jahrhundert, S. 330.

Psychotherapie. Mit der Einstellung von analytisch ausgebildeten Ärzten und dem Ausbau des psychotherapeutischen Angebotes sollte diese „nach dem Ersten Weltkrieg vernachlässigte psychoanalytische Therapietradition" wieder mehr verankert werden und für die Therapie bei Psychosen genutzt werden können.[85] Da aber auch in Zürich und anderswo nur einige wenige sich damit beschäftigten, die Therapien extrem zeitaufwändig waren und zudem nur wenig theoretische Forschung vorlag, konnten die Pioniere der Psychotherapie weder groß angelegte Studien noch umfassende Vergleiche zitieren, die ein systematisch und methodisch stringentes Wissen gewonnen und präsentiert hätten.

Als eine Pionierin der psychoanalytischen Behandlung schizophrener Patientinenn und Patienten galt die Schweizer Psychoanalytikerin Marguerite Sechehaye,[86] die mit aufsehenerregenden Publikationen einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht hatte. Sechehaye hatte 1947 die Schrift „La Réalisation Symbolique. Nouvelle méthode de psychothérapie appliquée à un cas de schizophrénie" als Beiheft der *Schweizerischen Zeitung für Psychologie und ihre Anwendungen* veröffentlicht, in der sie die Fallgeschichte einer psychotherapeutischen Behandlung und Heilung bei einer zu Beginn der Therapie 17-jährigen Patientin schilderte. Diese war 1930 zu ihr geschickt worden, nachdem andere Behandlungen nicht geholfen hatten. Der durch seinen Heilungserfolg bereits als außergewöhnlich eingestufte „Fall Renée" erhielt noch mehr Aufmerksamkeit, als Sechehaye drei Jahre später ebenfalls das Tagebuch ihrer Patientin unter dem Titel „Journal d'une schizophrène" veröffentlichte, das diese über den Zeitaum der Behandlung hinweg geführt hatte und das die Darstellung des Therapieverlaufes um die seltene Perspektive der Kranken ergänzte und bestätigte.[87] Fünf Jahre später, im Jahr 1955, erschienen beide Schriften in deutscher Übersetzung gemeinsam als Gesamtwerk. Sechehayes Methode der symbolischen Wunscherfüllung beruhte auf der Annahme, dass „Renée" – das Pseudonym für die Patientin Louisa Düss – versuchte, ihre in der Kindheit ungestillten Bedürfnisse auf fiktive Art und Weise im Wahn zu erfüllen. Aufgabe und Zweck der Therapie war es daher, „Renée" auf direkte und unmittelbare Weise zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse zu verhelfen, indem die Therapeutin an Stelle der Mutter trat und sich völlig auf die Welt der Kranken einließ. Dass die Genesung der Patientin von Dauer war, bestätigten

[85] Meier/Bernet/Dubach/Germann, Zwang zur Ordnung, S. 80.

[86] Als Pionierin wurde sie Ende der fünfziger Jahre von Christian Müller, einem Schweizer Psychiater und selbst an der Entwicklung psychotherapeutischer Methodik bei schizophrenen Patientinnen und Patienten maßgeblich beteiligt, beschrieben, siehe Christian Müller, Die Pioniere der psychoanalytischen Behandlung Schizophrener, in: Der Nervenarzt 29 (1958), S. 456–462. Dass Müller eine Kontinuität psychotherapeutischer Behandlungen bis zurück zur Entstehungszeit des Schizophreniekonzeptes ausmachte, lässt sich natürlich auch als Versuch der Untermauerung des zeitgenössischen psychotherapeutischen Anspruches auf die Behandlung der Psychosen deuten.

[87] Siehe Francisco Balbuena, The Pioneering Work of Marguerite Sechehaye into the Psychotherapy of Psychosis: a Critical Review, in: Swiss Archives of Neurology and Psychiatry 165 (2014), S. 167–174. „Renée" war das Pseudonym von Louisa Düss, die von Sechehaye nach der Therapie adoptiert wurde, ein in wissenschaftlichen Kreisen nicht unumstrittener Vorgang.

nicht nur ihr gemeinsames Auftreten mit Sechehaye 1951 und 1952 am Burghölzli bei einigen Vorträgen, sondern auch eine ganze Reihe von Psychiatern.[88] Ebenso war Düss vor Beginn der Psychotherapie von Psychiater zu Psychiater gewandert und von allen als hoffnungslos bezeichnet worden.[89] Der Heilungserfolg beschäftigte und beschämte daher einen ganzen Personenkreis. Mitte der fünfziger Jahre erschien eine Arbeit von Sechehaye in der westdeutschen *Psyche*.[90]

Eine weitere bedeutende Persönlichkeit der schweizerischen psychoanalytisch fundierten Psychotherapieforschung in den vierziger und fünfziger Jahren war der Psychiater Gaetano Benedetti, der als einer der am meisten rezipierten Protagonisten bei der Verbreitung der psychoanalytischen Deutung von Schizophrenie im psychiatrischen Diskurs Westdeutschlands im nächsten Kapitel eine wichtige Rolle spielen wird. Allgemein war in der Schweiz trotz einer eugenischen Orientierung in den dreißiger und vierziger Jahren die Psychotherapie in ihrer psychoanalytisch fundierten Form nicht im selben Maß in den Hintergrund getreten wie in Deutschland, sondern hatte sich auf spezifische Art und Weise mit ihr verbunden.[91] So erklärte der Schweizer Psychiater Christian Müller Ende der fünfziger Jahre in der deutschen Fachzeitschrift *Der Nervenarzt*, die Annahme, dass seit Freuds angeblichem Ausschluss der Psychosen von der psychoanalytischen Behandlung keine Beschäftigung mit der Psychotherapie der Schizophrenie stattgefunden habe, sei falsch. Vielmehr, so erinnerte er seine Leserschaft, habe schon unter Eugen Bleuler eine Beschäftigung mit der Problematik am Burghölzli stattgefunden. Bereits in diesen frühen Zeiten sei auch schon das Theorem der Uneinfühlbarkeit nach Karl Jaspers und Hans Walter Gruhle zunehmend in die Kritik geraten. Und auch in den zwanziger und dreißiger Jahren seien Versuche, so Müller, eine auf die Besonderheiten der Schizophrenie angepasste Technik der psychoanalytischen Behandlung zu entwickeln und neue Impulse etwa für die Sichtweise auf Deutung und Übertragung zu setzen, weder in der amerikanischen noch in der europäischen Psychiatrie zum Erliegen gekommen (wobei Müller die amerikanischen Versuche für deutlich kühner hielt). In den späten dreißiger und vor allem den vierziger Jahren sei diese Arbeitsrichtung in der deutschen Psychiatrie jedoch weitgehend zum Erliegen gekommen. Vorbehalte und Kritik an

[88] Balbuena, The Pioneering Work of Marguerite Sechehaye, S. 170.

[89] Marguerite A. Sechehaye, Die symbolische Wunscherfüllung. Darstellung einer neuen psychotherapeutischen Methode und Tagebuch der Kranken, Bern/Stuttgart 1955, S. 18.

[90] M. A. Sechehaye, Die Übertragung in der „réalisation symbolique", in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 10 (1956/57), S. 482–496.

[91] Entsprechende Hinweise bei Cathrine Fussinger/Urs Germann/Martin Lengwiler/Marietta Meier, Ausdifferenzierung der Psychiatrie in der Schweiz. Stand und Perspektiven der psychiatriehistorischen Forschung, in: Cathrine Fussinger/Urs Germann/Martin Lengwiler/Marietta Meier (Hrsg.), Psychiatriegeschichte in der Schweiz (1850–2000). Histoire de la psychiatrie en Suisse (1850–2000), Zürich 2003, S. 11–20. Zur Sterilisationspraxis siehe Roswitha Dubach, Zur „Sozialisierung" einer medizinischen Massnahme: Sterilisationspraxis der Psychiatrischen Poliklinik Zürich in den 1930er Jahren, in: Marietta Meier/Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 155–194.

den psychoanalytischen Methoden bestimmten die Diskussion, wie die folgenden Ausführungen zeigen.

Nachkriegspsychoanalyse und psychiatrische Vorbehalte

Zu Beginn der fünfziger Jahre war die deutsche Psychoanalyse mit Rekonsolidierung beschäftigt; zur internationalen Psychosenpsychotherapie konnte sie vorerst wenig beitragen. Wie Margarete Mitscherlich kritisch anmerkt, gab es in der nachkriegsdeutschen Psychoanalyse „wenig Originalität und Eigenständigkeit bei den noch verbliebenen psychoanalytischen Exponenten", die „vor allem mit der Sicherung ihrer Identität beschäftigt" gewesen waren.[92] Allerdings sollte der Eindruck vermieden werden, nach 1945 habe es sich bei den deutschen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern um weit verstreute und unorganisierte Einzelkämpfer gehandelt. Vielmehr war die Reorganisation nach 1945 bemerkenswert schnell vorangeschritten. Der Personenkreis um Carl Müller-Braunschweig, Harald Schultz-Hencke und Werner Kemper spielte nach Kriegsende eine wichtige Rolle bei der Gründung der Berliner Psychoanalytischen Gesellschaft (BPG) im Jahr 1945, die bereits 1946 in Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) umbenannt wurde. Ebenfalls wurden unmittelbar nach Kriegsende das Institut für psychogene Erkrankungen bei der Versicherungsanstalt in Berlin im Jahr 1946 und das Institut für Psychotherapie im Jahr 1947 gegründet. Während das Institut für psychogene Erkrankungen, eine mit öffentlichen Geldern finanzierte psychotherapeutische Poliklinik, unter der Leitung von Werner Kemper und Harald Schutz-Hencke eher der neopsychoanalytischen Richtung angehörte, sammelten sich am Institut für Psychotherapie alle Richtungen von Freud über Jung und Adler und Neopsychoanalyse. 1949 fanden alle diese verschiedenen Richtungen einen gemeinsamen Dachverband durch die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie.[93] Weitere wichtige Zentren der Psychoanalyse waren die Abteilung für psychosomatische Medizin in Heidelberg, die gegen großen Widerstand von Kurt Schneider von Alexander Mitscherlich mit Hilfe der Rockefeller-Foundation gegründet wurde,[94] sowie das Sigmund-Freud-

[92] Mitscherlich-Nielsen/Michaelis, Psychoanalyse in der Bundesrepublik, S. 242.

[93] Mitscherlich-Nielsen/Michaelis, Psychoanalyse in der Bundesrepublik, S. 241 f.

[94] Zur Gründung der Abteilung für psychosomatische Medizin und das sich über fünf Jahre erstreckende Ringen um diese Gründung siehe Roelcke, Psychotherapy between Medicine, Psychoanalysis, and Politics: Concepts, Practices, and Institutions in Germany, c. 1945–1992, hier insbesondere S. 477–486. Die Gründung kam erst zustande, nachdem sich Carlo Schmid dafür eingesetzt hatte. Interessanterweise hatte sich auch Karl Jaspers – im Unterschied zu Kurt Schneider – dafür ausgesprochen, Mitscherlich mit einer Abteilung für Psychotherapie zu betrauen, allerdings nicht aus fachlichen Gründen – er nutzte vielmehr auch sein Gutachten für eine Abrechnung mit der Psychoanalyse –, sondern rein aus persönlichen Gründen und in Anerkennung für Mitscherlichs Haltung als Gegner des Nationalsozialismus. Zu den – aufgrund zu unterschiedlicher Kulturen nicht vollständig erfolgreichen – Bemühungen der Rockefeller Foundation, über Einwirkung auf das Gesundheitssystem ihren Teil zur Demokratisierung Westdeutschlands beizusteuern, siehe Sabine Schleiermacher, Die Rockefeller

Institut in Frankfurt, eröffnet 1960 und von Alexander Mitscherlich geleitet. Die Monatszeitschrift *Psyche* erschien seit 1947, als Herausgeber fungierten abermals Alexander Mitscherlich, Felix Schottlaender und Hans Kunz;[95] zur Verbreitung der psychoanalytischen Gedanken trug außerdem die Reihe *Literatur der Psychoanalyse* (Suhrkamp Verlag) bei.

Im Unterschied zur amerikanischen Psychoanalyse bzw. amerikanischen Psychiatrie lag der Fokus der deutschen Psychoanalyse jedoch stark auf der Behandlung neurotischer Störungen. Ein Analytiker wie Harald Schultz-Hencke, der über Jahrzehnte hin unbeirrt die Behandelbarkeit der Schizophrenie mit psychoanalytischen Verfahren proklamierte, gehörte eher zu den Ausnahmen. Schultz-Hencke galt vor allem deshalb als radikalster Vertreter einer analytischen Auffassung von Schizophrenie, weil er sich weigerte, sie als endogene Psychosen und als körperlich bedingte Krankheit zu bezeichnen. Stattdessen entwickelte er eine Vorstellung von Schizophrenie als einer besonderen Neurosenvariante, in der körperliche Veranlagungen nur als die Bildung der Störung „begünstigende Faktoren" vorkamen.[96] In dem Vorwort seines 1952 erschienenen Werkes über Psychoanalyse und Psychosen beschrieb er seine eigene Forschungsbiografie als von vereinzelter Förderung ebenso wie von großer Skepsis und Ablehnung geprägte Entwicklung, die ihn aber nicht davon abgehalten habe, unbeirrt weiter an der Analyse der Schizophrenien zu arbeiten. Anhand der Falldarstellung seiner Patientin „Olga D.", die einen Großteil des Buches einnahm, wollte er zeigen, dass Schizophrenie vollständig „als rein seelische Vorkommnisse und Abläufe verstanden werden können und dürfen".[97] Dass er damit im Widerspruch zur herrschenden Lehre stand, war ihm völlig bewusst. Er gerierte sich als Vollender der psychoanalytischen Anfänge, der die Versuche von Carl Gustav Jung und Sigmund Freud, die bereits Fälle „nahezu vollständig korrekt", aber eben doch „unvollständig" geschildert hätten, nun mit seinem eigenen Ansatz vervollständige. Denn es sei „ja wirklich ein Rätsel, das es einmal gründlich aufzuhellen gilt, wie es möglich gewesen ist, dass bereits vor fast 50 Jahren nahezu korrekte Ansätze zu einer rein-psychologischen Aufhellung der Psychose vorlagen und dann doch

Foundation und ihr Engagement bei einer Neuorientierung von Medizin und Public Health in Deutschland in den 1950er Jahren, in: Medizinhistorisches Journal 45/1 (2010), S. 43–65.

[95] Zur Gründungsgeschichte der *Psyche* und den Auseinandersetzungen zwischen den Herausgebern siehe die Darstellung in Timo Hoyer, Im Getümmel der Welt. Alexander Mitscherlich – Ein Porträt, Göttingen 2008, S. 201–216. Vgl. auch die beiden anderen Mitscherlich-Biografien von Martin Dehli, Leben als Konflikt. Zur Biographie Alexander Mitscherlichs, Göttingen 2007, und Tobias Freimüller, Alexander Mitscherlich. Gesellschaftsdiagnosen und Psychoanalyse nach Hitler, Göttingen 2007.

[96] Harald Schultz-Hencke, Das Problem der Schizophrenie. Analytische Psychotherapie und Psychose, Stuttgart 1952, S. VIII. Schultz-Hencke (1892–1953) hatte seine psychoanalytische Ausbildung ab 1922 bei Sándor Radó absolviert. In der NS-Zeit publizierte er u. a. die ideologisch konforme Schrift „Die Tüchtigkeit als Ziel der Psychotherapie". Ab 1949 war er Professor für Psychotherapie an der Berliner Humboldt-Universität, vgl. Ermann, Psychoanalyse in den Jahren nach Freud, S. 116.

[97] Schultz-Hencke, Das Problem der Schizophrenie, S. 1.

eben ein halbes Jahrhundert vergehen musste, bis diese wissenschaftliche Linie mit eindeutiger Entschlossenheit ihre Fortsetzung fand".[98]

Tatschlich hatte Carl Gustav Jung bereits 1912 unter dem Titel „Wandlungen und Symbole der Libido. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Denkens" eine psychoanalytische Deutung von Schizophrenie, beruhend auf den Aufzeichnungen einer „Miss Miller"[99] veröffentlicht, in der er auf ein weites Arsenal kulturel-ler, mythischer und symbolischer Inhalte und Formen zurückgegriffen hatte.[100] Erst in der vierten und umgearbeiteten Auflage aber, die 1952 als „Symbole der Wandlung. Analyse des Vorspiels zu einer Schizophrenie" erschien, formulierte er im Schlusswort das Deutungsnarrativ von Schizophrenie als einer Überwältigung durch das Unbewusste, das in „fremdartigen Bildern" in das Bewusstsein einbreche und „Sehnsüchte, Impulse und symbolische Ereignisse" zeige, „mit denen das Bewusstsein weder positiv noch negativ fertig werden kann".[101] Als Aufgabe des Therapeuten sah Jung daher die Deutung der Inhalte dieser symbolischen Bilder, um bei der Assimilierung des Unbewussten zu helfen und so die drohende Dissoziation und Isolierung zu vermeiden, „die jeder empfindet, der mit einem unverstehbaren, irrationalen Stück seiner Persönlichkeit konfrontiert ist". Laut Jung war es die Erfahrung dieser Vereinsamung, die zu Panik führte, mit der dann die Psychose begann. „Je weiter", so Jung, „sich der Spalt zwischen Bewusstsein und Unbewusstem auftut, deso näher rückt die Spaltung der Persönlichkeit, welche bei neurotisch Disponierten zur Neurose, bei psychotisch Veranlagten aber zur Schizophrenie, zum Persönlichkeitszerfall, führt."[102]

Der Versuch Schultz-Henckes, aus der Schizophrenie eine Neurosenvariante zu machen, kam bei anderen Psychiatern nicht gut an. Hans Jörg Weitbrecht, der zu dieser Zeit Psychiater an der Privatklinik Christophsbad in Göppingen war und zwei Jahre später einen Lehrstuhl in Bonn erhielt, betonte 1954, durch Lebenskrisen ausgelöste Psychosen seien nur Einzelfälle.[103] Bezüglich der Frage,

[98] Schultz-Hencke, Das Problem der Schizophrenie, S. 3.

[99] „Miss Miller", eine Amerikanerin, mit richtigem Namen Frank Miller, war eine 1907 mit „Psychopathie" diagnostizierte Patientin gewesen. Sie und Jung waren einander nicht bekannt. Jung arbeitete allein mit ihren Aufzeichnungen, die 1906 im *Archives de Psychologie* veröffentlicht worden waren. Ob Frank Miller je davon erfuhr, ist unbekannt, siehe zur Entstehungsgeschichte Deirdre Bair, C. G. Jung. Eine Biographie. Aus dem Amerikanischen von Michael Müller, München 2005, S. 303–306.

[100] Carl Gustav Jung, Wandlungen und Symbole der Libido. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Denkens, in: Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen 3 (1912), S. 121–227; der zweite Teil erschien in der folgenden Ausgabe, Carl Gustav Jung, Wandlungen und Symbole der Libido. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Denkens, in: Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen 4 (1912), S. 163–464.

[101] Carl Gustav Jung, Symbole der Wandlung. Analyse des Vorspiels zu einer Schizophrenie, 4., umgearb. Aufl., Zürich 1952, S. 765.

[102] Beide Zitate Jung, Symbole der Wandlung, S. 766.

[103] Hans-Jörg Weitbrecht, Endogene Psychose und Lebenskrise, in: Der Nervenarzt 25 (1954), S. 465–466, hier S. 465. Die Psychose sei vielmehr selbst eine Krise, wie er schrieb, und zwar in den meisten Fällen „eine der schwersten Krisen, die es gibt. Schon das Trauma, einem wie immer verbrämten Irrenstatut unterworfen zu sein, kann kaum überschätzt werden.

ob eine durch innere oder äußere Konflikte entstandene Lebenskrise die Form einer Psychose annehmen könne und ob die Psychose eine abnorme Erlebnisreaktion sei, erklärte er: „Ich kann nicht finden, dass das Medusenantlitz der endogenen Psychose vertrauter geworden ist durch die neurosen-psychologischen Anbiederungsversuche und die harmlose Überzeugtheit, man könne das Dasein einer zerstörenden Prozessschizophrenie genau so verstehend auflösen und behandeln wie ein psychogenes Erbrechen [sic]."[104] Andere Psychiater hätten in der Beschäftigung mit der Psychotherapie der Psychosen die „*Grenzen* genau gesehen, die Schultz-Hencke, um nur *ein* Beispiel zu nennen, infolge seiner Interpretation der *Schizophrenie* als *Neurosenvariante* verkannte, um in bestürzendem Optimismus die psychotherapeutische Heilbarkeit jeder schizophrenen Psychose zu behaupten".[105] Und weiter ärgerte sich Weitbrecht: „*Modische alchimistische Spekulationen*, dass eine Neurose durch künstliche Liquidierung der Materialisation der gewaltigen Konflikte und Seelennöte ‚zur Psychose' werde, weil man die notwendige Materialisation verhindere, können so wenig ernsthaft diskutiert werden, wie das Apercu, dass die ‚Tatsache' der *Geisteskrankheit* eigentlich keine Tatsache, sondern ein *System von Bewertungen* sei, und von Vergleichen, Sympathien und Interessen soziologischer Art abhänge. Wer als Psychiater das Auflodern und Leerbrennen junger hoffnungsvoller Menschen in Schizophrenien trotz allen Mühen der Therapie jahraus, jahrein miterlebt, kann so etwas schwer anhören."[106] Letztlich, so sein Urteil, schade die Psychoanalyse sowohl der psychiatrischen Lehre von den Psychosen als auch durch ihre Fehlurteile sich selbst.

Dass die Psychoanalyse sich nicht an die von der Psychiatrie aufgestellten Grenzen halten und damit zu einer Auflösung wissenschaftlicher Erkenntnisse beitragen würde, war eines der gängigsten psychiatrischen Argumente, das gegen den Einfluss der Psychoanalyse ins Feld geführt wurde. Es erklärt sich aus der bereits thematisierten spezifischen historischen Anordnung von Psychiatrie und Psychoanalyse, ihren Schnittstellen und gemeinsamen Forschungsfeldern. Die Psychiatrie widersetzte sich der Psychoanalyse, weil sie diese als zu wenig naturwissenschaftlich befand und diese sich ihr nicht unterordnen wollte; die Psychoanalyse dagegen sah die Psychiatrie wiederum als zu naturwissenschaftlich und zu wenig am Subjekt orientiert und forderte sie zu Reformen auf.

Durch den zu Beginn der fünfziger Jahre beobachteten Übergriff der Psychoanalyse auf das Feld der Psychosen sah die Psychiatrie ihr Monopol auf deren Beschreibung, Deutung und Behandlung gefährdet. Die psychoanalytischen Be-

Noch viel tiefer greift die Alteration darüber, psychotisch zu sein oder gewesen zu sein. Soziale und familiäre Umbrüche eingreifendster Art sind häufig." Ebd., S. 466. Bei der Schizophrenie zeige „die Lebenskrise ein Doppelgesicht: Die Psychose verstümmelt den Menschen meist, mitunter schafft sie ihn seltsam um, selten bereichert sie ihn, und der Mensch seinerseits setzt sich mit diesen Veränderungen, wie immer Persönlichkeit und Prozess es zulassen, auseinander. Adel und Untergang scheinen oft tragisch verflochten." Ebd., S. 466.

104 Weitbrecht, Endogene Psychose und Lebenskrise, S. 465.

105 Weitbrecht, Endogene Psychose und Lebenskrise, S. 465.

106 Alle Zitate Weitbrecht, Endogene Psychose und Lebenskrise, S. 465.

handlungen schizophrener Patientinnen und Patienten überschritten eine sich aus der Lehre der Krankheitseinheiten scheinbar natürlich ergebende Grenze, wenn sie diese nicht gar grundsätzlich zu leugnen, zu ignorieren oder aufzuheben schienen. Auch die Beobachtung des Einflusses der Psychoanalyse in der amerikanischen Gesellschaft und Kultur löste Unbehagen und Befremden aus.[107] Die Psychoanalyse schien keine wissenschaftliche Lehre zu sein, sondern die Rolle einer Ersatzreligion und Glaubensgemeinschaft anzunehmen.

Nach wie vor zählte auch Karl Jaspers zu den heftigsten Kritikern der Psychoanalyse. Wie bereits in seinem Aufsatz von 1913, nun aber noch schärfer im Ton, attestierte er der gesamten psychoanalytischen Theorie, zurückgehend bis zu Sigmund Freud, den Charakter von Unwissenschaftlichkeit. In seiner Kritik der Psychoanalyse im *Nervenarzt* im Jahr 1950 zerlegte er vor allem den sprachlichen Stil von Sigmund Freud, der nach dem Urteil von Jaspers erkenntnisfördernde Deutungen und „pseudowissenschaftliches Verfahren" mische, seinen eigenen Einfällen und „frechen Gedanken" folge und „mit seinen Entschleierungen selber neue Verschleierungen" hervorgebracht habe.[108] Zwar attestierte Jaspers seinen psychoanalytisch interessierten Zeitgenossen, es gebe unter ihnen „innerlich unabhängige Psychotherapeuten, die den Menschen lieben und ihm helfen möchten. In je einmaliger persönlicher Gestalt tun sie vernünftig das Mögliche. Sie benutzen auch psychoanalytische Methoden, ohne ihnen zu verfallen. Sie organisieren und technisieren nicht […]. Sie sind naturwissenschaftlich klares Erkennen gewöhnt und haben es stets als die Grundlage aller Therapie gegenwärtig. Von ihnen soll hier nicht die Rede sein."[109] Jedoch hielt er die Wirkweise der psychoanalytischen Therapie für fragwürdig und nicht überprüfbar: „Man weiß, dass alle psychotherapeutischen Verfahren in der Hand wirksamer Persönlichkeiten Erfolge haben, durch die Jahrtausende hindurch. Man sieht, dass psychoanalytische Verfahren ebensoviel Erfolge und Misserfolge haben wie andere Methoden. Die Befriedigung mancher Patienten an der eingehenden Beschäftigung mit ihnen und ihrer gesamten Biographie ist nicht gut als Heilung zu bezeichnen." Gerade im direkten Vergleich mit der Medizin, die in den letzten Jahrzehnten „gewaltige, fast märchenhafte Heilerfolge" aufgewiesen habe, zeige sich, so Jaspers, eine eher mangelhafte Bilanz des psychotherapeutischen Unterfangens.[110]

Die Aufrechnung der Heilerfolge kommt nicht von ungefähr. Spätestens in dem Moment, in dem die Psychoanalyse sich nicht nur an neurotischen Störungen, bürgerlichen Triebkonflikten und Belastungsreaktionen abarbeitete, sondern sich auch an der Deutung und Behandlung der Schizophrenie versuchte, drang sie in das Hoheitsgebiet der Psychiatrie ein. Aber nicht nur das: die Psychoanalyse formulierte außerdem ein anderes Wissen von Schizophrenie, als es die Psychi-

[107] Siehe den Reisebericht von Baeyer, Gegenwärtige Psychiatrie in den Vereinigten Staaten.
[108] Karl Jaspers, Zur Kritik der Psychoanalyse, in: Der Nervenarzt 21 (1950), S. 465–468, hier S. 465.
[109] Jaspers, Zur Kritik der Psychoanalyse, S. 465.
[110] Jaspers, Zur Kritik der Psychoanalyse, S. 465.

atrie tat. Sie stellte ein Bezugssystem von inneren Entwicklungen, Trieben, Kräften und Konflikten zur Verfügung, während sie die Ordnungen der Psychiatrie, ihre verästelten Klassifikationssysteme, symptombasierten Gruppierungen und differenzierten Unterscheidungen nicht im selben Ausmaße interessieren mussten. Das von der Psychiatrie in – rechnet man ab Griesinger – hundertjähriger kollektiver Arbeit gesammelte Wissen von den Geisteskrankheiten, ihre ebenso lang unbeantworteten Fragen und die vielen Bereiche des Nicht-Wissens nahm die Psychoanalyse zwar zur Kenntnis, ging aber mit ihrem eigenen, jungen Wissensbestand und ihren eigenen Fragen an die psychotherapeutische Behandlung schizophrener Patientinnen und Patienten.

Allerdings kamen diese Patientinnen und Patienten in der Regel nicht wie die klassische Klientel in die Privatpraxen der Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker, sondern waren in psychiatrischen Kliniken und Anstalten eingewiesen oder aufgenommen worden. Dort waren es vereinzelte Psychiaterinnen und Psychiater, die eine zusätzliche psychoanalytische Ausbildung oder einfach nur psychoanalytisches Interesse hatten, die solche psychotherapeutischen Sitzungen in den Klinikalltag einbauten. Von einer Psychotherapie als institutionalisierter und professioneller Teil der deutschen Psychiatrie konnte trotz dieser Einzelpersonen keine Rede sein, und wo sie an den Universitätskliniken praktiziert wurde, fand dies oft ohne entsprechende strukturierte Ausbildung statt.[111]

Um von ihren Erfahrungen mit der Psychoanalyse bzw. anderen psychotherapeutischen Verfahren bei schizophrenen Patientinnen und Patienten und ihren dabei gewonnenen Einsichten berichten zu können, griffen Analytikerinnen und Analytiker ebenso wie Psychiaterinnen und Psychiater auf eine Form der Mitteilung von Wissen zurück, die zu den ältesten Formen der medizinischen Wissensvermittlung und -präsentation gehört und in ihrer spezifischen Erscheinung eine zentrale Textform der Medizin, Psychiatrie und Psychoanalyse ist: die Fallgeschichte.

2. Sinnstiftung im Unverständlichen

Fallgeschichten. Erklärung aus der Lebensgeschichte

Fallgeschichten gehörten zu den wichtigsten Mitteln der Psychiatrie, um Wissen von Krankheiten und spezifischen Fällen weiterzugeben, das sich nicht in Zahlen und Daten repräsentierte, sondern in der Beschreibung von Beobachtungen und Prozessen.[112] Im Kontext der neueren Literatur- und Wissenschaftsforschung ha-

111 Vgl. Roelcke, Psychotherapie in Westdeutschland nach 1945, S. 104.

112 Vgl. zur Bedeutung des Falls als Wissens- und Repräsentationsform den Überblick von Susanne Düwell/Nicolas Pethes, Fall, Wissen, Repräsentation – Epistemologie und Darstellungsästhetik von Fallnarrativen in den Wissenschaften von Menschen, in: Susanne Düwell/Nicolas Pethes (Hrsg.), Fall – Fallgeschichte – Fallstudie. Theorie und Geschichte einer Wissensform, Frankfurt am Main 2014, S. 9–33.

ben sie in der letzten Zeit daher besonders die Aufmerksamkeit der Forschung auf sich gezogen.[113] Wie die Forschung gezeigt hat, traten Fallgeschichten besonders dort auf, wo sich ein diskursiver Wandel abzeichnete, der durch die Fallgeschichte initiiert oder sichtbar gemacht wurde: Die Fallgeschichte entstand oft dort, „wo sonst nur schwer etwas zu sagen wäre, weil der eingeschlagene Diskurs nicht hält oder eine epistemische Ordnung in eine andere umschlägt".[114] Die Kulturwissenschaftlerin Jeannie Moser spricht davon, dass Narrative und Figuren „ihre epistemologische Kraft oftmals gerade in jenen Zonen (entfalten), in denen ein Diskurs auseinander zu brechen droht oder gar aussetzt; an den Stellen, an denen bewährte und disziplinär etablierte Darstellungssysteme verlassen werden müssen oder aber dort, wo eine epistemische Ordnung in eine andere übergeht bzw. bar einer *konvenablen* etabliert werden muss".[115] Beobachtungen, die nicht dem herrschenden Wissen entsprechen, können in der Fallgeschichte als besondere – im Sinne von nicht wissenskonforme, abweichende, außerordentliche – Beobachtungen mitgeteilt und zur Diskussion gestellt werden. Ebenso können Fallgeschichten aber auch als Stützen des allgemein geteilten, einverständlichen Wissens fungieren, indem sie bekannte und anerkannte Theorien stützen und belegen. In jedem Fall aber bezieht die Fallgeschichte ihre Autorität aus der Realität des Falles, auf den sie sich bezieht. Als Einzelfall kann der Fall wiederum nur Bedeutung erlangen durch seine Relation zu der Vielzahl anderer Fälle, „die dem klinischen Blick schließlich seine Autorität verliehen und seine verstreuten Wahrnehmungen in einen einheitlichen Wissenskorpus umwandelten".[116] Über das Besondere des Einzelfalls ließ sich das Allgemeine der vielen Fälle bestimmen; damit bekam die Fallgeschichte als „Mittel zum Nachweis allgemeiner Gesetze" ihren Sinn und Zweck.[117]

[113] Siehe neben dem jüngst erschienenen und bereits zitierten Sammelband von Düwell und Pethes als Auswahl aus der zahlreichen Forschung v. a. den Band von Rudolf Behrens/Carsten Zelle (Hrsg.), Der ärztliche Fallbericht. Epistemische Grundlagen und textuelle Strukturen dargestellter Beobachtung, Wiesbaden 2012, darin besonders Nicolas Pethes, Epistemische Schreibweisen. Zur Konvergenz und Differenz naturwissenschaftlicher und literarischer Erzählformen in Fallgeschichten, in: Rudolf Behrens/Carsten Zelle (Hrsg.), Der ärztliche Fallbericht. Epistemische Grundlagen und textuelle Strukturen dargestellter Beobachtung, Wiesbaden 2012, S. 1–22; der Sammelband Brändli/Lüthi/Spuhler, Zum Fall machen, zum Fall werden; zu anderen Aufschreibepraktiken siehe den Sammelband von Yvonne Wübben/Carsten Zelle (Hrsg.), Krankheit schreiben. Aufzeichnungsverfahren in Medizin und Literatur, Göttingen 2013; als Anwendungsbeispiel Marietta Meier, Die Konstruktion von Wissen durch Fallgeschichten. Psychochirurgische Studien in den 1940er und 1950er Jahren, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 103–114.

[114] Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 24. Siehe auch Michaela Ralser, Der Fall und seine Geschichte. Die klinisch-psychiatrische Fallgeschichte als Narration an der Schwelle, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 115–126.

[115] Moser, Poetologien/Rhetoriken des Wissens, S. 12.

[116] Kiceluk, Der Patient als Zeichen und als Erzählung, S. 65.

[117] Kiceluk, Der Patient als Zeichen und als Erzählung, S. 66.

Darüber hinaus ist die Fallgeschichte „Erkenntnis- *und* Darstellungsmittel“[118] zugleich; das heißt, dass sie ein Wissen gleichermaßen darstellen und inszenieren wie vermitteln und übermitteln kann. Fallgeschichten haben den Vorteil, dass sie theoretische und allgemeine Wissensinhalte am konkreten Fall vorführen und ausdrücken können. Als Diskursfragment, das „Teil eines Diskursstranges“[119] eines Spezialdiskurses ist, präsentiert die Fallgeschichte einerseits eine Erzählweise einer spezifischen Krankheit und bringt zugleich eine im Rahmen der Erzählung vermittelte Deutung dieser Krankheit hervor. Sie repräsentiert und vermittelt so zugleich Vorstellungen und Wissen von Krankheiten und weist damit Querverbindungen zur „allgemeinen Psychopathografie der Gesellschaft und Kultur“[120] und zur Kultur von (Selbst-)Erzählungen auf.

Von wesentlicher Bedeutung ist die Rolle der Psychiaterin oder des Psychiaters als Verfasserin oder Verfasser der Fallgeschichte. Es ist nicht die Stimme der Patientin oder des Patienten, die aus der Fallgeschichte spricht, sondern die Stimme der Therapeutin bzw. des Therapeuten, die sich im Akt des Erzählens zugleich erst bildet. In Anlehnung an Scott L. Montgomerys Analyse der „scientific voice“ spricht die Kulturwissenschaftlerin Yvonne Wübben daher davon, dass die psychiatrische Wissenserzählung der Fallgeschichte nicht nur den Wahnsinn selbst, sondern auch den über den Wahnsinn sprechenden Experten hervorbringt.[121] Diese Rolle der Autorschaft wirkt sich unmittelbar auf die Gestaltung und Wirkung der Fallgeschichte aus. Als im Nachhinein produzierte Texte haben Fallgeschichten teleologischen und retrospektiven Charakter: die Verfasserin oder der Verfasser weiß, welche Geschichte er oder sie auf welches Ende hin vermitteln will.

Bei der Verfassung werden in der Regel die Krankenakten und Krankengeschichten zugrunde gelegt. Deren Inhalte werden entsprechend aufbereitet und in eine spezifische Form gebracht. Wie Michaela Ralser herausgearbeitet hat, haben Fallgeschichten eine eigene poetologische und narratologische Ordnung, die vor allem auf den Verfahren der Narrativierung und Figurierung beruht. Das heißt, erst in der Fallgeschichte wird aus notierten Symptomen, Verhaltensweisen und Messungen eine Krankheitserzählung hergestellt, indem diese miteinander verknüpft und an die Figur des Kranken, dessen Krankheitsgeschichte erzählt wird, gekoppelt werden. Dadurch fallen in Fallgeschichten eigentlich drei Ebenen zusammen. Auf der textuellen Ebene wird mit „narrativen, stilistischen und rhetorischen Strategien“ die Fallerzählung produziert; eine weitere Ebene dient der Rahmenenerzählung der Geschichte des Kranken; eine dritte Ebene dient der Herstellung und Darstellung des Falles im Kontext einer auf Fälle spezialisierten psychiatrischen bzw. psychoanalytischen Erzählpraxis.[122]

118 Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 25.
119 Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 62.
120 Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 28.
121 Wübben, Die kranke Stimme, S. 153.
122 Angelehnt an die Differenzierung in Ralser, Das Subjekt der Normalität, S. 23 f.

Für psychoanalytische Fallgeschichten trifft die charakteristische Narrativität noch einmal auf besondere Weise zu. Freud selbst hatte seine Krankengeschichten nach eigenen Aussagen wie Novellen verfasst, ausgehend von „unerhörten Begebenheiten". Damit hielt ein spezielles narratives Verfahren Einzug in den Wissenschaftsdiskurs; ganz abgesehen davon, dass das Erzählen sogar wesentlicher Teil der Behandlung war.[123] Allerdings lässt sich, wie Stefanie Kiceluk gezeigt hat, ein narratologischer Diskurs in der Medizin, der einem semiologischen an die Seite gestellt wurde, bis zu Pinel zurückverfolgen.[124]

Ebenso wie die Funktionen der Fallgeschichte verschieden sind, gibt es auch in der Länge und der Einbettung in einen Rahmentext Unterschiede. Manche Fallgeschichten, die nur der Illustration einer bestimmten Beobachtung dienen, machen nicht einmal eine ganze Seite aus. Andere erstrecken sich über mehr als zehn Seiten. Es gibt psychiatrische Artikel, in denen nur ein einziger Fall in aller Ausführlichkeit erzählt wird; und andere, in denen viele kurze Fallgeschichten oder auch nur Elemente bzw. Auszüge aus ihnen aneinandergereiht werden. Dieses Kapitel zeigt drei Fallgeschichten von 1954 und 1955, die zu den frühesten präsentierten Fallgeschichten von psychotherapeutischer – das heißt psychoanalytischer – Behandlung von mit Schizophrenie diagnostizierten Patientinnen und Patienten gehörten, die nach 1950 in einer westdeutschen Fachzeitschrift veröffentlicht wurden. Die Zeitschrift *Psyche* bot den Psychiatern mit psychoanalytischem Anliegen einen Raum, diese Geschichten zu präsentieren, und zwar einige Jahre bevor auch *Der Nervenarzt* oder die *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* analytische Fallgeschichten veröffentlichten.[125] Auch wenn diese Falldarstellungen nicht in großer Masse produziert und gedruckt wurden, vergleicht man sie etwa mit dem Dauerthema der medikamentösen Therapie, so trugen sie doch, so die These der vorliegenden Arbeit, zu einer Erweiterung der Vorstellung von Schizophrenie und des Redens über Schizophrenie bei.

I „Psychotherapie einer Schizophrenen" (1954)

Im April 1954 erschien in der psychoanalytischen Fachzeitschrift *Psyche* eine Schilderung einer Psychotherapie bei einer 54-jährigen, mit Schizophrenie dia-

[123] Vgl. Marianne Schuller, Erzählen machen. Narrative Wendungen in der Psychoanalyse nach Freud, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 207–220, und Amia Lieblich/Dan P. McAdams/Ruthellen Josselson (Hrsg.), Healing Plots. The Narrative Basis of Psychotherapy, Washington, DC 2004.

[124] Kiceluk, Der Patient als Zeichen und als Erzählung.

[125] Im *Nervenarzt* erschienen 1958 zwei Beiträge, siehe Horst-Eberhard Richter, Die Objektrelation in der Schizophrenie, in: Der Nervenarzt 29 (1958), S. 244–249, sowie Dieter Wyss, Die psychotherapeutische Behandlung einer halluzinatorisch-paranoiden Schizophrenie. Vorläufiger Bericht, in: Der Nervenarzt 29 (1958), S. 249–255; ebenfalls 1958 C. F. Wendt, Zur Psychotherapie der Schizophrenie, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 26 (1958), S. 300–310.

gnostizierten Patientin.[126] Der Verfasser, Gaetano Benedetti, war im Vorjahr bei Manfred Bleuler am Burghölzli in Zürich habilitiert worden. In dem Beitrag „Psychotherapie einer Schizophrenen" wollte er einen Einblick in die von ihm durchgeführte psychotherapeutische Behandlung der Patientin geben, die insgesamt sechs Monate gedauert hatte. Für die Zeitschrift *Psyche* war der Bericht über die Psychotherapie bei einer Schizophrenen ein Novum: Die Beiträge der Jahrgänge davor hatten sich mit Themen wie Traumdeutung, Psychosomatik, Zwangsneurosen, Essstörungen, Trieblehre, Abgrenzungen zur Psychologie und der ganzen Bandbreite therapeutischer Maßnahmen – von der Analyse bis zu Yoga – beschäftigt. Die Fallgeschichte Benedettis in der *Psyche* war die erste ausführliche psychotherapeutische Fall- und Behandlungsgeschichte von Schizophrenie in einer westdeutschen Fachzeitschrift nach 1950; davor hatte eine Beschäftigung mit Psychosen in der *Psyche* nur als historischer Überblick über die bisherigen Ergebnisse[127] und im Kontext von theoretischen tiefenpsychologischen Erklärungsansätzen stattgefunden.[128]

Über die Umstände der Psychotherapie berichtete Benedetti, dass sie sechs Monate gedauert habe, wobei er die Kranke die ersten zwei Wochen täglich zwei bis drei Stunden, danach ein bis zwei Stunden am Tag gesehen habe. Seine analytische Ausbildung hatte Benedetti bei dem amerikanischen Psychoanalytiker und Psychiater John N. Rosen in New York absolviert und war nun am Burghölzli mit einer Versuchsreihe psychotherapeutischer Behandlungen bei Schizophrenie beschäftigt, deren Erscheinen er für die baldige Zukunft im *Nervenarzt* ankündigte.

Der eigentlichen Krankengeschichte stellte Benedetti eine „Vorbemerkung" voraus, in der er erklärte, wie er im Wesentlichen an die Informationen über die Kranke und ihre Familie gelangt sei. So seien die „Persönlichkeitsprofile" der Familienangehörigen zum Teil „auf Grund eigener, persönlicher Unterredungen mit den betreffenden Verwandten", vor allem aber „an Hand unserer Analyseergebnisse" erstellt worden. Dass den in den Analysen zutage gebrachten Wahrnehmungen und den Aussagen der Kranken über ihre Familienmitglieder eine solche Aussagekraft zugemessen wurde, erklärte Benedetti mit der hohen Bedeutung, die er den inneren Abläufen zumaß: „Für das Verstehen der Krankheitsdynamik erschien uns das ‚innere' Elternbild der Kranken noch wichtiger als die

[126] Gaetano Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis 8 (1954/55), S. 1–16.

[127] Sigmund Gabe/Martin Grotjahn, Neuere Fortschritte in der analytischen Psychotherapie der Psychosen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis 5 (1951/52), S. 653–661.

[128] Werner Kemper, Frühkindliche Erlebniswelt, Neurose und Psychose, in: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis 6 (1952/53), S. 641–667. Hans Müller-Eckhard aus Wuppertal berichtete außerdem von einem Fall, in dem eine Psychotherapie einen Konflikt so deutlich hervorgehoben habe, dass dadurch eine Psychose ausgelöst worden sei, siehe Hans Müller-Eckhard, Das Erscheinen der Psychose am Ende der psychotherapeutischen Konfliktauflösung, in: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis 4 (1950), S. 436–447.

Zusammenstellung ‚objektiver' Familienauskünfte."[129] Explizit betonte Benedetti, dass die Frage nach der Kausalität im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht behandelt werde, und dass, auch wenn die Darstellung „manchmal den Eindruck erwecken sollte, als ob wir die Psychogenese der Krankheit für bewiesen halten würden", sich darin „lediglich die Art und der Stil aus[drücke], wie wir mit der Kranken sprachen und ihre Psychose miterlebten".[130]

Die Fallgeschichte begann nach der Vorbemerkung mit der Vorstellung der Familienangehörigen der Kranken. Dabei wurden die Angehörigen gleich zu Beginn der Geschichte mit wenigen Sätzen skizziert. Die Patientin selbst wird in der Fallgeschichte als ein einsames Kind geschildert, das sich niemandem richtig zugehörig fühlte, sich aber, „soweit uns bekannt, äußerlich unauffällig" entwickelte: „Zwanzig Jahre lang arbeitete sie äußerst tüchtig und pflichtgetreu an derselben Stelle, und ihr Tagesablauf war in allem so genau wie ein Uhrwerk".[131] Zugleich sei sie ausgesprochen intelligent und kulturell interessiert, bleibe jedoch Einzelgängerin. Intelligent, ordentlich, unauffällig – so weit, so suggerierte die Fallgeschichte, schien alles ganz normal.

Dann jedoch macht sich eine Veränderung im Text bemerkbar. Hingeführt wird der Leser durch einige Ausführungen zum erotischen Leben der Patientin: Dieses sei die „Durchbruchstelle im Raum ihrer so verpanzerten Vitalität" gewesen, und sie sei einer „flüchtigen, vorwiegend auf körperlichen Kontakt gerichteteten Erotik" nachgegangen.[132] Diese erotischen Kontakte habe sie jedoch beendet, als sie sich ihres fortgeschrittenen Alters bewusst geworden sei. Daraufhin, so die Geschichte weiter, habe sie sich in sich zurückgezogen und nur noch auf die Arbeit konzentriert. Zugleich begann eine charakterliche Veränderung, sie wurde „unsicher und ängstlich".[133] Dieser Zustand steigerte sich immer mehr, bis schließlich „mit einer akuten Erregung" die Psychose begann. Umgehend erfolgte die Einweisung in eine Anstalt und die Behandlung mit Elektroschocks. Nach einem Monat wurde sie entlassen, jedoch sei sie nach wie vor sehr unsicher und ängstlich gewesen, und schon „[w]enige Tage nach der Entlassung fing sie wieder zu halluzinieren an" und wurde in die Klinik in Zürich eingewiesen.[134]

Nach der Einführung in die Familie und Kindheit der Patientin sowie der Vorbereitung des Krankheitsausbruches folgte ein Abschnitt der Beschreibung des Krankheitsbildes. Die Kranke habe „monatelang das Bild einer chronischen, zerfahrenen, erregten Schizophrenen"[135] geboten. Auszüge aus der Krankenakte illustrieren einige der sich in der Klinik abspielenden Szenen. Für den Verfasser lagen die Ursachen des Ausbruchs der Psychose vor allem in der plötzlichen Erkenntnis der Patientin, dass ihr die bisherigen Ausbrüche aus ihrem geordneten,

[129] Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 1.
[130] Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 1.
[131] Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 3.
[132] Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 3.
[133] Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 3.
[134] Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 4.
[135] Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 4.

einsamen Leben aufgrund ihres Alters nicht mehr länger möglich waren: „Wir stehen hier vor einer Frau, die mit 50 Jahren, auf der Schwelle ihres Alters, in letzter Lebenseinsamkeit, plötzlich aus einem vermauerten Dasein in der Sehnsucht erwacht, erst einmal leben zu dürfen."[136] Der Ausbruch des Wahnsinns sei der „plötzliche, verzweifelte Versuch, sich der Fülle des Daseins über alle soziale Konvention und Tradition hinweg zu bemächtigen".[137] Durch die Flucht in die Psychose konnte die Patientin die Realität vergessen: „Inmitten dieser Hölle der Qual dehnen sich Oasen ekstatisch-schizophrenen Erlebens aus, für die sie die ganze Psychose sozusagen in Kauf nimmt."[138]

Doch auch wenn die Psychose die „Lebenskatastrophe" spiegelte, eine Lösung des Problems bot sie der Patientin nach Ansicht des Therapeuten nicht.[139] Auch in ihren psychotischen Rollen sei die Patientin „nie die Frau, die selbstbewusst weibliche Frau, welche zu sein ihre Aufgabe ist", wirklich geworden: „Ihre Rollen sind Masken, und hinter diesen Masken steckt eine Irrsinnige, die sich selber nicht kennt. Andererseits helfen diese Masken der Kranken etwas, sonst würde sie sie nicht brauchen. Zwischen unerfüllter, ja schier unerfüllbarer Aufgabe und Demenz liegt ein Gebiet des psychotischen Selbstbetruges, wo die Kranke, in dynamischen Gegensätzen denkend, sich auf zwei Fronten verteidigt."[140] Mit diesen „Spiegelfechtereien"[141] versuche sie, sich ihrer Aufgabe der Selbstwerdung zu entziehen.

Nach der Beschreibung der Krankheit und einer ersten Interpretation begann die Fallgeschichte – scheinbar strikt chronologisch – mit der Schilderung der psychotherapeutischen Behandlung. Dabei beschrieb Benedetti, wie er auf die Patientin einging, indem er Rollen in ihrer imaginierten Welt übernahm und sie dadurch zu Veränderungen anregte: „[E]r brachte aber ein persönliches Handeln hinein, das die Kranke vor neue, andere Situationen stellte als diejenigen, aus denen die Psychose hervorgegangen war. In der persönlichen Zuwendung sowie im direkten Deuten gestaltete sich das psychotherapeutische Handeln."[142] Bereits in den ersten Wochen zeigten sich „Augenblicke oder Stunden hellerer Einsicht, die der direkten Deutung einer Wahnidee oder Halluzination folgten und in denen man spürte, dass die Kranke nun nahe, Wand an Wand mit der Realität war".[143] Die Akzeptanz der Wahninhalte als „symbolische Realisierung lang verdrängter, unerfüllter Wünsche" ermöglichten „eine innere Entwicklung", und die Patientin konnte sich in ihrer Wahnwelt „eine Reifung holen", wobei ihr wiederholt verdeutlicht wurde, dass der Wahn als Schutz vor ihrer Angst unzulänglich sei.[144]

136 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 4 f.
137 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 5.
138 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 6.
139 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 9.
140 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 9.
141 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 9.
142 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 10.
143 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 11.
144 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 12.

Der Wahn wurde zu einer Art nachgeholter oder wiederholter Kindheit, und „[e]ine Person wurde die Kranke dadurch, dass sie wieder und ganz Kind sein durfte".[145]

Die Bemühungen des Therapeuten zeigten Erfolg: „Nach etwa fünf Monaten Behandlung lösten sich die grundlegenden Wahnideen der Kranken gänzlich auf."[146] Die Kranke sah „fester und direkter der Realität ins Gesicht",[147] der Therapeut bemerkte einen neuen festen Händegriff, „an dem man spürte, dass die Kranke die Welt immer fester zu packen wusste, und selbst ihre Aggressionen waren nicht anders zu verstehen denn als Ausdruck einer ersten, stürmischen Auseinandersetzung mit der näher rückenden und wirklicher werdenden Umgebung".[148] Das Ende der Geschichte war, so legte es die Erzählung nahe, ein gutes, in dem sich die Psychose auflöste und die Patientin zu einem stärkeren, sich selbst bewussteren Selbst fand: „Die Psychose endete also mit einem Bekenntnis zur eigenen Weiblichkeit. Es zeigt uns, dass das Problem, das diesem psychotischen Geschehen zugrunde lag: ‚wie kann ich eine Frau sein?' gelöst worden war." Die Kranke wisse zwar, dass sie „nie eine Mutter, eine glückliche Frau sein würde"; in der Psychose jedoch habe sie das Gefühl der Mutterschaft und die symbolische Erfüllung ihrer Wünsche erlebt, und ihr „kindliches Hungern", welches des „Pudels Kern" gewesen sei, sei dadurch „gesättigt" worden.[149]

Dass die psychotherapeutisch erzielte Besserung auch über die Therapie hinaus anhielt, zeigte die Katamnese, mit der die Fallgeschichte endete: Auch noch sechs Monate nach der Entlassung aus der Klinik war die Patientin bei „bester Gesundheit" und sogar in der Lage, ihre Psychose „ruhig, offen und ohne Hemmungen" zu beurteilen.[150]

II „Psychotherapie eines Schizophrenen" (1955)

Im darauffolgenden Jahr erschien eine weitere Fallgeschichte Benedettis, ebenfalls in der *Psyche*. In dieser schloss Benedetti an seine früheren Publikationen an und beschrieb es als sein „Anliegen, durch eine Reihe solcher Einzeldarstellungen, die den Schizophreniebegriff auf die Realität der psychotherapeutsichen Begegnung hin prüfen möchten, allmählich eine tiefere Einsicht in das Wesen des Leidens und dessen mitmenschliche Entstehungsbedingungen sowie in neue Behandlungsmöglichkeiten zu gewinnen".[151] Auf diese Art und Weise erhoffte er sich, den „Verstehenshorizont" der Schizophrenie zu erweitern.

Der Aufbau dieser Fallgeschichte ist ein anderer als bei der „Psychotherapie einer Schizophrenen". Statt mit einer Vorbemerkung oder der Vorstellung der Fa-

145 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 13.
146 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 14.
147 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 14.
148 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 14.
149 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 16.
150 Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, alles S. 16.
151 Gaetano Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 9 (1955/56), S. 23–41, hier S. 23.

milie beginnt die Geschichte unmittelbar mit dem Moment der Einweisung des Patienten: „Otto Lehner – so wollen wir unseren Patienten nennen – wurde am 6. Dezember 1953 in die psychiatrische Klinik eingewiesen, weil er voller wahnhafter Vorstellungen seine Frau bedrohte und verwirrt sprach."[152] Der Patient war nicht mehr zu seiner Arbeit als Portier erschienen, hatte Wahnideen geäußert, dass man ihn festnehmen wolle, und sich vor einem Mörder im Hotel gefürchtet. „Er stand dann in seinen schlaflosen Nächten unter dem Einfluss von Stimmen immer wieder auf" und „gestikulierte vor dem Radio in der Meinung, vor einem großen Publikum zu reden, ein Orchester zu dirigieren und von fern her Botschaften zu erhalten. In schwülstigen Worten erklärte er, Jesus Christus zu sein […]." Er sei gewalttätig gegenüber seiner Frau geworden; wie diese berichtete, habe er früher viel getrunken, sei jedoch „bis auf die letzten zwei Wochen vor dem Ausbruch der Psychose" abstinent gewesen.[153] Die Wahnideen hielten auch nach der Einweisung in die Klinik an, wo das Personal sie beobachten konnte: „In unserer Klinik war der Kranke zerfahren und voller Wahnideen; er halluzinierte lebhaft." Unter anderem glaubte der Patient, „Bomben auf Russland geworfen und die russische Regierung getötet zu haben", dann wieder, „dass er die Atombombe zertrümmern, Flugzeuge an den Boden ziehen könne; er glaubte, mit der Kraft seines Blickes die Straßenbahn festgehalten zu haben usw.".[154]

Die Lebensgeschichte des Patienten wurde als von Leiderfahrungen und wenig Ordnung bestimmt geschildert. Der Vater habe einen „haltlosen Lebenswandel" mit vielen Frauen gepflegt und sich zusammen mit einer Geliebten umgebracht, als der Patient 12 Jahre alt gewesen war. Als Kind sei der Patient „zerstreut, unschlüssig" gewesen.[155] Nach dem Tod des Vaters musste der Junge bei einem Bauern arbeiten und dort „schwere Arbeiten verrichten, die weit über seine Kräfte hinausgingen", er wurde schwer misshandelt und hungerte. Mit seinem Wechsel in die Hotelarbeit wurde auch seine Lebensführung „haltlos", das hieß mit viel Alkohol und vielen Frauen. Jedoch heiratete er schließlich und bekam mit seiner Frau eine Tochter, und „sein Leben schien sich in geordnete Bahnen gelenkt zu haben, als die Psychose ausbrach".[156]

Auch in dieser Fallgeschichte wurde im Anschluss an die Schilderung der sozialen und klinischen Lage der Ablauf der psychotherapeutischen Sitzungen zusammengefasst, die täglich ein bis zwei Stunden gedauert hatten. Schnell hatte der Therapeut zwei Leitmotive in den Wahnideen ausgemacht, in denen er „einen tieferen verständlichen Hintergrund"[157] vermutete: Zum einen kreisten die Wahnideen des Patienten um die Vorstellung, seine Frau sei eine Prostituierte, zum anderen hatte er die Vorstellung einer Penistransplantation, „damit er eine 500mal potenzierte männliche Kraft bekomme, damit er dann den Westen vor

[152] Alle Zitate im Folgenden Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 23.
[153] Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 23.
[154] Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 24.
[155] Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 24.
[156] Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 25.
[157] Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 26.

dem Osten retten könne. Er sei eben der für diese Aufgabe erkorene Mann. Die Welt brauche ihn."[158]

Der Therapeut sah in diesen Wahninhalten die „Wunschträume eines Pubertierenden", der ein „Held, der Feldherr, der vom Westen erkorene Mann sein" möchte, eigentlich aber wohl ein unsicherer und ängstlicher Charakter sei.[159] In der Psychose versuchte der Patient, so die analytische Deutung, „in einseitiger Steigerung und Vergötterung seines ausgegrenzten Einzeldaseins den Halt zu finden, der doch nur in seinem personalen und gegenseitigen Verhältnis zum Mitmenschen möglich gewesen wäre. Das ist eben seine Auflehnung, der letzte Heilungsversuch, der aber schon Psychose ist." In einem „titanischen Rettungsversuch" versuche der Patient, sich selber an die symbolische Stelle des Vaters zu setzen.[160]

Es war schließlich eine einfache Berührung des Therapeuten mit der Hand, die nach verschiedenen gescheiterten Versuchen eine erste Kommunikation zwischen ihm und dem Patienten herstellte, und die nach Einschätzung des Therapeuten „de[n] erste[n] Kontakt in der ungeheuren Einsamkeit der Psychose"[161] für den Erkrankten bedeutete. Dennoch blieb die Kommunikation schwierig. Am empfänglichsten, so berichtete Benedetti, sei der Patient für Gespräche direkt nach dem Aufwachen aus dem Koma gewesen, in das er durch Insulinschockbehandlungen versetzt wurde. Dieses Erwachen aber war sehr quälend und von großer Angst auf Seiten des Patienten begleitet: „[…] in seinen Augen spiegelte sich jene gespenstische Angst wider, die nur der Irre kennt."[162] Wenn der Patient tobte, hielt Benedetti ihn mit Hilfe von Pflegern fest und suchte nach Möglichkeiten, ihm Wünsche symbolisch, aber über die leibliche Ebene real zu erfüllen; denn auch hier ging Benedetti davon aus, dass die Geisteskrankheit „wie ein Gefangenbleiben in der Kindheit, in der Macht einer alles Wachstum hemmenden Familie"[163] zu verstehen sei.

Nach und nach gelang die Kontaktaufnahme und Kommunikation zwischen Therapeut und Patient besser, wobei Insulinschockbehandlung und Psychotherapie weiterhin parallel durchgeführt wurden, da Benedetti annahm, dass die Insulinkur das „leibhafte […] Geschehen"[164] erschloss, das sonst verborgen blieb. Am 38. Behandlungstag wurde die Insulintherapie eingestellt und allein die Psychotherapie weiter fortgeführt. Der Kranke wurde selbständiger und sicherer, seine Aggressivität nahm ab. Nach knapp 60 Tagen wurde der Patient entlassen, und, da er auch einen Monat nach der Entlassung noch ein wenig „zerfahren" wirkte, in diesem Monat auch weiterhin ambulant behandelt, bevor er wieder völlig in die Normalität zurückkehrte. Er begann wieder zu arbeiten, führte eine normale Ehe und bekam mit seiner Frau ein weiteres Kind. Das abschließende Urteil, mit

158 Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 26.
159 Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 27.
160 Beide Zitate Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 32.
161 Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 31.
162 Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 33.
163 Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 35.
164 Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 35.

dem die Fallgeschichte schloss, lautete, der Patient zeige eine „gute Einsicht in die durchgemachte Krankheit; im Denken ist er klar und geordnet, das affektive Leben ist moduliert und adäquat".[165]

III „Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen" (1955/56)

Im selben Jahrgang der *Psyche* findet sich eine weitere Fallgeschichte, verfasst von dem Schweizer Psychiater Christian Müller.[166] Müller war von 1947 bis 1949 Assistenzarzt am Burghölzli unter Manfred Bleuler gewesen, zu dem er 1957 zurückkehren und dort auch habilitiert werden sollte. Die hier geschilderte Behandlung spielte sich während seiner Zeit als Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Lausanne ab, in der er sich – wie Benedetti in Zürich – intensiv mit psychoanalytischen Theorien und Therapien der Schizophrenie beschäftigte.

Müller begann die Fallgeschichte mit dem Hinweis, „dass es in keiner Weise um eine Darlegung allgemeiner Prinzipien der psychotherapeutischen Behandlung geht, noch soll versucht werden, aus diesem einen Fall theoretische Schlüsse zur Psychogenese der Schizophrenie zu ziehen".[167] Dieser Einstieg umging die Falle, mit nicht mehr als einer einzelnen Fallgeschichte ausgestattet eine wissenschaftliche Revolution auszurufen, suggerierte damit aber auch – eben indem er den Fall nicht mit mehr kontextueller Bedeutung auflud, als dessen Geschichte selbst transportierte und nahelegte – ein Vertrauen in die Aussagekraft des Falls, dessen außergewöhnliche Bedeutung sich von selbst zu erkennen geben würde.

Der Patient „Pierre Duperrex", um den es in der Fallgeschichte ging, war ein 55-jähriger Mann, der seit zwanzig Jahren in der Klinik und Müller seit zwei Jahren bekannt war; für die Therapie sahen sich Arzt und Patient ein Jahr lang täglich ein bis drei Stunden. Die ersten Lebensjahre des ängstlichen und empfindsamen Kindes, das sich zum Schutz einen „Panzer"[168] zulegte, war, so berichtete die Fallgeschichte, von vielen Auseinandersetzungen der Eltern geprägt. Als er sechzehn Jahre alt war, zog er aus und ging nach England, wo er Kellner in guten Hotels wurde und fleißig und zuverlässig arbeitete. Als er 1924 zu seiner Familie zurückkehrte, fand er seine Mutter „seltsam verändert vor": Sie war „unrastig, lacht und schwatzt viel, tyrannisiert die Familie".[169] Pierres Schwester war bereits in einem Heim untergebracht. Als der Vater stirbt, wird die Mutter schließlich mit der Diagnose Schizophrenie in eine psychiatrische Klinik gebracht – in dieselbe Klinik, in der später auch Pierre zwanzig Jahre verbringen wird.

165 Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 41.
166 Christian Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 9 (1955/56), S. 350–369.
167 Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 350.
168 Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 351.
169 Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 352.

Die Einsamkeit und die Abwesenheit der Mutter machten dem Patienten, so erzählt die Fallgeschichte weiter, stark zu schaffen, er wurde „immer unsteter" und fiel „durch seine lustlose Verzagtheit auf": „Er fühlt sich entwertet, vom Leben enttäuscht, entmutigt durch die vergebliche Stellensuche."[170] Unvermittelt kommt sein Gleichgewicht, nachdem er in eine Polizeikontrolle geraten ist, „ins Wanken; er hat plötzlich eine Vision: wie er auf dem Gut seiner Tante am Brunnen steht, sieht er die heilige Mutter Gottes als jungfräuliche Braut". Außerdem beschäftigen ihn „[d]unkle Ahnungen […], er sucht nach magischen Formeln, die ihm Kraft geben könnten, er wird einsilbiger und in sich gekehrter, unheimlich für seine Umgebung, bis eines Tages die Psychose ausbricht".[171]

Der Besitzer des Hotels, in dem er sich aufhält, ruft die Polizei bereits mit der Angabe des Grundes, „ein Geisteskranker halte sich in seiner Wohnung auf".[172] In der Klinik wird die Diagnose paranoide Schizophrenie gestellt. Mit dem Ausbruch der Krankheit und dem Klinikeintritt endet die ausführliche Schilderung von Kindheit und Jugend: „Damit ist – so können wir heute sagen – eine erste Lebensphase zu Ende, Pierre ist einem immer unerträglicheren Zustand in die Psychose entflohen, das Unzusammenhängende, Ungereimte hat nun seine bestimmte Form in den psychotischen Symptomen gefunden."[173]

In den Wochen nach der Einlieferung, so führt die Fallgeschichte den Bericht über den Klinikaufenthalt fort, wurde der Patient mit Insulin- und Elektroschocktherapie behandelt, wurde davon aber extrem aggressiv und deshalb in eine Einzelzelle gebracht. Dort beschmierte er sich mit Kot, schrie und wütete und galt schließlich als „der schlimmste Patient der Männerabteilung".[174]

In seinem Wahn war der Patient sich selbst völlig entfremdet: „Er *ist* die Elektrizität, der Blitz, welcher zerstört, er ist der berühmte Mörder von Maracon, alle haben Angst vor ihm und er lacht. Lacht mit seinem teuflischen Lachen. Er ist der Teufel und muss dafür büßen. Er kann auch nicht mehr wissen, ob er Mann oder Frau ist. Beim Duschen klemmt er den Penis zwischen die Beine, um zu demonstrieren, dass er ein Weib sei."[175] Ärzte und Personal gaben ihn schließlich auf und überließen ihn seinem Schicksal in der Zelle. Der Verfasser notiert, „es wäre ein leichtes, die lange Reihe grauenvoller Einzelheiten seiner Zellenexistenz zu verlängern. Man hatte den Kampf gegen die destruktiven Kräfte aufgegeben, die Abteilungsärzte betraten seine Zelle kaum mehr, hatten Angst, nachdem er auch sie täglich angegriffen hatte. Auch mein erster Eindruck, als ich ihn 1953 erstmals sah, war derjenige des nackten Unbehagens und Abgestoßenseins."[176]

Die Geschichte der psychotherapeutischen Behandlung, die an die dramatisch zu lesende Schilderung anschließt, ist eine Erzählung vom Kampf des Psychiaters

[170] Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 353.
[171] Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 353.
[172] Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 353.
[173] Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 354.
[174] Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 355.
[175] Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 356.
[176] Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 356.

mit dem Patienten, der fortfährt, wie der „Teufel" zu wüten. Die ungebrochene Aggressivität deutet Müller jedoch nicht nur negativ, sondern als „Zeichen eines immer noch lebendigen Kampfes, einer ungebrochenen Vitalität, die sich freilich ganz im negativen Sinn auswirkte".[177] Erst nachdem der Therapeut sich einen körperlichen Kampf mit dem Patienten geliefert hat, beruhigt sich der Patient ein wenig und so weit, dass ein Spaziergang möglich wird. Während dieser zusammen verbrachten Zeit macht der Patient auf seinen Therapeuten den Eindruck „eines geordneten, wenn auch schwachen Menschen, ja eines Kindes, der nun eine rührende Anhänglichkeit zeigt".[178]

Aggressive und ruhige Phasen wechselten sich, so der Bericht, weiter ab. Das Vorgehen erforderte große Vorsicht und glich einer Gratwanderung: „Jeder kleine Fortschritt, jede Lockerung der inneren Spannung öffnet dem Kranken die Augen für das Grässliche seiner Situation und weckt in ihm umso größere Zweifel an dem guten Ausgang."[179] Das Ergebnis war eine für den Patienten paradoxe Situation: Er habe langsam gespürt, „dass es eine Rückkehr in die Realität gab",[180] daraufhin aber sein Verhalten nur verstärkt und versucht, den Therapeuten loszuwerden.

Dazu notierte Müller in seiner Fallgeschichte: „Ich will gern gestehen, dass diese Tage für mich eine schwere Belastung sind, in denen sich der Zweifel einnistet, ob ich überhaupt richtig handle. Immer wieder aber wird meine Überzeugung, auf dem richtigen Weg zu sein, durch kleine Lichtblicke gestärkt."[181] Er räumte ein, Fehler gemacht zu haben, die er aus heutiger Sicht klar erkennen und benennen könne: „Was ich von ihm verlangte, war unerfüllbar. Er sollte den Teufel in sich bestehen, ausleben und ertragen, und andererseits doch ein privilegierter Patient, auf einer ruhigen Abteilung, unter geordneten Kranken sein. Diese klaffenden Gegensätze sind unüberbrückbar."[182]

Müller gab jedoch nicht auf, und schließlich jedoch fehlte, so meinte er, nur noch eine Kleinigkeit, um das „Gebäude seiner Selbstverzerrung, das in seinem Fundament erschüttert ist, zum Einsturz zu bringen". Nur noch „ein Zentimeter" trennte Pierre von der Realität.[183] Um diesen Zustand zu stützen, wurde ihm zum einen Largactil (Chlorpromazin) verabreicht, zum anderen langsam mit Wiedereingliederungsversuchen begonnen.

In der Zusammenfassung der Fallgeschichte deutete Müller die tiefe Verzweiflung, die der schizophrene Patient empfunden habe, als elementare Erfahrung unvereinbarer Gegensätze: „Ein empfindsamer, scheuer Mensch, an eine lieblose und später schizophrene Mutter fixiert, sucht seinen Hunger nach echtem Leben in der Spielbegierde auszutragen. […] Er will aber auch die Macht und den

177 Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 356.
178 Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 357.
179 Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 360.
180 Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 364.
181 Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 365.
182 Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 366.
183 Beide Zitate Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 366.

Rausch der Leidenschaft in seinen endgültigen Besitz bringen. Er scheitert, verstrickt sich in Schuldgefühle, und als schließlich auch die dürftige Beziehung zur Mutter abbricht, bleibt nur noch der Ausweg in den Suicid oder die Psychose."[184] In der Psychose unternimmt er den Versuch, die Gegensätze in sich auszugleichen, schafft damit aber nur eine „Notlösung", die ihn von seiner Umwelt entfremdet. Die Ablehnung der Umwelt, die er spürt, treibt ihn aber nur noch tiefer in die Isolierung und „bestätigt ihm seine Gefährlichkeit". Erst im Kontakt mit dem Therapeuten gelingt es ihm, die „auseinanderklaffenden Ich-Teile" zu versöhnen, die „strengen Forderungen des Über-Ichs" zu reduzieren und „die Grenzenlosigkeit seiner Triebhaftigkeit" einzudämmen. Damit aber wurde er aus der Psychose herausgeholt: „Etwas Erstarrtes wird langsam wieder in Fluss gebracht. Die Hoffnungslosigkeit der realen Lebenssituation wird gemildert, das Leben wird lebenswert."

Im Unterschied zu Benedettis Fallgeschichten endete Müllers Darstellung nicht mit der völligen Auflösung und Erklärung der Psychose, sondern mit offenen Fragen nach dem, was die Psychose sei: „Der Fall Pierre Duperrex stellt uns mancherlei Fragen. Eine davon ist die: was ist denn diese Erschütterung des Menschen, dieses furchtbare, mörderische Gefangensein in der Wahngewissheit, das Abstreiten der handgreiflich, evident vor Augen liegenden Realität? Wir wissen es nicht und es bleibt fraglich, ob wir es je werden ergründen können."[185] Hilfe für den Schizophrenen sah er nur aus einer Begegnung mit dem Arzt als einem Gegenüber kommen.

So unterschiedlich die dargestellten Fälle sein mochten, was die individuellen Patientenschicksale und therapeutischen Lösungen anging, so deutlich ist doch auch, dass sie gemeinsame Strukturen aufweisen. Benedetti und Müller legten ihre Fallgeschichten nicht als symptom- und prozessorientierte Beschreibungen eines Krankheitsbildes an, sondern schilderten therapeutische Sitzungen. Sie nahmen nicht nur das Krankheitsgeschehen in den Blick, sondern erweiterten den betrachteten Zeitraum um die Lebensgeschichte der oder des Kranken von der Kindheit an bis zum Ausbruch der Krankheit. In dieser Ausdehnung der Fallgeschichte von der Krankheits- zur Lebensgeschichte drückte sich eine Annahme der Therapeuten aus, die auch die Erzähllogik ausmachte: Die Annahme, dass Schizophrenie kein unaufhaltsamer und unverständlicher Prozess sei, sondern dass auf dem Grund des schizophrenen Geschehens ungelöste Konflikte, Emotionen und letztlich ein mit sich selbst ringendes Selbst verborgen lagen. Bereits die Bilder und Vergleiche, die die Verfasser heranzogen, um das Verhalten der Patientin oder des Patienten zu schildern, wiesen in die Richtung, eine Vorstellung von Schizophrenie als „Auflehnung" und Versuch der Befreiung und des

[184] Im Folgenden Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 368.
[185] Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 368.

„Durchbruchs" zu entwickeln.[186] Gleichzeitig wurden diese Befreiungs- und Auflehnungsversuche jedoch als begrenzt und zum Scheitern verurteilt beschrieben, da sie sich nicht in der Wirklichkeit, sondern in der Spiegelwelt des Wahns abspielten: Im „Spiegel" der Psychose könne das eigene Leben zwar betrachtet werden, solange diese Reflexion aber im Wahn verharre, sei keine echte Selbsterkenntnis möglich. Weitere Bildwelten zur Illustrierung des Wahngeschehens aus Therapeutensicht waren daher Anlehnungen an die Welt des Theaters, der Verkleidung und der Maskierung, die die Kluft zwischen Wahn und Wirklichkeit beschreiben sollten.[187]

Die Deutungen und Kontexte waren den Ereignissen, die in den Fallgeschichten repräsentiert bzw. rekonstruiert werden sollten, jedoch nicht immanent, und bildeten nicht unbedingt die Sichtweise der Patientin oder des Patienten ab (außer es wurde dezidiert darauf Bezug genommen). Sie zeigten die Sichtweise und Wahrnehmungsform der Therapeuten und Verfasser. Ebenso ergab sich die narrotologische Ordnung der Fallgeschichte nicht aus der Lebens- oder Krankheitsgeschichte selbst, sondern wurde vom Verfasser erst hergestellt. So erklärte Benedetti, dass die Informationen über die Familienverhältnisse seiner schizophrenen Patientin, die dem Leser gleich zu Beginn der Fallgeschichte präsentiert wurden, bei der Behandlung erst nach und nach aus den wenigen und widersprüchlichen Angaben der Kranken „in ihrer Verwirrung" herausgefiltert und durch Angaben der Schwester ergänzt worden waren.[188] Außerdem gab Benedetti an, die Äußerungen der Patientin nachträglich in eine verständliche Sprache gebracht zu haben. Es handelte sich dabei um scheinbar direkte und wörtliche Wiedergaben von Aussagen der Patientin, die aber, wie Benedetti erklärte, keine realitätsgetreuen Zitate, sondern allein aus seiner Erinnerung niedergeschrieben und damit nur sinngemäß wiedergegeben waren. Er wies darauf hin, dass seine Schilderung weder der Erfahrung, die er im Kontakt mit der Patientin gemacht

[186] So beschrieb Benedetti den Wahn seiner Patientin folgendermaßen: Die „im Wahn gewissermaßen durchbrochene Zwangsjacke entwickelt sich nun im Wahn selber von neuem, richtet dem Erleben gottähnlicher Mutterschaft ringsherum die Gefängniswände auf, in denen die Kranke sich nun eingeschlossen wähnt", Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 5, aber „inmitten dieser Hölle der Qual dehnen sich Oasen ekstatisch-schizophrenen Erlebens aus, für die sie die ganze Psychose sozusagen in Kauf nimmt", ebd., S. 6. Weitergeführt wird diese räumliche Vorstellung des Wahns im Bild vom „Durchbruch", mit dem der bisherige, enge Raum des Selbst verlassen werden soll: wenn etwa die Rede ist vom „Durchbruch, der sich aber nicht in der Freiheit, sondern in der Psychose vollzieht" oder zu einem „Streben nach neuen, verschütteten Lebensmöglichkeiten"; die „Durchbruchstelle" der Erotik „ist vermauert", und die „Psychose tritt wie eine verzweifelte Auflehnung gegen diese Realität auf, wie ein Urschrei: doch bin ich Weib und Mutter!". Von außen betrachtet erscheine die Psychose „somit als der Spiegel einer wahren Lebenskatastrophe". Alle Zitate ebd., S. 9.

[187] In einem Beitrag in der *Psyche* im Jahr 1961 begriff Wolfgang Loch Schizophrenie in seinem „Fall Elsa" sogar ganz grundsätzlich als ein Rollenspiel, in dem sich das „nur keimhaft vorhandene […] Ich" verfangen habe, siehe Wolfgang Loch, Anmerkungen zur Pathogenese und Metapsychologie einer schizophrenen Psychose, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 15 (1961/62), S. 684–720, hier S. 719.

[188] Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 2.

hatte, noch der Erscheinung der Patientin selbst gerecht werde, und erklärte: „Allein sie erscheinen in der nachträglichen sinngemäßen Übersetzung viel weniger zerfahren, als sie es in Wirklichkeit waren. Dass somit etwas – gerade das ‚Unverständliche' oder anders Verstehbare – verlorengeht, leuchtet mir ohne weiteres ein."[189]

Die Präsentation von Informationen zu einem bestimmten Zeitpunkt sowie die Verknüpfung der Ereignisse in der Erzählung sollte also nicht nur die Schilderung der Therapie unterstützen, sondern verfolgte auch explizit das Ziel, die Äußerungen und Verhaltensweisen der Patientin verständlich scheinen zu lassen. Die Fallgeschichten waren nachträglich geordnete Erzählungen der Schizophrenie und ihrer Behandlung, aber eben auch, wie Benedetti erwähnte, eine „Übersetzungsleistung": Durch die Form der Erzählung und durch die Ordnung der Sprache, das heißt die grammatikalisch korrekten Bezüge der Worte untereinander, wurden die „zerfahrenen" Äußerungen des Wahnsinns in eine verständliche Form gebracht. Nur so ließ sich der Fall erzählen und beschreiben und von anderen nachvollziehen und verstehen. Die Fallgeschichte versah die Krankengeschichte mit Deutungen und Erklärungen und gestaltete so die von den Patienten geschilderten Erlebnisse, Wahrnehmungen und Erfahrungen und die sich in den Therapiesitzungen abspielenden Ereignisse und Gespräche zu einer mitteilbaren Geschichte von Krankheit und Besserung.

Die ausführliche Beschreibung des Innenlebens der Patientin oder des Patienten und die nachträglich geschaffene angelegte Ordnung der Fallgeschichte sollte nicht nur ein Verständnis für das „warum?" der Psychose, für die Gründe des Ausbruchs und die Dynamiken der Genesung vermitteln, sondern setzte sich auch bewusst von allgemeinen Wahrnehmungsmustern von mit Schizophrenie diagnostizierten Patientinnen und Patienten ab. Das Bestreben, die Äußerungen der schizophrenen Patientinnen und Patienten verständlich zu machen, markier-

[189] Benedetti, Psychotherapie einer Schizophrenen, S. 1. Allerdings hätte auch eine Tonbandaufnahme nie „die Mimik, die begleitende Gebärde, den Tonfall der Stimmen, die ganze Atmosphäre der persönlichen Begegnung, die doch zum wichtigsten psychotherapeutischen Geschehen gehören", aufzeichnen können, weshalb Benedetti erklärte: „Unsere Darstellung muss also auf die Wiedergabe wichtiger Momente verzichten und sich damit begnügen, die Richtlinien, nach denen sich die Therapie entwickelte, aufzuzeichnen." Ebd., S. 2.
In eine ähnliche Richtung ging auch eine Bemerkung von Christian Müller, der am Ende der Fallgeschichte bemerkte: „Wir sind uns bewusst, dass die vorliegende Schilderung des Falles fragmentarisch und oberflächlich ist." Er bestätigte die bereits von Benedetti angesprochenen Grenzen, dass „sich in einer solchen Behandlung oft Dinge ereignen, welche unserer sprachlichen Ausdrucksmöglichkeit entgehen", Müller, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, S. 368.
Und auch der Psychiater Allan Johansson aus Helsinki merkte in einer Darstellung einer psychotherapeutischen Behandlung von Schizophrenie die Lückenhaftigkeit der Darstellung an, deklarierte die chronologische Darstellung als Konstrukt und vermerkte, dass die Atmosphäre bereits verblasst sei, es sie also wieder herbeizuschreiben und herbeizuerzählen gelte, um einen richtigen Eindruck der Geschehnisse vermitteln zu können, Allan Johansson, Psychotherapeutische Behandlung eines Falles von Schizophrenie, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 10 (1956/57), S. 568–587.

te einen Bruch mit dem bestehenden psychiatrischen Wissen, da es nach psychiatrischer Sicht zu den zentralen Merkmalen der Schizophrenie gehörte, dass die oder der Erkrankte kollektiven symbolischen und sprachlichen Ordnungen weitgehend entzogen wurde und weder seine Gefühle noch sein Denken und Sprechen Sinn hatten.

Dass der vorgestellte Fall das gültige Wissen von Schizophrenie um eine neue Sicht auf Kranke und Krankheit erweitern sollte, wurde in der zweiten oben zitierten Fallgeschichte angesprochen. So sei es gängig, dass die Kranken klinisch als „inadäquat, hohl und gekünstelt" beschrieben würden, und die so bezeichnete typische „Zerrissenheit im emotionellen, affektiven, mimetischen Ausdruck des Kranken" oft als „etwas primär Gegebenes und Uneinfühlbares" aufgefasst werde. Diese gängige Beschreibung „des Schizophrenen" verglich Benedetti nun damit, wie der Patient ihm selbst erschienen war. Die Wirkung des Patienten und vor allem die durch die psychotherapeutische Haltung veränderte Sicht auf sein Verhalten beschrieb er folgendermaßen: „[M]an schrieb das schizophrene Innenleben als fremd, leer, kalt; man sagte, dass der Schizophrene uns mit seinen Emotionen nie recht mitreißen könne, eine unwahre, leer pathetische oder bizarre Note, eine schillernde Dissonanz sei da, welche den Kranken von uns entfernt. Treten wir aber psychotherapeutisch in die schizophrene Welt ein (so wie im vorliegenden Falle), dann erscheint uns gerade jene Dissonanz als ein verständliches Drama: der Kranke ist in seiner Not gezwungen, sein Heil dort zu suchen, wo ihm Niedergang droht, er muss die Qual der Verfolgung im Grunde wollen, in Kauf nehmen, um dem Eigentlichen zu begegnen, das er sonst nirgends findet und das er nicht entbehren kann. Er muss lachen in der Qual, er muss mit dem Munde lachen und mit den Augen weinen. Affektive Spaltung, Parathymie, Paramimie stellen eine dysharmonisch kalt und leer wirkende Fassade auf, in der sich jedoch das schwerste Leid birgt, welches Menschen beschieden sein kann."[190]

Aber die empathische Beschreibung des Psychoseempfindens genügte nicht, um die Psychose zu erklären. Erst, indem die Fälle im Kontext ihrer Lebensgeschichten präsentiert wurden, wurden sie zu Erzählungen von persönlichen Entwicklungen und Konflikten. Die Geschichte, die erzählt wurde, war die Geschichte eines in den Wahnsinn flüchtenden Selbst, und die Erzählung der Krankheit wurde zur Erzählung eines nicht verwirklichten Lebens. Die Erzählung der Fallgeschichte als Geschichte verpasster Gelegenheiten zur Selbstentwicklung zeigte sich besonders in Benedettis Fallgeschichte der schizophrenen Patientin, die als eine nicht vollzogene Frau-Werdung inszeniert wurde, als ein Problem, das die Kranke nicht anders lösen konnte, als ihre geheimen Wünsche im Schutz des Wahnsinns zumindest symbolisch zu realisieren.

Diese Erzählweise war jedoch vom Wissen des Verfassers abhängig, der die Lebensgeschichte der oder des Kranken im Lichte der gestellten Diagnose bereits als eine Vorgeschichte des Ausbruchs der Krankheit darstellen konnte. Es gab scheinbar Zeichen der drohenden Psychose, Vorankündigungen, die Sorge erreg-

[190] Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 28.

ten, aber noch nicht recht begriffen werden konnten, und die erst im Nachhinein als Vorgeschichte der Krankheit ihren vollen Sinn entfalteten. Der Ausbruch der Psychose wurde dann als eine plötzlich eintretende, in ihrer Wucht überraschende Situation geschildert. In dieser Gestaltung ähnelt die Erzählung der Schizophrenie einer „dämonischen Erzählung",[191] in der etwas Äußeres heimlich ins Innere einer Person gelangt und dort nach und nach die Kontrolle übernimmt, die Person transformiert und ihre Identität steuert. Dabei hinterlässt das Eindringende bereits Spuren der Verwüstung, noch bevor diese dem oder der Betroffenen bewusst wären; überhaupt können nur Außenstehende die Zeichen richtig entziffern und lesen. In der fallgeschichtlichen Erzählung von Schizophrenie spiegelte sich diese Erzählweise: Die Anzeichen der drohenden Erkrankung häuften sich mehr und mehr, doch keiner in der Umgebung des Erkrankenden vermochte sie zu lesen, bis schließlich die Psychose ausbrach, welche aber nur die Kenner und Eingeweihten – die Psychiater – erkannten und zu bannen versuchten.

Dabei ähnelt sich das Muster, in dem die Geschichte der Krankheit und der psychotherapeutischen Sitzungen erzählt wird: von der Präsentation des Falles und der Schilderung der ersten Anzeichen der Krankheit zum Ausbruch der Krankheit und der Einlieferung in ein Krankenhaus, wo erste, oft zwangsweise durchgeführte und erfolglose Behandlungen einen ersten Höhepunkt bilden; anschließend die Entwicklung der Psychotherapie mit verschiedenen retardierenden Momenten und schließlich die Auflösung des Konfliktes und Besserung der Symptome bis zur Entlassung. Die Furcht erregende und verstörende Erzählung des Wahnsinns, die in diesen Fallgeschichten zentral war und einen objektiv-nüchtern beobachtenden Blick unterlief, wurde so umfasst und aufgefangen von der therapeutischen Erzählung, die die Vorgeschichte des Wahns, die Zeit der Kindheit und Jugend, ebenso kannte wie ihr Ende, nämlich die Bannung und Vertreibung des Wahns. Zwischen diesen beiden Grenzen – der vorschizophrenen Lebensgeschichte und der Heilung oder Besserung, zumindest aber der therapeutischen Auflösung und Deutung des Wahns – war die Erzählung des Wahnsinns eingespannt. Von ihnen her gewann sie ihre Wirkung als Einbruch des Außergewöhnlichen; von ihnen her aber gewann sie auch erst ihre Verständlichkeit und wurde begreifbar.

Vor dem Hintergrund des mit Bedrohung, Unheimlichkeit, Trugbildern und Kampf assoziierten Raums der Psychose hob sich außerdem das Sprechen des behandelnden, also handelnden, aktiven Arztes ab, der sich, ebenso wie die oder der Kranke und gemeinsam mit ihr oder ihm, nach eigenem Selbstverständnis im Kampf mit einem eigentlich nicht zu bezwingenden Feind – der Schizophrenie – befand. Er war ebenso Beobachter und Zeuge dieses Kampfes wie Chronist der Ereignisse und Verfasser der Fallgeschichte – eine mehrfache Funktion, die

[191] Nahi Alon/Haim Omer, Demonic and Tragic Narratives in Psychotherapy, in: Amia Lieblich/Dan P. McAdams/Ruthellen Josselson (Hrsg.), Healing Plots. The Narrative Basis of Psychotherapy, Washington, DC 2004, S. 29–48. Der Hinweis auf diesen Aufsatz wurde Illouz, Die Errettung der modernen Seele, entnommen.

nicht unerheblich für den Anspruch der Fallgeschichte auf Autorität und Wahrheit war. In diesem Kampf, den der Arzt mit den Kranken bzw. mit der Krankheit auszufechten meinte, war er aber zugleich als Psychotherapeut der Geburtshelfer auf dem Weg zur Erkenntnis. Denn Wahn bedeutete, so Benedetti, „die eigene erstickende Schale" zu durchbrechen.[192]

Betrachtet man die internationale Psychiatrie, so hatte sich unter amerikanischer Führung seit den vierziger Jahren die psychoanalytische Beschäftigung mit schizophrenen Patientinnen und Patienten als ein eigenes Forschungsfeld etabliert, freilich ohne große Kenntnis und Mitwirkung der deutschen Psychiatrie. Erst in den fünfziger Jahren begann die Verbreitung der entsprechenden Fallgeschichten auch im westdeutschen Raum. Die Fallgeschichten von Benedetti und Müller waren nur einige von mehreren solcher Berichte, in denen die Ausweitung des psychoanalytischen Behandlungsspielraums auf den Bereich der Psychosen spürbar wurde. Sie wurden nicht nur von der psychoanalytischen, sondern auch der psychiatrischen Fachwelt rezipiert. Schon 1954 hatte Benedetti einen ersten, konzeptionell angelegten Beitrag in der psychiatrischen Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* veröffentlicht.[193] Dass diese Berichte nicht einfach als Unfug abgetan wurden, dafür spricht die Irritation, die sie hervorriefen. Die Rezeptionsweise hängt mit der besonderen Stellung der Fallgeschichte im psychiatrischen Diskurs zusammen. Wie Nicolas Pethes anmerkt, scheint der Geltungsanspruch der Fallgeschichte – ihre „Autorität" – „auf ihrer anschaulichen Faktizität zu beruhen – auf der unmittelbaren Belegkraft, die einer konkreten Ereignisabfolge zugesprochen werden kann. […] Als Argument rekurriert der Verweis auf einen Fall demnach auf die Autorität des Realen selbst."[194] Da diese Fallgeschichten vor allem auch Therapiegeschichten waren, übertrug sich die Autorität des Falls auf den der Therapie.

Mit bemerkenswerter Offenheit wurden dabei auch die Probleme und Herausforderungen einer psychotherapeutischen Behandlung bei schizophrenen Patientinnen und Patienten angesprochen, wozu auch die Irritation, Furcht und Hemmung der Psychiater angesichts ihrer wahnsinnigen Patientinnen und Patienten selbst zählte. Darum war ein Element dieser Geschichten, als Lehrmittel zu zeigen, wie eine solche Behandlung ablaufen konnte, welche Fehler vermieden werden sollten, und wie der oder die Patientin auf die psychotherapeutische Zuwendung reagierte. Außerdem wurde durch die Schilderung der erfolgreichen psychoana-

[192] Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 29.

[193] Gaetano Benedetti, Psychotherapie der Schizophrenie, in: Der Nervenarzt 25 (1954), S. 197–201.

[194] Nicolas Pethes, Autorität des Falls. Strategien der Evidenzerzeugung im Magazin zur Erfahrungsseelenkunde (1783–1793), in: Safia Azzouni (Hrsg.), Erzählung und Geltung. Wissenschaft zwischen Autorschaft und Autorität, Weilerswist 2015, S. 337–353, hier S. 338. Siehe zur Thematik Geltungen von Erzählungen in der Wissenschaft auch die anderen Beiträge dieses Sammelbandes und insbesondere die Einleitung, Safia Azzouni/Stefan Böschen, Erzählung und Geltung. Ein problemorientierter Ausgangspunkt und viele Fragen, in: Safia Azzouni (Hrsg.), Erzählung und Geltung. Wissenschaft zwischen Autorschaft und Autorität, Weilerswist 2015, S. 9–31.

lytischen Behandlung der Wissensstand von der Unheilbarkeit und dem unaufhaltsamen Fortschritt der Schizophrenie kontrastiert. Die Fallgeschichten tätigten auch Aussagen darüber, was nach Meinung ihrer Verfasser zum Ausbruch der Krankheit geführt hatte. Diesem Zweck dienten die Schilderungen der Lebensgeschichte der Patientin oder des Patienten, die oft zu Beginn der Fallgeschichte standen, aber auch im weiteren Verlauf immer wieder aufgegriffen wurden. Aus dem Wissensbestand der Psychoanalyse stammte der *plot*, der der Krankheit einen neuen Rahmen gab: Die genealogische Geschichte, die nach den Erbanlagen und den Erkrankungen der vorhergehenden Generationen suchte, wurde in der psychoanalytischen Denkweise ersetzt (oder im Falle ihrer Verwendung im psychiatrischen Kontext zumindest ergänzt) durch die psychologische Familiengeschichte, in der die Familienmitglieder in verschiedenen Funktionen für die Persönlichkeitsentwicklung agierten. Dass Schizophrenie mit der Lebensgeschichte und nicht gelösten Konflikten kontextualisiert wurde, war nicht nur insofern eine „Gegenerzählung", als die deutsche Psychiatrie sich bisher Versuchen, psychische Erkrankungen auf äußere Umstände oder innere Konflikte zurückzuführen, gegenüber zurückhaltend gezeigt hatte, sondern auch, weil der psychoanalytische Denkstil zu bedeuten schien, das Unverständliche des Wahns aufzulösen.

Zugleich hatte diese Art und Weise, Schizophrenie zu denken und im Rahmen der Lebensgeschichte einzuordnen, aber nicht nur produktive, das therapeutische Angebot und den Verständnisrahmen erweiternde, sondern durchaus auch normative Elemente. Psychoanalytisch aufgeschlossene oder orientierte Psychiaterinnen und Psychiater hatten ebenso einen bestimmten Denkstil, eine bestimmte Vorstellung von Schizophrenie und einen bestimmten Blick auf ihre Patientinnen und Patienten, wie biologisch oder neuropathologisch orientierte Psychiaterinnen und Psychiater. Diese Vorstellungen wurden im Rahmen der universitären Ausbildung als wissensbasierte Beschreibungen vermittelt. So wurden etwa die Studierenden des Freiburger Psychiaters Wolfgang Bister im Rahmen der klinischen Psychiatrie im Jahr 1960 mit folgender Beschreibung, die aufgrund ihrer erzählerischen Plastizität ausführlicher zitiert wird, auf ihre zukünftigen Patientinnen und Patienten vorbereitet: „Sie scheuen die Auseinandersetzung mit dem Bösen, auch an sich selbst. Sie nehmen ihre Leiblichkeit nicht an, sie fürchten sich vor der Sexualität und versuchen oft, ihre Triebhaftigkeit mit Hilfe hochgesteckter Ideale zu verdecken. Sie geraten in ausweglose Krisensituationen, und die Psychose scheint dann noch der einzige Ausweg zu sein. Rosen [John N. Rosen, Anm. d. Verf.] spricht davon, dass die Psychose dem Kranken wenigstens noch die Möglichkeit gebe weiterzuleben. Die Schizophrenie hat demnach den Ernst mancher bekannter Organkrankheiten, auch wenn wir vieles an ihr psychologisch nicht verstehen können. – Wenn die Psychose in Gang gekommen und das urteilende, wie wir Gesunde fühlende Ich zusammenbricht, drängen diese vorher unbewussten und unterdrückten Affektregungen ins Bewusstsein des Kranken. Er bekommt plötzlich Zweifel an seinem Geschlecht, er fühlt sich als Gott oder Teufel, er sieht Hexen und Verfolger und ist nur noch der Spielball feindlicher Mächte, die ihn quälen und vergewaltigen oder die seine Gedanken beeinflussen

und ihm entziehen. Der Kranke hat nicht mehr das Gefühl, er selbst zu sein und mit einem gewissen Grundvertrauen als Mensch unter anderen Menschen zu leben. Er kann sich aber auch nicht jederzeit nach eigenem Wunsch und Willen von der ihn umgebenden Welt prüfend distanzieren, um das, was *wir* Realität nennen, in unserem Sinne richtig zu beurteilen und Abstand davon zu gewinnen."[195]

Wolfgang Bister hatte seine psychoanalytischen und -therapeutischen Position vor allem aus der Lehre Viktor von Weizsäckers entwickelt, war aber auch mit den Arbeiten Marguerite Sechehayes, Gaetano Benedettis – den er als „unerreichten Meister" auf dem Gebiet der Psychotherapie bei Schizophrenie beschrieb – und der amerikanischen Psychoanalyse wie Paul Federn (einer der Vorläufer der Ich-Psychologie)[196] oder Frieda Fromm-Reichmann vertraut.[197] In diesem Zitat wird deutlich, welche Figur „des Schizophrenen" die psychoanalytisch geschulte psychiatrische Vorstellung fortan dominierte. Die große Pein und ebenso große Hilflosigkeit, die die Psychoanalyse im schizophrenen Patienten zu entdecken meinte und ausführlich in Szene setzte, lief letztlich auf eine Interpretation der Figur des Kranken als Opfer und Getriebener hinaus. Von inneren Konflikten und äußeren Anforderungen hin und her geworfen, hatte „der Schizophrene" dieser Denkweise zufolge seine Möglichkeiten, sein eigenes Schicksal selbst in die Hand zu nehmen und zu gestalten, verloren. Er durchschaute weder seine Situation noch verfügte er über sich selbst in einem Maße, das nötig gewesen wäre, um sich von seiner Umgebung und ihren Einflüssen abzugrenzen. Der Schizophrene als Figur war in dieser Darstellung ein mit sich selbst ringendes Selbst, dem aber zugleich auf tragische Weise alle Möglichkeiten der Wehr abhanden gekommen waren.[198]

[195] Wolfgang Bister, Bemerkungen zur psychoanalytisch orientierten Therapie bei Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 14 (1960/61), S. 360–381, hier S. 362 f.

[196] Vgl. Ermann, Psychoanalyse in den Jahren nach Freud, S. 41 f. Paul Federn (1871–1950) hatte schon sehr früh zum Kreis um Sigmund Freud gehört. 1938 war er in die USA emigriert. Im Zentrum seiner Ansätze stand das „Ich-Gefühl", das er in der Psychose geschwächt und daher leicht von ich-fremden Inhalten zu überwältigen sah.

[197] Siehe seine biografischen Aufzeichnungen, Wolfgang Bister, Ein steiniger Weg zur Psychoanalyse, in: Ludger M. Hermanns (Hrsg.), Psychoanalyse in Selbstdarstellungen. Band V, Frankfurt am Main 2007, S. 9–57, hier besonders S. 24–37, Zitat S. 35. Nach seiner Zeit in Freiburg ging Bister nach Gießen, wo u. a. der Sozialpsychiater Erich Wulff sein Kollege war. 1973 wurde er leitender Arzt des Südwestdeutschen Rehabilitationskrankenhauses Karlsbad-Langensteinbach, 1981 war er an der Gründung einer Ausbildungsstätte der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung in Heidelberg beteiligt.

[198] Siehe Benedetti, Psychotherapie der Schizophrenie, S. 197 f.: „Im Gegensatz zum neurotischen Kranken, der noch über relativ starke Abwehrkräfte verfügt, scheint der Schizophrene gegensätzlichen, unvereinbaren Regungen und Strebungen seiner Seele hilflos preisgegeben zu sein. Er vermag scheinbar nicht mehr, diese zu kontrollieren. […] Der Kranke fühlt sich, besonders in den akuten Stadien seiner Krankheit, der Auseinandersetzung solcher gegensätzlicher, miteinander ringender Mächte hilflos ausgeliefert; bald identifiziert er sich mit der einen, bald mit der anderen; das Ich des Kranken wandelt sich manchmal von Tag zu Tag. Der Schizophrene lebt somit in einer Eigenwelt, die, wie allgemein bekannt, im Zeichen schwerster Gefährdung steht."

Kritisch gewendet, arbeitete auch diese Figur letztlich der Legitimierung medizinischer Behandlung und der Festigung der ärztlichen Position zu. Der Arzt erschien im Kontrast als Agierender und Wissender. Durch seine erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse konnte er in die Dynamik des Krankheitsprozesses eingreifen oder auch in Phasen der Stagnation zur Weiterentwicklung und Ausheilung verhelfen.

Diese Figur korrelierte mit der besonderen Bedeutung, die vonseiten der neoanalytischen Schizophreniekonzepte der Emotion der Angst zugewiesen wurde. Angst, so die Meinung etwa des amerikanischen Psychiaters John N. Rosen, der sich wie Frieda Fromm-Reichmann mit Erfolgen bei der Behandlung schizophrener Patientinnen und Patienten einen Namen gemacht hatte, sei bei Schizophrenie nicht nur eine Emotion von vielen, neben Freude, Furcht, Ärger, Vertrauen, Ekel, Zorn, sondern das Zentrum des schizophrenen Selbst. Wie Benedetti in seinem Artikel im *Nervenarzt* ausführte, hielt er die starke Akzentuierung der Angst, wie er sie in Rosens therapeutischer Arbeit vorgefunden habe, aus eigener Erfahrung für unbedingt einleuchtend: „Jeder, der Schizophrene kennt, weiß auch um ihre Angst: Angst z. B. vor den eigenen Triebregungen […]; Angst vor der eigenen Aggressivität; vor dem Verlust des eigenen Geschlechtes […]; Angst vor dem Verlust jeglicher existenzieller Geborgenheit; Angst, die nahrungsspendende, liebevoll bergende Mutter verloren zu haben, verhungern zu müssen, vergiftet zu werden."[199] Daraus entwickelte Benedetti die Handlungsempfehlung für behandelnde Ärzte und Therapeuten, dem Schizophrenen nicht einfach „den von uns vermuteten Sinn seiner Krankheitserscheinungen analytisch zu zeigen", sondern ihm gleichzeitig symbolisch Schutz geben vor der Gefahr, die er fürchte.[200]

[199] Benedetti, Psychotherapie der Schizophrenie, S 198. Sein Beitrag mit dem Titel „Psychotherapie der Schizophrenie" – der bereits deutlich machte, dass es nun um die Krankheit selbst ging und nicht wie in den anderen beiden Fällen um *einen* oder *eine* Schizophrene – erschien direkt unterhalb eines Artikels eines Züricher Kollegen, Werner A. Stoll, der jedoch über den therapeutischen Gegenpol der Psychotherapie schrieb, nämlich über die Leukotomie-Erfahrungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Beide Beiträge waren als Referate auf der Tagung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater in Baden-Baden (31. 5. 1953) vorgetragen worden und zeigen damit die bereits erwähnte Gleichzeitigkeit unterschiedlichster Therapieansätze. Der Leukotomie-Beitrag empfahl Leukotomie nur bei den schwerkranken Patienten, für die keine andere Methode verfügbar sei, da die hirnchirurgischen Erfolge nur „sozialer Art" seien und die „schizophrene Grundkrankheit" dadurch nicht verschwinde, siehe Werner A. Stoll, Leukotomie-Erfahrungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, in: Der Nervenarzt 25 (1954), S. 195–197. Zur Leukotomie und Psychochirurgie im Kanton Zürich forscht die Züricher Historikerin Marietta Meier, siehe Meier, „Soziale Heilung" als Ziel psychochirurgischer Eingriffe, sowie das von Marietta Meier verfasste Kapitel in Meier/Bernet/Dubach/Germann, Zwang zur Ordnung und ihre Schrift Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg, Göttingen 2015.

[200] Benedetti, Psychotherapie der Schizophrenie, S. 198. Auch die Bedrohlichkeit, die durch aggressive Züge des Kranken oft entstünde, hänge letztlich mit der großen Angst des Kranken zusammen, S. 199: „Wird der aggressive Schizophrene auf längere Zeit isoliert oder pharmako-dynamisch gedämpft, so hat er in gewissem Sinne seinen menschlichen Partner beseitigt und verloren; Leere entsteht um ihn. Der Schizophrene aber, der seinen Partner auf diese Weise beseitigt hat, fällt oft archaischen Schuld- und Angstgefühlen zum Opfer, er ist in der Wüste, er hat die ewige Mutterbrust, die menschliche Mitwelt vernichtet, er wird ver-

In diesem Beitrag im *Nervenarzt* ging es Benedetti wesentlich darum, von den Erfahrungen zu berichten, die er die Monate zuvor bei John N. Rosen in New York gesammelt hatte. Dieser Beitrag führt außerdem illustrativ vor Augen, wie unterschiedlich Fallgeschichten je nach ihren Funktionen ausgeführt und eingesetzt wurden. Während die zwei Beiträge Benedettis in der *Psyche* ausführlich jeweils eine Krankengeschichte entfalteten, war der Beitrag im *Nervenarzt* deutlich mehr auf die Theorie und Beweisführung der Möglichkeit von Psychotherapie angelegt; die darin angeführten Krankengeschichten dienten eher der Illustration der These als dass sie der zentrale Inhalt des Beitrags waren. In den Beiträgen in der *Psyche* wurde ganz auf die individuelle Geschichte vertraut, im *Nervenarzt* entwickelte Benedetti dagegen die Erzählung, die vielen der Fallgeschichten von Psychotherapien bei Schizophrenie zugrunde lag, auf einer allgemeineren Ebene.

Die Verknüpfung von Angst und Aggressivität zeigt aber auch, dass, trotz der Einforderung eines neuen, sich um Verständnis und Kooperation bemühenden Arzt-Patienten-Verhältnisses, die Rede von der potentiellen Bedrohlichkeit der schizophrenen Patientinnen und Patienten nicht verschwand, nun aber in die Therapie eingebaut wurde. Die „Gefährdung seiner Sicherheit", der der Arzt „in einer direkten Auseinandersetzung mit dem aggressiven Schizophrenen ausgesetzt" sei, so hieß es nun, sei der Einsatz, den der Arzt riskieren müsse, um wirklich psychotherapeutisch wirksam werden zu können.[201]

Die vorgestellte Erzählung von Schizophrenie zeigte die Welt des Wahns als Welt der Bedrohungen, der Angst und der Einsamkeit. Erklärungen für die Krankheit suchten sie in der Kindheit und anderen lebensgeschichtlichen Erfahrungen, aus denen heraus die Psychose verständlich und lösbar wurde. Dafür war die Deutung des Arztes notwendig, eine Deutung, die den lebensgeschichtlichen Sinn aufzeigte. Ob diese Deutungen richtig seien, so erklärte Benedetti, müsse nach ihrem Erfolg beurteilt werden: „Die Frage nach der Realität solcher Deutungen lässt sich befriedigend nicht auf Grund akademischer Diskussionen lösen, sondern im Lichte ihrer konkreten Wirkungsweise. Wir haben mehr als einmal gesehen, wie sich eine Halluzination, eine Wahnidee und sogar ein akutes psychotisches Zustandsbild nach einigen Stunden ununterbrochener direkter

hungern. Wenn der Arzt die schizophrene Aggression völlig zu beherrschen vermag, ohne sich andererseits vom Kranken innerlich oder äußerlich zu distanzieren, dann hat er diesen Kranken auch vor den quälenden Schuld- und Angstgefühlen in Schutz genommen, die der Aggression folgen und die wiederum die Voraussetzung neuer aggressiver Regungen sind."

201 Benedetti, Psychotherapie der Schizophrenie, S. 199. „Starke Affektbewegungen sind unvermeidlich und sie sind um so notwendiger, je weniger der Arzt sich hinter technischen Maßnahmen und objektivierenden Diagnosen verschanzt und je persönlicher er zum Kranken eingestellt ist. Der Arzt, der vor einem aggressiven schizophrenen Ausbruch ganz ruhig bleibt und ein Narcotikum verordnet, ist oft psychotherapeutisch weniger wirksam als der Arzt, der auf den Affekt des Kranken mit einem entsprechenden Affekt reagiert und der auf diese Weise den Kranken stark mitmenschlich kontrolliert. Hat nicht auch die gute Mutter, der gute Vater gezürnt? Das Kind weiß aber gut zu unterscheiden zwischen Eltern, die sich liebend mit ihm beschäftigen und gelegentlich zürnen, und Eltern, die die innere Ambivalenz durch Kontrolle des Affektes und äußere Freundlichkeit zu kompensieren versuchen."

analytischer Therapie mitten im Gespräch auflöste, ja, wie sich im unmittelbaren Anschluss an eine Deutung ein gesundes Verhalten ankündigte. Ich kann sagen, davon mehr beeindruckt worden zu sein als von jeglicher schlagartig wirkenden Elektroschockkur."[202]

Nun hatten, wie erwähnt, Verbindungslinien zwischen Psychoanalyse und Schizophrenie bereits seit der Entstehungszeit des Schizophreniemodells bestanden. Die bis zu Bleuler zurückreichenden Versuche der psychotherapeutischen Behandlung sah Christian Müller denn auch als Grund, nicht so zu tun, „als hätte unsere Generation erst die Geheimnisse der Psychose und ihrer Mechanismen entdeckt, als hätten wir erst den Umgang und das Verständnis für den Schizophrenen geschaffen und erfunden".[203] Als zwei Neuheiten beschrieb er jedoch zum einen den hohen zeitlichen Aufwand, der für die psychoanalytische Behandlung eingeplant werden musste, zum anderen und vor allem aber die neu geschaffene eigene Sprache, die die Darstellung der in der Therapie gemachten Erfahrungen erst ermöglicht: „Während es früher gewissermaßen selbstverständlich war, sich der trockensten Objektivität zu befleißen und die persönliche Note in der kasuistischen Berichterstattung zu verpönen, während früher Gegenübertragungsprobleme in den Publikationen höchstens angedeutet, nicht aber beim Namen genannt wurden, sind wir heute in dieser Beziehung sorgloser und freier."[204]

Diese „neue Sprache" kann tatsächlich als wesentlicher Unterschied zu früheren Ansätzen und Verfahren bezeichnet werden. Erst mit der Neopsychoanalyse und ihrem spezifischen Denkstil war eine Sprache entwickelt worden, die es ermöglichte, Schizophrenie in analytischen Begrifflichkeiten zu beschreiben und zu erklären und damit ihre besonderen Problematiken in Sprache darzustellen und – wie die Fallgeschichten zeigten – aufzulösen. Diese Beobachtung vom Aufkommen einer neuen Sprache und neuer Ausdrucksmöglichkeiten kann aus wissenschaftsgeschichtlicher Perspektive als Beispiel dafür gedeutet werden, wie neue Entdeckungen, Verfahren oder Beobachtungen von einem spezifischen Kontext abhängen, in dem sie als solche überhaupt entdeckt und beobachtet werden können. Worauf der wissenschaftliche Blick fällt und was der schriftlichen Dokumentation für wert erklärt wird, ist in hohem Maße von den formulierten Fragestellungen, vorgefassten Meinungen und den verfolgten Zielen abhängig. Die dargestellten Geschichten zeigten, wie Therapie ablaufen konnte, und was

[202] Benedetti, Psychotherapie der Schizophrenie, S. 200.

[203] Müller, Die Pioniere der psychoanalytischen Behandlung Schizophrener, S. 461.

[204] Müller, Die Pioniere der psychoanalytischen Behandlung Schizophrener, S. 461. Müller warnte allerdings auch vor den Risiken, die das neue Sprechen über Schizophrenie barg: „Wir sind eher in Gefahr, uns in einer leicht sentimentalen Rolle des Märtyrers zu gefallen, wenn wir über die großen zeitlichen und emotionellen Opfer berichten, die wir unsern psychotischen Patienten bringen. In der Erkenntnis, dass in jedem Schizophrenen ein einmaliges Schicksal sich vollzieht, liegt auch die Gefahr, sich in beschreibender feuilletonistischer Kasuistik zu erschöpfen und jeden Versuch der kategorialen Ordnung zu verwerfen." Damit nahm Müller bereits einen der großen Einwände des psychiatrischen Diskurses gegen die Psychoanalyse vorweg: Aufgrund ihrer individuellen Fallorientierung galt sie traditionelleren Schulen als wenig aussagestark.

damit gemeint war, wenn davon gesprochen wurde, auf den Patienten einzugehen und die Schizophrenie ernst zu nehmen als Konflikt, Krise, Selbstwerdungsprozess. Dabei transportierten sie ein Erfahrungswissen, das sich nicht in Zahlen und Statistiken ausdrücken ließ – zumindest nicht zu diesem frühen Zeitpunkt, als die Versuche, Schizophrenie psychotherapeutisch zu behandeln, wenige waren. Sie entwickelten die Erfahrung des Psychiaters aus dieser Therapie, zugleich aber auch eine spezifische Deutung von Schizophrenie. Mit der Sichtbarmachung der Welt hinter der Grenze des Verstehbaren loteten sie diese Grenzen neu aus und legitimierten das Bemühen um mehr Verständnis für die Patientinnen und Patienten und ihre lebensgeschichtliche Situation

Und so appellierte Wolfgang Bister 1960 in der bereits zitierten Vorlesung in Freiburg an seine Studenten, sie sollten „sich klarmachen, dass es sinnlos ist, dem Kranken seine abnormen Ideen ausreden zu wollen. Was wir als Beobachter krank nennen, das erlebt der Patient vorerst als lückenlose Entwicklung ohne merklichen Übergang von der präpsychotischen Zeit zur Psychose."[205] Bister warb dafür, eine Verständigung mit dem Schizophrenen zu suchen, seine inneren und äußeren Konflikte und Krisen zu erhellen. Während man die Bedeutung von krisenhaften Lebenssituationen schon länger kenne, seien auch die inneren Konflikte von hoher Bedeutung: „Die Kranken waren vor der Krankheit starken zwischenmenschlichen Spannungen ausgesetzt, denen sie sich bei ihrer vielleicht abnormen Veranlagung nicht gewachsen fühlten. Denn man findet unter Schizophrenen häufig scheue, empfindsame und verschwiegene Menschen, die dazu neigen, sich im zwischenmenschlichen Kontakt zurückzuhalten, um auf diese Weise bestimmten Schwierigkeiten aus dem Wege zu gehen. – Solche Kranken haben regelmäßig *eine* Seite ihres Daseins nicht gelebt oder akzeptiert […]."[206] Die Aufgabe des Arztes aus psychoanalytischer Sicht war es daher, so Lutz Rosenkötter, Zusammenhänge zu erkennen und „die Äußerungen des Kranken zu verstehen", „anstatt sie als unverstehbare psychotische Produktionen abzutun. So kann er die Psychose in ihrem lebensgeschichtlichen Sinnzusammenhang begreifen".[207]

[205] Bister, Bemerkungen zur psychoanalytisch orientierten Therapie, S. 360.

[206] Bister, Bemerkungen zur psychoanalytisch orientierten Therapie, S. 362.

[207] Lutz Rosenkötter, Auslösende Faktoren bei akuten Psychosen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 12 (1958/59), S. 415–429, hier S. 429. Damit seien zwar nicht alle psychotischen Symptome erklärbar; aber der Arzt könne dem Kranken durch „aufmerksames Zuhören und klärendes Deuten" helfen, „seine Gedanken zu ordnen, und ihn in die syntaktische Wirklichkeit zurückführen".

Wahngeschichten. Vom Sein und Erleben der Psychose

> *„Schon die lebensgeschichtliche Betrachtung zeigt, dass weiterhin auch da von Sinnzusammenhängen, von einer Kontinuität des Sinnes, einem sinnhaften Ordnungsgefüge die Rede sein kann, wo der Psychiater nur Sinnfragmente oder Sinnchaos sieht.“*[208]

Die Bestrebungen, mithilfe psychoanalytischer Deutungsangebote und Analyseverfahren Sinn und Verständlichkeit in die Schizophrenie einzelner Patientinnen und Patienten zu bringen, waren Teil einer größeren psychiatrischen Suchbewegung, die das „Dasein“ und „Erleben“ der schizophrenen Kranken besser zu verstehen suchten. Zwar blieben die meisten Psychiaterinnen und Psychiater weiterhin am klinischen Schizophreniemodell orientiert; eine ganze Reihe von einflussreichen Psychiatern legte aber auch neue Vorschläge für das Verstehen des Wahns vor. Unabhängig davon, wie die Psychoanalyse als Wissenschaft und Lehre eingeschätzt wurde, teilten diese die Auffassung, dass psychotherapeutisch erzielte Besserungen nicht am Schreibtisch, sondern in der Praxis beurteilt werden sollten. Als Maßstab des Urteils über die analytische Herangehensweise sollte, so regte Walter von Baeyer im Jahr 1953 an, die in der Analyse entstandene Verständigung zwischen Arzt und Patient dienen. Er fragte: „Ist also das analytische oder auch neoanalytische Psychoseverstehen reine Phantasie und an keinerlei Maßstab zu messen? Durchaus nicht. Es *gibt* einen Maßstab, den kommunikativen Wert. Wird aus dem einseitigen Verstehen die Verständigung? Einigen sich Therapeut und Patient aufrichtig in einer gemeinsamen Einsicht? Und die andere Seite des kommunikativen Wertes: geht auf uns, die Außenstehenden, die Leser, das geschlossene Bild einer Persönlichkeit und ihrer Entwicklung über? Rührt uns auch in der Psychose eine sinnhafte Schicksalsverknüpfung an?“[209] Die psychoanalytische These, Schizophrenie entstehe aufgrund nicht ausgelebter Anteile des Selbst, respektierte er vor diesem Hintergrund als einen „Entwurf des Verstehens seelischer Zusammenhänge, geboren aus dem Geiste der Psychotherapie und zu psychotherapeutischer Nutzung anleitend“.[210] Gerade für die fünfziger Jahre lässt sich in manchen Psychiaterkreisen eine Aufgeschlossenheit und Offenheit für die Entdeckung und Entwicklung anderer als psychopathologischer Denkweisen beobachten, solange sie einer besseren Verständigung mit den Patientinnen und Patienten dienten.

Neben der bereits erwähnten Kritk an der als dogmatisch empfundenen Psychopathologie Kurt Schneiders wurde auch deren Vorlage, die Psychopathologie von Karl Jaspers, als Problem wahrgenommen. Sie galt manchem Psychiater als Ausgangspunkt der innerpsychiatrischen Rivalitäten zwischen geistes- und naturwissenschaftlichen Richtungen, mit denen die Psychiatrie aus ihrer Sicht zu kämpfen hatte. Psychologisches und philosophisches Verstehen oder naturwissen-

[208] Ludwig Binswanger, Schizophrenie, Pfullingen 1957, darin Der Fall Ilse, S. 52.
[209] Walter von Baeyer, Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen, in: Der Nervenarzt 24/8 (1953), S. 316–325, hier S. 319.
[210] Baeyer, Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen, S. 319.

schaftliches Kausalerklären – dies schienen die einzigen beiden Alternativen zu sein, wie etwa Klaus Conrad, der Direktor der Universitäts-Nervenklinik in Göttingen, in seiner Schrift „Die beginnende Schizophrenie" Ende der fünfziger Jahre kritisch anmerkte: „Der Keim zu jener scheinbaren Alternative wurde wohl von Jaspers selbst gelegt; nach seiner Darstellung können wir das einzelne psychische Phänomen entweder ‚kausal' zu ‚erklären' versuchen […] oder wir können es auf etwas anderes Seelisches zurückführen, wodurch wir das Phänomen ‚verstehen' – dann bewegt man sich in Richtung auf ein geisteswissenschaftliches Suchen nach Sinnzusammenhängen in der Art der historischen Wissenschaften und wandelt das psychopathologische in ein hermeneutisches Problem um. Ein Drittes gibt es bei Jaspers nicht."[211] Diese dichotomische Formulierung hätte, so Conrad, zu einer Spaltung der Psychiatrie und zur Entfremdung der beiden Bereiche geführt: „Die eine Entwicklung verlor den Bereich des Psychischen aus den Händen, um den Fortschritt unserer Erkenntnisse in der Gehirnpathologie, Gehirnphysiologie, Endokrinologie und Erbbiologie zu suchen; ein halluzinatorisches Erlebnis ist nicht mehr anders als durch einen hirnelektrischen Befund bestimmter Rindenpartien, eine psychopathische Charaktereigenschaft nicht anders, als durch eine bestimmte konstitutionelle Drüsenformel ausdrückbar. Die andere Entwicklung vertiefte geisteswissenschaftlich den Bereich der Sinnzusammenhänge im Psychischen so weit, dass das einzelne Phänomen, also etwa das halluzinatorische Erlebnis, erst aus der Thematik des je einmaligen und unwiederholbaren Weltentwurfs, aus dem In-der-Welt-Sein dieses individuellen Daseins verständlich wird. Man scheint also nur hirnphysiologisch erklären oder geisteswissenschaftlich interpretieren zu können, ein Drittes kennt Jaspers nicht."[212]

Das Zitat spiegelt eine Selbstproblematisierung der psychiatrischen Wissenschaft, wie sie für die fünfziger Jahre nicht untypisch war. Mit der Kritik an der angeblichen Unverständlichkeit des Wahns bildeten sich Versuche heraus, mehr verstehen zu können, als es die zeitgenössische Lehre vermittelte. Dass sich die Psychiatrie jahrelang mit der Unverständlichkeit des Wahns zufriedengegeben haben sollte, statt in verschiedene Richtungen weiter zu fragen, monierte auch der Mainzer Psychiatrieprofessor Heinrich Kranz. Er merkte an: „Nachdem die Psychiatrie sich lange Zeit recht wenig um jenes Verstehbare in den Psychosen gekümmert hat, besinnt sie sich nunmehr darauf, wie weit ein solches verstehendes Eindringen möglich sei und versucht all dies auf verschiedenen Wegen, indem anthropologische oder daseinsanalytische, individual- oder kollektiv-psychologische Fragestellungen in verschiedenster Schattierung die Forschungsrichtung angeben."[213] Damit beschrieb Kranz bereits das Spektrum an Betrachtungsweisen, das sich seit den späten vierziger Jahren gebildet hatte. Wenn sie auch in

[211] Klaus Conrad, Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns, Stuttgart 1958, S. 5.

[212] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 5 f.

[213] Heinrich Kranz, Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 23 (1955), S. 58–72, hier S. 59.

ihren Voraussetzungen und Herangehensweisen große Unterschiede aufwiesen, so lassen sie sich doch auch alle als Versuche erfassen, Schizophrenie besser zu verstehen. Bis Ende der fünfziger Jahre entstanden im daseinsanalytischen, phänomenologischen und anthropologischen Umfeld einige neue Ansätze, Schizophrenie zu denken und zu verstehen. Deren Neuformulierung des Wahns als Existenz- und Daseinsweise und die Betonung lebensgeschichtlicher Aspekte beschäftigte nicht nur die Psychiatrie, sondern beeinflusste die Schizophrenie- und Psychiatriekritik auch über die Grenzen der Psychiatrie hinaus.[214]

Dabei spielte die Psychoanalyse nicht nur für den im vorigen Kapitel beschriebenen psychoanalytisch orientierten psychiatrischen Denkstil eine Rolle. Mit der Daseinsanalyse hatte sich in den vierziger Jahren eine von Heideggers Daseinsbegriff inspirierte Richtung gebildet, die philosophisch begründet und geleitet war, sich aber zugleich auch auf die Psychoanalyse rückbezog. Den theoretischen Grundstein hatte der Schweizer Psychiater Ludwig Binswanger mit seinem Werk „Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins" gelegt, in dem er eine subjektbezogene methodologische Psychologie entwickelte.[215] Wie mancher Psychiater der fünfziger Jahre, so hatte auch Ludwig Binswanger Probleme mit den auf Karl Jaspers zurückgehenden Unterscheidungen zwischen einfühlbar und uneinfühlbar, Erklären und Verstehen. Mit der Daseinsanalyse formulierte er ein Programm, das über Jaspers' psychopathologische Ordnung hinausgehen und dort Verständnis schaffen sollte, wo diese nichts mehr für verstehbar hielt. Binswanger erklärte, es lasse sich auch bei schizophrenen Fällen „das Dasein noch daseinsanalytisch untersuchen und verstehen, woran uns die *Jaspers*sche Unterscheidung zwischen einfühlbarem und uneinfühlbarem Seelenleben […] nicht irre machen konnte. Die Daseinsanalyse hat keinerlei Anlass, vor der Untersuchung des schizophrenen Seelenlebens Halt zu machen."[216] Es genügte seiner Ansicht nach nicht, für die Erklärung des Wahns auf die Lehre von einem schizophrenen Prozess und einem körperlichen Krankheitsgeschehen zurückzugreifen und sich ansonsten mit den Grenzen der psychopathologischen Wissensformen zufriedenzugeben. Stattdessen sollte eine daseinsanalytische Betrachtung, die den Wahn als eine bestimmte, gesonderte Form des Daseins begriff, sein Verständnis ermöglichen. Mit der Daseinsanalyse, war sich Binswanger sicher, hatte er ein Analyse- und Wissenssystem geschaffen, dem sich durch seine völlig andere Herangehensweise an die Problematik die Grenze des Verstehens, die sich die Psychopathologie selbst geschaffen hatte, gar nicht stellen würde, und das zur Wirklichkeit des Wahns würde vordringen können. Es handelte sich dabei, dies sei den folgenden Ausführungen vorweggenommen, weniger um eine therapeutische Methode als vielmehr um eine philosophische Vorstellung davon, wie Wahn als spezifische Daseinsform nicht als das Andere der Vernunft, sondern als Beeinträchtigung der Vernunft zu denken sei.

214 Siehe dazu Kapitel IV.
215 Ludwig Binswanger, Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins, Zürich 1942.
216 Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ellen West, S. 182.

Insbesondere Binswangers Fallbeschreibung der Patientin „Ellen West" von 1944/45 erlangte Berühmtheit und zählt heute noch zu den spektakulärsten und umstrittensten Fällen der Schizophrenieforschung, wozu vor allem die umstrittene Diagnose und der Suizid der Patientin unmittelbar nach ihrer Entlassung aus der Klinik beigetragen haben dürften – ein Suizid, den Binswanger vorausgeahnt und mit der Entlassung in Kauf genommen hatte.[217] Ebenfalls 1945 war in der *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* eine Studie mit dem Titel „Wahnsinn als lebensgeschichtliches Phänomen und als Geisteskrankheit. Der Fall Ilse" erschienen.[218] In regelmäßigen Abständen legte Binswanger im *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* die Analysen weiterer Fälle nach: „Der Fall Jürg

[217] Der Aufsatz erschien in mehreren Teilen, siehe Ludwig Binswanger, Der Fall Ellen West. Bericht, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 53 (1944), S. 255–277; Ludwig Binswanger, Der Fall Ellen West. Daseinsanalyse, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 54 (1944), S. 69–117; Ludwig Binswanger, Der Fall Ellen West. Daseinsanalyse und Psychoanalyse, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 54 (1944), S. 330–360; Ludwig Binswanger, Der Fall Ellen West, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 55 (1945), S. 16–40.
Mittlerweile sind lange verschwundene Originale der Krankengeschichte wieder aufgetaucht und haben die historische und psychiatrische Bearbeitung des Falles „Ellen West" neu aufleben lassen, siehe dazu den Sammelband von Albrecht Hirschmüller (Hrsg.), Ellen West. Eine Patientin Ludwig Binswangers zwischen Kreativität und destruktivem Leiden. Neue Forschungsergebnisse, Heidelberg 2003, sowie Naamah Akavia, Writing „The Case of Ellen West": Clinical Knowledge and Historical Representation, in: Science in Context 21/01 (2008), S. 119–144.
Ellen West war 1921 nach verschiedenen anderen Therapien im Alter von 34 Jahren für drei Monate (Januar bis März) in Kreuzlingen und wurde von Binswanger behandelt. Zwischen der Behandlung und der Publikation der Krankengeschichte liegen also 23 Jahre. Zur originalen Krankengeschichte im Kontrast mit der publizierten Fallgeschichte siehe v. a. Albrecht Hirschmüller, Ellen West: Drei Therapien und ihr Versagen, in: Albrecht Hirschmüller (Hrsg.), Ellen West. Eine Patientin Ludwig Binswangers zwischen Kreativität und destruktivem Leiden. Neue Forschungsergebnisse, Heidelberg 2003, S. 13–78.
Nicht nur die Therapie, auch die Diagnose war bei Ellen West unklar, diskutiert wurde eine Bandbreite an Krankheiten von Anorexie über Depression bis Schizophrenie. Die Problematik unterschiedlicher, teils widersprüchlicher Diagnosen teilte Ellen West mit einem anderen prominenten Patienten Binswangers, Aby Warburg, der vom April 1921 bis 1924 in der Klinik Bellevue war. Bei Warburg wurde in Kreuzlingen zuerst Schizophrenie diagnostiziert, bevor jedoch Emil Kraepelin 1923 bei einem Besuch die Diagnose manisch-depressives Irresein stellte – ein Urteil, das für Warburg Hoffnung auf Besserung und Genesung statt Unheilbarkeit bedeutete, siehe dazu Davide Stimilli, Tinctura Warburgii, in: Chantal Marazia/Davide Stimilli (Hrsg.), Die unendliche Heilung. Aby Warburgs Krankengeschichte, Zürich 2007, S. 7–25. Diese zwei prominenten Beispiele verweisen nicht nur auf die Streitigkeiten der verschiedenen Schulen und Psychiater über Diagnosen, sondern auch auf die Bedeutung von Diagnosen als „Urteil" über das weitere Schicksal der Patientin bzw. des Patienten.

[218] Ludwig Binswanger, Wahnsinn als lebensgeschichtliches Phänomen und als Geisteskrankheit. Der Fall Ilse, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 110 (1945), S. 129–160.

Zünd“ (1946/47)[219], „Der Fall Lola Voß“ (1949)[220] und „Der Fall Suzanne Urban“ (1952/53)[221]. Diese fünf Fälle wurden 1957 in einem Band unter dem Titel „Schizophrenie“ versammelt und mit einer Einleitung versehen, in der erklärt wurde, warum gerade diese Fälle für eine erneute Publikation ausgewählt worden waren: Sie hätten ausreichend „krankengeschichtliches und lebensgeschichtliches ‚Material‘“ sowie umfangreiche Selbstschilderungen geboten. Außerdem war ein Auswahlkriterium, dass dem Ausbruch der Psychose bereits eine gewisse Zeit „abnormen Verhaltens“ vorausgegangen war, also „Weisen, die sich einerseits noch ohne weiteres in die Lebensgeschichte einfügten, andererseits aber schon ein Licht auf die Psychose selber vorauszuwerfen schienen“.[222] Insbesondere der zweite Punkt war methodisch notwendig, damit die Entwicklung des Wahns nachvollzogen werden konnte.

Wie Binswanger beschrieb, ging es ihm nicht um eine Neuformulierung der psychopathologischen Ordnung, die sich entlang der Krankheitssymptome orientierte, sondern vielmehr darum, eine völlig neue Ordnung zu formulieren, die von „ganz anderer Art“ sein sollte: „Sie steht diesseits der Begriffe von gesund und krank, von normal und anormal, und ist nur möglich auf dem Weg der Interpretation all jener Daten [der Kranken- und Lebensgeschichte, Anm. d. Verf.] als bestimmter Weisen des Daseins, des Daseinsganges und Daseinsvollzugs. Wir sprechen daher ganz allgemein von einer daseinsanalytischen Ordnung“.[223] Deutlich

[219] Ludwig Binswanger, Studien zum Schizophrenieproblem. Der Fall Jürg Zünd, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 56 (1946), S. 191–220; Ludwig Binswanger, Studien zum Schizophrenieproblem. Der Fall Jürg Zünd, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 58 (1947), S. 1–43; Ludwig Binswanger, Studien zum Schizophrenieproblem. Der Fall Jürg Zünd, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 59 (1947), S. 21–36.

[220] Ludwig Binswanger, Der Fall Lola Voß, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 63 (1949), S. 29–97.

[221] Ludwig Binswanger, Der Fall Suzanne Urban, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 69 (1952), S. 36–77; Ludwig Binswanger, Der Fall Suzanne Urban, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 70 (1952), S. 1–32; Ludwig Binswanger, Der Fall Suzanne Urban, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 71 (1953), S. 57–96.

[222] Binswanger, Schizophrenie, S. 11. Im Folgenden wird aus diesem Band zitiert und auf den jeweiligen Fall hingewiesen. Ist kein Fall erwähnt, so handelt es sich um das Einführungskapitel.

[223] Binswanger, Schizophrenie, S. 12. Die Psychopathologie sah Binswanger im Widerspruch zur Daseinsanalyse, weil die Psychopathologie wie auch die Schulpsychologie die Psyche vergegenständlichen und damit zu einer Art „zweiten, neben oder mit dem leiblichen Organismus bestehenden, seelischen Organismus oder gar seelischen Apparat“ machen würden, siehe Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ellen West, S. 154. Binswanger kritisierte die Haltung der Psychopathologie, die Reduzierungen und Verengungen akzeptierte, „um den ‚Anschluss‘ an die *Biologie* zu finden, die wie gesagt allein den *Begriff der Krankheit* im medizinischen Sinne und die Möglichkeit einer medizinischen *Diagnose* und *kausalen* Therapie verbürgt.“, Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ellen West, S. 154. Deswegen verwahrte er sich auch zu einem späteren Zeitpunkt dagegen, dass die Daseinsanalyse „in den Rahmen objektivierender Erkenntnis eingespannt“ würde, und erklärte, es sei notwendig, „dass Daseinsanalyse und die ihr eigene Weise der *Erfahrung umgedeutet* werden müssen, um als *klinische* Erfahrung zu fungieren. Daseinsanalyse wird dann Psychologie und Psychopathologie, wenn auch eine durch ihr entnommene Gesichtspunkte und Erfahrungen erweiterte und vertiefte.“, siehe Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Suzanne Urban, S. 453.

wird in diesem Zitat bereits die Rezeption der Philosophie Martin Heideggers. In Anlehnung an Heideggers Ausführungen zum Sein ging auch Binswanger davon aus, dass das Dasein eine bestimmte Seinsverfassung aufweise – und auch, dass es eine Unordnung in der Seinsverfassung geben könne und man zeigen könne, worin diese Unordnung bestehe und durch welche Momente sie entstanden sei.[224] Daher interessierten Binswanger weniger die Symptome der Schizophrenie, als vielmehr, wie sich Schizophrenie als eine spezifische Daseinsform erfassen und beschreiben ließ.[225] Mit seinem Programm einer Daseinsanalyse der Schizophrenie umging Binswanger damit zwei zentrale Probleme der klinischen Schizophrenieforschung: Die Frage, inwieweit es eine real vorliegende Krankheitseinheit namens Schizophrenie gebe, und die Diskussion, welche Symptome hauptsächlich dazugehörig wären. Stattdessen konzentrierte sich Binswanger darauf, in die „*spezielle* Struktur der Seinsverfassung unserer Fälle Einsicht zu bekommen",[226] das hieß, die Besonderheit des schizophrenen Seins besser zu verstehen.

Bereits aus den wenigen Zitaten aus Binswangers Werk bisher dürfte deutlich geworden sein, dass die Daseinsanalyse nicht nur eine neue Betrachtungsweise anstrebte, sondern auch eine neue Art und Weise des Sprechens über Schizophrenie formulierte. Im Wesentlichen lässt sich Binswangers Daseinanalyse als Versuch beschreiben, Schizophrenie als eine spezifische – aber nicht als abnorme – Form der menschlichen Existenzweise zu begreifen. Eine Säule war die Lebensgeschichte, die andere die phänomenologische Beschreibung.[227] Er beschrieb die Phänomene wie etwa den Wahnsinn allgemein als „Phänomene des In-der-Welt-über-die-Welt-hinaus-*seins*, besondere *Formen* desselben, denen wieder besondere Formen des Selbst- und Nichtselbstseins, des Mitseins, Miteinanderseins und Nichtmiteinanderseins, der Räumlichung und Zeitigung usw. eignen".[228] Diese auf den ersten Blick schwierigen Formulierungen spiegeln, stark vereinfacht gesagt, das Verständnis Binswangers vom Sein, das seiner Auffassung nach in verschiedenen Formen und Verhältnissen entstand und sich ausdrückte, und daher in diesen Formen und Verständnissen beschrieben und begriffen werden

[224] Binswanger, Schizophrenie, S. 12. Seit Heidegger erst sei es möglich, davon zu sprechen „und zu zeigen, worin sie [die Unordnung, Anm. d. Verf.] bestehen kann, m. a. W. zu zeigen, welche Momente dafür verantwortlich zu machen sind, dass jene Gefügeordnung sozusagen ‚versagt', dass sie Lücken aufweist und wie diese Lücken vom Dasein wieder ausgefüllt werden".

[225] Binswanger, Schizophrenie, S. 12. Während die klinische Psychiatrie sich weiter auf die „Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit von Krankheits-Symptomen und -Syndromen" konzentriere, vergleiche die Daseinsanalyse „auf Grund bestimmter Daseinsverläufe und Daseinvollzüge. An Stelle der *Krankheitseinheit* einer kleinen, wenn auch symptomatologisch-klinisch sehr verschiedenartigen Gruppe, tritt hier die *Einheitlichkeit* bestimmter *Daseinsstrukturen* und *Daseinsverläufe*."

[226] Binswanger, Schizophrenie, S. 12.

[227] „Wenn wir von einem lebensgeschichtlichen Phänomen der Hilflosigkeit, der Opferbereitschaft, des Wahnsinns und schließlich der Arbeit sprechen, so haben wir auch die Pflicht, diese Phänomene auf ihre phänomenale Struktur hin zu untersuchen und zu beschreiben.", Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ilse, S. 43.

[228] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ilse, S. 43.

konnte. Von der Verfasstheit des Seins hing dann weiteres ab, wie beispielsweise die Möglichkeit zur Kommunikation und Verständigung zwischen der eigenen Welt und der Welt der anderen.

In allen Lebensgeschichten seiner Patientinnen und Patienten entdeckte Binswanger den Versuch, eine gestörte Ordnung oder eine verlorene Idealvorstellung wiederherzustellen; gleichzeitig hätten sie sie enorme Anstrengungen unternommen, um die Möglichkeit des Scheiterns zu verdecken oder nicht eintreten zu lassen.[229] Aufgerieben von diesem Kampf, schlug die Stimmung schließlich in Resignation und Kapitulation um; die Patientinnen und Patienten lösten sich von ihren eigenen „Lebenszusammenhängen" und lieferten sich stattdessen im Wahn „an die Entscheidungen ‚fremder' Mächte oder ‚fremder' Menschen" aus.[230] Hatte sich davor das Dasein in der Spannung von zwei unversöhnlichen Alternativen befunden, so trat an deren Stelle nun eine eindeutige, dafür aber nicht korrigierbare Erfahrung: die wahnhafte Erfahrung, nach deren Maßstab und Gültigkeit alle weiteren Erfahrungen geformt und bestimmt würden.[231]

In Anlehnung an die Sentenz vom Krieg als Fortsetzung der Politik mit anderen Mitteln, beschrieb Binswanger den Wahnsinn als Fortsetzung der bisherigen Lebensgeschichte mit einem anderen Mittel.[232] Er ging davon aus, dass jede Lebensgeschichte eine eigene Schicksalshaftigkeit und bestimmte Thematik hatte, mit der das Selbst sich auseinander setzen musste, wobei diese Auseinandersetzung zwischen der Lösung und der ständigen Wiederholung der Thematik schwanken konnte.[233] Sein Modell beinhaltete ausdrücklich die Möglichkeit eines glücklichen Endes, einer letzten „lebensgeschichtlichen Etappe, in der das Selbst tatsächlich wieder die Führung übernahm, und das lebensgeschichtliche Problem wiederum einer neuen, nun aber endgültigen Lösung entgegenführte".[234] An die Stelle von „Hilflosigkeit und Unentschlossenheit" und dem „‚wahnsinnigen' Hin- und Hergetriebenwerden" trete dann endlich die Lösung des Problems, worunter Binswanger seine Überführung „in die Bahn ziel- und methodenbewusster, mühsamer und geduldiger ‚psychologischer' Arbeit, mit *einem* Wort, in die Welt der *Praxis*", verstand.[235]

Die Daseinsanalyse war von der Psychoanalyse inspiriert, formulierte aber den Anspruch, sie „zu erweitern und zu vertiefen".[236] Vor allem in „Ellen West" nahm Binswanger zum Verhältnis von Daseinsanalyse und Psychoanalyse Stellung und

[229] Er sprach von einem „*Auseinanderbrechen der Konsequenz der natürlichen Erfahrung*", Binswanger, Schizophrenie, S. 13, die alle Fälle auszeichne, und womit sich die Kranken „nicht abzufinden vermögen, sondern dauernd nach *Auswegen* suchen, um die gestörte Ordnung wiederherzustellen." Ebd., S. 14. Es komme zu einer „*Aufspaltung der Inkonsequenz der Erfahrung* in eine *Alternative*, ja in ein starres *Entweder-Oder*". Ebd., S. 16.

[230] Binswanger, Schizophrenie, S. 21 und S. 26.

[231] Binswanger, Schizophrenie, S. 26.

[232] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ilse, S. 35.

[233] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ilse, S. 40 f.

[234] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ilse, S. 42.

[235] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ilse, S. 42.

[236] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ellen West, S. 138.

erklärte, man verdanke ihr eine neue heuristische Methode. Er kritisierte aber, dass sie sich hauptsächlich mit der Phantasie- und Traumwelt beschäftige, während die Daseinsanalyse „alle möglichen Weltentwürfe menschlichen Daseins"[237] herausarbeite. Für einen Vorteil der Daseinsanalyse hielt Binswanger außerdem, dass sie mit keiner vorgefertigten Idee vom Menschen an diesen herantrete – wie die Psychoanalyse –, sondern nur feststelle, „dass der Mensch in der Welt ist, Welt hat und sich zugleich über die Welt hinaus sehnt".[238] Auch hinsichtlich des Umgangs mit der Lebensgeschichte grenzte Binswanger seine phänomenologische Methode von der psychoanalytischen Methode ab. Die psychoanalytische Deutung der Lebensgeschichte, so Binswangers Vorwurf, nehme eine chronologische Ordnung und einen Entwicklungsprozess an, in dem lebensgeschichtliche Phänomene wie Symptome behandelt würden. Binswanger rückte die Psychoanalyse daher in die Nähe der klinischen Analyse, der die „*Lebens*geschichte zur *Krankheits*geschichte" würde, in der alle Äußerungen „zu Merkmalen oder *Symptomen für* etwas, das sich gerade nicht *in* ihnen zeigt, sondern sich hinter ihnen verbirgt, für die Krankheit nämlich", würden und „an Stelle der phänomenologischen Interpretation die *Diagnose*" trete.[239]

Binswanger ging es in der Daseinsanalyse aber gerade nicht darum, die Psychose, den Inhalt des Wahns oder den Wahn selbst verständlich und psychogenetisch nachvollziehbar aus der Lebensgeschichte herzuleiten. Es ging ihm nicht darum, aus seelischen Fähigkeiten, Charaktereigenschaften, Persönlichkeitstypen, Temperamenten, Konstitutionen, Trieben, einschneidenden Erlebnissen, Veränderungen der psychischen Funktionen bzw. der Organe oder aus einem Zusammenspiel all dieser verschiedenen Momente eine Erklärung der Psychose herzuleiten.[240] Er verwarf die Aufgabe der Klinik, sich an der Frage nach der Ursache zu versuchen, zwar nicht, er sah sie aber nicht darin aufgehen. Vielmehr wollte er sich dem ontologischen Grund all dieser verschiedenen Faktoren nähern, und diesen Grund sah er im „Dasein".[241]

[237] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ellen West, S. 137.
[238] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ellen West, S. 137.
[239] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Ellen West, S. 153.
[240] Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Suzanne Urban, S. 463.
[241] Die Daseinsanalyse sollte „die Eigenart der apriorischen *Daseinsstruktur*" aufzeigen, „die alle jene eigenartigen Phänomene *ermöglicht*, welche wir klinisch als schizophrene *Symptome* und als schizophrene *Psychose* überhaupt *diagnostizieren*". Binswanger, Der Fall Suzanne Urban, S. 464. Er betonte: „Aus all dem geht hervor, dass es uns *nicht um einen Erklärungsversuch des Wahns* als Krankheitssymptom ankommt, geschweige denn um einen Versuch, die *Ursache* der Schizophrenie als Krankheit aufzufinden, ein Unternehmen, das in das Gebiet der Pathobiologie und Pathophysiologie gehört. Was wir wollen, ist, aufzuhellen und zu beschreiben, was da, wo wir von (schizophrenem) Wahn *sprechen*, als *anthropologisches Phänomen* vorliegt, m. a. W. *wie die Struktur eines Daseins ‚beschaffen' sein muss*, wenn das vorliegt, was wir in der psychiatrischen Pathologie als Wahn bezeichnen und feststellen (nämlich, dass ein Mensch ‚Ideen' hat, die nicht in der Wirklichkeit fundiert oder ‚nicht berechtigt' sind, die ‚unkorrigierbar' sind, um die sich das ganze Lebensinteresse des Menschen dreht usw.)." Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Jürg Zünd, S. 288.

Ein Verstehen des Wahns hielt Binswanger, da er ihn als spezifische Existenz- und Daseinsweise begriff, nur auf dem daseinsanalytischen Wege für möglich. Er hielt nicht nur den Geist von der Krankheit betroffen, sondern das ganze Sein des Menschen, einen Zustand, den er mit Bildern des Zerfallenseins, Gefangenseins und Eingeschlossenseins beschrieb.[242] Auf den ersten Blick war Binswangers Auffassung vom Wahn als einer spezifischen Daseinsform nicht so weit entfernt von der schon von Jaspers formulierten These, der Wahn sei eine spezifische, andere Form des Erlebens; anders als Jaspers hielt es Binswanger jedoch für sehr wohl möglich, etwas über diese Daseinsform auszusagen, da er sie als spezifische Weise des Menschseins und damit an bestimmte allgemeine Formen des menschlichen Daseins gebunden begriff. Die Daseinsanalyse begann dort, wo Jaspers Konzept nichts mehr aussagen wollte. Was Binswangers Ansatz jedoch fehlte, und was insbesondere im Fall „Ellen West" tragisch endete, war ein therapeutischer Anspruch. Es ging ihm um die Beschreibung der Daseinsstruktur des Wahns, nicht um eine Therapieanleitung. Diese überließ er zu großen Teilen weiter der Psychoanalyse, die er in der Praxis denn auch nicht als Gegensatz zur Daseinsanalyse empfand.[243] Für die therapeutischen Unternehmungen von Frieda Fromm-Reichmann, Harry S. Sullivan und Marguerite Sechehaye hatte er viel Lob übrig. Nicht zuletzt durch die psychoanalytische Behandlung hielt Binswanger es für möglich, den Kranken aus seiner Rolle auf der „Bühne des Wahnsinns" herauszuholen und ihm wieder zu einem normalen Standort in der Welt zu verhelfen, in der er wieder Daseinspartner sein konnte.[244]

Auch der Heidelberger Psychiater Karl Peter Kisker bezeichnete es 1957 in einem Aufsatz als ein „methodologische[s] Ärgernis", dass die Psychopathologie der Schizophrenie nur ein begrenztes Verstehen zulasse, und sah es deshalb als eine

[242] Begriff der „Existenzweise" fällt etwa bei Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Jürg Zünd, S. 259; der Begriff der „Daseinsweise" bei Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Suzanne Urban, S. 415. Es sei ein „Zerfallensein" des Menschen mit dem Dasein, ein Dasein, das von Angst und Verzweiflung beherrscht werde, Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Jürg Zünd, S. 288; dem Dasein werde die Welt „*verhüllt* oder *verschlossen*, *eingeschlossen* wie es ist in sein Thema und dessen *Verabsolutierung*": „Was den ‚Wahnkranken' uns entfremdet, was ihn als aliéné erscheinen lässt, das sind nicht einzelne Wahrnehmungen oder Ideen, sondern die Tatsache seines Eingeschlossenseins in einen von einem einzigen oder einigen wenigen Themen beherrschten und insofern enorm *eingeengten Weltentwurf*." Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Suzanne Urban, S. 401. Das Selbst kann sich nicht mehr zurückgewinnen, ist nicht mehr in der Lage, „aus der Welt her auf sich selbst zurückzukommen", Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Suzanne Urban, S. 415. Man könne daher „tatsächlich *nicht* sagen, dass der Wahn, die Psychose überhaupt, eine *Krankheit des Geistes* sei; sie ist ein Kranksein des *Menschen* im Sinne einer besonderen Art des Missglückens seines Seinkönnens überhaupt hinsichtlich seiner höchsten Seinsmöglichkeiten, eben des ‚Seins im Geiste'". Binswanger, Schizophrenie, Der Fall Suzanne Urban, S. 415.

[243] Siehe Klaus Hoffmann, Ludwig Binswanger und die Daseinsanalyse, in: Albrecht Hirschmüller (Hrsg.), Ellen West. Eine Patientin Ludwig Binswangers zwischen Kreativität und destruktivem Leiden. Neue Forschungsergebnisse, Heidelberg 2003, S. 79–93.

[244] Zitiert nach Hoffmann, Ludwig Binswanger und die Daseinsanalyse, S. 84.

„Notwendigkeit, das traditionelle Verstehensschema zu erweitern".[245] Um diese Erweiterung des Verstehens durchzusetzen, forderte er eine „psychologische Durchdringung" der psychopathologischen Lehrinhalte, um nach „einer Epoche subtiler Beschreibungen und *aristotelischen* Ordnungsgeschäftes" endlich zu neuen Synthesen und Zusammenhängen vorzudringen.[246] Eine Schizophrenie-Forschung, die sich nicht mit dem Wissen der Psychologie verbinden ließ, lehnte Kisker rundweg ab.

Kisker war vor allem damit unzufrieden, dass mit dem vorhandenen psychopathologischen Wissen seiner Meinung nach zwar einiges über das „Was", wenig aber über das „Wie" der Schizophrenie ausgesagt werden konnte. Zur Illustration flocht Kisker eine Fallgeschichte ein, in der er die diversen psychiatrischen Krankheiten der Familienmitglieder ebenso aufführte wie eine ausführliche Wiedergabe der Ereignisse, die den Ausbruch der Krankheit begleiteten. Kisker erklärte, der Fall könne nun auf verschiedene Faktoren hin untersucht werden, etwa nach der Belastung in der Familie, der „erbbiologische Minderwertigkeit", der Konstitution und dem Charakter des Patienten, auf „ungünstige Kindheitseinflüsse" oder das Alter. Mit diesen Faktoren könne durchaus, so Kisker, „eine wertvolle klinische *Erfahrungsprognostik*" erstellt und „über das Dass der Schizophrenie" reflektiert werden.[247] Jedoch werde damit ebenso wie mit der Psychopathologie „keine Einsicht in das *Wie* der psychologischen Situation des Schizophrenen" ermittelt. Um dazu einen Gegenstandpunkt zu entwickeln, bezog sich Kisker auf anthropologische, phänomenologische und vor allem psychodynamische Gedanken. Der phänomenologischen Psychologie schrieb er das Potential einer „psychologischen Revision des psychopathologischen Wissens" zu, vor allem deshalb, weil sie den seelischen Erscheinungen einen „Eigenwert" zugestand und sie nicht nur als ergänzende Beobachtungen bewertete.[248]

Wie die unterschiedlichen Methoden von Phänomenologie und Psychopathologie zusammenarbeiten sollten, war noch nicht ganz klar, Kisker sah jedoch erste Vorarbeiten dazu bereits geleistet.[249] Auch erste Ansätze zur Ausbildung einer hermeneutischen Methode sah er zum einen mit der Daseinsanalyse, zum anderen mit der psychodynamischen Lehre nach Kurt Lewin bereits vorliegen.

[245] Karl Peter Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, in: Der Nervenarzt 28 (1957), S. 199–206, hier S. 199: „Die Psychopathologie der Schizophrenie bringt uns mit dem methodologischen Ärgernis des begrenzten Verstehens der Kranken besonders deutlich vor die Notwendigkeit, das traditionelle Verstehensschema zu erweitern."

[246] Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, S. 199.

[247] Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, S. 202.

[248] Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien. Als Vertreter dieser Richtung führte Kisker die psychiatrischen Richtungen der Berliner, Leipziger, Würzburger und Wiener Schule an, aber auch den erlebnispsychologischen Ansatz (E. Straub) und die Gestaltkreisforschungen.

[249] Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, S. 199. „Es stellt sich sogleich das von H. Kunz und Müller-Suur prägnant erfasste Problem der Beziehbarkeit empirisch-psychopathologischer Forschungsergebnisse auf eine phänomenologische Grundwissenschaft der Psychopathologie, die sich z. B. in den Fragen von Kulenkampff und Tellenbach andeutet."

Beide hielt er für geeignet, eine „die traditionelle Verstehensschranke passierende Einsicht" in die Seele der Kranken zu generieren.[250] Insbesondere von der psychodynamischen Lehre versprach sich Kisker dabei auch die Überwindung der dichotomischen Ordnung zwischen „Dasein" und „Sosein" sowie psychogenem und somatogenem Ansatz.[251] Zugleich hatte die psychodynamische Forschung in den Augen Kiskers den Vorteil, dass sie sich auf einer Ebene oberhalb der semiotischen Beschreibung klinischer Einzelfälle befand, aber doch noch innerhalb der Ordnung der nosologischen Einheiten. Zudem konnte sie psychische Dynamiken und Beziehungen abbilden, während die Psychopathologie eher statisch aufgebaut schien. Um seiner Forderung nach einer Dynamisierung der Psychopathologie Nachdruck zu verleihen, bediente sich Kisker auch des Arguments des therapeutischen Nutzens: „Eine solche Suche nach wissenschaftlicher Aufschließung eines bisher psychologisch weitgehend Ungangbaren könnte unserem Wissen um Symptomvariation, Prognostik und Begrenzung einer planmäßigen Schizophrenie-Psychotherapie zu einem Grund verhelfen, der zwischen der klinischen Empirie von ‚außen' und einer vereinfachenden ‚Psychologisierung' liegt."[252]

Auch Klaus Conrad, der Direktor der Universitäts-Nervenklinik Göttingen, versuchte, an das Erleben der Schizophrenie näher heranzukommen, als es ihm die bisherige Psychopathologie ermöglicht hatte. Er erklärte in seiner Studie „Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns" von 1958, die Psychiatrie stehe in ihrer Krise nun vor der Entscheidung, ob sie sich „mit der Aufzählung mehr oder weniger spezifischer ‚schizophrener' Symptome begnügen und auf ihre hirnpathologische, also letztlich physische Klärung hoffen, und damit das Schizophrene dort belassen [solle], wo es seit Jaspers (1913) stehen geblie-

[250] Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, S. 199 f., direktes Zitat S. 200. Zwei Wege hielt er dafür möglich: Zum einen die „Ausbildung einer anthropologischen Hermeneutik der *ontologischen Fundamente* psychotischer Phänomene und der (psychophysisch neutral gedachten) psychotischen *Person*", wie sie Ludwig Binswanger mit der Daseinsanalyse eingeleitet habe. Erste Beispiele für deren Entwicklung seien von Zutt und von Baeyer erarbeitet worden, alle Zitate S. 199. Als deutschsprachige Beispiele für die zweite Richtung führte er Conrad mit der abnormen Erlebnisreaktion, Matussek mit der Wahnwahrnehmung und Bash an. In den USA seien es Dembo und Hanfmann, die zur Hospitalisierung arbeiteten, Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, S. 200.

[251] Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, S. 200. Denn die topologische Erfassung der seelischen Zusammenhänge sei zwar „*weniger* als eine psychogenetische Frage nach dem Dasein der Psychose", aber auch „*mehr* als eine inhaltliche Durchleuchtung ihres Soseins". Es gehe „um die *Herausarbeitung der seelischen Eigenbestimmtheit der psychologischen Situation des Schizophrenen*". Die psychodynamische Lehre entspreche dem „heute deutlich empfundenen Bedürfnis nach Überwindung des Alternativansatzes von Psychogenem und Somatogenem in der Schizophrenie (Kurt Schneider, Wyrsch, H. Ey, Müller-Suur, Spoerri). Gegenüber jeder psychosomatischen oder somatopsychischen Physiognomik dringt sie auf eine prägnantere Fassung dynamischer Vorgänge im *psychologischen* Lebensraum des Schizophrenen."

[252] Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, S. 206.

ben ist; als ein gemeinsames ‚Unverständliches'".[253] Er sah den Weg aus der Krise jedoch nicht in der phänomenologischen Anthropologie, die er stark kritisierte, sondern konzentrierte sich auf die bereits von Jaspers formulierte Annahme, dass Schizophrenie für die oder den Erkrankten mit einem besonderen Erleben bzw. einem Erlebniswandel verbunden sei. Zwischen Psychopathologie und phänomenologischer Anthropologie – deren Ansatz für Conrad gleichbedeutend war mit dem Verzicht „darauf, Psychopathologie als Wissenschaft zu treiben" und der Verwandlung „aus dem Forscher in einen Dichter"[254] – vermittelnd, machte sich Conrad an den Entwurf eines integrierenden Mittelweges, der an den Beginn der phänomenologischen Studien zur Schizophrenie wieder anknüpfen sollte:[255] „Wir wollen den Versuche machen, Psychopathologisches wieder psychologisch anzupacken. Zu glauben, man hätte das Wesen einer Halluzination erklärt, wenn man ihr somatisches Korrelat im Hirnstrombild registriert hat, scheint uns ebenso verfehlt, wie die Meinung, man hätte Klarheit über sie gewonnen, wenn man ihren Sinn aus dem Weltentwurf dieses Daseins verstanden zu haben glaubt."[256] Die sogenannte Gestaltanalyse sollte sich den Bereich der „Erlebnisbeschreibung und Erlebnisanalyse" vornehmen und damit als „Gestaltanalyse des Wahns" der „Daseinsanalyse des Wahnkranken" vorausgehen, ohne sich denselben „großen analytischen Bemühungen um die gesamte Lebensproblematik des Kranken von frühester Kindheit an" zu unterziehen, wie sie die Daseinsanalyse forderte.[257] Damit wollte Conrad die Beschränkung umgehen, die die Konzentration auf ausgesuchte Einzelfälle mit sich brächte, denn es „gehe letztlich ja nicht um die Individualität ‚Ellen West' usw., *sondern um das Problem Schizophrenie*". „[H]ochdifferenzierte Ausgangsfälle" sah Conrad nicht unbedingt als geeignet für allgemeine Aussagen, „weil sie durch ihre Ausgeformtheit das Krankheitstypische eher verbergen als enthüllen" würden.[258] Einzelfälle würden immer nur etwas über den „Weltent-

[253] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 5. Zur Geschichte der Gestaltpsychologie in Deutschland bis in die sechziger Jahre hinein siehe Mitchell G. Ash, Gestalt Psychology in German Culture, 1890–1967. Holism and the Quest for Objectivity, Cambridge/New York 1995. Zu Conrads Biografie und seinem wissenschaftlichen, nicht immer leicht einzuordnenden Ansatz siehe Mathias Sambale, Gestaltpsychologie in der Nervenheilkunde. Eine ideengeschichtliche Untersuchung anhand der Schriften Klaus Conrads, Jena 2015. Conrad kam eigentlich von der Konstitutionslehre Ernst Kretschmers her, beschäftigte sich aber seit den 1940er Jahren zunehmend mit der Gestaltpsychologie Berliner Schule, vgl. Sambale, S. 33–43; zur Entstehungsgeschichte von „Die beginnende Schizophrenie", die auf in den 1940er Jahren gesammelten – und damit bereits eine Weile zurückliegenden – Krankengeschichten beruhte, ebd., S. 41–43.

[254] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 5. Conrad zählte dazu Zutt, von Baeyer, Wagner, Kulenkampff, Müller-Suur, Tellenbach, Häfner, Winkler, vgl. Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 156.

[255] Conrad nannte die Namen von Jaspers, Gruhle, Kurt Schneider, Mayer-Gross, Bürger-Prinz, vgl. Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 156.

[256] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 6.

[257] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 7.

[258] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 156.

wurf des einmaligen, nicht wiederholbaren Daseins" aussagen, nichts aber über den spezifischen und allgemeinen „Weltentwurf in der Schizophrenie".[259]

Mit seiner Form der Gestaltanalyse meinte Conrad mehrere Lösungen des Schizophrenieproblems gefunden zu haben. Zum einen hielt er es nach den vorangegangenen Analysen nicht mehr für angemessen, „von einem ‚sinnlosen Nebeneinander' schizophrener Symptome"[260] zu sprechen, würden doch seine Deutungsvorschläge der veränderten Erlebnisstruktur „alle schizophrenen Phänomene aus dem Wesen dieser Veränderung verständlich erscheinen"[261] lassen. Ebenso sah er durch seine Forschung die Kraepelin'sche Konzeption der nosologischen Einheit bestätigt und war zuversichtlich, dass eine Ausrichtung des Schizophreniebegriffes an seinen Kriterien es ermöglichen würde, dass „die Diagnose Schizophrenie überall in der Welt einheitlich gestellt werden" könnte.[262] Auch war Conrad abschließend der Annahme einer biologischen Basis der Krankheit – also hirnorganischen Prozessen – nicht abgeneigt und hielt es „keineswegs [für] aussichtslos, das Problem der Krankheit Schizophrenie auf dem Wege physiopathologischer Forschung einer Lösung näher bringen zu wollen".[263]

Zwei Jahre nach Conrads „Die beginnende Schizophrenie" publizierte Karl Peter Kisker seine bereits im Topologie-Aufsatz in Ansätzen erkennbar gewesene Theorie eines Erlebniswandels in einem knap 140 Seiten umfassenden Werk unter dem Titel „Der Erlebniswandel des Schizophrenen. Ein psychopathologischer Beitrag zur Psychonomie schizophrener Grundsituationen".[264] Im Geleitwort erklärte Walter von Baeyer, es gehe bei der aktuellen Auseinandersetzung um Schizophrenie nicht um klinische oder psychopathologische Fragen, sondern „um das Wesen des Schizophrenieseins selbst […] und um seine Beziehungen zur Welt, insbesondere zur menschlichen Mitwelt".[265] Tatsächlich war Kiskers Arbeit ausschließlich an philosophischen und psychologischen Fragestellungen orientiert und begann mit einer Sichtung der philosophischen, anthropologischen und dynamisch-topologischen Zugänge zur „schizophrenen Person". In einem als „Wandlungen der Selbstverfügbarkeit der Schizophrenen" betitelten Kapitel unternahm er anschließend den Versuch, mit Ansätzen der dynamischen Topologie zu beschreiben, was seiner Ansicht nach im schizophrenen Schub geschah. Von seinem Ansatz versprach er sich die „Möglichkeit, Einsicht zu gewinnen in die Auseinandersetzung eines Menschen mit jäh hervorbrechenden, entordnet scheinenden Strebungen und Gehalten", die zuvor in das Selbst integriert gewesen waren. Damit meinte Kisker vor allem nicht gelingende Anpassungsversu-

[259] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 4.
[260] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 160.
[261] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 161.
[262] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 161.
[263] Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 162.
[264] Karl Peter Kisker, Der Erlebniswandel des Schizophrenen. Ein psychopathologischer Beitrag zur Psychonomie schizophrener Grundsituationen, Heidelberg 1960.
[265] Walter von Baeyer, Zum Geleit, in: Kisker, Der Erlebniswandel des Schizophrenen, S. III-VI, hier S. III.

che, die eine Veränderung des Ichs hervorriefen, wobei er offenließ, inwieweit die Wandlung in der Psychose eine erlittene oder eine „geleistete Selbstgestaltung" sei.[266] Der „unglückliche Gedanke" von Jaspers von der „Unverstehbarkeit der schizophrenen Totalveränderung" jedenfalls war nach Kiskers Auffassung durch die Arbeiten der daseinsanalytischen und anthropologischen Psychiatrie ausreichend widerlegt.[267] Wie er anhand der im letzten Kapitel dargestellten Krankengeschichte des Patienten „M." darlegte, nahm Kisker nicht nur an, dass hinter dem psychotischen ebenso wie hinter dem normalen Leben „Sinnverbände" standen, sondern auch, dass der „Erlebniswandel" durchaus ein „produktiv-ordnendes Moment" aufwies. Er hielt die Schizophrenie also gerade nicht für eine Zerstörung der Ordnung, sondern nur für eine „verfehlte", dadurch aber nicht außer Kraft gesetzte. Eben dort sah er auch die Ansatzpunkte therapeutischer Versuche, „den Abgewichenen ‚wieder in Ordnung' zu bringen und ihm innerhalb des mitweltlichen Gefüges eine Position einzuräumen, die ihn zum sinnvollen Mitglied werden lässt".[268]

Krisengeschichten. Warum wurde Karl Braun schizophren?

Die Gemeinsamkeit der vorgestellten Ansätze beruhte nicht nur darauf, dass sie versuchten, Wissen über Schizophrenie über das Theorem der Unverständlichkeit hinaus zu gewinnen, und individuelle Geschichten und Situationen sichtbar zu machen. Gemeinsam war ihnen auch eine Denkfigur, welche den Bereich zwischen gesund und krank, zwischen Vernunft und Wahn als fließend beschrieb. Dadurch wurde der Wahn vom Menschsein nicht länger ausgegrenzt, sondern als eine Form und Möglichkeit menschlichen Existierens begriffen. Kisker etwa erklärte, von den „diffusen schizophrenen Ausgangsstimmungen der Ratlosigkeit und Unheimlichkeit" verlaufe eine „kontinuierliche Erlebnisreihe" bis zum Auftreten von Krankheitssymptomen.[269] Als Modifikationen und „Abirrungen des […] Menschseins", die nur schwer „von andersartigen Abirrungen abzugrenzen" seien, bezeichnete dagegen Walter von Baeyer den Wahn.[270] Von Baeyer erklärte, er selbst sei nie ganz davon überzeugt gewesen, dass die Grenze zwischen „paranoiden Erlebnisreaktionen und den Wahnwahrnehmungen Schizophrener" eine „absolute, d. h. übergangslose Grenze" sei, da doch auch Karl Jaspers selbst eher gradweise Unterschiede angenommen habe.[271] Zwischen leichter und schwerer

[266] Kisker, Der Erlebniswandel des Schizophrenen, S. 26.
[267] Kisker, Der Erlebniswandel des Schizophrenen, S. 27.
[268] Alle Zitate Kisker, Der Erlebniswandel des Schizophrenen, S. 125.
[269] Kisker, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, S. 203.
[270] Baeyer, Einleitung, S. 1.
[271] Baeyer, Einleitung, S. 9: „Es geht mir bei meiner Kritik am Jaspers-Theorem nicht um die Leugnung verschiedener Schichtungen und Herkunftsweisen des Wähnens bzw. des fixierten Wahnes. Wähnen und Wahn sind, was man gemeinhin darunter versteht, immer Modifikationen der Verständigung, des Sich-Verständigens, *negative* Modifikationen, Erschwerungen bis zu totalen Verhinderungen des Sich-Verstehens. Es gibt hier alle denkbaren Zwischenstufen zwischen genetisch und inhaltlich leicht einsehbaren Formen der Kommu-

entschlüsselbaren Formen lägen demnach graduelle Unterschiede, aber „keine alternative Kluft", wie sie Schneider, aber auch andere Psychiater nach wie vor annehmen würden.[272]

In der Denkfigur eines fließenden Übergangs zum Wahn kam der Vorstellung einer Krisensituation, die den Prozess anstieß, eine besondere Rolle zu. Dabei gab es jedoch Unterschiede in der Art und Weise, wie der Zusammenhang zwischen der Krisensituation und der Psychose gedacht wurde. Der Psychiater Walter Theodor Winkler beispielsweise griff die daseinsanalytische Idee auf, dass die Psychose als Ausweg aus einer nicht lösbaren Krise zu begreifen sei. Gemeinsam mit Stefan Wieser analysierte er 1959 im *Nervenarzt* zwei Fallgeschichten in entsprechender Weise, nicht ohne den Hinweis, dass es dafür der „besonders gründlichen Erforschung der Biographie des einzelnen Patienten" bedürfe.[273]

Nach der Meinung von Winkler und Wieser war deutlich, dass die Patientin ihrer Fallgeschichte bereits seit Jahren und schon lange vor dem Ausbruch der Schizophrenie auf eine Krise zugesteuert war. Sie deuteten die Schizophrenie daher als letzten Ausweg aus dieser Krise und als Abwehrmaßnahme des Ichs. Im Kern ging es dabei aus Sicht der Verfasser darum, dass die Patientin, eine beherrschte, strenge, rationale und kühle Person, die viel auf gesellschaftliches Ansehen gab, von Gefühlen für einen anderen Mann überwältigt worden sei. Nach einem letzten Versuch, „der drohenden Krise zu entgehen" und „eine echte Lösung des Konfliktes" zu erreichen, indem sie sich um eine bessere emotionale Beziehung zu ihrem Mann bemühte, von diesem aber zurückgewiesen wurde, stürzte „[d]as Verhalten des Ehemannes […] die Patientin unmittelbar in die Kri-

nikationserschwerung bis zu hermeneutisch schwer aufschlüsselbaren, hochgradig chiffrierten Mitteilungen, wobei die totale Unmöglichkeit verstehender Dechiffrierung, mit anderen Worten die totale Sinnlosigkeit des Wähnens, ein Grenzbefund bleibt." Ebd.

272 Als Beispiele nannte er das Wahnbuch von Gerd Huber und Gisela Gross, siehe Baeyer, Einleitung, S. 9.

273 Walter Theodor Winkler/Stefan Wieser, Die Ich-Mythisierung als Abwehrmaßnahme des Ich. Dargestellt am Beispiel des Wahneinfalles von der jungfräulichen Empfängnis und Geburt bei paraphrenen Episoden, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 75–81, hier S. 75. Auch sie hatten ihren Beitrag mit dem obligatorischen Hinweis auf die Grenzen der Psychopathologie begonnen: „Bisher war man gewohnt, die Themen, die sich im Bereich schizophrenen Erlebens zeigen, weitgehend außer Betracht zu lassen. Psychopathologisch relevant und für die Diagnose wichtig erscheint allein die Form, in der sich die Themen darboten. So unterschied v. a. Kurt Schneider bei den schizophrenen Psychosen streng zwischen der Sinngesetzlichkeit des Daseins und der Sinngesetzlichkeit des Soseins. Das Dasein schizophrener Erlebnisweisen sei grundsätzlich unverstehbar, wohingegen das Sosein (die ‚Inhalte', die Themen) im Einzelfall möglicherweise aus der Lebensgeschichte und der augenblicklichen Situation des Patienten ableitbar seien. Dies will aber besagen, dass bei den Schizophrenien keine innere Beziehung zwischen dem jeweiligen Thema und der Form, in der sich das Thema kundtut, bestehe, oder anders formuliert, dass das Thema für die Entstehung der Formalsymptome völlig irrelevant sei, weil es durch den schizophrenen Prozess zu einem Zerreißen des Sinnzusammenhanges zwischen Inhalt und Form komme. – Die Erfahrung lehrt nun aber, dass bei Schizophrenen (besonders zu Beginn der Psychose) immer wieder ganz bestimmte Themen erscheinen und dass sich diese Themen auch immer wieder in derselben Weise zeigen, ferner, dass Form und Inhalt aufs engste miteinander verknüpft sein können." Ebd., S. 75.

se". Die Gefühle der Bewunderung für den anderen Mann traten zutage, und „in dem nun nicht mehr aufzuhaltenden Einbruch" der bis dahin zurückgehaltenen Gefühle wusste ihr Ich, so die Fallgeschichte, sich keinen anderen Ausweg mehr, als sich vom Bewusstsein zurückzuziehen, um die nicht geduldeten Gefühle einem „Nicht-Ich" zuzuschreiben. Die Patientin wusste also nicht anders mit dem Konflikt, dem sie ausgeliefert war, umzugehen, „als durch die Flucht in das schizophrene Dasein".[274]

Nach Winklers und Wiesers Deutung hatte die Patientin ihren inneren Konflikt nicht anders lösen können, als Bereiche, die sie nicht als ihre eigenen dulden mochte, abzuschieben und abzuspalten. Ihre Hilflosigkeit wurde davon unterstrichen, dass sie als Opfer eines Konfliktes erschien, in den sie unschuldig hineingeraten war – allenfalls hatte, so die Verfasser, ihre übetriebene Selbstdisziplinierung den Grundstein für die Krise gelegt – und dem sie völlig ausgeliefert war. Mit der zweiten ganz ähnlichen Fallgeschichte unterstrichen die Verfasser diese These, da sie auch bei dieser Patientin die Entwicklung der Psychose aus einer Lebenskrise beobachtet haben wollten, „die sich von langer Hand vorbereitet hatte". Auch in diesem Fall hoben die Verfasser die Hilflosigkeit der Patientin hervor, eine Sichtweise, die sich auch in ihrer sprachlichen Beschreibung der Passivität im Erleben und Handeln der Patientin niederschlug: Gefühle, Männer, Konflikte treten auf, ab, werden heraufbeschworen, verschwinden oder melden sich. Die Verfasser inszenierten das Ich der Patientin als Schauplatz eines Dramas, dem es nicht gewachsen war. Nicht einmal den aufgrund ihrer Gefühle einsetzenden Schuldgefühlen, so die Fallgeschichte, sei die spätere Patientin gewachsen gewesen; vielmehr wurde sie von ihnen „förmlich überschwemmt"; sie „hatte schließlich sogar den Eindruck, dass ihre Schuld nunmehr aller Welt kundgetan" werde.[275] Es ist nicht zuletzt diese Verletzlichkeit und Hilflosigkeit der Patientinnen, die aus Sicht der Verfasser die besondere aussichtlose Situation entstehen ließ, aus dem quasi zwangsläufig die Flucht in den Wahnsinn folgte. Diese Idee schien attraktiv: Die „Wehrlosigkeit" des oder der Schizophrenen wurde einige Jahre später als eigenes Thema in einem Aufsatz von Hans Burkhardt aufgegriffen, in dem er wie Winkler und Wiese die Hilflosigkeit und den Opferstatus der Kranken betonte.[276]

[274] Alle Zitate Winkler/Stefan Wieser, Die Ich-Mythisierung als Abwehrmaßnahme des Ich, S. 77. Gegen eine mögliche Fehldeutung dieses Prozesses als Verdrängung oder Projektion verwahrten sich die Autoren.

[275] Alle Zitate Winkler/Stefan Wieser, Die Ich-Mythisierung als Abwehrmaßnahme des Ich, S. 80. Das Bild von der Überschwemmung durch Schuld kommt aus dem Storch-Aufsatz im *Nervenarzt* von 1959, vgl. Alfred Storch, Beiträge zum Verständnis des schizophrenen Wahnkranken, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 49–58.

[276] Hans Burkhardt, Die schizophrene Wehrlosigkeit, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 306–312. Hans Burkhardt war leitender Arzt am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Schleswig. Inwieweit speziell in diesem Beitrag von Winkler und Wieser auch eine geschlechterspezifische Wahrnehmung eingeflossen ist, kann nur abgeschätzt werden, da keine Vergleiche durchgeführt wurden. Auffällig ist dennoch, dass die Frauen als rational, beherrscht und diszipliniert geschildert werden, also mit Adjektiven, die eher Männern zugeschrieben werden, und diese Charakterisierung nicht unbedingt positiv ausfällt. Die Hervorhebung ihrer Hilflosigkeit und Passivität kann ebenfalls einer geschlechtsspezifischen Wahrnehmung der

Zielten solche Ansätze einerseits darauf ab, zu beweisen, dass durch lebensgeschichtliche Analysen mehr Verständnis für die schizophrenen Patientinnen und Patienten und ihre inneren Konflikte möglich war, so entwickelten sie doch zugleich das Narrativ des hilflosen Kranken weiter, der des Arztes oder Therapeuten bedarf. Das schizophrene Subjekt war letztlich, dachte man den Gedankengang zu Ende, überfordert mit seinem eigenen Selbst, seinen Gefühlen und Handlungspotentialen. Die Rahmung der Schizophrenie durch die Lebensgeschichte statt durch die Psychopathologie änderte also nichts am Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie.

Allerdings gingen die Auffassungen über die Bedeutungen, die einer Krise beizumessen waren, weit auseinander. Sie rührten zudem an die Auseinandersetzungen, ob Schizophrenie psychische oder somatische Ursachen habe, und damit stets auch an das empfindliche Bewusstsein, dass die Psychiatrie von der Ursache und Entstehung einer ihrer zentralen Krankheiten nicht viel zu berichten wusste. Wie sah der Übergang in den Wahn aus, wenn er nicht durch eine klare Grenze – krank oder nicht krank – getrennt war? Wann begann der Veränderungsprozess? Wie hatte man sich diesen vorzustellen?

Diese Fragen waren nicht leicht zu beantworten. Im selben Heft wie Winkler und Wieser hatte auch Caspar Kulenkampff, damals Psychiater an der Psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt, einen Beitrag mit dem Titel „Zum Problem der abnormen Krise" veröffentlicht.[277] An diesem entzündete sich die Kritik von Klaus Conrad, des bereits erwähnten Gestaltanalytikers, der sich in seiner Schrift „Die beginnende Schizophrenie" ebenfalls ausführlich mit der Problematik beschäftigt hatte, wie der Beginn der Psychose zu ermitteln sei. Über mehrere Hefte hinweg entspann sich eine Diskussion, die um die Frage kreiste: Entstand die Schizophrenie mit der Krise? Oder war sie deren Ursache? Caspar Kulenkampff hatte in seinem Aufsatz den Fall eines Patienten namens Karl Braun geschildert, der wiederholt in die Klinik aufgenommen und behandelt worden war. 1932 im Sudetenland geboren, war dessen Kindheit nach Kulenkampffs Einschätzungen recht unauffällig verlaufen, wenn auch die Mutter früh gestorben war, er daher wenig Geborgenheit erfahren hatte, und er und sein Vater 1946 ausgewiesen wor-

Psychiater zugeschrieben werden. Die Vorstellung von der schizophrenen Hilflosigkeit und Wehrlosigkeit sowie von der Psychose als letztem Ausweg aus der Krise war jedoch keine genuin geschlechtsspezfische, auch wenn sich in der Vorstellung davon, was als Krise verstanden und jeweils zugeschrieben und anerkannt wurde, sicher geschlechtsspezifische Wahrnehmungs- und Deutungsmuster niederschlugen. Eine entsprechende Untersuchung steht für die Schizophrenie jedoch noch aus.

277 Caspar Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 62–75, hier S. 62. Kulenkampff, geboren 1921, wurde später einer der führenden Sozialpsychiater in Deutschland. Er habilitierte sich unter Zutt in Frankfurt und baute dort eine Tages- und eine Nachtklinik auf. Er erhielt 1966 den Lehrstuhl für Psychiatrie in Düsseldorf und die Leitung des Psychiatrischen Großkrankenhauses. 1970 wurde ihm die Leitung der Psychiatrie-Enquete und damit der Entwicklung der Psychiatrie-Reformen übertragen. Die Häufung dieser Beiträge in einem Heft war kein Zufall, sondern dem 70. Geburtstag von Alfred Storch, einem Vertreter der Daseinsanalyse und anthropologischen Psychiatrie, gewidmet. Alfred Storch war 1934 in die Schweiz nach Münsingen emigriert.

den waren. Da Karl Braun nicht in Ostdeutschland hatte bleiben wollen, war er schließlich in Mühlburg gelandet, wo er als Packer Arbeit gefunden hatte. Als problematisch wurde in der Fallgeschichte seine Beziehung zu Frauen dargestellt, denen er sich aufgrund von Schüchternheit nicht recht nähern konnte. Wenn es zu einer Kontaktaufnahme kam, zog er sich rasch wieder zurück. Braun habe, so die Falldarstellung, selbst überlegt, ob dies mit dem Tod seiner Mutter zusammenhing. Er verliebte sich schließlich in eine junge Frau namens Karin, die seine Gefühle allerdings nicht im gleichen Maß erwiderte. Seine teuren Geschenke zu ihrem Geburtstag stießen eher auf Skepsis und „[e]s gelang ihm nicht, sie davon zu überzeugen, dass sie wirklich seine große Liebe sei".[278] Kurz darauf entwickelte er das Gefühl, an seinem Arbeitsplatz beobachtet und auf die Probe gestellt zu werden. Nach einem weiteren Zwischenfall mit Karin verstärkte sich dieses Gefühl.

Es fiel Karl Braun immer schwerer, so die Fallgeschichte, alltägliche und normale Aufgaben zu erfüllen. Schließlich wurde er in die Klinik aufgenommen, wo sich sein Zustand schnell verschlechterte. Die Elektroschockbehandlung, mit der nach einigen Wochen begonnen wurde, führte jedoch nach Einschätzung der behandelnden Ärzte zu guten Ergebnissen (wenn auch die Möglichkeit eingeräumt wurde, dass amnestische Lücken enstanden seien). Braun selbst habe schließlich erklärt, sich wieder gesund zu fühlen, und sei wieder in der Lage gewesen, Gespräche – aus denen vermutlich auch die Angaben über seine Lebensgeschichte und die Zeit vor dem Klinikaufenthalt stammten – zu führen. Er habe sogar selbst eine Erklärung für seinen katatonen Zustand gegeben: „Er habe den Blick der Anderen nicht aushalten können. Wenn man ihn angeblickt habe, sei es wie ein Strom durch seinen Körper gegangen. So habe er immer auf einen Punkt gestarrt und auf diese Weise den Blick der Anderen vermieden."[279]

Ein Jahr nach seiner Entlassung kam Braun jedoch erneut in die Klinik. Auch diesmal war der Aufnahme eine Phase der Verliebtheit mit einem anderen Mädchen – Karin hatte ihn seit seiner Genesung nicht mehr interessiert – sowie das Gefühl des Beobachtetwerdens bei der Arbeit vorangegangen. Abermals wurde er mit Elektroschock behandelt, wieder folgte nach der Besserung die Entlassung. Die Geschichte wiederholte sich noch ein weiteres Mal, und diesmal sei Braun, so die Falldarstellung, „wohl nicht mehr ganz gesund geworden".[280] Nach der Schilderung weiterer Entlassungen und Wiederaufnahmen endet die Fallgeschichte ein Jahr nach der letzten Einweisung mit der Beschreibung des Zustandsbildes von Karl Braun, das im Großen und Ganzen hoffnungslos dargestellt wird.

Kulenkampff ging es bei der Darstellung seiner Fallgeschichte nicht um die Darstellung einer Therapie, dementsprechend kurz fielen auch die Notizen zur Behandlung mit Elektroschock und Megaphen aus. Vielmehr wollte er am Beispiel dieses Falles eine Problematisierung der traditionellen Lehre von den reakti-

[278] Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, S. 64.
[279] Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, S. 66.
[280] Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, S. 67.

ven Psychosen durchführen, die ihm aufgrund ihres, wie er meinte, naturwissenschaftlichen Bezugssystems als zu eng und einseitig schien, um der Komplexität eines solchen Falles gerecht zu werden.[281] Mit der Vorstellung einer Reaktion, die durch einen Reiz ausgelöst werde, kam man seiner Meinung nach beim Verständnis des Menschen nicht weit, da sie die Einmaligkeit und Individualität der jeweiligen Lebensgeschichte nicht ausreichend abbildete: „Vom erwähnten Standpunkt aus wird notwendig übersehen, dass der Mensch ein *geschichtliches* Wesen ist. Seine Leidenschaften, Entscheidungen, seine Schritte, sein Verhalten auf dem Lebensweg sind unwiederholbare, unberechenbare Akte, denen je ein bestimmter, einmaliger geschichtlicher Ort zukommt."[282]

Kulenkampff ging nun davon aus, dass es auf diesem Lebensweg immer wieder zu Krisen komme, wobei Möglichkeiten bestünden, die Krise aufzuschieben, zum Ausgangspunkt vor der Krise zurückzukehren, eine andere Richtung einzuschlagen oder am Ziel vorbeizugehen.[283] Den Unterschied zwischen einem normalen Krisengeschehen und dem im Wahn endenden abnormen Krisengeschehen eines Karl Braun machte für Kulenkampff aus, dass dieser vor ein „existentielles Dilemma"[284] zwischen dem „Zwang zum Unmöglichen" – auf die Liebe Karins weiter zu hoffen – und der „Unerzwingbarkeit des Unmöglichen" – also dieser

[281] Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, S. 68. Er erklärte, die traditionelle Psychiatrie nach Jaspers und Schneider würde diesen Fall ohne Probleme als eine schizophrene Psychose diagnostizieren und wohl „auch dadurch kaum zu erschüttern sein, dass die einzelnen psychotischen Schübe bis auf den letzten aus einer bestimmten, noch dazu jeweils ähnlichen lebensgeschichtlichen Situation entsprangen". Nach Jaspers und Schneider sei hier nichts mehr zu verstehen, nur zu erklären, und die Lebensgeschichte würde hinter der Veranlagung zurücktreten: „Wir werden daher in unserem Falle von einer sog. reaktiven Psychose im Sinne von Jaspers zu sprechen haben, die durch das Reagieren eines psychisch abnorm Veranlagten, ja eines möglicherweise Schizophrenen auf seelische Einwirkungen zustande kommen soll. Eine echte abnorme Erlebnisreaktion wäre so aus mancherlei einsichtigen Gründen nicht anzunehmen. Der lebensgeschichtlichen Situation, die sich eindrucksvoll am Beginn der psychotischen Schübe unserem Blick darbietet, wird daher in Fällen wie dem von uns dargestellten nur eine geringe Bedeutung zugemessen. Sie erscheint lediglich als so etwas wie ein auslösender Faktor, der den im Somatischen verankerten, sonst vielleicht einmal spontan manifest werdenden schizophrenen Prozess ‚ausklinkt', der die Psychose aus der krankhaften Anlage her in Gang bringt."

[282] Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, S. 69. Im Unterschied etwa zum Reiz-Reaktionsschema, dessen Besonderheit ja „gerade in seiner *Ungeschichtlichkeit*, d. h. Reproduzierbarkeit, Berechenbarkeit" liege, sei der Lebensweg eines Menschen „kein gesetzmäßiger Ablauf, sondern der jeweils so oder so eingeschlagene Weg, auf dem sich die menschliche Existenz immer schon ihre Möglichkeiten entworfen hat, d. h. verwirklicht".

[283] Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, S. 63. „Damit ist freilich lediglich gesagt, dass sich die menschliche Existenz in ihrer geschichtlichen Entfaltung auf dem Wege voranschreitend, unaufhörlich verwandelt. Sie wandelt sich *unmerklich* im Hindurchschreiten durch den Alltag, durch die Jahreszeiten und durch Lebensalter. *Offenkundig*, ja einschneidend können Umwandlungen zutage treten, wenn der plötzliche oder langsam herangereifte große Entschluss einen neuen Lebensabschnitt einleitet, wenn die faktischen Gegebenheiten, wenn Widerfahrnisse eine lebensgeschichtliche bedeutsame Entscheidung, ein Anhalten, eine Richtungsänderung erzwingen."

[284] Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, S. 72.

Liebe – gestellt worden war. Im Wahn, der „Scheinwirklichkeit“[285] außerhalb des Lebensweges, blieb dagegen das Unmögliche weiter möglich.

Kulenkampff gab sich zuversichtlich, dass die Berücksichtigung der Lebensgeschichte einen Wandel in der Deutung der Psychosen einläuten würde. Auch wenn er keine Antwort auf die Frage gegeben hatte, warum sich ein gesunder Mensch in einen psychotischen Mensch verwandle, so hatte er doch zumindest Fragen aufgeworfen, wie er selbst bemerkte.[286] Auf diese Fragen erhielt er auch eine direkte Antwort. Der Göttinger Psychiater Klaus Conrad sah in der Arbeit von Kulenkampff „eine gute Gelegenheit“, grundsätzlich „über zwei verschiedene Zugangswege der heutigen Psychiatrie zum Problem der Psychose“ nachzudenken. Dazu angeregt worden war er auf einem deutsch-französischen Symposium, das Jürg Zutt und Henry Ey im April 1959 in Bonneval abgehalten hatten, und auf dem in persönlichen Gesprächen die Thematik diskutiert worden war – durchaus mit „Meinungsverschiedenheiten“, wie Conrad berichtete.[287] In seiner Replik nahm er den von Kulenkampff geschilderten Fall von Karl Braun auf, um ihn mit einem eigenen Fall zu ergänzen, den er selbst in seinen Arbeiten über die beginnende Schizophrenie verwendet hatte.[288] Obwohl die Fälle recht ähnlich waren, waren die Beschreibungen und Deutungen sehr unterschiedlich: Kulenkampff arbeitete mit dem Begriff der abnormen Krise und versuchte, davon ausgehend eine Krisentheorie zu entwickeln. Auch Conrad hatte sich in seinem Werk an einer solchen Auslegung versucht. Nun erklärte er aber, schon damals mit einer Frage konfrontiert gewesen zu sein, die er nicht hatte beantworten können: nämlich, was geschehen wäre, wenn die krisenhafte Situation nicht entstanden wäre. Wäre dann kein schizophrener Schub aufgetreten? Oder wäre zum gleichen Zeitpunkt nicht vielleicht zwangsläufig eine Krise aufgetreten, nur vielleicht mit einer anderen Thematik, die dann ebenso „schicksalsmäßig“ zum Ausbruch der Schizophrenie geführt hätte?[289]

Die Frage, die sich Conrad stellte, zielte genau auf die Frage nach der Ursache der Schizophrenie, die Kulenkampff hatte umgehen und aussparen wollen. Er warf Kulenkampff vor, unterschwellig eine psychogenetische Ursache der Schizophrenie zu vermitteln. In ihrem Umkehrschluss würde die Vorstellung von durch Krisen ausgelöster Schizophrenie wohl bedeuten, so Conrad überspitzend, dass man durch Verhinderung krisenhafter Umstände wohl auch die Schizophrenie verhindern könne: „Den Packer Karl B. hätten wir – als solch lenkender, alles durchschauender Geist – durch Gewährung einer größeren Geldsumme (als Existenzgrundlage) für Karin vielleicht so attraktiv und schmackhaft machen können, dass zu keinerlei Abwehr ihrerseits mehr Anlass bestanden hätte; Rainer N. hätten wir durch Absprache mit dem zuständigen Wehrbezirkskommando im

[285] Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, S. 73.
[286] Kulenkampff, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, S. 75.
[287] Klaus Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik. Zugleich Bemerkung zum „Problem der abnormen Krise“ von C. Kulenkampff, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 405–410, hier S. 405.
[288] Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik, S. 405.
[289] Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik, S. 406.

entscheidenden Augenblick, trotz fehlender Abiturzeugnisse, auf die Offiziersschule schicken können. Die schweren schizophrenen Psychosen wären – immer nach dieser Auffassung – nicht in Gang gekommen, das aufgewendete Geld hätte sich gelohnt, denke man nur an die hohen Kosten eines Geisteskranken, der Jahrzehnte in der Anstalt der Öffentlichkeit zur Last fällt."[290]

Die Vorstellung, Schizophrenie mit präventiven Methoden zu begegnen, löste Ende der fünfziger Jahre Spott aus. Ein weiterer Vorwurf von Conrad war, dass Kulenkampff vor lauter Bemühen um „das höchst individuelle Dasein Karl B." und dessen individuelle Lebens- und Krankengeschichte das eigentliche Ziel der Psychiatrie, nämlich die Suche nach allgemein gültigen Gesetzlichkeiten, dem Gemeinsamen, aus den Augen verliere.[291] Bei Kulenkampffs Fall sah Conrad deshalb ganz normale, typische Phasen einer nicht ungewöhnlichen Entwicklung: Kontaktschwierigkeiten zu Mädchen habe wohl jeder Jugendliche gehabt;[292] die „Entgleisungen", die der Kranke später beging, sah Conrad bereits als *Folgen* eines kranken Zustandes und nicht als *Ursache* wie der Anthropologe. Er beharrte auf der Formulierung, dem Zerfall gehe eine Krise voraus, und nicht, der Krise folge der Zerfall oder aus der Krise resultiere der Zerfall.[293]

Auch die Arbeit mit dem Konzept des Konfliktes sah Conrad kritisch, sei dieses doch von Freud zur Erklärung benutzt worden, und rutsche „ganz von selbst damit der Wahn auf die Ebene neurotischer Mechanismen".[294] Diese Verschiebung hielt Conrad nicht nur für unzulässig, sondern für geradezu ausgeschlossen: Es sei das Ergebnis der „jahrhundertelangen" Arbeit der von Kulenkampff als „traditionell" bezeichneten Psychiatrie und nicht nur eine „willkürliche Deklaration ohne Erfahrungshintergrund, über die man sich einfach hinwegsetzen könnte",[295] dass der Schizophrene nicht mehr über die notwendige Freiheit verfüge, Entscheidungen zu treffen und handlungsfähig zu sein. Der Verlauf der Krankheit sei – so Conrad – ebenso vorgegeben wie „dass alles schicksalshaft seinen Gang gehen werde".[296]

Es war also der Modus der Fallgeschichte, wo Conrad mit Kulenkampff nicht übereinstimmte – ungeachtet einiger anderer Ähnlichkeiten: Während Kulenkampff den Fall aus der Perspektive eines offenen Ausgangs heraus betrachtete,

[290] Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik, S. 407.
[291] Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik, S. 407.
[292] Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik, S. 407.
[293] Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik, S. 409. Für die Psychose, erklärte Conrad, sei es gleichgültig, „ob Karl seine Karin erobert hat oder nicht, ob Rainer das Abiturzeugnis hat oder nicht. Wenn der von uns noch unerkannte ‚böse Geist der Krankheit' – der heute so angezweifelte Krankheits-‚prozess' – die Bilder aus ihren homologen Lagen zu drehen beginnt, wird, welche Bilder auch immer im Stereoskop stecken, jenes existentielle Dilemma eintreten; irgendwelche Bilder sind immer ‚im Apparat', will sagen: Irgendeine spannungsvolle Thematik, Konflikte, unerfüllte Wünsche, Ängste und Befürchtungen, sind jedem Menschen zur Hand. Welches ‚Bild' immer in jenem Augenblick des Zerfalls gerade betrachtet wird, es wird die Zeichen der Veränderung zeigen."
[294] Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik, S. 408.
[295] Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik, S. 408.
[296] Conrad, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik, S. 409.

wollte Conrad die Geschichte der Schizophrenie als eine teleologische erzählen. Diese Diskussion überlagerte sich mit einer weiteren, nämlich der Frage danach, inwieweit die oder der Schizophrene noch ein autonomes Individuum mit Handlungsmöglichkeiten war. Hatte sie oder er noch die Möglichkeit, anders auf die Krise zu reagieren? Oder war sie oder er dem Schicksal – der Krankheit – völlig ausgeliefert?

In seiner Antwort machte Kulenkampff deutlich, dass er tatsächlich den Freiheitsverlust dem Ausbruch der Psychose vorausgehen sah und nicht den Freiheitsverlust als Folge der Krise oder der Krankheit verstand. Einer psychogenetischen Interpretation wollte er jedoch nicht verdächtigt werden; er betonte, dass er die Frage nach der Ursache ausgeklammert habe. Im Unterschied zu Conrad, der sich auf den wissenschaftlich erarbeiteten Kenntnisstand berief und von diesem nicht abrücken wollte, betonte Kulenkampff gerade die Wissenslücken und das Nicht-Wissen der psychiatrischen Wissenschaft: „Ich bin – wenn ich mir den Stand der Forschung vergegenwärtige – nach wie vor der Meinung, dass wir über die Genese der Schizophrenie so gut wie *nichts* wissen und daher hinsichtlich dieser Genese so gut wie *alles* möglich ist." Er plädierte deshalb dafür, keine unbegründeten Voraussetzungen zu machen, sondern sich dem empirischen Sachverhalt objektiv zu nähern und die Beobachtung, dass bei vielen Psychosen ein Konflikt unmittelbar vorausgehe, als Befund unvoreingenommen ernst zu nehmen. Keinesfalls dürfe man lebensgeschichtlich bedeutsame Konflikte „möglicherweise nach dem Motto: Dass nicht sein kann, was nicht sein darf" grundsätzlich und in jedem Fall als Symptom einordnen.[297] Die Trennung zwischen Neurosen und Psychosen bestünde durchaus zu Recht, aber es sei doch ein Problem, dass von der traditionellen Psychiatrie zu oft nur das einzelne isolierte Erlebnis betrachtet werde, ohne die ganze Person und ihre Lebensgeschichte miteinzubeziehen. Es sei jedoch sicher eine „Zumutung", einmal „andere, ungewohnte Denkwege" einzuschlagen.[298]

[297] Alle Zitate Caspar Kulenkampff, Antwort auf die kritischen Bemerkungen K. Conrads zur Arbeit über das „Problem der abnormen Krise", in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 410–413, hier S. 411. Kulenkampff verwahrte sich auch gegen den Vorwurf, die Diagnose der Schizophrenie vermieden zu haben, und erklärte, selbstverständlich liege bei Braun „das vor, was wir Schizophrenie nennen". Den Begriff der reaktiven Psychose habe er von Jaspers übernommen und verwies auf den „sehr bedeutenden und bekannten" Aufsatz von 1913, der hier in Kapitel I. vorgestellt wurde.

[298] Kulenkampff, Antwort, S. 413. Im Kontext dieser Auseinandersetzung setzte auch eine philosophische Debatte über verschiedene Begriffe (Stand, Stehen, Schreiten) zwischen Martin Schrenk, Caspar Kulenkampff und Jürg Zutt ein. Deutlich machte sie, dass die von der phänomenologischen, anthropologischen und daseinsanalytischen Psychiatrie kommenden Psychiater wie Kulenkampff nicht nur auf ihre Lehrer verwiesen, sondern ihre eigenen Ideen entwickelten und einbrachten. Siehe Martin Schrenk, Anmerkungen zum Symposium über „Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht" (Zürich 1957), insbesondere zu dem Vortrag von C. Kulenkampff, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 413–415; Jürg Zutt, Über den Stand des in Erscheinung stehenden Menschen. Zu Schrenks Anmerkungen zum Symposium über „Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht" (Zürich 1957), in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 415–417; Caspar Kulenkampff, Stand, Stehen und Schreiten. Ant-

In seinem Schlusswort gab sich Conrad weiterhin skeptisch, brachte aber auch in einer allgemeinen Kritik des Fachs und der unterschiedlichen Schizophreniekonzepte seine eigene Resignation zum Ausdruck. Die Diskussion mit Kulenkampff nahm er als Beispiel für die allgemeine „Sprachverwirrung" innerhalb der psychiatrischen Wissenschaft: „Jeder entwickelt nämlich seine eigene Terminologie und hört auf den anderen nur so lange, als dieser seine Termini benützt. Dann fühlt er sich ihm zugehörig. Hätte ich mich in meinen phänomenologischen Analysen Schizophrener der Heideggerschen Terminologie bedient, […] würde man mich wahrscheinlich im Kreise der phänomenologischen Anthropologen gern akzeptiert haben; man würde mich als ‚zugehörig' betrachten und deshalb gern aufmerksam lesen. Da ich aber eine eigene Terminologie entwickele, weil sie mir aus mehrfachen Gründen geeigneter erschien, abgesehen davon, dass mir alles ‚Modische' widerstrebt, verliert eine innere Auseinandersetzung dort sehr rasch an Interesse."[299] Den Grund für diese Sprachverwirrung identifizierte Conrad in einem Mangel an Empirie und einem Zuviel an Hermeneutik: „Wo nämlich an die Stelle des Empirischen das Hermeneutische tritt, da erhält das Wort eine Übermacht über die Sprache, da entwickeln sich esoterische Schulen, die ihre eigene Sprache sprechen, in denen es bald nicht mehr um das Erkennen des Wirklichen geht, sondern um Auslegungen der ‚Schrift', um Glaubenssätze, um Dogmen. Da die Möglichkeit des echten empirischen Beweises nicht besteht, gibt es keine Möglichkeit, den Andersgläubigen anders zu bekehren, als dies in unserer Welt noch immer geschehen ist. Ich fürchte, die moderne geisteswissenschaftliche Psychiatrie wird sich bald auf harte Glaubenskämpfe gefasst machen müssen. Vielleicht wird man sich dann nach jener Epoche zurückzusehnen beginnen, in der sich die Psychiatrie in dem glücklichen Wunschtraum wiegen konnte, einmal die Fesseln einer scholastischen Dogmatik abwerfen zu dürfen, um freie empirische Naturwissenschaft zu sein, die sie – das ist leider zuzugeben – ausschließlich nicht sein kann."[300]

Den vielfältigen Vorwürfen zum Trotz bemühte sich Kulenkampff abschließend um ein vermittelndes Schlusswort; die Klage von der „Sprachverwirrung" deutete er zum Beleg einer ausdifferenzierten Wissenschaft um: „Denn gerade die Mannigfaltigkeit der Bezeichnungen und Terminologien macht doch deutlich, dass jeder der Beteiligten am gleichen Gegenstand etwas Besonderes gesehen hat und diese Besonderheit in seiner Weise darzulegen sich bemüht. Vielleicht führen die verschiedenartig eingeschlagenen Wege eines Tages doch zu einem gemeinsamen Schnittpunkt."[301]

wort auf Schrenks Bemerkungen zum Symposium „Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht" (Zürich 1957), in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 418 f.

299 Klaus Conrad, Schlussworte zur Diskussion über das Problem der „abnormen Krise" von C. Kulenkampff. I, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 463 f., hier S. 464.

300 Conrad, Schlussworte, S. 464.

301 Caspar Kulenkampff, Schlussworte zur Diskussion über das Problem der „abnormen Krise" von C. Kulenkampff. II, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 464–466, hier S. 466.

Dass diese Diskussion zwischen Klaus Conrad und Caspar Kulenkampff so ausführlich wiedergegeben wurde, hat drei Gründe: Erstens zeigen gerade die Beiträge von Klaus Conrad als – nach seiner Selbstwahrnehmung – Vertreter der traditionellen Psychiatrie, dass es zwar eine Bereitschaft gab, über die Bedeutung von Krisen für die Auslösung von Psychosen nachzudenken, allerdings hing es letztlich stark vom Standpunkt des Betrachters ab, ob er der Möglichkeit lebensgeschichtlicher Aspekte zustimmte oder es im Widerspruch zur Schizophrenielehre sah und daher für unmöglich hielt. Dass Conrad, der selbst ein Modell zum besseren Verständnis des Wahns vorgelegt hatte, hier die Position des Bewahrers des traditionellen Wissens vertrat, macht zudem deutlich, dass die unterschiedlichen Positionen der Psychiater im Einzelfall mitbedacht werden müssen. Die Heterogenität der Lehrmeinungen galt als Problem, drohte sie doch, eine Zerfaserung des Faches und eine Uneinigkeit in wesentlichen Fragen herbeizuführen.

Zweitens sind gerade in den wechselseitigen Abgrenzungsversuchen Zeichen eines Wandels zu entdecken. Indem die herrschende Lehre von der somatischen Ursache mit der Bezeichnung „traditionell" belegt wurde, gelang einer neuen Generation von Psychiatern die Abgrenzung von älteren Wissensbeständen. Ihr „neues" Wissen wurde dagegen als offen, pluralistisch, prozesshaft und veränderbar präsentiert und gewann dadurch gerade vor dem Hintergrund des älteren, ausgrenzenden, in der Anwendung als dogmatisch empfundenen Wissensbestandes an Attraktivität: Das Rätsel Schizophrenie war bisher mit den bekannten Methoden und Ansätzen nicht gelöst worden; vielleicht konnten nun neue und offene Fragestellungen weiterhelfen. Die traditionelle Psychiatrie wehrte sich mit dem Hinweis auf ihre eigenen Leistungen und Wissensschätze, die über einen langen Zeitraum gute Dienste geleistet hätten – zu gut, um sie nun einfach über Bord zu werfen; zudem sah sie sich auf dem festen Fundament wissenschaftlicher Forschung stehen. Auf Empirie und Objektivität mussten sich daher auch die „neuen" Psychiater berufen.

Drittens führte die Auseinandersetzung um die Freiheit in der Situation der Krise direkt ins Zentrum der großen psychiatrischen Frage, wie sich Krankheit und Selbst zueinander verhielten. Während die ältere Psychiatrie einen Ansatz vertrat, wonach die Krankheit das Selbst veränderte und „umgestaltete" und ihm so die Möglichkeit selbstbestimmter und sinnvoller Handlungen absprach, versuchte die neuere Psychiatrie durch eine genauere Betrachtung des Individuums und seiner Lebensgeschichte, den Sinn der Krankheit und der Zusammenhänge verschiedener Handlungen zu entschlüsseln bzw. herzustellen. Die Vorstellung, dass jeder Sinn durch die Schizophrenie zerrissen werde, wurde somit von der Vorstellung überlagert, dass die Schizophrenie einen eigenen „Sinn" habe.

Die Uneinigkeit über die Bedeutung lebensgeschichtlicher Situationen für die Schizophrenie und andere Psychosen war ganz besonders für eine Gruppe von Patientinnen und Patienten relevant, welche die Psychiatrie in den fünfziger

Jahren im Kontext von Gutachterfragen stark beschäftigte.[302] Die Rede ist von den überlebenden Opfern des Nationalsozialismus, die sich von dem Erlittenen teilweise nicht, wie die psychiatrische Lehre es erwarten ließ, wieder erholten.[303] Durchaus kontrovers diskutierten die Psychiater, ob Erlebnisse wie Krieg, Terror, Verfolgung und Hunger Psychosen bedingen oder auslösen könnten. Lange Zeit prägte Kurt Schneiders Differenzierung zwischen abnormen Erlebnisreaktionen und schizophrenen Psychosen die Wahrnehmung und Deutung der Leiden und Verhaltensauffälligkeiten. Nicht wenige Psychiater suchten zu Beginn eher in körperlichen Ursachen wie Mangelernährung („Dystrophie") nach Erklärungen für die seelischen Erschütterungen als in den biografischen Angaben ihrer Patientinnen und Patienten über Kriegserfahrungen, Lagerhaft oder Verfolgung.[304]

Die Unsicherheit der Psychiatrie, ob es überhaupt so etwas wie reaktive Psychosen ohne körperliche Veranlagung gab, wurde für die staatliche Begutachtungspraxis zunächst ausgeblendet. Dies änderte sich jedoch, als sie im Jahr 1964 mit der „Psychiatrie der Verfolgten", dem Werk dreier Heidelberger Psychiater, eine umfassende Problematisierung und eine eigene Bezeichnung erhielt. Entscheidend für diese offene Thematisierung der grundlegenden Probleme in der Begutachtung war das personelle und strukturelle Umfeld der Heidelberger anthropologischen Psychiatrie, in dem die Arbeit an der „Psychiatrie der Verfolgten" stattfand. Wie Kulenkampff in der vorhergehenden Diskussion plädierten sie für eine ausgewogene, den Einzelfall stärker berücksichtigende Haltung.

Grundsätzlich wollten die Verfasser der „Psychiatrie der Verfolgten", die Heidelberger Psychiater Walter von Baeyer, Heinz Häfner und Karl Peter Kisker, die Wissenschaftlichkeit der älteren Wissensbestände und ihrer Kategorien nicht anzweifeln. Ziel war eher eine Revision der Vorstellungen über die Zusammenhänge von Psychosen und Belastungssituationen auf der Grundlage des bestehenden Wissens.[305] Dabei bauten sie auf den Diskussionen auf, die in den fünfziger Jahren

[302] Zur Entschädigungspolitik und der Politik der „Wiedergutmachung" für NS-Verfolgte allgemein siehe das Standardwerk von Constantin Goschler, Schuld und Schulden. Die Politik der Wiedergutmachung für NS-Verfolgte seit 1945, Göttingen ^{2}2008.

[303] Eine weitere Untersuchungsgruppe bildeten Kriegsgefangene, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen wird. Zur psychiatrischen Lehre über die Folgen von Kriegsgefangenschaft, Verfolgung und KZ-Inhaftierung sowie die Nähe von Psychosen- und Traumaforschung siehe die umfassende Auswertung von Ruth Kloocke/Heinz-Peter Schmiedebach/Stefan Priebe, Trauma und Psychose in der deutschen Psychiatrie – Eine historische Analyse, in: Psychiatrische Praxis 37 (2010), S. 142–147, zur Zeit nach 1945 v. a. S. 144 f.

[304] Goltermann, Die Gesellschaft der Überlebenden. Goltermann arbeitet besonders das Konzept des „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandels" des Göttinger Psychiaters Ulrich Venzlaff auf, das auf dessen Veröffentlichung zu „Psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen" aus dem Jahr 1958 beruhte. Das Konzept beschrieb ein Bild von starker Scheu und Unsicherheit, sich aufdrängenden Erinnerungen und Angstzuständen, die Venzlaff als Resultate der erlittenen Verfolgungen interpretierte. Besonders wichtig wurde seine Beobachtung, dass die Tragfähigkeit der menschlichen Psyche eben nicht, wie angenommen, unbegrenzt sei, sondern Erfahrungen von Gewalt und Verfolgung tiefgreifende und langfristige Schäden bewirken konnten.

[305] Vgl. Goltermann, Die Gesellschaft der Überlebenden, S. 316 f.

hinsichtlich der Bedeutung der Lebensgeschichte und äußerer Einflüsse geführt worden und an denen sie selbst beteiligt gewesen waren. Rückblickend erklärte von Baeyer, es sei die damalige „Forschungssituation" gewesen, die ihnen geholfen hätte, „von den geläufigen dogmatischen und konventionell-pragmatischen Antworten auf die Zusammenhangsfrage abzusehen und eine dem individuellen Fall angepasste, differenzierende Lösung anzustreben".[306] Im Vorwort ihres Werkes hatten von Baeyer, Häfner und Kisker selbst darauf hingewiesen, dass sie die bisherigen „psychopathologischen und sozialmedizinischen Maßstäbe"[307] nicht für ausreichend hielten, um der komplexen Lage gerecht zu werden. Ihre in der Praxis gewonnenen Erfahrungen kontrastierten das bestehende Wissen, das nicht abbildete, was ihnen in ihren Fällen begegnete. Svenja Goltermann beschreibt diese Prozesse der Wissensgewinnung daher als „diagnostische und ätiologische Suchbewegungen",[308] mit denen versucht wurde, die dominierende Lehre mit den gemachten Beobachtungen im psychiatrischen Alltag in Übereinstimmung zu bringen bzw. die Lehrmeinung und das Wissen den Erfahrungen anzupassen.

Bereits bei einem Blick auf das Inhaltsverzeichnis wird die Auseinandersetzung mit dem bestehenden Wissen und der Schizophrenielehre deutlich. Erstens gingen die Verfasser nicht von etablierten Krankheitsbildern aus, um die Auswirkungen der Belastungssituationen zu beschreiben, sondern sie entwickelten, aufbauend auf den verschiedenen Reaktionen und Syndromen, ein eigenes Klassifikationssystem.[309] Zweitens gab es ein eher kürzeres Kapitel von fünfzig Seiten (das gesamte Werk umfasste ungefähr 400 Seiten), das sich explizit mit der „Beurteilung der Psychosen" und in einem zwanzigseitigen Unterkapitel mit den Schizophrenien beschäftigte. In diesem Unterkapitel wurden mehrere kurze Falldarstellungen mitsamt den Diskussionen der Symptome, Diagnosen und Begutachtungsurteile präsentiert, um, wie von Baeyer, Häfner und Kisker erklärten, ein kasuistisches Beispiel dafür zu geben, wie diese aus Sicht der neueren Forschung zu interpretieren seien und wann der Verfolgungszusammenhang anerkannt worden war; häufig hätten sie bei anderen Gutachten gesehen, „dass Psychosen vielfach nicht in einen ursächlichen Zusammenhang mit (wie auch immer gearteten) Verfolgungsbelastungen gebracht" worden seien.[310]

Insgesamt spiegelte das Werk anthropologische, psychodynamische und existentialistische psychiatrische Denkstile, aus denen heraus die Verfasser Erklärungen für die Belastungssituationen und die spezifischen Reaktionen formulierten. Unter Berufung auf die zeitgenössische Forschungssituation unterstützten sie die

[306] Walter von Baeyer, Situation, Jetztsein, Psychose, in: Walter von Baeyer (Hrsg.), Wähnen und Wahn. Ausgewählte Aufsätze, Stuttgart 1979, S. 161–176, hier S. 165.

[307] Walter von Baeyer/Heinz Häfner/Karl Peter Kisker, Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachtliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1964, S. IV.

[308] Goltermann, Die Gesellschaft der Überlebenden, S. 208.

[309] Siehe zu diesem Klassifikationsvorschlag konkret Baeyer/Häfner/Kisker, Psychiatrie der Verfolgten, S. 261.

[310] Baeyer/Häfner/Kisker, Psychiatrie der Verfolgten, S. 340.

Vorstellung von Schizophrenie „als ein ‚multikonditionales' Geschehen",[311] bei dem unterschiedliche Faktoren zusammenspielten, die individuell abzuklären und zu gewichten seien. So kamen sie zu dem Schluss, entschädigungsrechtlich gesehen seien die Psychosen „keine Anlageleiden im strengeren Sinne" und der Zusammenhang mit der Verfolgungssituation müsse bei jedem Fall individuell geklärt werden. Um diese Situation für die Praxis handhabbar zu machen, führten sie den Begriff der „mitverursachenden Anlässe" ein. Demnach konnte eine Situation ein solcher mitverursachender Anlass sein, „wenn ein vorher relativ angepasster Betroffener durch sie eine nachhaltige Erschütterung der leiblichen Integrität, des Persönlichkeitskerns oder der mitmenschlichen Sicherheit erfährt und keine stabile Anpassung an die Folgen der Erschütterung bis zur Manifestation der Psychose erreicht wurde".[312]

Von Baeyer, Häfner und Kisker wählten also eine vorsichtige Formulierung, die Körper und Psyche gleichermaßen eine Bedeutung für die Entstehung der Psychose zusprach. Eine psychogenetische Theorie vertraten sie nicht. Jedoch verbanden sie im Begriff der „mitverursachenden Anlässe" zwei Ideen, nämlich die Idee der kausalen Ursache und die Idee der Krisensituation, die sich davor in einem eher hierarchischen Verhältnis zueinander befunden hatten: Wie auch die Diskussion von Conrad und Kulenkampff zeigte, hatte die traditionelle Psychiatrie die Ursache – auch wenn sie diese nicht genau kannte – höher eingeschätzt als den Anlass, der die Psychose auslöste.

Mit dem Eingehen auf Fragen der Entstehung und Auslösung und der Hervorhebung des individuellen Falles fügt sich die „Psychiatrie der Verfolgten" auf den ersten Blick in die zeitgenössischen psychiatrischen Diskussionen – die in ihre Entstehung einflossen – ohne weiteres ein. Ihre Bedeutung für die weitere Schizophrenieforschung ist jedoch schwieriger einzuschätzen. Die Erfahrung der Verfolgung war als eine außergewöhnliche, nicht mit anderen Krisen vergleichbare Belastung interpretiert worden; Rückschlüsse auf weniger ungewöhnliche Krisensituationen waren daher schwierig. Auch Svenja Goltermann weist darauf hin, dass die Zweifel an der unendlichen Belastbarkeit, die im Kontext der Beschäftigung mit Kriegsheimkehrern und Verfolgten geäußert wurden, nicht unbedingt generell etwas darüber aussagen wollten, dass das Erleben eines Unfalls oder einer sonstigen Gewalterfahrung *grundsätzlich* zu psychischen Dauerveränderungen führen konnte. Die Erfahrung der Verfolgung wurde daher als eine außergewöhnliche, nicht mit anderen Krisen vergleichbare Belastung interpretiert.[313]

311 Baeyer/Häfner/Kisker, Psychiatrie der Verfolgten, S. 327.
312 Baeyer/Häfner/Kisker, Psychiatrie der Verfolgten, S. 339 f.
313 Vgl. Goltermann, Die Gesellschaft der Überlebenden, S. 330. Die Vorstellung und das Konzept eines Traumas verbreiteten sich erst ab den 1980er Jahren mit der Diagnose der PTBS, siehe dazu das Dissertationsprojekt von Anne Freese.

In die Lehrbücher fanden die Forschungen zudem erst in den siebziger Jahren Aufnahme.[314]

Dennoch wurde das Wissen von den durch Extremsituationen bedingten Veränderungen der Persönlichkeit zu einem Bezugspunkt für die Annahme, dass belastende Situationen auch noch Monate oder Jahre später schwere psychische Krankheit nach sich ziehen konnten.[315] Dies wiederum war entscheidend für das Verständnis der Schizophrenie aus der Lebensgeschichte heraus: Nur wenn man davon ausging, dass erlebte Konflikte und Krisen, ob nun äußerlich oder innerlich, bei der Entstehung der Schizophrenie eine große Rolle spielten, suchte man auch nach eben diesen Konflikten und Krisen. Goltermanns These, dass durch die Hinterfragung der Zusammenhänge von Veranlagung und äußeren Ereignissen die Vorstellung von der „abnormen Veranlagung" abgelöst wurde durch die Vorstellung vom Menschen als geschichtliches und gesellschaftliches Wesen, ist auf jeden Fall zuzustimmen.[316]

Familiengeschichten. Die Familie neu sehen lernen

Neben der Entdeckung der Lebensgeschichte, der Bedeutung von Krisen und dem Streben nach einem größeren Verstehen der Schizophrenie kamen aber auch noch aus einer anderen Richtung Impulse, das bestehende Wissen zu überdenken und verbreitete Vorstellungen zu hinterfragen. Wieder kamen sie aus dem amerikanischen Raum, hatten allerdings nur noch entfernt etwas mit der Neopsychoanalyse zu tun. Im Wesentlichen ging es um die Entdeckung der Familie als nächster und engster Umgebung der schizophrenen Patientinnen und Patienten.

Eigentlich hatte die Familie in der Begründung und Ausformulierung von Schizophrenie immer schon eine Rolle gespielt. Sie war der wesentliche Bezugspunkt für erbbiologische Fragestellungen, welche die Krankheitsbilder der Familienmitglieder erfassten und daraus versuchten, Aussagen über den Erbgang zu treffen. Bei diagnostischen Unsicherheiten konnte das Wissen um die Erkrankung eines anderen Familienmitglieds Diagnosen beeinflussen. Die Familienanamnese spielte somit eine wichtige Rolle bei der Diagnose: Wies bereits ein Familienmitglied eine psychische Störung auf, und wenn ja, welche Störung bzw. Krankheit, und wie viele Familienmitglieder waren davon betroffen?

Die Funktion, durch Schlussfolgerungen von der Familie auf das Individuum Aufschluss über Krankheitsprozesse und -bilder zu geben, blieb der Familie auch

[314] Ruth Kloocke/Heinz-Peter Schmiedebach/Stefan Priebe, Psychisches Trauma in deutschsprachigen Lehrbüchern der Nachkriegszeit – die psychiatrische „Lehrmeinung" zwischen 1945 und 2002, in: Psychiatrische Praxis 32 (2005), S. e1–e15.

[315] Siehe etwa Baeyer, Situation, Jetztsein, Psychose, S. 165 f.: „Die selten realisierte Annahme, eine situationsbedingte Psychose müsse in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem sogenannten psychischen Trauma, d. h. einer akuten effektiven Erschütterung ausbrechen, ist ersetzt oder ergänzt durch die den Tatsachen besser gerecht werdende Annahme eines zeitlich gedehnten Heranreifens der unausgewogenen seelisch-sozialen Situation bis zum Ausbruch der Psychose."

[316] Goltermann, Die Gesellschaft der Überlebenden, S. 312.

im psychologischen Kontext erhalten, allerdings auf eine ganz andere Art und Weise. Für psychologische Betrachtungsweisen spielte sie vor allem als Ausgangspunkt der Lebensgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung eine bedeutende Rolle. Den in dieser Zeit gesammelten Erfahrungen und Gefühlen wurde eine große Rolle beigemessen. Psychoanalytischen und psychodynamischen Theorien zufolge führte die Erinnerung an frühkindliche Erfahrungen, das Zusammenleben mit den Eltern und Geschwistern und die Verarbeitung von Gefühlen auf die Spur der unbewältigten und ungelösten, oft geschlechtlich konnotierten Konflikte. Die Kindheit wurde als Zeitspanne begriffen, in der das Kind „am meisten und entscheidendsten lernt, aber auch am stärksten und schicksalhaftesten in seinen weiteren Entwicklungsmöglichkeiten eingeengt bzw. fehlgesteuert werden kann".[317] Es bildete sich daher auch ein Diskurs, der die Kindheit als entscheidende Zeitspanne für die spätere Schizophrenie entdecken, untersuchen, vermessen und analysieren wollte.[318]

Der amerikanische Psychiater und Neoanalytiker Harry S. Sullivan etwa hatte die Theorie formuliert, dass schizophrene Patientinnen und Patienten keinen angemessenen Umgang mit Gefühlen wie Angst oder Unsicherheit erfahren bzw. gelernt hätten, eine These, mit der auch Frieda Fromm-Reichmann arbeitete. In den vierziger Jahren wurde in den Vereinigten Staaten parallel zunehmend die Rolle der Mütter für die Entwicklung ihrer Kinder diskutiert. Dabei spielte der wachsende Einfluss psychodynamischer Konzepte eine Rolle, aber auch die gesellschaftliche Aufforderung an die Frauen, nach den unruhigen Kriegsjahren wieder zu ihren traditionellen Rollen zurückzukehren. Dass die These von der „schizophrenogenen Mutter", die Frieda Fromm-Reichmann entwickelte, so populär wurde, ist vor diesem Hintergrund zu verstehen. Sie formulierte darin ihre Beobachtung, dass die Mütter ihrer Patientinnen und Patienten oft nicht in der Lage gewesen seien, sich von ihren Kindern so zu lösen, wie es für deren Entwicklung zu eigenständigen Persönlichkeiten – für den Individuationsprozess – notwendig gewesen sei. Während Fromm-Reichmann mit diesem Konzept vor allem auf die besondere Rolle der Mütter für ihre Patientinnen und Patienten abgezielt und die Mütter damit in die Therapie integriert hatte, wurde die Vor-

317 Helm Stierlin, Familie und Schizophrenie, in: Der Nervenarzt 34 (1963), S. 495–500, hier S. 498.

318 Zur Geschichte der Kindheit siehe Miriam Gebhardt, Die Angst vor dem kindlichen Tyrannen. Eine Geschichte der Erziehung im 20. Jahrhundert, München 2009, v. a. die Einführung unter der Überschrift „Die Symbolik der frühesten Kindheit", S. 13–27; zur Entwicklung der spezifischen Vorstellungen und Konzepte von Kindheit in der frühen Psychoanalyse Angela Moré, Vorstellungen von Kindheit im 18. und 19. Jahrhundert und ihr Einfluss auf die Anfänge der Psychoanalyse. Zum Zusammenhang von Tradierung und Erinnern bei Freud, in: Astrid Lange-Kirchheim/Joachim Pfeiffer/Petra Strasser (Hrsg.), Kindheiten, Würzburg 2011, S. 19–34; zur Bedeutung und Verbreitung medizinischen Wissens in Ratgebern Carolyn Kay, How Should We Raise Our Son Benjamin? Advice Literature for Mothers in Early Twentieth-Century Germany, in: Dirk Schumann (Hrsg.), Raising Citizens in the „Century of the Child". The United States and German Central Europa in Comparative Perspective, Oxford 2010, S. 105–121.

stellung der Schizophrenie mitverursachenden, dominanten Mutter auch in antifeministischen und misogynen Kontexten rezipiert.[319]

Wie eine analytische Betrachtung von schizophrenen Patientinnen und Patienten vor ihren jeweiligen familiären Hintergründen aussehen konnte, zeigte beispielsweise ein Beitrag des Psychoanalytikers und Psychiaters Lutz Rosenkötter in der *Psyche* aus dem Jahr 1958. Rosenkötter war 1954 als Austauschassistenzarzt an der Columbia University in New York gewesen und hatte dort erstmalig ein psychotherapeutisches Gespräch mit einem psychotischen Patienten geführt, aus dem er schloss, dass die Psychose nicht so unverständlich sei wie angenommen.[320] In seinem Aufsatz kam er nach der Darstellung von vier Fallgeschichten, die er an einer Privatklinik in Göppingen hatte erstellen können, zu dem Schluss – nicht ohne noch einmal zu betonen, dass es sich bei allen vier Patienten und Patientinnen um „echte" Schizophrene gehandelt habe –, dass tatsächlich die Ähnlichkeiten „in ihrem familiären Milieu und in den frühen zwischenmenschlichen Beziehungen ihrer Kindheit" auffallend seien.[321] Während die Familien nach außen eine „normale, ehrbare Fassade" gehabt hätten, seien auf den zweiten Blick deutliche Risse sichtbar geworden. Die Mütter seien schwach und unsicher gewesen, „nicht imstande, Liebe und Geborgenheit zu geben, eine Atmosphäre der ‚Nestwärme' zu schaffen"; die Väter dagegen seien „unausgeglichene, unbeherrschte, jähzornige Männer" gewesen, die ihren Kindern nie das Gefühl

[319] Siehe dazu Staub, Madness is Civilization, S. 43–45. Andererseits, so zeigt die Studie „Mom" von Rebecca Jo Plant, veränderte sich in der amerikanischen Nachkriegsgesellschaft das Verständnis von Mutterschaft hin zu einer zwar weiterhin zentralen, aber nicht mehr allumfassenden sozialen Rolle, siehe Rebecca Jo Plant, Mom. The Transformation of Motherhood in Modern America, Chicago 2010. Die Kritik an der dominanten Mutter und die Pathologisierung einer zu großen mütterlichen Liebe spiegelten diesen Wandel.

[320] Lutz Rosenkötter, Meine Jugend in der NS-Zeit und mein Leben als Psychoanalytiker, in: Ludger M. Hermanns (Hrsg.), Psychoanalyse in Selbstdarstellungen. Band VII, Frankfurt am Main 2008, S. 77–117, hier S. 88 f. Nach seiner Rückkehr war er ab 1957 an einer Privatklinik in Göppingen, in der auch Psychotherapie praktiziert wurde, und absolvierte seine psychoanalytische Ausbildung am Stuttgarter Institut. Anschließend war er am Freud-Institut in Frankfurt bei Alexander Mitscherlich, an das er nach einer Zwischenstation in Ulm unter Helmut Thomä auch wieder zurückkehrte. Er gehörte außerdem zur Redaktion der *Psyche*. Nach eigenen Angaben empfand er Anerkennung für Harry S. Sullivans allgemeinverständliche Psychologie, blieb aber doch an Freuds Lehre orientiert.

[321] Rosenkötter, Auslösende Faktoren bei akuten Psychosen, S. 426. Als wichtige Stationen auf diesem Weg nannte Rosenkötter Freuds Analyse des Falles Schreber, die Beiträge von Eugen Bleuler zum „Verständnis psychotischer Inhalte" und Ernst Kretschmers Hinweise auf die „Verstehbarkeit bestimmter Sonderformen der Psychosen" über die Abgrenzung von Kernpsychosen und Randpsychosen (endogene und psychogene Faktoren). In Amerika sei es Sullivan gewesen, der ein „Denkmodell geschaffen" habe, „das die Manifestationen der Schizophrenie aus der Lebensgeschichte des Kranken erklärt". Vor allem die Kindheit spiele dabei eine große Rolle, dass bei Schizophrenen „das Gefühl der Selbstidentität und des Selbstwertes verwundbarer wurde als bei geistig Gesunden". Werde das Selbstwertgefühl getroffen, sinke der Betroffene „in jene archaisch-magische Denkweise" zurück, „die der frühen Kindheit und der Psychose gemeinsam ist". Als deutsche Autoren, die den „Zusammenhang zwischen Lebensschicksal und Ausbruch der Psychose" verstanden hätten und „dass es in manchen Fällen definierbare Konflikte und Krisensituationen" seien, die die Psychose auslösten, nannte Rosenkötter Winkler und Häfner, alle Zitate ebd., S. 415.

vermittelt hätten, liebenswert zu sein.[322] Diese wiederum hätten keine positiven Rollen eingenommen, mit denen sie eigene Identitäten hätten entwickeln können. Stattdessen hätten sie versucht, außerhalb der Familie ein gewisses Selbstwertgefühl aufzubauen, auf unterschiedliche Art und Weise. Diese außerfamiliären Bezugssysteme – Leistung, Religion – hätten dann aber auch den Ausbruch der Psychose gefördert, etwa wenn ein Versagen im jeweiligen Bezugsrahmen und damit der vollständige Zusammenbruch des Selbstwertgefühls gedroht habe. Um dieses drohende Versagen zu kaschieren, so Rosenkötters Deutung, hätten die späteren Patientinnen und Patienten versucht, sich der Realität zu entziehen oder zu widersetzen.[323]

Dieses Beispiel spiegelt eine bestimmte psychoanalytische Vorstellung der kindlichen Persönlichkeitsentwicklung und ihrer Bedeutung für die Entwicklung eines gesunden Selbst, die vor allem für die therapeutische Deutung und damit die Auflösung der Schizophrenie wichtig war. Auch Benedetti und Müller hatten vermutet, dass ihre schizophrenen Patientinnen und Patienten im Wahn wesentliche Prozesse ihrer Kindheit nachholten, weil eine vollständige Reifung ihrer Persönlichkeiten nicht stattgefunden hatte. In Anlehnung an Marguerite Sechehayes symbolische Wunscherfüllung ging es in dieser Richtung der Psychoanalyse darum, die Reifung nachträglich in der Therapie zu ermöglichen, bis der Wahnsinn als Fluchtzustand überflüssig wurde.[324]

War diese nicht nur lebens-, sondern selbstgeschichtlich bedeutsame Widmung der Kindheit lange die Domäne der Psychoanalyse gewesen, entstanden nun auch andere Konzepte zum Komplex „Schizophrenie und Familie", die sich weniger auf die frühe Kindheit als vielmehr auf die gesamte Familieneinheit konzentrierten. Die bekannteste amerikanische Forschergruppe, die sich mit der Familie schizophrener Patienten befasste, war die „Palo-Alto-Gruppe" um den Anthropologen Gregory Bateseon. Dieser gehörte auch der Psychiater Don J. Jackson an, der das Konzept der Familie als Homöostase – also als eines dynamischen, sich selbst regelnden Systems – entwickelte. Der 1920 geborene Jackson hatte an der Chestnut Lodge unter Harry S. Sullivan und Frieda Fromm-Reichmann schizophrene Patientinnen und Patienten behandelt und dort bereits die Vorstellung von der Schizophrenie als „Konsequenz pathogener Interaktionen" erworben.[325]

Gregory Batesons kommunikationstheoretischer Ansatz, der sich an den jüngten Theorien der Kybernetik orientierte, ging davon aus, dass die menschliche

[322] Rosenkötter, Auslösende Faktoren bei akuten Psychosen, S. 427.

[323] Rosenkötter, Auslösende Faktoren bei akuten Psychosen, S. 428.

[324] Zugrunde lag auch die Vorstellung des Kindes als liebesbedürftiges Wesen, die sich in der amerikanischen Psychologie der Nachkriegszeit gebildet hatte, siehe Gebhardt, Die Angst vor dem kindlichen Tyrannen, S. 177.

[325] Edmond Marc/Dominique Picard, Bateson, Watzlawick und die Schule von Palo Alto. Aus dem Franz. v. Hans Günter Holl, Frankfurt am Main 1991, S. 16. Siehe zum Einfluss von Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann und John Rosen auch Deborah Weinstein, The Pathological Family. Postwar America and the Rise of Family Therapy, Ithaca/London 2013, S. 58 f., zu Bateson und dem Schizophreniekonzept der Palo-Alto-Gruppe das entsprechende Kapitel ebd., S. 47–81.

Kommunikation wie ein System des Informationsaustausches funktionierte. Er entwickelte die Auffassung, dass Kommunikation sich als Interaktionsmodell beschreiben ließ. Besonders interessierten ihn jedoch die Paradoxien der Kommunikation, wie sie von Alfred North Whitehead und Bertrand Russell beschrieben worden waren.[326] Die von ihm geleitete Forschergruppe konzentrierte sich daher ganz auf die Kommunikation von schizophrenen Patientinnen und Patienten und arbeitete dafür mit Stimm- und Videoaufnahmen. In ihrer Publikation „Toward a Theory of Schizophrenia" stellten sie 1956 die Theorie vor, dass es sich bei der abweichenden Kommunikationsweise keineswegs um gestörte Sprache handle, sondern dass sich dahinter ein erlernter Umgang mit Situationen verbarg, in denen keine richtige Handlung, Aussage oder Reaktion möglich war, weil die verbalen und gestischen oder mimischen Aufforderungen widersprüchlich waren. Daher verlor, so die These, das Kind seinen Sinn für die Realität. Aufgrund des von ihnen beobachteten Charakters der Aussagen, die nie eindeutig waren, nannten die Forscher ihre Theorie „double bind".[327]

Einem weiten Kreis bekannt wurden die Ergebnisse der kommunikationstheoretisch relevanten Ergebnisse durch den 1961 an das von Jackson gegründete Mental Research Institute dazugestoßenen Psychoanalytiker, Psychotherapeuten und Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick.[328] Wie Deborah Weinstein in ihrer Studie über die Entstehung der Familientherapie in den Vereinigten Staaten der fünfziger Jahre zeigte, spiegelte die Aufdeckung der gestörten familiären Kommunikation und der Therapiebedürftigkeit der Individuen zweierlei: zum einen die gesellschaftliche Sorge um den Zustand der Familie, zum anderen das wachsende Vertrauen in das Potential der therapeutischen Experten, Lösungen für die bestehenden familiären Probleme anzubieten.[329]

Etwa zeitgleich arbeitete auch an der Yale University eine Gruppe unter dem Psychiater Theodore Lidz zu den Familien schizophrener Patientinnen und Patienten. Im August und September 1959 publizierte die *Psyche* die Artikel von Theodore Lidz und seiner Gruppe in einem Doppelheft, was für einen hohen Rezeptionsgrad dieser Forschungen auch im deutschsprachigen Raum spricht. Ursprünglich waren die Artikel 1957 bis 1959 in verschiedenen englischsprachigen Journalen erschienen. Für ihre Publikation in der *Psyche* wurden sie eigens übersetzt und zusätzlich von Theodore Lidz mit einem Vorwort für die europäische Leserschaft versehen. Dieses Vorwort präsentierte wesentliche Ergebnisse, stets mit Blick auf die kulturellen Unterschiede zwischen der amerikanischen und der deutschen Psychiatrie, weshalb es rezeptions- und vergleichsgeschichtlich be-

326 Marc/Picard, Bateson, Watzlawick und die Schule von Palo Alto, S. 13–15.

327 Siehe Staub, Madness is Civilization, S. 47–49. Ebenfalls erwähnenswert ist noch die Forschergruppe um Lyman C. Wynne, die bereits 1954 damit begonnen hatte, parallel zur psychotherapeutischen Behandlung auch Gespräche mit den Eltern der Patientinnen und Patienten durchzuführen.

328 Vgl. Marc/Picard, Bateson, Watzlawick und die Schule von Palo Alto, S. 18 f.

329 Weinstein, The Pathological Family, S. 6.

sonders interessant ist.[330] Lidz präsentierte die Arbeiten seiner Forschungsgruppe als „Anfang einer Forschungsrichtung", „die uns neue Bereiche der Erkenntnis zu eröffnen scheint und die eine Zusammenarbeit vieler erforderlich macht".[331] Er beschrieb die Schizophrenieforschung als eine Aufgabe vieler Beteiligter, die unterschiedliche Perspektiven einbrachten. Das Kernstück seien die empirischen Befunde; andere Interpretationen seiner Forschungsbefunde schloss Lidz ausdrücklich nicht aus. Stattdessen antizipierte er die verbreitete Kritik der deutschen Psychiatrie an der amerikanischen Diagnostik und erklärte: Dass sie die Patienten nicht anhand der Klassifikation nach Kraepelin einteilten, geschehe nicht aus Unwissenheit oder Unfähigkeit, sondern „einfach deswegen, weil wir finden, dass unsere Patienten nicht in solche sauberen Kategorien hineinpassen".[332] Statt sich mit Symptombeschreibungen aufzuhalten, würden sie sich vielmehr auf die „Suche nach Verständnis" machen „und wie es dazu kam, dass er [der Patient, Anm. d. Verf.] so ist, wie er ist".[333]

Auch hier war es also wieder die Suche nach einem größeren Verständnis, die als Forschungsmotiv genannt wurde. Dass sich seine Forschergruppe überhaupt so stark auf die Familie konzentriert habe, führte Lidz auf Erfahrungen zurück, die er in seiner Tätigkeit als Psychotherapeut bei schizophrenen Patienten gesammelt hatte: Bis auf wenige Ausnahmen seien die Familien der Patienten „schwer desorganisiert oder fehlstrukturiert" gewesen.[334] Darüber hinaus verwies Lidz auf im angloamerikanischen Raum verbreitete Annahmen über die Entwicklung der Persönlichkeit.[335] Er ging wie diese von Wechselwirkungen aus, die zwischen dem Kind und seiner Umwelt bestanden, und die die Entwicklung der Persönlichkeit, des Denkens und Sprechens, entscheidend mitbestimmten. Als besonders wichtig für die Persönlichkeitsintegration wurde die Familiendynamik eingestuft. Diese sei, so Lidz' Beobachtung, bei den meisten seiner Patienten gestört, also von Irrationalität und Fehlstrukturierung gekennzeichnet. Auch Schizophrenie wurde deshalb von Lidz und seiner Gruppe nicht als biologische oder psychische Krankheit aufgefasst, sondern als „eine Form von Fehlentwicklung der Persönlichkeit".

330 Theodore Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 13 (1959/60), S. 243–256.

331 Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, S. 243.

332 Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, S. 248.

333 Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, S. 248. „Wir haben *Kraepelin* studiert, *Eugen Kahn* gehört, wie *Kretschmer* mit Band und Zirkel gearbeitet, Familienstammbäume erstellt wie *Rüdin* und *Kallmann*, Stickstoffbilanzen nach *Gjessing* ausgeführt, wir haben ein Handbuch von *Bumke* und ein anderes von *Wilmanns* versucht, *Erwin Strauss* bewundert und seiner phänomenologischen Auffassung zu folgen versucht, wir haben mit Ungeduld auf die Übersetzungen der Existenz-Forschungen gewartet, von denen wir dachten, dass wir sie in der deutschen Fassung missverstanden hätten, wir sind von *Langfelt* in Wort und von *Meyer-Gross* in Schrift gescholten worden. Es ist vergeblich gewesen […]." Ebd., S. 249. Zur Illustration griff Lidz auf das Faust-Drama zurück: „In unserem Verständnis der Schizophrenie sind wir ‚so klug als wie zuvor', und auch wir würden unsere Seele dem Teufel verkaufen." Ebd., S. 249.

334 Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, S. 244.

335 Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, S. 245.

Zutage trat die Fehlentwicklung im jungen Erwachsenenalter, so seine Beobachtung, wenn der Jugendliche sich „von den sozialen Wechselbeziehungen zurückzieht und eine gewisse Lebensfähigkeit und einen Rest von Selbstachtung dadurch rettet, dass er die Realitätskontrolle opfert, die Logik seiner Kultur verändert und die kollektiven Sinndeutungen und Wahrnehmungsweisen aufgibt".[336]

Bei ihren Forschungen hatte die Gruppe um Lidz mit sechzehn Patienten im Alter zwischen fünfzehn und dreißig Jahren und ihren Familien gearbeitet. Dabei profitierten sie von den guten Bedingungen am Yale Psychiatric Institute, mit vierzig Betten ein sehr kleines Hospital, in dem individuelle und analytische Therapie praktiziert wurde. Diese Bedingungen konnte sich nicht jeder leisten, alle Patienten gehörten zur oberen oder höheren Mittelschicht. Die intensiven Gespräche mit den Patienten und den Familienangehörigen waren extrem zeitaufwändig und dauerten ein bis vier Jahre. Das Ziel war, nicht nur die Lebensgeschichte, sondern so gut wie möglich „die Familienumwelt zu rekonstruieren".[337] Dafür griffen sie auf verschiedene, den Sozialwissenschaften entlehnte Interviewtechniken sowie psychologische Tests zurück. Als Entdeckungen hielten die Forscher fest: Die Familien versagten „in wesentlichen Punkten, die erforderlich sind, um der Persönlichkeit des Kindes die nötige Stärke, Zusammenhalt und Richtung zu geben". Die Schizophrenie der Patienten sei, so die Forscher, Abbild dieser „Desorganisation, Spaltung oder Strukturverschiebung der Familie als Einheit".[338]

Diese Beobachtung war wesentlich geleitet vom bereits oben erwähnten Verständnis von Familie als einer eigenen Einheit mit eigenem Leben und eigener Struktur, in dem sich die Handlungen der Mitglieder wechselseitig beeinflussten (Jackson). Mit diesem Verständnis von Familie wurde Schizophrenie zu einem Familienproblem, und zwar nicht nur mit Blick auf die Einflüsse der schizophrenogenen Mutter.[339] Es machte Schizophrenie zum Produkt der familiären Umwelt, in der der Patient aufgewachsen war. Damit aber war Schizophrenie schlicht und einfach, so Lidz, „eine der Schicksalsmöglichkeiten",[340] die jeden Menschen auf seinem Reifungsprozess von Kind zum Erwachsenen ereilen konnte, und

336 Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, S. 245.
337 Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, S. 252.
338 Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, S. 256.
339 Lidz, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, S. 254. Der Vorstellung der „schizophrenogenen Mutter" stand Lidz zwar skeptisch gegenüber, er unterließ es jedoch selbst ebenfalls nicht, „einige Charakteristika" der Mütter aufzuzählen, die im Wesentlichen eine Unfähigkeit der Mutter beschrieben, auf das Kind mit seinen Ängsten und Bedürfnissen in dem Maße einzugehen, in dem es das Kind gebraucht hätte; dies habe seinen Grund auch in Unsicherheiten der Mutter, die das Kind dann übernehme. In seinem Aufsatz über „Schizophrenie und Familie" wurde Lidz noch einmal deutlicher und betonte, dass die Väter ebenso pathologisch auffällig wie die Mütter gewesen seien und „oft der stärker störende Faktor", siehe Theodore Lidz, Schizophrenie und Familie, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 13 (1959/60), S. 257–267, hier S. 265. Diesen Beitrag hatte Lidz 1957 bereits in sehr ähnlicher Form auf dem Weltkongress in Zürich gehalten. Seine Erläuterungen der Unterschiede zwischen amerikanischer und europäischer Psychiatrie in der „Einführung" mögen auf diese Erfahrung zurückzuführen sein.
340 Lidz, Schizophrenie und Familie, S. 257.

„nicht ein Zustand, den man als unverstehbar oder als Manifestation eines gestörten Hirnapparates anzusehen" hatte.[341]

Mit der Beschreibung der Schizophrenie als Kommunikations- und Interaktionsstörung hielt der „soziale Mensch" Einzug in die Psychiatrie. Nicht, dass nicht auch schon davor die Kommunikation und die Interaktionen der schizophrenen Patientinnen und Patienten von ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten beobachtet und dokumentiert worden wären. Jedoch wurden „Störungen" als Symptome und Krankheitsbelege bewertet. Auch die Psychoanalyse suchte nach verborgenen Zeichen des Konfliktes, die zu lesen und zu deuten waren. Der Ansatz der Familienforschung verstand die Interaktionsweise der Patientin oder des Patienten dagegen nicht als Ausdruck einer Krankheit, sondern vielmehr als Zeichen dafür, dass in der Familie etwas nicht gestimmt hatte; er entpathologisierte die Schizophrenie und interpretierte sie in einem sozialpsychologischen Rahmen. Die oder der Schizophrene rückte damit aus der Einsamkeit und Verschlossenheit des „Wahnsinns" in ein Beziehungsgeflecht mit anderen Personen. Diese Erweiterung des Blicks hatte sich bereits angedeutet, wenn es um lebensgeschichtliche Zusammenhänge ging und der Ausbruch der Psychose in einen Kontext eingebettet wurde, der sich auf innere Konflikte oder äußere Auslöser bezog. Allerdings war der Erklärungsansatz der Familienforschung ein anderer. Der Wahnsinn der oder des Schizophrenen wurde seiner Logik zufolge erklärbar durch den alltäglichen Wahnsinn, der sich in den Familien abspielte. Damit wurde die oder der Schizophrene von einer durch den Wahn vereinzelten und aus allen Beziehungen herausgelösten Person zu einem Mitspieler bzw. einer Mitspielerin in einem Drama, das ihr oder ihm allein die Rolle des Wahnsinns zuwies. Nicht nur dieses einzelne Familienmitglied war schizophren; es schien nun vielmehr angemessen, von „schizophrenen Familien" zu sprechen. Mehr oder weniger explizit war damit zugleich eine Familien- und Gesellschaftskritik formuliert, die Schizophrenie von einer individuellen auf eine gesellschaftlich relevante Ebene (mit der Familie als kleinster Einheit der Gesellschaft) hob.

Während diese neuere Familienforschung in der amerikanischen Psychiatrie boomte, konnte sie sich in der westdeutschen Psychiatrie erst im Kontext der Sozialpsychiatrie der siebziger Jahre zu einem eigenständigen Forschungsfeld entwickeln.[342] Zu Beginn dominierten Anpassungen der amerikanischen Impulse an die eigenen, bekannten Konzepte. Karl Peter Kisker etwa begriff die Familie in Anlehnung an seine eigenen Forschungen als die „Situation", in der sich die Schizophrenie als Abwehr oder Lösungsversuch, ja als „Erlebniswandel" vollzog. Er erklärte 1962 in einem Überblicksartikel über die Familienforschung in

[341] Lidz, Schizophrenie und Familie, S. 259.

[342] Ganz ähnlich verhielt es sich auch mit den psychologischen Importen aus den USA: die Arbeiten von René Spitz oder John Bowlby wurden in Westdeutschland erst in den siebziger Jahren breit rezipiert, siehe Gebhardt, Die Angst vor dem kindlichen Tyrannen, S. 177. Zur Bindungstheorie siehe das Forschungsprojekt von Claudia Moisel, Claudia Moisel, Geschichte und Psychoanalyse. Zur Genese der Bindungstheorie von John Bowlby, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 65/1 (2017), S. 52–75.

Analogie zu den Theorien von Lidz und der Palo-Alto-Gruppe, die Psychiatrie habe es tatsächlich „nie mit dem Schizophrenen als *einzelnem* Kranken zu tun […]. Der Schizophrene als Einzelner ist eine Abstraktion."[343] Er dokumentierte einen Blickwechsel in der Psychiatrie von genetischen hin zu sozialpsychopathologischen Deutungsmustern, dem die traditionellen Erklärungen – es handle sich eben um eine „Anhäufung abnormer Charakter in der Familie" – und die Angaben über die Krankheitsgeschichten der Familienmitglieder nicht mehr genügten.[344] Kisker hielt diese älteren Erklärungsansätze der Erbforschung sogar für Wissensblockaden, hätten sie doch verhindert, „das Verhältnis von Situation und schizophrenem Erlebniswandel mit demselben Ernst anzugehen und Familienlagen bei Schizophrenen vorurteilslos zu studieren. Zu eindeutig schien die klinische Erfahrung für das pathogenetische Gewicht der Anlage, des Vorgegebenem im weitesten Sinne, für eine Deutung der Psychose als einer anonymen Katastrophe zu sprechen, die den Gang eines Lebens aus der Tiefe unbekannter körperlicher Voraussetzungen unterbricht, zumeist mit der Folge dauerhafter seelischer Entordnungen."[345] Seine Einschätzung des Wissens über die Familien von schizophrenen Patientinnen und Patienten in der deutschen Psychiatrie war denn auch eher skeptisch. Er beschrieb diese als „[e]rste unsystematische Kenntnisse über Familienlagen Schizophrener", die, durch verschiedene Ansätze wie die angloamerikanische Analyse oder therapeutischem Reformwillen motiviert, vor allem auf den psychotherapeutischen Erfahrungen von klinischen Psychiatern beruhten. Diese psychotherapeutischen Versuche hätten jedoch nicht zu einer

[343] Karl Peter Kisker, Schizophrenie und Familie, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 13–22, hier S. 13. Er erklärte: „Will man überhaupt Schizophrenie und Gesellschaft, das Verrücktwerden und die Situation, in welcher es sich vollzieht, in ein Verhältnis setzen, […] so rückt die Familie in den Mittelpunkt des Interesses." Ebd., S. 14. Hier klingt das v. a., aber nicht nur von der anthropologischen Psychiatrie bekannte Interesse an dem Moment des Ausbruchs als „Erlebniswandel" durch; „Gesellschaft" bzw. Familie ist das Umfeld der Situation, über das sich der Genese und dem Ausbruch der Schizophrenie genähert werden soll.

[344] Kisker, Schizophrenie und Familie, S. 13. Gegen diese traditionelle Sichtweise würde allein schon „der alltägliche klinische Umgang mit den Angehörigen Schizophrener lehren", ebd., S. 13, die „hochgradig abwegige Familienlage" zu bemerken, ebd., S. 14, „welche dem Erkrankungsbeginn des Patienten lange voranliegt und worin der Kranke seit längerem eine ungewöhnliche und spannungsvolle Position einnahm. Man beobachtet abstruse Einstellungen zum Erkrankenden, merkwürdige Kausierungstheorien, ungünstige Interventionen in die Therapie und findet diese Verhaltensweisen zunächst unverständlich, bis ein genaueres Sehen zeigt, dass hier *familiäre Verhaltensgewohnheiten* vorliegen, deren Wirkung der Erkrankende sich immer schon fügen musste." Ebd., S. 14. Die Familie war also auch in früheren Jahren schon in den Verdacht der Psychiater geraten. Inwiefern dies eine Ausweitung der stigmatisierenden Wirkung der Diagnose Schizophrenie auf die Familienmitglieder war, kann hier nicht näher verfolgt werden.

[345] Kisker, Schizophrenie und Familie, S. 14. Ein Jahr darauf zitierte Hans-Joachim Haase, Psychiater und Psychotherapeut an der Rheinischen Landesklinik Düsseldorf, Kiskers Aufsatz in einem Beitrag, machte in der Entdeckung der Paralyse die Ursache für die Vorstellungen vom Ablauf der endogenen Psychosen aus, kam aber zum gleichen Schluss hinsichtlich der soziologischen Faktoren, siehe Hans-Joachim Haase, Zur Psychodynamik und Pathoplastik paranoider und paranoid-halluzinatorischer Psychosen bei alleinstehenden Frauen, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete (1963), S. 308–322.

„Familienforschung im eigentlichen Sinne" geführt, sondern sich mit Hinweisen auf die „konflikthafte Familienatmosphäre" begnügt.[346]

Ganz ähnlich bewertete auch noch 1969 Caspar Kulenkampff die Situation der Familienforschung bzw. das Wissen über Zusammenhänge zwischen familiären Strukturen und Schizophrenie. Im Vorwort des Sammelbandes „Schizophrenie und Familie", für den einige zentrale Aufsätze angloamerikanischer Familienforschung ins Deutsche übertragen worden waren, äußerte Kulenkampff die Hoffnung, dass von dem Band ausgehend eine „heilsame Unruhe"[347] die deutsche Psychiatrie erfassen werde, die er nach wie vor der seit dem 19. Jahrhundert kontinuierlich verhärteten psychopathologischen Vorstellung und der These von der körperlichen Bedingtheit der Schizophrenie verhaftet sah. „Dabei", so kritisierte er, „hat der Elefant einer weltweiten biochemischen, anatomischen, genetischen und sonstigen naturwissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet der Ätiologie von Schizophrenien bis heute nicht einmal eine Maus geboren".[348] Der Sammelband präsentierte unter anderem Ergebnisse der Gruppe um Theodor Lidz und der Palo-Alto-Gruppe, etwa von Gregory Bateson und Don D. Jackson zur *double-bind*-Theorie, einen Aufsatz von Lyman C. Wynne und anderen zur „Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen", den bekannten Aufsatz von Harold F. Searles über „Das Bestreben, den anderen verrückt zu machen – ein Element in der Ätiologie und Psychotherapie der Schizophrenie", eine Analyse zur Rolle des Kindes als „Sündenbock" von Ezra F. Vogel und Norman W. Bell, einen Beitrag von Ronald D. Laing über Mystifizierung sowie kritische Auseinandersetzungen mit der Erblichkeitstheorie und -forschung.

Während Kulenkampff an der Arbeit der angloamerikanischen Psychiaterinnen und Psychiater ihre „Unbefangenheit des Fragens" und den „hohen Grad an Differenziertheit"[349] lobte, hatte Kisker sieben Jahre zuvor auch deutliche Kritik geübt und beispielsweise den Begriff der schizophrenogenen Mutter als einen „fragwürdigen Titel"[350] bezeichnet. Er kritisierte die unsichere Schizophreniediagnostik, den Mangel an Kontroll- und Vergleichsfällen und das methodische Problem, dass die familiäre Situation letztlich immer nur rückerschlossen werden könne aus einer Situation, in der einer der Angehörigen bereits psychotisch geworden war. Allerdings konnte Kisker auch hinsichtlich seiner eigenen Forschungen über sechzig Familien jugendlicher Schizophrener nur vorläufige Ergebnisse und vorsichtige Thesen äußern.[351] Vor allem die Beziehungen zwischen den

[346] Kisker, Schizophrenie und Familie, S. 16.

[347] Caspar Kulenkampff, Vorwort, in: Caspar Kulenkampff (Hrsg.), Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neueren Theorie von Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, John H. Weakland, Lyman C. Wynne, Irving M. Ryckoff, Juliana Day, Stanley H. Hirsch, Theodore Lidz, Alice Cornelison, Stephen Fleck, Dorothy Terry, Harold F. Searles, Murray Bowen, Ezra F. Vogel, Norman W. Bell, Ronald D. Laing und J. Foudrain, Frankfurt am Main 1969, S. 9 f., hier S. 10.

[348] Kulenkampff, Vorwort, S. 9.

[349] Kulenkampff, Vorwort, S. 10.

[350] Kisker, Schizophrenie und Familie, S. 17.

[351] Kisker, Schizophrenie und Familie, S. 19.

beobachteten, andauernden Spannungsverhältnissen in den Familien und den klinischen Bildern und Verläufen schienen ihm keineswegs geklärt. Da jedoch die psychotherapeutische Praxis auf den Umgang mit den Patienten und ihren Familien positiven Einfluss gezeigt habe und umgekehrt aus dem Wissen um Spannungen in den Familien auch Konflikte im Krankenhaus besser verständlich geworden seien, bescheinigte er der Familienforschung dennoch Potential.

Andere, stärker psychopathologisch orientierte Psychiater dagegen hielten nur wenig von den Forschungen zu frühkindlichen Erfahrungen. Als Beispiel zitierte Kisker den Münchner Psychiater Kurt Kolle: „Der Mensch sei zum Schizophrenen geboren, bemerkt Kolle; es sei schlecht um die Menschheit bestellt, wenn Fehler und Schwächen von Vätern die Kinder wahllos in Schizophrenie, Neurose oder Sucht hineindrängen würden."[352] Die Suche nach den Krankheitsursachen innerhalb der Familie widerstrebte einigen Psychiatern nicht nur aus wissenschaftlichen Überlegungen, sondern auch, weil sie damit die gesamte Gesellschaft unter pathologischen Generalverdacht geraten sahen. Die Idee von der Familie als Ort des Wahnsinns, in der, wie Christian Müller es formulierte, „die Psychose des Patienten mit diesen Vorgängen in der Familie ein Ganzes bildet",[353] beinhaltete schließlich auch eine Kritik an der bürgerlichen Kleinfamilie. Allerdings ließe sich auch argumentieren, dass die Familienforschung letztlich das Familienideal bestätigte. Indem sie abweichendes Rollenverhalten oder psychische Störungen von Vater und Mutter hervorhob und deren Auswirkungen auf das „später schizophrene Kind"[354] thematisierte, blieb sie Vorstellungen verbunden, es gebe ein adäquates Rollenverhalten bzw. einen störungsfreien Raum. Die Analyse der Störungen in den Familien war, so hebt der Historiker Michael E. Staub hervor, zumindest von Forschern wie Lidz oder Bateson nicht als Kritik an der Familie als Institution gedacht.[355] Vorstellungen von Grenzen zwischen normaler und gestörter Kommunikation blieben ebenso intakt wie Vorstellungen von Grenzen zwischen normalen und gestörten Familien, wenngleich eingeräumt wurde, dass diese längst nicht so klar waren wie angenommen.[356]

Genauer nahm sich der Frage nach der Bedeutung der Ergebnisse der psychiatrischen Familienforschung für die Familiensoziologie dann erst am Ende der siebziger Jahre die Soziologin Marianne Krüll an. In ihrer Studie „Schizophrenie und Gesellschaft" verglich sie die „biogenetische" und die „soziogenetische" Theorie der Schizophrenieforschung mit den vergleichbaren Theorien einer „normalen", also gesunden Persönlichkeitsentwicklung.[357] Bereits in der Einleitung schilderte

[352] Kisker, Schizophrenie und Familie, S. 15. Eine ganz ähnliche Semantik findet sich im Vorwort von Karl Leonhards „Aufteilung der endogenen Psychosen", siehe Kapitel III.2.
[353] Christian Müller/L. Kaufmann, Über Familienforschung und Therapie bei Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 40 (1969), S. 302–308, hier S. 303.
[354] Müller/Kaufmann, Über Familienforschung und Therapie bei Schizophrenen, S. 303.
[355] Vgl. Staub, Madness is Civilization, S. 42 f.
[356] Kulenkampff, Vorwort, S. 10.
[357] Marianne Krüll, Schizophrenie und Gesellschaft. Zum Menschenbild in Psychiatrie und Soziologie, München 1977.

Krüll dabei ihre Überraschung über die geringe Aussagekraft der psychiatrischen Forschung zur Entstehung von Schizophrenie, die sie dazu veranlasst hatte, die konträren Erklärungsmuster von Schizophrenie genauer in den Blick zu nehmen. Den Grund für den hohen Rang biologischer Erklärungen entdeckte Krüll – die Konzepte „normal" und „verrückt" konsequent aufeinander beziehend – schließlich in der gesellschaftlichen Entlastung, die das biogenetisch begründete Selbst- und Krankheitsverständnis bot: „Das biogenetische Menschenbild hat für denjenigen, der in dieser Gesellschaft für ‚normal' gilt, eine große Entlastungsfunktion dadurch, dass zwischenmenschliche Verantwortung auf anonyme Naturmächte geschoben werden kann. […] Schlecht fährt dagegen derjenige, der irgendwie in irgendeinem Aspekt für nicht normal [sic] gehalten wird. Auf ihn entlädt sich die verdrängte Befürchtung aller Normalen, selbst nicht ganz ‚normal' zu sein. Da nun aber jeder Mensch immer nur in sehr wenigen sozialen Bereichen ‚normal' sein kann, während er für die meisten anderen Bereiche kein ‚normales' Verhalten gelernt hat, ist seine Angst, für anomal [sic] gehalten zu werden, immer präsent. Diese Angst bewirkt, dass er umso eher an dem biogenetischen Menschenbild festhält, das ihm wenigstens die Möglichkeit der Projektion nach außen gibt."[358]

Löste die amerikanische Familienforschung in der deutschen Psychiatrie auch nicht unmittelbar einen neuen Forschungsboom aus, so begleitete sie doch den sich in den sechziger Jahren abzeichnenden Wandel von einer biologischen bzw. philosophisch-anthropologisch-psychologischen Psychiatrie zu einer sozialpsychologisch orientierten Psychologie. Damit bildete sich zugleich eine Vielzahl unterschiedlicher wissenschaftlicher Konzepte von Familie und Persönlichkeitsentwicklung. Die genetischen Dispositionen, die durch die Familie angezeigt wurden, wurden zwar weiterhin berücksichtigt; ihre eigentliche Bedeutung erhielt die Familie nun aber als Raum frühkindlicher Sozialisation. Familie wurde zur ersten Erfahrungsgemeinschaft des Kindes, die ihm eine „gesunde" Eigen- und Fremdwahrnehmung, Ausdrucksfähigkeit, ein „gesundes" Selbstbewusstsein und Konfliktlösungsfähigkeiten vermitteln sollte. Dass die Familie als wissenschaftliches Objekt in den Blick unterschiedlichster Disziplinen und Fragestellungen rückte, ließ sie daher, wie der Psychoanalytiker Helm Stierlin 1963 formulierte, „in einem Licht erscheinen, wie dies früheren Generationen wohl noch nicht möglich war".[359] „In den letzten 10 Jahren", so Stierlin, „haben wir die Familie neu sehen gelernt."[360]

Damit hatte sich einiges im Verständnis der Schizophrenie geändert. Lange hatten die komplizierten Methoden der Erbbiologie der Suche nach einem Erbgang der Schizophrenie gedient, auch wenn Manfred Bleuler bereits 1951 darauf hingewiesen hatte, dass die Psychiatrie merkwürdig blind sei für die möglicherweise auch milieubedingte Häufung von Psychosen in manchen Familien.[361] Im

[358] Krüll, Schizophrenie und Gesellschaft, S. 179.
[359] Stierlin, Familie und Schizophrenie, S. 498.
[360] Stierlin, Familie und Schizophrenie, S. 495.
[361] Zitiert nach Kisker, Schizophrenie und Familie, S. 15.

Lauf der sechziger Jahre nahm nun schließlich auch die Erbforschung eine Haltung ein, die verschiedene Faktoren im Sinne „der sog. ‚multifaktoriellen' Schizophrenie-Genese"[362] bei der Enstehung der Schizophrenie einräumte.[363] Zum Bedeutungsverlust der Vererbungslehre trugen dabei verschiedene Umstände bei. Erstens hatte die diskursive Verschiebung zu einer verständnisorientierten, die Lebensgeschichte und Umwelt des Individuums stärker berücksichtigenden Psychiatrie andere Forschungsakzente gesetzt.[364] Zweitens war der Vererbungslehre nicht nur auf Seiten der psychologisch und soziologisch ausgerichteten Psychiater Konkurrenz erwachsen, sondern vor allem das Aufkommen der modernen Genetik und Molekularbiologie trug dazu bei, dass sie als überholt und veraltet angesehen wurde.[365] Edith Zerbin-Rüdin, die Tochter von Ernst Rüdin, sah sich deshalb 1966 zur Selbstlegitimierung ihrer Arbeit – im Wesentlichen eine Weiterführung der Arbeit ihres Vaters – zu dem Hinweis genötigt, dass die „genealogisch-demographische Forschung" der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, die diese „[s]eit einem halben Jahrhundert" betreibe, keineswegs „überflüssig geworden" sei, auch wenn die jüngeren Zweige der Genetik, die „Cytogenetik und Molekulargenetik", in der letzten Zeit mehr Forschungsergebnisse geliefert hätten.[366] Die bewährten „formalgenetischen und mathematisch-statistischen" Methoden seien zu erhalten, denn: „Selbst wenn die biochemische oder chromosomale Grundlage einer Störung bekannt ist, kann erst die genealogische Untersuchung die prak-

362 Kisker, Schizophrenie und Familie, S. 15. Dies ist eine der frühesten Erwähnungen der These von den verschiedenen verursachenden bzw. auslösenden Faktoren in dieser Begrifflichkeit.

363 Zur Durchsetzung der Vorstellung der multifaktoriellen Genese in den sechziger und siebziger Jahren siehe auch Benoit Majerus, Psychiatrie im Wandel. Das Fallbeispiel Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (1960–1980), in: Medizinhistorisches Journal 43 (2008), S. 344–371, hier S. 348 f. Siehe auch Schott/Tölle, Geschichte der Psychiatrie, S. 218. Eine vollständige Geschichte der Erbforschung nach 1945 steht ebenso aus wie eine Geschichte der Genetik. Angekündigt ist allerdings Constantin Goschler/Till Kössler (Hrsg.), Vererbung oder Umwelt? Ungleichheit zwischen Biologie und Gesellschaft seit 1945, Göttingen 2016.

364 Dass die Vertreter der Vererbungstheorie sich Ende der sechziger Jahre von ihren individual- und sozialpsychiatrischen Kollegen deutlich in die zweite Reihe gedrängt fühlten, illustriert beispielsweise das folgende Zitat des Psychiaters Klaus Diebold: „Es mag rückständig erscheinen, das Problem der Zusammenhänge von Anlage und Umwelt bei der Entstehung psychischer Störungen, dessen Diskussion in die Anfangszeiten der Psychiatrie als selbständiger medizinischer Disziplin zurückreicht und auch mit diesen Ausführungen nicht abgeschlossen werden kann, in einer Zeit wieder aufzugreifen, da die Psychiatrie allgemein in einem Umbruch begriffen ist. Wir meinen damit die sozialpsychiatrischen Bestrebungen, die unter dem Einfluss verschiedenartiger (individual- und sozial)psychologischer Konzepte während der letzten Jahrzehnte zunächst in den USA, dann auch in Europa aufgekommen sind.", siehe Klaus Diebold, Zum Problem der Zusammenhänge von Anlage und Umwelt in der Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 40 (1969), S. 401–412, hier S. 401. Diese Konzepte hätten sicher, wie Diebold einräumte, zur Humanisierung der Psychiatrie beigetragen, der Lösung des Problems „der Zusammenhänge von Anlage und Umwelt bei der Entstehung psychischer Störungen" sei man aber auch nicht nähergekommen.

365 John Gach, Biological Psychiatry in the Nineteenth and Twentieth Century, in: Edwin R. Wallace/John Gach (Hrsg.), History of Psychiatry and Medical Psychology. With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation, New York 2011, S. 381–418, hier S. 404.

366 Edith Zerbin-Rüdin, Genealogie und Demographie, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 463–465, hier S. 463.

tisch und theoretisch wichtige Frage klären, welchem Erbmodus der Phänotyp folgt."[367] Drittens konnten auch Erbtheoretiker die Bedeutung äußerer Einflüsse als eigene Größe bei der Krankheitsentstehung nicht vollkommen ignorieren. In einem Beitrag über Zwillingsforschung konstatierte der bereits zitierte Klaus Diebold drei Jahre nach Erscheinen des obigen Beitrags, die „erbliche Disposition" sei zwar „der notwendige", jedoch „nicht ausreichende Kausalfaktor".[368] Deshalb müsse dringend am „Umweltproblem" weiter geforscht werden. Eine kausale Therapie hielt er jedoch weiterhin erst dann für möglich, wenn sowohl Umweltfaktoren als auch die somatische Grundlage bekannt seien.[369]

Vordergründig bemühten sich nun auch somatologisch ausgerichtete Psychiater um eine Verbindung der unterschiedlichen Ansätze. In einem Beitrag von Margit Fischer etwa verweist die Formulierung, „dass Umwelteinflüsse bei genetisch prädisponierten Personen für das Auftreten einer Schizophrenie verantwortlich sein können", auf die Vorstellung eines Harmonierens umweltbezogener und somatogener Positionen.[370] Zudem problematisierte Fischer den blinden Fleck der Zwillingsforschung, die schwierige Unterscheidung von Erb- und Umweltfaktoren. Schlussendlich gab Fischer einer von ihr so bezeichneten „subjektiven" Note den Vorrang: „Vermutlich ist auch die objektive Umwelt, also die Frage, welchen Einflüssen war die Person ausgesetzt?' weniger wichtig als die subjektive Umwelt, d. h. die Frage ‚wie reagierte der betreffende Mensch auf die Umwelt?' Wenn es einen gemeinsamen Faktor gibt, der die Schizophrenie auslöst, dann werden wir ihn wahrscheinlich eher durch die Untersuchung physiologischer und biochemischer Reaktionen auf verschiedenartige Stress-Situationen finden."[371] Was hier „Subjektivität" genannt wird, bezeichnete zwar letztlich eine körperliche Reaktionsweise im Umgang mit Stress- und Krisensituationen und damit einen physiologischen Prozess; dennoch spiegelt das Zitat, wie sich auch die Erbforschung an die veränderten Wissensverhältnisse anpasste.

Die bisherigen Ausführungen dieses Kapitels haben die Suche der westdeutschen Psychiatrie nach Möglichkeiten eines besseren oder erweiterten Verständnisses der Schizophrenie beleuchtet. Auf dieser Suche hatten psychoanalytische Ideen, wie sie in den USA von oftmals emigrierten Psychiaterinnen und Psychiatern bzw. Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern entwickelt worden waren, eine wichtige Rolle gespielt. Schizophrenie musste nicht mehr allein als Schicksal, als unabänderlich ablaufender Krankheitsprozess ohne Heilung begriffen werden. Akzeptabel schien nun auch die Deutung als Prozess der Kon-

[367] Zerbin-Rüdin, Genealogie und Demographie, S. 464. Zu dieser Hochbegabungsforschung siehe Ute Wiedemann/Wolfgang Burgmair/Matthias M. Weber, Die Höchstbegabtenstudie von Adele Juda 1927–1955: Höhepunkt und Ende der psychiatrischen Genialenforschung in Deutschland, in: Sudhoffs Archiv 91/1 (2007), S. 20–37.

[368] Klaus Diebold, Aspekte der Erb- und Umweltbedingtheit endogener Psychosen, in: Der Nervenarzt 43 (1972), S. 69–76, hier S. 75.

[369] Diebold, Aspekte der Erb- und Umweltbedingtheit, S. 75.

[370] Margit Fischer, Umweltfaktoren bei der Schizophrenie. Intrapaarvergleich bei eineiigen Zwillingen, in: Der Nervenarzt 43 (1972), S. 230–238, Zitat S. 230.

[371] Fischer, Umweltfaktoren bei der Schizophrenie, S. 238.

fliktlösung und Selbstwerdung, wobei der Lebensgeschichte eine entsprechend große Bedeutung zugesprochen wurde. Entscheidende Impulse, wie die Fallgeschichten von psychotherapeutischen Behandlungen oder die daseinsanalytische Betrachtung des schizophrenen Seins, waren ferner aus der Schweiz gekommen. Phänomenologische, daseins- und gestaltanalytische sowie anthropologische Vorstellungen hatten das traditionelle biologische Krankheitsverständnis von Schizophrenie entsprechend erweitert. Auch die Verbindung zwischen Schizophrenie und Familie wurde nach den fünfziger Jahren anders wahrgenommen und bewertet. An die Stelle von erbbiologischen Vorstellungen traten Vorstellungen von der Familie als prägende Kraft für Lebensgeschichte und Persönlichkeit, ebenso aber auch als Ort des Wahnsinns, in dem die Schizophrenie des Einzelnen nur die Störungen innerhalb des Familiensystems reflektierte und ausdrückte.

Die Suche nach einem besseren Verständnis des Innenlebens der mit Schizophrenie diagnostizierten Patientinnen und Patienten, des spezifischen Erlebens im Wahn und der psychologischen Vorgeschichte mit all ihren Konflikten und Krisenmomenten brachte aber nicht nur neue Möglichkeiten der Erzählung, Deutung und Erklärung der Schizophrenie. Wie bereits mehrfach angeklungen, verband sich mit dieser Suche und der Wiederentdeckung der Lebensgeschichte auch eine Kritik an traditionellen Wissensbeständen, Grundannahmen und Behandlungsmethoden. Um diese Auseinandersetzungen und die Stabilisierungsstrategien der Psychiatrie geht es im folgenden Kapitel.

3. Verwissenschaftlichungen

Wie in einem Brennglas waren die offenen Probleme, die unterschiedlichen Auffassungen und Konzepte sowie die Grenzen des Wissens in der Psychiatrie beim Weltkongress für Psychiatrie im Jahr 1957 in Zürich zutage getreten, der ganz dem Thema der Schizophrenie gewidmet war. Das Kongressprogramm deckte den gesamten Bereich psychiatrischer Forschung ab. Aus den USA waren Theodore Lidz und Karl Menninger, der Gründer der Menninger Clinic, angereist und sprachen über „Schizophrenia and the Family" (Lidz) sowie über „The Unitary Concept of Mental Illness" (Menninger); Ludwig Binswanger hielt einen Vortrag über „Leitsätze zum Verständnis der daseinsanalytischen Interpretation in der Psychiatrie, mit besonderer Berücksichtigung der Schizophrenie", und auch Caspar Kulenkampff, Jürg Zutt und Walter Theodor Winkler steuerten Beiträge zu anthropologischen und psychodynamischen Aspekten bei; C. G. Jung gab sich die Ehre ebenso wie Kurt Schneider, Ernst Kretschmer und Karl Kleist.[372] Frieda Fromm-Reichmann, die ebenfalls auf der Rednerliste gestanden hatte, war kurz zuvor gestorben.

[372] Siehe die Tagungsbände Werner A. Stoll (Hrsg.), II. Internationaler Kongress für Psychiatrie. Congress Report in 4 Volumes. Published by order of the Swiss Organizing Committee, Zürich 1959.

Als ein Schlüsseldokument der psychiatrischen Zeitgeschichte lässt sich die Eröffnungsrede von Manfred Bleuler, dem Sohn und Nachfolger Eugen Bleulers, bezeichnen. Vor seinem aus aller Welt angereisten Publikum würdigte er den Mut der Organisatoren, die zur Bearbeitung „eines der größten Rätsel der Menschheit" aufgerufen hätten, eine Aufgabe, die an sich schon „ein Wagnis" sei, aber noch mehr in diesen Zeiten, „weil das Wesen der Schizophrenie gerade heute umstrittener ist als je".[373] Für alarmierend hielt Bleuler die unterschiedlichen und teilweise widersprüchlichen Auffassungen von Schizophrenie, die auch ganz unterschiedliche Beurteilungen des Wissens- und Forschungsstandes nach sich zogen: Während der eine Forscher Schizophrenie für ein Rätsel an sich halte, „das ärztlicher Methodik und ärztlichem Denken unserer Epoche gar nicht zugänglich wäre", hoffe ein anderer Forscher bei anhaltender Forschung auf eine Klärung der Frage, während wieder ein anderer Forscher meine, dass sich die Lösung bereits klar abzeichne.

Dieses Nebeneinander verschiedener Ansätze wurde keineswegs positiv, etwa als Ausweis einer ausdifferenzierten und breit aufgestellten Wissenschaft, bewertet. Die Bandbreite der Herangehensweise schien viel eher uferlos und willkürlich, von „rein psychogenetischen zu hirnpathologischen, pathologisch-physiologischen und erbpathologischen Vorstellungen und jede derselben wird wieder in verschiedenster Art konzipiert und mit den andern kombiniert". Vor allem die fehlende Kommunikation und Austauschbereitschaft zwischen den unterschiedlichen Strömungen und Ansätzen führte laut Bleuler zu einer Sprachverwirrung babylonisches Ausmaßes: „Wenn heute zwei Psychiater verschiedener Schulen und Länder über die Genese der Schizophrenie sprechen, verstehen sie sich oft nicht mehr, als wie wenn sie sich verschiedener Sprachen bedienten; was dem einen längst gesicherte Grundkenntnis scheint, ist für den andern bloße hypothetische Spekulation, wenn nicht wirklichkeitsfremder Unsinn."[374] Immerhin glaubte Bleuler eine gewisse Einigkeit hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten zu erkennen, auch wenn die Uneinigkeit über die Art und Weise und darüber, ob die Behandlung kausal oder symptomatisch angelegt sei, dadurch nicht beseitigt wurde. In ihren therapeutischen Bemühungen würden die Psychiater „viel einheitlicher dastehen als in unseren Versuchen, Wesen und Genese der Schizophrenie zu verstehen" – auch wenn dem Begriff der Schizophrenie „wie ein Bleigewicht die Vorstellung der Unheilbarkeit" anhafte.[375]

Der Weltkongress der Psychiatrie zur Schizophrenie war ein Moment der Konzentration und der genauen Analyse der Verfasstheit der psychiatrischen Schizophrenieforschung. Wenn auch Bleuler zufolge Einigkeit darüber bestand, dass der Begriff der Schizophrenie ziemlich unklar sei, so wurde er doch als zu tief im psychiatrischen Denken verankert angesehen, als dass man – selbst als schar-

[373] Manfred Bleuler, Die Problematik der Schizophrenien als Arbeitsprogramm des II. Internationalen Kongresses für Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 28 (1957), S. 529–533, hier S. 529.
[374] Bleuler, Die Problematik der Schizophrenien, alles S. 529.
[375] Zitate Bleuler, Die Problematik der Schizophrenien, S. 529 f.

fer Kritiker – um seinen Gebrauch herumkäme. Erschwert wurde die Einigung auf eine einheitliche Definition auch dadurch, dass noch keine allgemeinen, allen Gruppen von Schizophrenie gemeinsame Merkmale entdeckt worden waren. Die meisten Psychiaterinnen und Psychiater teilten ein Grundverständnis von Schizophrenie als einer Psychose und passten die unterschiedlichen Krankheitsbilder und -grade durch sprachliche Ergänzungen (zum Beispiel latente Schizophrenie, schizophrene Reaktion) daran an. Keine Einigkeit und Klarheit bestanden dagegen nach Bleulers Einschätzung über die Ursachen sowie den Verlauf der Krankheit und ob eine Heilung möglich sei.[376]

Als Bleuler in seiner Rede eine eigene Beschreibung der Schizophrenie vornahm, war diese daher nicht an den klassischen Kriterien Ursache, Krankheitsbild, Verlauf und Prognose orientiert, sondern beschrieb als eigentliches Merkmal der Schizophrenie eine spezifische „Gegensätzlichkeit" zwischen dem „Verrücktsein im alten Sinne des Ausdruckes", dem „Anderssein als die übrigen Menschen" auf der einen Seite und einem sensiblen und zur Empathie auffordernden Innenleben auf der anderen Seite. Damit meinte Bleuler nicht weniger als die Entdeckung des Nicht-Anderen im Anderen der Schizophrenie: „Vor allem aber zeigt die eingehende Psychotherapie der Schizophrenen immer wieder eindrücklich, wie der Schizophrene die Fähigkeit zu komplizierten Überlegungen nicht verliert, wie ihm ein reiches Gedanken- und Gefühlsleben trotz der Krankheit innewohnt. Das gehört ja zu den ergreifendsten Erlebnissen im Umgang mit Schizophrenen, dass sie – während sie doch so anders sind – gleichzeitig sein können wie wir selbst, denkende, erinnernde, empfindende Menschen voller menschlicher Ängste und Sehnsüchte."[377] Die große Frage der Forschung, in der alle anderen aufgingen, war demnach, so Bleuler: „Ist die Schizophrenie oder sind einzelne Unterformen der Schizophrenie unpersönliche Krankheiten, die aus einem bestimmten erblichen oder erworbenen, somatischen oder psychischen Schaden über einen Menschen hereinbrechen, der sich ohne ihn gesund entwickeln könnte? Oder ist die Schizophrenie eine höchst persönliche Entwicklung zur Abwendung von Gemeinschaft und Alltag, die grundsätzlich ähnliche Gesetze beherrschen, wie die Entwicklung des Neurotikers und des Gesunden? Ist sie damit eine Entwicklung, in der Anlage und Umwelt, körperliches und seelisches Geschehen keine Bedeutung als unpersönliche Einzelfaktoren haben, sondern nur als Aspekte der gesamthaften Persönlichkeitsgestalt? Ist die Schizophrenie ein fremdes Schicksal, das über die Persönlichkeit hereinbricht, oder ist die Persönlichkeit selbst dieses Schicksal? Gelangen wir grundsätzlich mit denselben Mitteln zur erlösenden Gemeinschaft mit dem Schizophrenen, die Menschen sonst zueinander führen und aneinander wachsen lassen? Oder braucht es dazu spezifische, gegen einen spezifischen Schaden gerichtete Behandlungsverfahren?"[378]

376 Vgl. Bleuler, Die Problematik der Schizophrenien, S. 530 f.
377 Bleuler, Die Problematik der Schizophrenien, S. 531.
378 Bleuler, Die Problematik der Schizophrenien, S. 532 f.

Diese grundsätzlichen Fragen, die Bleuler an seine Kolleginnen und Kollegen richtete, wiesen direkt auf den Kern des Schizophrenieproblems hin, wie er sich dem philosophisch und anthropologisch geschulten psychiatrischen Blick der fünfziger Jahre darstellte. Es ging wesentlich darum, die Grenze zwischen Wahn und Vernunft, zwischen dem Anderen und dem Normalen neu auszuloten bzw. sogar zugunsten eines Stufenmodells aufzugeben. Hinterfragt wurde, wie Persönlichkeit, Krankheit und „Schicksal" zusammenhingen, in welcher Reihenfolge sie einander bedingten, und wo die Unterschiede zu „normalen" oder „neurotischen" Entwicklungen lagen. Von „leergebrannten Ruinen" oder „Bewegungsautomaten", die noch in Gottfried Ewalds „Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie" die Darstellung der Kranken bestimmt hatten, war hier nichts mehr zu lesen.

Fand durch die Stärkung der Fragen nach den persönlichen Lebensgeschichten eine Individualisierung der Patientinnen und Patienten statt, die die „Macht der Psychose" im Einzelfall abschätzen wollte, so hatte diese Wendung doch auch andere Effekte wie die Verunsicherung der Psychiatrie über ihren eigenen Zustand, ihren Wissensstand und ihre wissenschaftliche Zukunft. Bleulers Rede fasste das Problembewusstsein in klare Worte: Die Irritation, die von den psychotherapeutischen Erfolgen ausgegangen war, war nachhaltig, und die Fragen, die sie aufgeworfen hatten, waren nicht leicht zu beantworten. Um Antworten darauf zu finden, beschäftigte sich die Psychiatrie daher in den folgenden Jahren einerseits mit der psychotherapeutischen Praxis, andererseits mit den Methoden und Mitteln, die ihr bisher bei der Wissensherstellung gedient hatten.

Psychotherapeutische Erfolge und offene Fragen

Die neuen Ideen und Konzepte von Schizophrenie, die sich in den fünfziger Jahren gebildet hatten, waren zu großen Teilen auf konkrete Fälle bzw. therapeutische Erfahrungen bezogen. Sie ließen sich daher nicht ignorieren, so spekulativ und irregeleitet der traditionellen Psychiatrie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen und Deutungen im Einzelfall auch scheinen mochten. Bereits 1950 hatte der Psychiater Walter Schulte, damals leitender Oberarzt in der Anstalt Bethel, in seinem Artikel über das Verhältnis von Psychiater und Patient versucht, ausgehend von der Rolle des Patienten und aus dessen Perspektive heraus Argumente für eine Stärkung der Psychotherapie auch bei den Psychosen zu entwickeln. Dabei hatte er auch durchaus auf einige spezifische Probleme hingewiesen.[379] So identifizierte er etwa neben der mangelnden Krankheitseinsicht auch die Machtposition des Psychiaters als Problem für die Herstellung eines vertrauensvollen

[379] Schulte, Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken, S. 539. Schultes Forderung nach mehr Verständnis war letzten Endes einem biografischen Verständnis der Krankheitsentstehung heraus entsprungen. So erklärte er, die Forderung eines größeren Entgegenkommens entspringe der „Erfahrung, dass die Lehre von der unerbittlichen Schicksalhaftigkeit, mit der endogene Psychosen entstehen oder verlaufen sollen, und von der gänzlichen Bedeutungslosigkeit körperlicher und seelischer Belastungen doch vielleicht nicht mehr ganz so unerschüttert wie nach dem ersten Weltkrieg dazustehen scheint." Ebd., S. 565.

Verhältnisses; er sprach aber auch die mangelnde Bereitschaft seiner psychiatrischen Kollegen, sich unvoreingenommen auf die Wirklichkeit der Wahnwelten der Patienten einzulassen, an. Der Psychiater, so Schulte, müsse daher zunehmend „an Bereitschaft, sich erschüttern zu lassen, an Unbefangenheit und Aufgeschlossenheit", damit er „die lebensfeindliche Einstellung seines Denkens nach den Fesseln diagnostischer Schemata" verliere.[380] Indem er so für ein Bemühen um die Kranken über die Frage der Heilbarkeit hinaus eintrat, äußerte Schulte zugleich Kritik an der patientenfeindlichen Atmosphäre vieler Anstalten und Krankenhäuser.[381]

Als spezifische Schwierigkeit der Behandlung von an Schizophrenie erkrankten Patientinnen und Patienten galten jedoch – neben der mangelnden Krankheitseinsicht – Deutungs- und Verständigungsprobleme. So berichtete auch der Psychiater und Psychoanalytiker Herbert Rosenfeld, der eine nach dem Vorbild Melanie Kleins gestaltete Psychoanalyse praktizierte, von der Herausforderung, „in einem bestimmten Moment gerade diejenigen Deutungen zu geben, die der Schizophrene braucht, und zwar sowohl der chronische wie der akut Schizophrene".[382] Viel stärker als beim Neurotiker müssten „das Gesamtverhalten des Patienten, seine Gestik und seine Handlungsweise" zur Analyse herangezogen werden, da die Patienten oft Probleme beim Sprechen hätten, „verwirrt, ablehnend oder in sich selbst zurückgezogen" seien.[383] So mahnte er am Ende einer wohlgemerkt positiven Behandlungsgeschichte einer 17-jährigen Patientin: „Bei dem augenblicklichen Stande unserer Forschung wollen wir die therapeutischen Möglichkeiten der Psychoanalyse bei schweren akuten und chronischen Schizophrenien nicht überschätzen, da die Analyse besonders der akuten Schizophrenie, wie vielversprechend sie auch erscheint, eine sehr schwierige und aufreibende Aufgabe ist und auch der Umgang mit den Patienten noch immer fast unübersteigbare Schwierigkeiten bietet."[384]

Um das Gelingen psychotherapeutischer Verfahren dennoch plausibel zu machen, wurden ganz unterschiedliche Vorstellungen des Persönlichkeitsaufbaus und der Zusammenhänge von Krankheit und Person aktiviert. Walter Schulte beispielsweise bediente sich der Idee einer Persönlichkeit, die aus mehreren Teilen zusammengesetzt war, und bei der die Krankheit nicht sofort alle, sondern nur einige dieser Teile befalle. Damit eine Psychotherapie gelingen könne, so Schulte, müsse sich der Psychiater „weitgehend auf gesund gebliebene Persönlichkeitsanteile stützen" und mit dem arbeiten, was ihm „verständlich, ableitbar und einfühlbar erschein[e]".[385] Wenn der Psychiater sich um die Kommunikation und um

[380] Schulte, Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken, S. 574 f.
[381] Schulte, Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken, S. 574.
[382] Herbert Rosenfeld, Zur psychoanalytischen Behandlung akuter und chronischer Schizophrenie, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 9 (1955/56), S. 161–171, hier S. 170.
[383] Rosenfeld, Zur psychoanalytischen Behandlung, S. 162.
[384] Rosenfeld, Zur psychoanalytischen Behandlung, S. 171.
[385] Schulte, Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken, S. 539.

das Vertrauen des Patienten bemühe, indem er seinen Patienten grundsätzlich bejahe, so fasste Schulte seine Ausführungen zusammen, könne ein gutes Verhältnis zwischen Arzt und Patient entstehen. Dabei widersprach er der Auffassung, es gebe von vornherein aussichtslose Kranke, wofür er sich auf die Erfahrungen mit der somatischen Therapie der Elektroschockbehandlung berief.[386]

Für Walter Schulte war es kein Widerspruch, somatische und psychologische Konzepte auch in der Therapie zu verbinden.[387] Diese Praxis stand in der Tradition der psychiatrischen Psychotherapie, die auch in der Weimarer Republik und der NS-Zeit als Ergänzung zur somatischen Behandlung stattgefunden hatte. Ebenso hatten sich eugenische Maßnahmen und Psychotherapie nach zeitgenössischem Verständnis nicht ausgeschlossen.[388] Auch in der Psychiatrie der fünfziger Jahre wurde die Kombination von psychotherapeutischen Verfahren und körperlichen Behandlungen nicht als Widerspruch, sondern als sinnvolle Ergänzung empfunden. Das zunehmende Interesse an der Psychotherapie lässt sich womöglich sogar nicht ohne die gleichzeitige Entwicklung der modernen Psychopharmaka denken. Die Entwicklung der vor allem sedierend wirkenden Medikamente hatte aus Sicht der Psychiater die Behandlungsgrenzen erweitert und selbst für Patientinnen und Patienten mit chronischer Schizophrenie neue Behandlungsmöglichkeiten erschlossen.[389] Psychotherapeutische Behandlungen fanden daher meistens auf der Basis von pharmakologischer Behandlung oder auch Schockbehandlung statt. Die Patientinnen und Patienten wurden in der Regel zuerst oder gleichzeitig mit Medikamenten oder Insulin- bzw. Elektroschock behandelt, mit der Absicht, zumindest die stärksten Symptome abzuschwächen – von kausaler Behandlung zu sprechen, fiel vielen Psychiatern eher schwer[390] – und anschließend mit psychotherapeutischen Sitzungen zu beginnen.

In dieser Handhabung prallten jedoch auch zunehmend unterschiedliche Meinungen über die Bedeutung aufeinander, die die Kombination körperlicher und psychologischer Therapien hatte. So räumte etwa Walter von Baeyer in einem Grundsatzbeitrag über die „körperliche Behandlung seelischer Störungen" im Jahr 1959 ein, die rein körperliche Behandlung werfe die Problematik der Verdinglichung des Patienten auf, und nahm davon auch die neuen Medikamente

386 Schulte, Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken, S. 573 f.

387 Schulte, Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken, S. 574.

388 Die bekanntesten Vertreter der Psychotherapie wie Ernst Kretschmer, Berthold Kihn und Kretschmers Schüler Friedrich Mauz waren sowohl an Zwangssterilisierungen als auch als Gutachter bei der „Aktion T4" beteiligt gewesen, siehe Roelcke, Psychotherapie in Westdeutschland nach 1945, S. 107.

389 Siehe Walter von Baeyer, Über Prinzipien der körperlichen Behandlung seelischer Störungen, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 1–5. Er erklärte, er könne „nicht mehr voll aufrechterhalten, was ich einmal [1950, Anm. d. Verf.] schrieb: Die Schocktherapie lotet den defektiven Grund der Psychosen. Das ist nicht mehr richtig, seitdem man weiß, dass hin und wieder ausgiebig mit Insulin und Krampfschocks behandelte chronisch Schizophrene durch Megaphen- und Reserpinkuren noch wesentlich gebessert und dem sozialen Leben wiedergegeben werden können." Ebd., S. 2.

390 Siehe Baeyer, Über Prinzipien der körperlichen Behandlung, S. 2.

und Sedativa nicht aus, deren Wirkung „dämpft, nivelliert, persönliche Spitzen abbricht, entindividualisiert“,[391] was doch dem eigentlichen Ziel widerspreche: „Man will den kranken Menschen ja nicht zur Sache machen, will ihm vielmehr seine gesunde Personalität wiedergeben.“ Allerdings sprach sich von Baeyer für die körperliche bzw. medikamentöse Behandlung als einen unumgänglichen „Umweg“ und als „Heilungshilfe“ auf dem Weg zur Heilung aus, da die „Entpersönlichung und Versachlichung“ für den Patienten auch eine Entlastung darstellen könne, indem sie ihn vorübergehend von seiner „falschen Subjektivität“ löste.[392]

Dass die Sicht der Patientinnen und Patienten auf diese Phase der Vergegenständlichung möglicherweise eine andere war und die körperliche Behandlungspraxis auch Probleme aufwarf, darauf wies Wolfgang Bister in einer 1960 in der *Psyche* veröffentlichen Vorlesung hin: dass nämlich die Medikamente oder Schockbehandlungen die Patienten ängstigen, sie wehrlos machen und ebenso auch das Innenleben verfälschen könnten, da sie bestimmte Wahnmotive und -inhalte „zum Schweigen“ bringen würden.[393] In einer Psychotherapie, so Bisters Einschätzung, in der der Patient freiwillig bestimme, was er von sich preisgebe, könne sich der Patient wesentlich sicherer und stabiler fühlen. Bisters Meinung zufolge verstellte das Medikament gerade das, was so wichtig für das psychotherapeutische Verfahren war, nämlich den direkten Zugang zum eigenen Selbst und die ungebremste Auseinandersetzung mit dem eigenen inneren Konflikt.

Während das Verhältnis zwischen der Psychoanalyse und der Psychiatrie allgemein von Spannungen und Rivalitäten gekennzeichnet war, gehörten psychotherapeutische Ansätze als die körperlichen Behandlungsverfahren ergänzende Methoden also durchaus zum psychiatrischen Behandlungsspektrum. Allerdings wurde darunter in der westdeutschen Psychiatrie weniger eine psychoanalytisch fundierte Methode als vielmehr eine den Kranken zugewandte, verständnisorientierte Haltung begriffen. Ausgehend von den psychoanalytischen und psychotherapeutischen Bemühungen, hatte sich in den fünfziger Jahren die Diskussion über den Verlauf und die Unheilbarkeit von Schizophrenie verstärkt, wie sie auch Manfred Bleuler in seiner Rede beim Weltkongress beschrieben hatte. Dass alle Schizophrenien Kraepelins Beschreibungen entsprechend verlaufen sollten, deckte sich nicht mit den Erfahrungen und schien zunehmend wenig differenziert. So kritisierte Hans-Jörg Weitbrecht den „lähmenden Teufelskreis“, der durch die Konzentration auf den Verlauf und den erwarteten Ausgang der Erkrankung entstanden sei: „hier heilbare endogene Psychosen mit sogenannten Phasen, also manisch-depressives Irresein, dort grundsätzlich unheilbare Schübe mit Ausgang

391 Baeyer, Über Prinzipien der körperlichen Behandlung, S. 4.
392 Alle Zitate Baeyer, Über Prinzipien der körperlichen Behandlung, S. 4 f.
393 Bister, Bemerkungen zur psychoanalytisch orientierten Therapie, S. 369.

im Defekt, also Schizophrenie".[394] Zuerst habe dieses auf Kraepelin zurückgehende System durchaus Fortschritte gebracht, „das war etwas, woran man sich halten konnte", zunehmend sei die Unheilbarkeit der schizophrenen Psychosen jedoch „zum Dogma erhoben" worden. Indem man aber vom Endzustand und ungünstigen Fällen ausgehe, beschreibe man zwar eine spezifische und große Gruppe, vernachlässige aber die anderen möglichen Verläufe.[395] Weitbrecht erklärte daher, „man müsste unbedingt darauf verzichten", mit Vorstellungen von einer Unheilbarkeit an und für sich oder eines Defektes zu operieren,[396] und plädierte für eine stärkere Orientierung an dem Konzept von Eugen Bleuler.

Bei dieser Diskussion ging es weniger um eine Kritik der Psychopathologie im Sinne einer Kritik an den Grenzen ihres Wissens als vielmehr um die Frage nach der therapeutischen Beeinflussbarkeit von Schizophrenie. Endete die Schizophrenie nicht zwangsläufig im Defekt und in der Chronizität, sondern hatte möglicherweise einen offenen Ausgang und Besserungschancen, verlor sie damit ihren Charakter eines endgültigen, den bürgerlichen Tod bedeutenden Urteils über das Individuum. Denn trotz aller Ermahnungen, die Bedeutung einzelner Fallgeschichten nicht zu überschätzen, und der vorsichtigen Einschätzungen, was Psychotherapie bei Schizophrenie erreichen könnte, gab es auch Berichte von teilweise schon hoffnungslosen Fällen, die auf Psychotherapie angesprochen hatten. So berichtete etwa der Heidelberger Psychiater Walter von Baeyer: „Es gibt Fälle, in denen eine mit Pharmakotherapie kombinierte Psychotherapie an chronisch Schizophrenen mehr erreicht, als das nach den Erfahrungen mit rein körperlicher Behandlung zu erwarten wäre […], und es gibt, wovon ich mich persönlich überzeugen konnte, Fälle weitgehend defekt wirkender Schizophrenie, die schock- und drogenresistent schließlich doch noch auf reine Psychotherapie hin eine erstaunliche Besserung, wenn nicht sogar Heilung zeigen. Der traditionelle Defektbegriff in der Schizophrenie ist problematisch geworden. Man sollte ihn nicht durch voreilige Auswertung von Ergebnissen der körperlichen Therapie mitten im Flusse der Forschung fixieren!"[397]

Somit standen das Schizophreniekonzept und mit ihm die Psychiatrie vor einem wissenschaftlichen Problem. Scheinbar konnten sogar bei „schlimmen Fällen" positive Wendungen hervorgebracht werden – durch psychotherapeutische Zuwendung und psychoanalytische Behandlung. Dies passte jedoch nicht zum bestehenden Wissen, wonach Schizophrenie eine körperlich begründete Erkrankung war, unaufhaltsam verlief und von körperlichen Behandlungen höchstens aufgehalten oder symptomatisch gemildert werden konnte. Basierte die psychotherapeutische Behandlung gar auf Theorien und Methoden der Psychoanalyse, wurde das Problem, das diese Erfolgsfälle darstellten, für die Psychiatrie noch

394 Hans-Jörg Weitbrecht, Endogene phasische Psychosen. Symptombilder und Verläufe, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 29 (1961), S. 129–144, hier S. 130.
395 Weitbrecht, Endogene phasische Psychosen, S. 130.
396 Weitbrecht, Endogene phasische Psychosen, S. 131.
397 Baeyer, Über Prinzipien der körperlichen Behandlung, S. 2 f.

größer, da – wie bereits erwähnt – damit die Grenzen zu den Neurosen durchlässig zu werden drohten. Gaetano Benedetti hatte bereits in einer seiner Fallgeschichten notiert: „Im Moment aber, wo der Ursprungsort der Psychose nicht mehr in einer Diagnose vergegenständlicht wird, sondern sich als die immanente Fragwürdigkeit unseres Daseins erweist, muss die Psychotherapie der Schizophrenie zu einem Ärgernis werden."[398]

Eine Strategie, um die psychotherapeutischen bzw. psychoanalytischen Fallgeschichten in Frage zu stellen, war daher, die vergebene Diagnose anzuzweifeln: Wenn ein psychotherapeutischer Erfolg möglich gewesen sei, sei es keine Schizophrenie und die Diagnose falsch gestellt gewesen, und die Krankheit wäre von selbst vergangen. Je nach Standort des Urteilenden fielen diese Diagnosekritiken unterschiedlich aus, und auch unter den Psychiatern, die Psychotherapie gegenüber aufgeschlossen waren, wurde die Richtigkeit der gestellten Diagnosen unterschiedlich beurteilt. So kritisierte etwa Klaus Conrad die von Marguerite Sechehaye gestellte Diagnose in dem unter dem Titel „La Réalisation Symbolique" von 1947 geschilderten „Fall Renée" ausführlich,[399] während umgekehrt Walter von Baeyer die Einschätzung in diesem Fall durchaus für richtig hielt, dafür in einem anderen, von Schultz-Hencke geschilderten Fall nicht.[400] Im Falle der Einschätzung von Walter von Baeyer ist dabei nicht uninteressant, auf welcher Basis diese erfolgte: Wandte er als Kriterium für die Beurteilung der Richtigkeit der Diagnose auf formaler Ebene die von Kurt Schneider formulierten Symptome an, ließ er sich zur Beurteilung des gesamten Falles davon leiten, ob die Fallgeschichte ihm ein Verständnis des Falles, das heißt eine verstehende Einsicht in die Symptome, vermittelte.[401] Dies bedeutete aber nichts anderes, als dass die Fallgeschichte am Grad ihrer Überzeugungskraft gemessen wurde, also ob es der Verfasserin bzw. dem Verfasser gelungen war, die Momente der angeblich stattgefundenen Verständigung mit der Patientin bzw. dem Patienten sprachlich und erzählerisch

398 Benedetti, Psychotherapie eines Schizophrenen, S. 33 f.

399 Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 147–155.

400 „Viele unfruchtbare Auseinandersetzungen könnte man durch die Einsicht beendigen, dass die Zwiesprache des Verstehens von Mensch zu Mensch – die analytische Therapie ist eine solche Zwiesprache – keine sog. Objektivität hervorbringen kann und dass es keine neutrale Erfahrungsinstanz gibt, die zu befragen ist, ob richtig oder falsch verstanden wurde. Bei den Psychosen würde nicht einmal der Aufweis körperlicher Grundvorgänge den Geltungsanspruch des Verstehens widerlegen können. Andererseits sind auch psychotherapeutische Erfolge kein Beweis dafür, dass die faktischen Zusammenhänge objektiv richtig verstanden wurden und schon gar nicht in dem von Schultz-Hencke geschilderten Fall der jungen Olga D. Denn die akute katatone Ersterkrankung einer 17jährigen kann natürlich auch ohne jede besondere Therapie in 4–5 Monaten in eine Vollremission auslaufen." Baeyer, Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen, S. 319. Er warf Schultz-Hencke vor, „ins Gebiet der Spekulation" abgeglitten zu sein und die „abgründige Daseinsveränderung in der Psychose" mit seiner Deutung der Lebensgeschichte „elegant übersprungen" zu haben, ebd., S. 310.

401 „Das Verstehen ist hier viel tiefer in die psychotischen Einzelsymptome hineingetrieben als in dem vorhin erwähnten Fall, die Verständigung mit der Patientin auf dem Weg über die sog. symbolischen Realisierungen überzeugender.", Baeyer, Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen, S. 320.

überzeugend, einleuchtend und nachvollziehbar zu vermitteln und darzustellen. Eine Reflektion der Tatsache, dass die realen Situationen und „der reale Fall" in der Erzählung gebrochen worden waren und deshalb für ein Urteil eigentlich nicht erreichbar waren, lässt sich nicht feststellen, auch wenn von Baeyer die Darstellungsweise ausdrücklich lobte.[402]

Letztlich war durch die Berichte von psychotherapeutischen Erfolgen ans Tageslicht getreten, dass die Psychiatrie zu wenig über die genauen Wirkweisen der psychotherapeutischen Verfahren bei Schizophrenie und über das Zusammenspiel von Lebensgeschichte, Veranlagung und Person bei der Entstehung von Krankheit wusste, um eine stichhaltige Gegegenposition zu entwickeln. Die Lehrmeinungen und Beschreibungen der Schizophrenie entsprachen nicht im Entferntesten dem medizinischen „Wissensideal"[403] einer definierten und akzeptierten Krankheitseinheit. Die stärkere Akzentuierung der lebensgeschichtlichen Aspekte hatte das psychiatrische Denken zwar erweitert, ihm damit aber auch seine mangelnden Kenntnisse auf diesem Gebiet und sein fehlendes Wissen von den Zusammenhängen zwischen Psyche und Körper einerseits und zwischen Psyche und äußeren Einflüssen, Ereignissen und Krisen andererseits vor Augen geführt. Die Vielzahl der Krankheitsbilder, die weltweit unter dem Begriff der Schizophrenie zusammengeführt wurden, drohte den Begriff zu sprengen; die Psychopathologie, deren Aufgabe es war, die Vielzahl an Fällen zu ordnen, stand – wie im vorigen Kapitel gezeigt – ebenfalls in der Kritik. Beim Weltkongress der Psychiatrie in Zürich im Jahr 1957 trat all dies deutlich zutage, wie Manfred Bleulers Rede zeigte.

Auch bei einem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde Ende 1958 wurde das Verhältnis von Psychotherapie und Diagnostik bzw. klinischer Psychiatrie diskutiert. Dabei äußerte der Züricher Psychiater Gustav Bally eine grundlegende Kritik an der psychiatrischen Diagnostik und ihrem kausalistischem Verfahren, dem er spekulativen Charakter vorwarf.[404] Insbesondere bei der Frage der Schizophrenie sah er diesen deutlich werden: Zwar hätten die meisten Forscher die Suche nach einer „organischen Läsion" aufgegeben, aber die Frage, „welche Krankheitsart vorhanden sei", werde nach wie vor gestellt, und die Forscher suchten „unter der Fiktion von einmal zu findenden,

[402] Baeyer, Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen, S. 320.

[403] Vgl. Wolfgang Detel, Kultur und Wissen, in: Klaus W. Hempfer/Anita Traninger (Hrsg.), Macht, Wissen, Wahrheit, Freiburg im Breisgau 2005, S. 19–40, hier S. 21. Psychiatrie ließe sich mit Detel als eine spezifische epistemische Kultur bzw. als Teil einer Wissenskultur beschreiben, d. h. als „eine Kultur, deren Hintergrundüberzeugungen sich zum Teil auf Vorstellungen vom Wissen beziehen, deren Praktiken aus Verfahren zur Herstellung von Wissen, Wissensansprüchen oder Wissensprodukten bestehen und die typischerweise in Bildungseinrichtungen oder in Gruppen von Meistern und Schülern tradiert werden – zum Teil in sehr strenger Form. Einige Hintergrundüberzeugungen epistemischer Kulturen beziehen sich insbesondere auf Vorstellungen über das, was perfektes Wissen oder perfekte Wissenschaft ist." Wolfgang Detel nannte diese Vorstellungen „Wissensideale". Was von den Wissenskulturen weitergegeben wird, umfasst eben diese „Wissensideale, epistemische Praktiken (z. B. Beweistechniken) und Wissensprodukte".

[404] Gustav Bally, Das Diagnoseproblem in der Psychotherapie, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 481–488, hier S. 481.

anatomisch-physiologisch determinierten Krankheitseinheiten" weiter nach Klassifizierungen und umschrieben sie mit Syndromen, bis die nosologische Einheit gefunden sei.[405] Das „eindeutige Erkennen", auf das die Diagnose ziele, erschließe die Probleme des Patienten aber nicht ausreichend genug. Als Gegenprogramm forderte Bally die Ärzte daher auf, sich selbst einzulassen auf ein vorurteilsloses Verhältnis zu ihren Patienten und die psychotherapeutische, von Hören und Mitgehen bestimmte Situation, die nicht von der Macht der Diagnose bestimmt sei.

Die sich anschließenden Referate und Kommentare griffen unterschiedliche Momente dieses Beitrags auf, schlugen aber alle mehr oder weniger in dieselbe Kerbe: Es herrschte eine bemerkenswerte Einigkeit darüber, dass die gängigen Klassifikationen nicht ausreichten, und dass Psychotherapie und klinische Psychiatrie sich ergänzen müssten. So merkte etwa Klaus Conrad an, noch sei die psychiatrische Diagnostik nicht auf dem Stand einer Wissenschaft, sondern nur der „Kennerschaft": Es gebe gewissermaßen zwar „ein" Bild von Schizophrenie, das alle im Kopf hätten, nämlich „was Kraepelin als die nosologische Einheit der Dementia praecox vorgeschwebt hatte".[406] Aber dann verstehe sie doch jeder anders. Walter von Baeyer forderte für das Schizophrenieproblem, statt auf der Alternative endogen oder psychogen zu beharren, eine Haltung des „sowohl als auch" einzunehmen, bei der die „psychiatrische Diagnostik stärker als bisher in den Dienst der Therapie gestellt und nicht immer nur einseitig im Lichte der Ätiologie gesehen werden sollte".[407] Denn es sei doch so: Wenn man die Kranken nach Therapien gruppieren würde, würden diese mit den Gruppierungen der nosologischen Entitäten nur sehr lose übereinstimmen. Es sei daher wichtig, unabhängig von der Ursachenforschung eine Diagnostik zu entwickeln, die „an der therapeutischen Beeinflussbarkeit" orientiert sei. Komplett verzichten wollte von Baeyer auf die Diagnostik zwar nicht; er wollte sie aber verstanden haben als einen Rahmen, der die Therapie begleite und eine erste Deutung vorgebe, die aber immer korrigierbar sei.[408] Bally selbst erklärte in seinem Schlusswort, „dass, wenn wir das Wagnis unternehmen, uns weiter in dieser intensiven und nicht ungefährlichen Weise mit den Psychosen zu befassen, wir über sie Dinge erfahren werden, die wir einfach noch nicht wissen".[409] Man stünde jedoch ohne Zweifel noch in den Anfängen. Deshalb hielt er auch die Beantwortung der Frage nach den Ursachen für verfrüht; um diese Frage zu klären, müssten erst noch mehr Erfahrungen gesammelt werden.

Die Stimmung des Noch-Nicht-Wissens ist auch in der 1960 erschienenen zehnten Auflage des „Lehrbuch der Psychiatrie" von Eugen Bleuler, das Manfed Bleuler nach dem Tod seines Vaters regelmäßig überarbeitete und neu heraus-

405 Bally, Das Diagnoseproblem in der Psychotherapie, S. 482.
406 Klaus Conrad, Das Problem der „nosologischen Einheit" in der Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 488–494, hier S. 490.
407 Walter von Baeyer, Diskussionsbeitrag zu den Referaten von Weitbrecht, Conrad und Bally in Bad Nauheim 1958, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 507–509, hier S. 508.
408 Baeyer, Diskussionsbeitrag, S. 509.
409 Gustav Bally, Schlusswort, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 512–514, hier S. 514.

gab, noch deutlich zu erkennen. Darin wurde zwar das bestehende Wissen über Verlauf, Symptomatologie und Familienbild und die Notwendigkeit einer Behandlung beschrieben, der Begriff „endogen" aber mit „unbekannter Genese"[410] übersetzt und sogar als Kennzeichen der schizophrenen Psychosen beschrieben, dass ihre Genese „noch nicht geklärt" sei, „oder doch nicht sicher und von allen Klinikern anerkannt geklärt".[411] Zugleich wurde der psychiatrische Blick auf die Kranken nicht länger unhinterfragt als allgemeingültig dargestellt, sondern beispielsweise in den Ausführungen über die psychogenetische Diskussion durch Hinweise auf das Erleben der Patientinnen und Patienten sowie deren Krankheitswahrnehmung und -deutung erweitert. Dort hieß es: „Je genauer man Schizophrene kennenlernt, umso deutlicher wird, wie sie selbst ihre Krankheit oft als bloße Reaktion auf die Ungunst der Umwelt erleben und wie eng die Entwicklung ihrer Krankheit zeitlich mit ihren Lebenskonflikten verbunden ist."[412] Die Frage nach der Psychogenese wurde als offene Frage formuliert, die wissenschaftliche Uneinigkeit darüber nicht ausgespart: „*Darf man",* so fomulierte es das Lehrbuch, „*über die psychologische Erklärung der Krankheitsinhalte und einzelner Episoden im Krankheitsverlauf hinausgehen und versuchen, die Entstehung des schizophrenen Krankheitsgeschehens selbst psychologisch ähnlich wie eine Neurose zu erklären?* Das", so weiter, sei „die große Frage, welche die einen heute mit Begeisterung bejahen, die andern mit Überzeugung als absurd ablehnen".[413] Ungeklärt sei außerdem, warum nicht alle Menschen, sondern eben nur manche unter schwierigen Lebensumständen an Schizophrenie erkranken würden. Als erste und wichtigste Behandlungsmethode stellte das Lehrbuch die psychotherapeutische Betreuung vor, die mit körperlichen Behandlungen ergänzt werden sollte, wobei die Medikamentengabe durchaus kontrovers diskutiert wurde.

Verwissenschaftlichung und Pragmatismus

Mit der Öffnung der Psychiatrie für lebensgeschichtliche Aspekte der Schizophrenie waren Bereiche des Nicht-Wissens festgestellt und neue Forschungsfragen aufgeworfen worden. Dabei waren die Fallgeschichten von psychotherapeutischen Erfolgen bei der Behandlung von schizophrenen Patientinnen und Patienten von Seiten der Psychiatrie durchaus kritisch hinterfragt worden: War die Diagnose Schizophrenie richtig vergeben worden? War nicht gerade das Wirken des psychotherapeutischen Verfahrens der beste Beweis dafür, dass es sich eben nicht um Schizophrenie gehandelt haben konnte? Handelte es sich nicht einfach um einen Fall von Spontanheilung, der sich auch ohne Psychotherapie eingestellt hätte?

410 Eugen Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie. Umgearbeitet von Manfred Bleuler, Berlin [10]1960, S. 354.
411 Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie, S. 356.
412 Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie, S. 309.
413 Bleuler, Lehrbuch der Psychiatrie, S. 309.

Der Schweizer Psychiater Christian Müller machte es sich daher zusammen mit Walter Bräutigam zum Anliegen, den Vorwurf der falschen Diagnose, der bei verschiedenen der bekannteren Fallgeschichten laut geworden war, zu entkräften. Im *Nervenarzt* nahmen sie sich 1962 die Fälle Renée von Marguerite Sechehaye, den Fall der 54-jährigen Schizophrenen von Gaetano Benedetti, den Fall Hans Zimmermann von Norman Elrod[414] und den Fall des chronisch Schizophrenen Pierre Duperrex von Christian Müller selbst vor. Dafür waren ihnen von den jeweiligen Autoren die Originalkrankengeschichten überlassen worden, ein Vorgang, mit dem Müller und Bräutigam deutlich mehr Wissen als die restlichen Leser der Fallgeschichten erhielten. Auf der Basis dieser originalen Krankengeschichten überprüften sie die Diagnose und bestätigten sie in allen Fällen; auch hätten alle „[p]aranoide Symptome […] in Zusammenhang mit Antriebs- und Affektstörungen" aufgewiesen.[415] Es hätte sich außerdem nicht um reaktive Psychosen gehandelt, auch wenn alle eine konfliktreiche innere Lebensgeschichte aufgewiesen hätten.[416]

Müller und Bräutigam sahen den Grund für den hartnäckigen Zweifel an den Fallgeschichten auch in der Erzählform liegen, bei der die „rein klinische Deskription und die objektive Schilderung des Krankheitsverlaufes in der Sprache der klinischen Psychiatrie nicht im Vordergrund" gestanden habe. Das habe vor allem gegolten für „die nichtärztlichen Therapeuten (wie Frau Sechehaye), die im akuten Zustandsbild und im Verlauf nicht routinemäßig die überindividuellen Symptome heraushoben, sondern gleich in die Darstellung der lebensgeschichtlichen Zusammenhänge und Konflikte eintraten und nach unbewussten, d. h. latenten, zu einer Änderung und Wandlung drängenden Spannungen suchten".[417] Die klinisch korrekte Schilderung der Fälle wollten sie daher nun nachholen.

Das Problem der psychoanalytischen Vorstöße war aus zeitgenössischer wissenschaftlicher Perspektive, dass sie nicht auf einer experimentell nachvollziehbaren, in zahlreichen Verlaufsstudien erhärteten Grundlage diskutierten, sondern im Rahmen der Fallgeschichten von Einzelfällen berichteten. Die Kritik an der Psychoanalyse stand dagegen auf dem Boden des psychopathologischen Wissens und argumentierte aus diesem Wissen heraus. Die Therapeutinnen und Therapeuten konnten zwar mitteilen, was sie in den zahlreichen Stunden der Behandlungen an Beobachtungen gemacht und an Erfahrungen gewonnen hatten, es gab jedoch in der westdeutschen Psychiatrie kein grundsätzliches psychiatrisches

414 Norman Elrod (1928–2002) war ein ebenfalls in Zürich tätiger Psychoanalytiker, der wie Benedetti auch psychoanalytische Psychotherapie bei schizophrenen Patientinnen und Patienten praktizierte und diese mit aufbaute, siehe die Sammlung Norman Elrod (Hrsg.), Psychotherapie der Schizophrenie. Rückblick auf eine 50-jährige Arbeit als Psychoanalytiker und Supervisor in psychiatrischen Institutionen. Mit Beiträgen von Barbara Auer u. a., Zürich 2002.

415 Walter Bräutigam/Christian Müller, Zur Kritik der Schizophreniediagnose bei psychotherapeutisch behandelten Kranken (Aus den Krankengeschichten der Fälle von Sechehaye, Benedetti, Elrod und Chr. Müller), in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 342–349, hier S. 348.

416 Bräutigam/Müller, Zur Kritik der Schizophreniediagnose, S. 348.

417 Bräutigam/Müller, Zur Kritik der Schizophreniediagnose, S. 342.

Konzept oder Wissen von psychoanalytisch orientierter Psychotherapie bei Schizophrenie, in das diese Beobachtungen und Erfahrungen sich eingefügt hätten. Die Fallgeschichten hatten die Vorstellung von Schizophrenie zwar verändert und erweitert, aber es war doch schwierig, Grundsätzliches über Psychotherapie aus ihnen abzuleiten (und die amerikanische Psychosenpsychotherapie wurde als zu verschieden empfunden). Wohl gab es bereits ein ganzes Wissensgebiet zur Psychotherapie bei Neurosen; sich auf dieses zu berufen und ausgehend von diesem weiterzuarbeiten, hätte jedoch die bereits erwähnte „Grenze" zwischen Neurose und Psychose wieder unklar werden lassen und sich damit dem psychopathologischen Wissen abermals widersetzt.

Dass neue therapeutische Praktiken und Verfahren auch neue Anforderungen an die Evaluierung der Wirksamkeit stellen und neue Formen wissenschaftlicher Rationalität – etwa am therapeutischen Nutzen orientiert – hervorbringen, zeigte sich auch schon bei anderen Behandlungsverfahren.[418] In den fünfziger Jahren zeigte sich dies am deutlichsten bei der Verbreitung der Psychopharmaka, deren Wirksamkeit in eigens geschaffenen Beobachtungs- und Evaluierungspraktiken getestet wurde.[419] Neue Praktiken generieren, so lässt sich festhalten, neues Wissen, aber auch neue Formen der Beobachtung, Deutung und Fixierung. Sollten psychotherapeutische, an der Psychoanalyse orientierte Behandlungen mehr Anerkennung und Beachtung finden, war es notwendig, über die Fallgeschichte hinaus Kriterien und Messgrößen zu schaffen, die eine andere Beurteilung der Psychotherapie bei Schizophrenie als die auf Grund der Fallgeschichte – und damit des subjektiven Standpunktes des Psychiaters oder der Psychiaterin – zuließen. Ein größerer Zusammenhang, in den die Fallgeschichten gestellt werden konnten, musste jedoch zuerst hergestellt werden.

Wieder war es der Züricher Christian Müller, der in dieser Richtung tätig wurde. 1961, also 7 Jahre nach Benedettis erster Fallgeschichte in der *Psyche*, präsentierte er im *Nervenarzt* den „Versuch einer vorläufigen katamnestischen Übersicht" über die psychotherapeutischen Behandlungsversuche bei Schizophrenie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, dem Burghölzli.[420] Müller selbst war zu diesem Zeitpunkt erst seit knapp vier Jahren am Burghölzli, bis

418 Siehe Schmuhl/Roelcke, „Heroische Therapien".

419 Siehe Balz, Zwischen Wirkung und Erfahrung. Zur Durchsetzung des statistischen Dispositivs in der Medizin in den USA und die Zusammenhänge mit der Reformbereitschaft siehe Harry M. Marks, The Progress of Experiment. Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900–1990, Cambridge [England]/New York 1997. Mark führt aus, wie v. a. die Fülle an neuentwickelten Medikamenten es notwendig gemacht hatte, Methoden zu entwickeln, die Kontrolle über die durchgeführten Experimente suggerierten. Mit der randomisierten und kontrollierten Versuchsstudie setzte sich eine Methode statistischer Analyse durch, die der Medizin das Ansehen einer objektiven, empirischen, auf Experimenten basierenden Wissenschaft verlieh. Diese Szientifizierung entsprach dem Reformwillen der Ärztinnen und Ärzte, der sich zuerst auf eine Reform der Organisation konzentriert hatte, dann aber auch die Methoden und Institutionen miteinbezog – umso mehr, als auch die Epidemiologie einen enormen Aufschwung erhielt.

420 Christian Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik. Versuch einer vorläufigen katamnestischen Übersicht, in: Der Nervenarzt 32 (1961), S. 354–368.

1957 war er in Lausanne tätig gewesen. Als Motivation seiner Studie nannte er die Kritik der Gegner der Psychotherapie, „dass zu wenig Erfahrungen vorlägen, und dass die Zeit noch nicht reif sei, um zu einem Urteil zu gelangen". Er räumte ein, dass sich die Psychotherapie „den dürren Forderungen nach nüchterner katamnestischer Untersuchung und Konfrontation mit den Kriterien der Klinik nicht entziehen dürfe".[421] Er wies darauf hin, dass trotz der Fülle an Arbeiten zu der Thematik und ihrer internationalen Diskussion „praktisch keine Arbeiten" vorhanden waren, die mehrere Fälle zusammen untersuchten. Mit der Übersicht über die psychotherapeutische Arbeit am Burghölzli von 1950 bis 1960 wollte er einen Beginn in diese Richtung machen.

Dabei war er selbst unsicher, wie er die eigenen Erfahrungen und die der Kollegen, aber auch die der behandelten Patientinnen und Patienten in Daten und Zahlen transportieren sollte, die eine gewisse Vergleichbarkeit zulassen würden. Auch die Schizophrenie selbst schien ihm kaum in etwas Messbares übersetzt werden zu können. Ob man sie als Daseinsform oder als krankhaftes Verhalten bezeichne, „immer bleiben wir im Unbestimmten und können uns der Rätselhaftigkeit der Schizophrenie nicht entziehen". Diese „Rätselhaftigkeit" in Zahlen auszudrücken, schien ihm nur begrenzt möglich: „Wenn also in den folgenden Abschnitten Zahlen und Tabellen erscheinen, wenn von ‚Fällen' und ‚Resultaten' die Rede ist, so geschieht dies nur widerwillig und mit Bedauern, aber im Vertrauen darauf, dass der Leser sich jener ärztlich-psychiatrischen Dichotomie bewusst ist, in der wir alle stecken. Sie äußert sich besonders krass in der Auseinandersetzung mit der Schizophrenie, wo wir hin- und hergerissen werden zwischen dem Bemühen, das einmalige menschliche Schicksal in einer persönlichen Begegnung auf uns einwirken zu lassen und andererseits als sachliche Beobachter das Erkannte nach Gesetzmäßigkeiten zu ordnen, wie es seit jeher der wissenschaftlichen Tradition entsprach."[422]

Um einen Überblick zu verschaffen, lieferte Christian Müller Zahlen und Daten über die Länge der Psychiatrieaufenthalte der insgesamt 94 psychotherapeutisch behandelten Kranken (56 Patientinnen und 38 Patienten), die Dauer ihrer Aufenthalte und Behandlungen am Burghölzli, die Anfangsprognose, die Entlassung, die erneute Aufnahme in die Psychiatrie nach der Psychotherapie und die weitere Entwicklung der Patientinnen und Patienten. In 16 kleinen Tabellen nahm er erste Einteilungen der erhobenen Daten vor und entwickelte so mögliche Kriterien für eine Strukturierung und Ordnung der gesammelten Informationen. Um dem Vorwurf der unsauberen Diagnose von vornherein zu entgehen, schloss Müller alle Fälle aus, „bei denen keine eindeutige Schizophrenie im Sinne der Kraepelin-Bleulerschen Kriterien vorlag".[423]

Deutlich wurde in Müllers Überblick, wie vielfältig und wenig professionalisiert die Behandlungen waren. Konkret zeichnete sich dies an der Indikationsstel-

[421] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 354.
[422] Alle Zitate Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 355.
[423] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 355 f.

lung, der Ausbildung der Therapeutinnen und Therapeuten und der therapeutischen Methode ab. Die Indikation, also wer für eine Psychotherapie als geeignet befunden wurde, wurde recht willkürlich gestellt und basierte hauptsächlich auf Intuition und Sympathie. Ebenso wurde Psychotherapie aber auch dann versucht, wenn die anderen somatischen Therapien keine Wirkung zeigten und eine „besondere […] Betreuung" angebracht schien.[424] Mit großer Selbstverständlichkeit wurde die Psychotherapie in der Regel von einer medikamentösen Behandlung begleitet bzw. zeitlich von ihr eingerahmt. Von den insgesamt 42 Therapeutinnen und Therapeuten hatten nur wenige mehrere Fälle; zu diesen zählten auch Gaetano Benedetti oder Norman Elrod. Die anderen hatten nur einen bis höchstens zwei Patientinnen oder Patienten. Diese geringe Anzahl fester Therapeuten hing auch mit der hohen Mitarbeiterfluktuation zusammen, die dem Burghölzli als einer Universitätsklinik zu eigen war.

Ebenso vielfältig wie die Gründe für die Entscheidung über Aufnahme einer Psychotherapie waren das methodische Wissen und die Ausbildung der Therapeutinnen und Therapeuten. Ohne jegliche psychotherapeutische Ausbildung der oder des Behandelnden waren 24 Patientinnen und Patienten behandelt worden, mit „praktischer Erfahrung, aber ohne Lehranalyse" zehn Patientinnen und Patienten; der Großteil der Behandelnden stand im Beginn oder im Verlauf der Lehranalyse, von einer oder einem Behandelnden mit abgeschlossener Lehranalyse waren nur 7 Patientinnen und Patienten behandelt worden.[425] Müller kommentierte diesen geringen Grad an einheitlicher Vorbildung mit den Worten, viele hätten „auf eigene Faust ‚es auch einmal versuchen wollen'", hätten sich aber auch ungenügend vorbereitet gefühlt.[426] Methodisch orientierte sich ein Großteil an Gaetano Benedetti, andere arbeiteten nach dem Vorbild von Marguerite Sechehaye an einer „réalisation symbolique" oder versuchten sich mit klassischer psychoanalytischer Technik an der Deutung von Symbolen. Bei Müllers Befragungen lehnte es ein großer Teil sogar ab, ihrem Vorgehen einen Namen zu geben, und betonten den Begegnungscharakter, das heißt, „dass es sich um eine verstehende, intensive ‚Begegnung' mit dem Schizophrenen gehandelt habe".[427]

Es gab, so zeigten Müllers Erhebungen, in Sachen Psychotherapie bei Schizophrenie weder eine einheitliche Ausbildung noch ein einheitliches theoretisches Fundament noch eine einheitliche Methode. Der „Mangel an theoretischem Wissen"[428] wurde von den Therapeutinnen und Therapeuten jedoch als weniger bedeutend eingestuft als die während einer Therapie langsam wachsende

[424] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 357.
[425] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 363.
[426] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 363. Jedoch ließ sich vom Grad der Professionalität nicht auf den Behandlungserfolg schließen, was nach Müllers Einschätzung auch damit zusammenhing, dass sich die Ärztinnen und Ärzte ohne große Erfahrung in der Regel leichtere Fälle suchten, während sich die erfahrenen Therapeuten auch „an die schwierigeren chronischen Fälle herangewagt" hätten, ebd., S. 363.
[427] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 366.
[428] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 367.

Bewusstwerdung der eigenen inneren Konflikte. Für wichtiger als theoretisches Wissen hielten die Befragten „ein weitgehendes Maß an Einfühlungsvermögen, Opferbereitschaft, Geduld und Liebe zum Patienten auf[zu]bringen, sich seiner eigenen Schwierigkeiten bewusst [zu] sein, in der Therapie keine Befriedigung eigener ungelöster Konflikte [zu] suchen, keine dominierende Rolle [zu] spielen und vor allem nicht einen Therapieerfolg erzwingen [zu] wollen zur Befriedigung narzisstischer Bedürfnisse".[429]

Dem geringen Grad an Einheitlichkeit und Professionalität zum Trotz, schien sich der positive Einfluss von Psychotherapie am von Müller ausgewählten Patienten-Sample zu bestätigen.[430] Für die Beurteilung der Wirksamkeit der Therapie griff Müller auf von der psychosomatischen Forschung entwickelte Kriterien zurück, die soziale, psychopathologische und klinische Aspekte umfassten und verschiedene Quellen wie die Krankengeschichte, die Aussagen des Therapeuten, des Patienten sowie dessen Familie mit einbezogen.[431] Nachdem Müller diese Kriterien auf seine 94 Patientinnen und Patienten angewandt hatte, kam er zum Ergebnis, „dass sich in ziemlich genau der Hälfte aller Fälle auch nach den oben erwähnten strengen Kriterien der große Einsatz der individuellen Psychotherapie ‚gelohnt' hat".[432] Nur 13 Fälle stufte Müller in die Gruppe ein, in der die Therapie „deutlich ohne Nutzen für den Patienten, in keiner Weise hilfreich" gewesen sei.[433]

Bei diesen Einstufungen nach der Frage, wie hilfreich die Therapie war und wie lange die Verbesserung angehalten hatte, handelte es sich nicht um Skalen eines Heilungs- oder Genesungsprozesses. Es ging vielmehr um eine von Fall zu Fall unterschiedlich aussehende, individuelle Verbesserung, wie Müller selbst betonte.[434] Dass er vorsichtig blieb und allein davon sprach, dass die Therapie „hilfreich" sei, hing auch damit zusammen, dass er grundsätzliche Diskussionen über die Heilbarkeit von Schizophrenie vermeiden wollte. Die Rede von der „hilf-

[429] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 367.

[430] 24 der 94 Patienten konnte Müller in die Gruppe mit dem Merkmal „Nicht die geringsten schizophrenen Symptome mehr festzustellen" eintragen, weitere 26 in die Gruppe „leichtes schizophrenes Residualsyndrom, sozial jedoch tragbar, angepasst, arbeitsfähig", 24 Patienten in die Gruppe „ruhige, chronische Schizophrene mit ausgeprägtem Residualsyndrom, ‚defekt', aber nicht versandet", und nur 11 Patienten in die letzte Gruppe mit den Merkmalen „schwer versandete, kontaktunfähige, chronische Schizophrene, dauernde Anstaltspatienten". 9 der Patienten waren bereits gestorben oder ihr Zustand war unbekannt, Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 358.

[431] Diese waren „a) Wandel der Symptomatik. b) Arbeitsfähigkeit des Patienten. c) Rückfälligkeit, ja oder nein. d) Hospitalisation nach der Therapie, ja oder nein. e) Urteil der Angehörigen in bezug auf den Zustand vor und nach der Psychotherapie. f) Subjektive Einstellung der Patienten zur durchgemachten Psychose, bzw. Psychotherapie. g) Nachträgliche Beurteilung durch den Therapeuten selber. h) Objektive Angaben durch die Krankengeschichte, die nicht durch den Therapeuten geführt wurde.", Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 361.

[432] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 361.

[433] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 361.

[434] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 361.

reichen", „fördernden" oder „nützlichen" Psychotherapie[435] umging diese Klippe und machte eine pragmatische, vom individuellen Fall ausgehende Haltung möglich. Weitere Studien, die die Psychotherapie erforschten und überwachten, kamen außerdem von Paul Matussek, der an der Forschungsstelle für Psychopathologie und Psychotherapie in der Max-Planck-Gesellschaft tätig war.[436]

Die Abwendung vom Heilungsgedanken hin zu einer pragmatischen Behandlungsvorstellung lässt sich auch an anderen Stellen notieren. So wurde etwa diskutiert, statt der Begrifflichkeit der Heilung bzw. der Remission – worunter eine Wiederherstellung des Zustandes vor dem schizophrenen Schub verstanden wurde – den Begriff der Rehabilitation zu verwenden, was einerseits dem lebensgeschichtlich gefassten Modell von Schizophrenie eher zu entsprechen schien, andererseits die Wiedereingliederung der Kranken in die Gemeinschaft forcierte.[437] Statt an einer theoretischen Krankheitskonzeption orientierte sich der Rehabilitionsgedanke an pragmatischen Erwägungen. Mit der Vorstellung einer Reintegration in die Gesellschaft, die auch über eine langsame Hinführung zur Arbeit – die als eine Voraussetzung für die Teilhabe an der Gesellschaft empfunden wurde – bereits in der Anstalt beginnen sollte, spiegelte der Rehabilitationsgedanke den sozialstaatlichen Denkstil der sechziger Jahre, in dem Individuum und Gesellschaft direkt aufeinander bezogen wurden, ebenso wider wie ein Mitbedenken der Erfordernisse des Arbeitsmarktes in der Konzeption therapeutischer Maßnahmen.[438]

Klar war jedoch weiterhin nicht, bei welchen Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie wirken könnte und daher ratsam sei. Auch Christian Müller hatte darauf hingewiesen, dass es keine klare Verbindung etwa zwischen der Schwere der Krankheit und möglichen Besserungschancen gebe. Da der Aufwand der Therapien mit teilweise bis zu 500 Stunden aber als recht hoch empfunden wurde, schien es notwendig, von vornherein besser einschätzen zu können, wer sich für

[435] Müller, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik, S. 362. Katamnestische Erhebungen konnten allerdings auch einer Vereinheitlichung sich widersetzende Effekte haben, wie beispielsweise Fritz A. Freyhan aus Washington beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in München (7.–9. 9. 1962) zeigte. Eine große Studie über die Lebensläufe der diagnostizierten Schizophrenen einer US-amerikanischen psychiatrischen Klinik von 1900 bis 1930 zeigte einen „klinisch und sozial völlig uneinheitlichen Verlauf der Schizophrenie", siehe Fritz A. Freyhan, Über die therapeutische Bedeutung langfristiger Schizophrenie-Beobachtungen, in: Der Nervenarzt 34 (1963), S. 274–276, hier S. 274. Allerdings wäre hier zu fragen, welche tatsächlichen Diagnosen hier alle zusammengeführt wurden, war der Begriff der Schizophrenie doch erst seit 1911 in der Welt und wurde zudem, wie anfangs beschrieben, recht uneinheitlich vergeben.

[436] Siehe Paul Matussek, Psychopathologie und Psychotherapie, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 459–461, und Paul Matussek/A. Triebel, Die Wirksamkeit der Psychotherapie bei 44 Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 45 (1974), S. 569–575.

[437] Siehe H. Gastager/R. Schindler, Rehabilitationstherapie bei Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 32 (1961), S. 368–374, hier S. 369.

[438] Siehe Urs Germann, Arbeit als Medizin: Die „aktivere Krankenbehandlung" 1930–1960, in: Marietta Meier/Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 195–233, hier S. 232 f.

Psychotherapie eignete. Damit zog ein Argument ökonomischer Rationalisierung in die Psychotherapie-Debatte ein: Wenn sich der hohe Aufwand nicht „lohnte", so war nicht nur der Patient jahrelang unangemessen oder „falsch" behandelt worden, sondern auch der Therapeut hatte viel Zeit dafür aufgebracht, die einem anderen Patienten vielleicht hätte besser helfen können. Es wurde daher nach Kriterien gesucht, die eine Indikation zur Psychotherapie stellen sollten. In diesem Kontext rückte etwa Wolfgang Bister die mitmenschlichen Beziehungen des Patienten in den Vordergrund und hielt es für notwendig, diese miteinzubeziehen in Fragen der Indikation oder Fortführung der Therapie: Konflikte, die in der Therapie aufkämen, könnten unter Umständen auf Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich des Patienten zurückzuführen sein, damit aber auch möglicherweise einer Lösung in der Psychotherapie zugänglich sein. Mitunter verstecke sich hinter „einem starken Widerstand" aber auch ein „inneres Problem, zu dessen Lösung die psychotherapeutische Bemühung wenig beitragen kann, so dass unser therapeutischer Eifer nutzlos ist".[439]

Mit dieser pragmatischen Haltung, die auf individuelle Verbesserung statt Heilung setzte, veränderte sich der Blick auf Schizophrenie. Hinter dem Interesse an den neuen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten wichen aber auch philosophisch-anthropologische Fragen wie die nach dem Wesen der Schizophrenie und schizophrenem Daseins- und Erlebniswandel zurück. Im *Nervenarzt* brachte Wolfgang Bister diesen Wandel folgendermaßen auf den Punkt: „Unabhängig von der Vorstellung, die man sich vom Wesen der Schizophrenie oder einzelner Gruppen dieser Krankheit macht, hat das Interesse an der psychotherapeutischen Behandlung dieser Krankheit allgemein zugenommen."[440]

Diese Suche nach allgemeineren Aussagen über Psychotherapie änderte nichts daran, dass sie ihr Ziel der Subjektorientierung beibehielt, auch dann, wenn sie als „klinische Psychotherapie" im Rahmen der Vorgaben und Charakteristika eines psychiatrischen Krankenhauses stattfand, was eine zeitliche Limitierung auf den Krankenhausaufenthalt, die besondere Berücksichtigung des besonderes Klimas im Krankenhaus, das Angebot der Gruppentherapie und die Möglichkeiten zur zusätzlichen körperlichen Behandlung implizierte.[441] Trotz dieser äußeren Vorgaben ließ sich Psychotherapie auch im Krankenhaus sehr weit fassen und konnte verschiedenste Methoden zusammenbringen, solange sie versprach, auf die besondere Situation des Patienten oder der Patientin einzugehen. Der Psychiater Dietrich Langen sprach davon, „dass in der klinischen Psychotherapie ein großer Eklektizismus angebracht" sei: „Die von den einzelnen psychotherapeutischen Schulen gewonnenen Erkenntnisse sollen, ja müssen sogar akzeptiert und

[439] Wolfgang Bister, Gesichtspunkte bei der Indikation zur Psychotherapie von Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 511–513, hier S. 511. Bister bezog sich auch auf Christian Müllers Überblick.

[440] Bister, Gesichtspunkte bei der Indikation, S. 511.

[441] Dietrich Langen, Klinische Psychotherapie, Methodik und Zielsetzung, in: Der Nervenarzt 36 (1965), S. 254–257.

mit berücksichtigt werden, das methodische Vorgehen aber muss der Behandlungssituation angepasst werden. Geschieht dies nicht, verschreibt man sich allein einer schulisch gebundenen psychotherapeutischen Richtung und erhebt diese zum Prinzip, so wird man der speziellen Behandlungssituation nur unvollkommen gerecht."[442] Langen protestierte auch entschieden dagegen, die lange Behandlungszeit einer Psychotherapie als Argument gegen sie zu verwenden; diese Argumentation sah er „[g]eradezu unärztlich".[443]

Tatsächlich lässt sich feststellen, dass die Psychotherapie der Schizophrenie zunehmend offener und vielfältiger beschrieben wurde. Ebenso wie sich die Dichotomie zwischen psychischen Ursachen und körperlichen Gründen für den Ausbruch der Psychose aufzulösen begann und einem multifaktoriellen Ansatz Platz machte, wurde auch über Psychotherapie weniger schulenspezifisch gestritten. Helge Lindinger, ein Psychiater aus Österreich, bemerkte 1966 im *Nervenarzt*: „Es ist gewiss kein Zufall, dass die psychotherapeutischen Richtungen, die zuerst eine Behandlung schizophrener Psychosen versuchten, jede einem eindeutig ausgerichteten Prinzip folgten, während dies bei den seither entwickelten Methoden nicht mehr der Fall ist."[444] Während Rosens „direct analysis" und Sechehayes „réalisation symbolique" von gewissen theoretischen Annahmen ausgegangen und ihren eigenen Prinzipien gefolgt seien, habe sich „inzwischen herausgestellt […], dass keine dieser beiden Methoden für sich allein ganz befriedigt".[445] Weder die eine noch die andere der beiden Methoden sei für jede Behandlung von Schizophrenie geeignet. Vielmehr sei es notwendig, Prinzipien für eine Psychotherapie der Schizophrenie zu schaffen, die „*mehrdeutig* und *multidimensional*" seien.[446] Als geeignete Form für eine solche methodisch offene und vielfältige Psychotherapie sah Lindinger die Gruppenpsychotherapie; in dieser könne sich „die Aktivität der Gruppe aus sich selbst heraus" entwickeln.[447]

Es wurde schließlich möglich, verschiedene Ansätze nebeneinander zuzulassen und zu weiterer Forschung aufzurufen, ohne dass dies als unwissenschaftlich gegolten hätte. Neben Versuchen, therapeutische Verfahren methodisch zu erfassen und zu sichern, strebte die Psychiatrie in den sechziger Jahren allgemein danach, sich des eigenen Standpunkts zu versichern und das, was als Wissen galt, zusammenzutragen und somit sichtbar zu machen. Als ein Produkt der Verwissenschaftlichungsbestrebungen, die in den späten fünfziger Jahre ansetzten und die gesamten sechziger Jahre durchzogen, lässt sich das Großprojekt des Sammelwerkes der „Psychiatrie der Gegenwart" heranziehen. Von 1960 bis 1967 erschienen in unregelmäßigen Abständen die insgesamt fünf Bände (Band 1 war in drei Unterbände aufgeteilt) mit dem Ziel, die aktuellen Probleme und Grundlagen

442 Langen, Klinische Psychotherapie, Methodik und Zielsetzung, S. 257.
443 Langen, Klinische Psychotherapie, Methodik und Zielsetzung, S. 257.
444 Helge Lindinger, Zur Frage der Prinzipien einer Psychotherapie schizophrener Psychosen, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 168–173, hier S. 168.
445 Lindinger, Zur Frage der Prinzipien, S. 168.
446 Lindinger, Zur Frage der Prinzipien, S. 168.
447 Lindinger, Zur Frage der Prinzipien, S. 173.

der Psychiatrie in ihrer Vielfalt darzustellen.[448] Dafür konnten die Herausgeber Hans Walter Gruhle, Richard Jung, Wilhelm Mayer-Gross und Max Müller einen großen und internationalen Kreis von Psychiatern aus mehreren Ländern wie Großbritannien, Frankreich, den USA, der Schweiz und Deutschland gewinnen. Angestoßen durch den Wunsch Oswald Bumkes, sein eigenes Lehrbuch der Psychiatrie aus den dreißiger Jahren zu aktualisieren, entwickelte sich die „Psychiatrie der Gegenwart" auch durch den Tod Bumkes im Jahr 1949 und vor allem durch die Mitte der fünfziger Jahre erfolgende neue Planung mit einem neuen Herausgeberkreis rasch über dieses Ursprungsziel hinaus.[449] Während die drei Bücher von Band 1 zahlreiche Beiträge zur Grundlagenforschung und Methode versammelten,[450] war Band 2 der Klinischen Psychiatrie gewidmet;[451] Band 3 gab Perspektiven auf die „Soziale und Angewandte Psychiatrie".[452] Allerdings entstand die Reihenfolge der Bände nicht chronologisch – was wie eine fortschrittliche Entwicklung von der Grundlagenforschung zur Sozialpsychiatrie aussehen würde –, sondern genau umgekehrt: Zuerst erschien Band 2 im Jahr 1960, anschließend Band 3 im Jahr 1961 und schließlich in den Jahren 1963, 1964 und 1967 die Bücher des ersten Bandes.

Da den Wissenschaftlern möglichst viel Freiheit gelassen wurde, ihre Ergebnisse und Studien „aus eigener Erfahrung und persönlicher Sicht"[453] darzustellen, und die Herausgeber alle Richtungen ohne Einschränkungen zu Wort kommen lassen wollten, vereinte das Ergebnis die gesamte Heterogenität der Psychiatrie von physiologischen, biologischen, neurobiologischen, daseinsanalytischen, ethnologischen, psychologischen und psychoanalytischen Ansätzen nebeneinander.

448 Vgl. Max Müller/Richard Jung, Vorwort der Gesamtausgabe, in: Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/1. Grundlagenforschung zur Psychiatrie. Teil A, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1967, S. V–VIII. Die Herausgeber Wilhelm Mayer-Gross und Hans Walter Gruhle wurden auch nach ihrem Tod (Wilhelm Mayer-Gross starb 1961 und Hans Walter Gruhle 1958) weiterhin als Herausgeber aufgeführt, um ihren Einsatz für das Projekt zu würdigen.

449 Vgl. Müller/Jung, Vorwort der Gesamtausgabe, S. V.

450 Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/1. Grundlagenforschung zur Psychiatrie. Teil A, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1967; Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/1. Grundlagenforschung zur Psychiatrie. Teil B, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1964; Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/2. Grundlagen und Methoden der Klinischen Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1963.

451 Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 2. Klinische Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1960.

452 Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 3. Soziale und Angewandte Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1961.

453 Max Müller, Einleitung, in: Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/2. Grundlagen und Methoden der Klinischen Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1963, S. V–VI.

Die Gruppierung der Beiträge innerhalb der Bände wurde anhand der gängigen Unterscheidung Psychopathologie, Psychotherapie, Somatotherapie und Grundfragen wie in Band 1/2 vorgenommen oder auch wie in Band 2 anhand größerer Krankheitsgruppen (Neurosen – Psychosen – Suchten – Organische Psychosen und Hirnerkrankungen). Am konventionellsten war aus Sicht der Herausgeber der Band zur klinischen Psychiatrie (Band 2), der weder wie Band 1 neue Aspekte aufzeigen noch wie Band 3 aktuelle Probleme ansprechen konnte, sondern nur eine „Nachlese“[454] hielt, weil neue Forschungsergebnisse fehlten.

Vergleichbar den Tagungsbänden des Weltkongresses, bildete die „Psychiatrie der Gegenwart“ eine Momentaufnahme des psychiatrischen Wissens, darunter auch des über Schizophrenie gesammelten Wissens. Indem sie den unterschiedlichsten psychiatrischen Denkstilen eine Plattform bot, ihre jeweiligen Inhalte und Ergebnisse gleichberechtigt und nebeneinander zu präsentieren, vollbrachte sie eine Integrationsleistung, die sich deutlich unterschied von den in den Zeitschriften und auf Kongressen geführten Auseinandersetzungen zwischen den verschiedenen Schulen. Da die Beiträge außerdem zur Aufgabe hatten, größere Bereiche abzudecken und den Stand des Wissens synthetisch zu präsentieren, waren die Texte von einem Geist des Fortschritts und der Zuversicht geprägt, der sich ebenfalls deutlich abhob von den psychiatrischen Krisenszenarien, mit denen in den Jahren zuvor viele Psychiater ihre Texte versehen hatten.

Dass den Impulsen aus der Schweiz sowohl für die Schizophrenie-Forschung als auch die Therapien und insbesondere die Psychotherapie viel Bedeutung beigemessen wurde, zeigt die Beobachtung, dass in der „Psychiatrie der Gegenwart“ die meisten der diesbezüglichen Artikel von schweizerischen Psychiatern verfasst wurden. In Band 2 schrieb der Berner Jakob Wyrsch über die „Klinik der Schizophrenie“, Max Müller aus Bern und Christian Müller aus Zürich berichteten von der „Therapie der Schizophrenien“; in Band 1/2 erörterte Gustav Bally aus Zürich „Grundfragen der Psychoanalyse und verwandter Richtungen“, während sein ebenfalls in Zürich arbeitender Kollege Fritz Meerwein „Die Technik der psychoanalytischen Behandlung und der Gruppenpsychotherapie“ vorstellte. Die Beiträge zur „Somatotherapie“ lagen völlig in der Hand der Schweizer: Max Müller mit Beiträgen zu „Grundlagen und Methodik der somatischen Behandlungsverfahren“ und zur Insulinbehandlung, der Genfer Hugo Solms zur Krampfbehandlung, der Berner Frédéric Cornu zur Psychopharmakotherapie und der Berner Hans Heimann zur Psychochirurgie. Einzig Paul Matussek von der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München trug mit einem Beitrag zur

[454] Müller/Jung, Vorwort der Gesamtausgabe, S. VII. Dieses Urteil fällten sie zumindest im Vorwort der Gesamtausgabe von 1967; Mayer-Gross hatte bei Erscheinen des Bandes im Jahr 1960 noch erklärt, das abflauende Interesse an der klinischen Symptomatologie hänge möglicherweise damit zusammen, dass durch die Definitionen Kurt Schneiders „die Möglichkeiten der Weiterentwicklung zunächst einmal erschöpft waren“, siehe Wilhelm Mayer-Gross, Einleitung, in: Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 2. Klinische Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1960, S. V–VI, hier S. V.

„Wahrnehmung, Halluzination und Wahn“ (Band 1/2) noch zur ansonsten von der Schweizer Psychiatrie dominierten Schizophreniethematik bei.

Über den Stand des Wissens erfassende Projekte wie die „Psychiatrie der Gegenwart“ hinaus gewannen aber für den weiteren Wissensgewinn vor allem datenbasierte Statistiken und Erhebungen an Bedeutung, auch im Kontext der Reformbestrebungen, die durch diese Daten argumentativ unterstützt werden sollten. Mit längeren Verlaufsstudien und groß angelegten Patientengruppen von 550 bzw. 757 mit Schizophrenie diagnostizierten Patientinnen und Patienten statt Einzelfallgeschichten wurde etwa in Heidelberg und in Bonn versucht, „repräsentatives Material“ über den Verlauf der Schizophrenie zu sammeln.[455] In Göttingen wurden Daten über 1196 schizophrene Patientinnen und Patienten erhoben, die länger als fünf Jahre „hospitalisiert“ gewesen waren.[456] Und auch soziologische oder quantitativ-statistische Methoden hielten Einzug in die psychiatrischen Verfahren der Diagnosestellung und der Dokumentation.[457] Davon erhoffte man sich etwa am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München im Unterschied zu qualitativen Methoden eine „bessere[…] Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Untersucher“ und eine „einheitliche[…] Beurteilung von Krankheitsverlauf, Therapieerfolge [sic] usw.“[458] Auch in einem Dokumentationsverfahren, das eine Gruppe von Psychiatern zu Beginn der siebziger Jahre formulierte, waren Einheitlichkeit, Objektivität und Standardisierung die Ziele.[459] In der Beurteilung der Erfolge der Psychotherapie lernte man schließlich von den Beobachtungsmethoden der psychopharmakologischen Forschung, die man für weiter fortgeschritten hielt, „weil hier der therapeutische Prozess vergleichsweise einfach strukturiert und daher gut überschaubar“ scheine; von dieser 20-jährigen Forschung könne man auch lernen, wie eine „Fülle von Variablen, die das thera-

[455] G. Gross/G. Huber/R. Schüttler, Verlaufs- und sozialpsychiatrische Erhebungen bei Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 292–299, Zitat S. 292. Auch nach Einführung des ICD orientierten sich die Autoren in der Forschung an den bekannten Kriterien: Für die Schizophreniedefinition seien die Kriterien von Schneider maßgeblich gewesen, so erklärten die Autoren. In ihrer Schlussbetrachtung kamen sie zu dem Ergebnis, „3 Thesen der klassischen und modernen Schizophrenielehren werden offenbar, wie sich ergibt, den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht“, ebd., S. 297. Ihrer Meinung nach gebe es nicht den einen unaufhaltsamen und unreparablen Verlauf der Schizophrenie, dafür aber sehr wohl gewisse Defekte, diese seien jedoch oft schwer abgrenzbar und eher „uncharakteristisch“, ebd., S. 298. Aufgrund dieser Erhebungen plädierten sie für eine Konzentration auf bessere Rehabilitationsmaßnahmen für Schizophrene und eine „aktive Außenfürsorge“, ebd., S. 298.

[456] Ulrich Mohs, Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 34–36.

[457] Als Beispiele siehe Klaus Dörner, Interview und Exploration, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 18–25; W. Mombour/G. Gammel/D. von Zerssen/H. Heyse, Die Objektivierung psychiatrischer Syndrome durch multifaktorielle Analyse des psychopathologischen Befundes, in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 352–358.

[458] Mombour/Gammel/Zerssen/Heyse, Die Objektivierung psychiatrischer Syndrome, S. 352.

[459] F. Eckmann/H. Helmchen/P. W. Schulte/H. Seelheim/H. Zander, Die Psychiatrische Basisinformation. Übersicht über Dokumentationssysteme im In- und Ausland und Vorschlag der DGPN zur Vereinheitlichung der Merkmalskataloge, in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 561–568.

peutische Ergebnis beeinflussen können, sowie die komplexen Wechselwirkungen zwischen ihnen aufgedeckt" werden könnten.[460]

Dieser Wandel innerhalb der psychiatrischen Wissenschaft ist nicht nur innerwissenschaftlichen Bedürfnissen, sondern ebenso dem Aufkommen neuer Techniken und den neuen Möglichkeiten der Datenanalyse zuzuordnen, die zugleich aufgrund der in diesem Ausmaß neuen Ordnungs- und Analysemöglichkeiten für eine neue Wissenschaftlichkeit zu stehen schienen. Die Untermauerung der Psychotherapie durch Wissenschaftlichkeit hatte jedoch auch die Funktion, ihren Einflussraum zu erweitern. Am Zentralinstitut für Psychogene Erkrankungen wurden in den sechziger Jahren unter der Leitung von Annemarie Dührssen empirisch-statistische Studien durchgeführt, die die „Leistungsfähigkeit" der psychoanalytischen Behandlung bei neurotischen Erkrankungen erheben sollten.[461] Auf der Basis dieser Erhebungen und ihrem Nachweis der „Zweckmäßigkeit, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit"[462] der psychoanalytischen Behandlungsmethode wurden 1967 die „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung", kurz „Psychotherapie-Richtlinien" für das Gebiet der Bundesrepublik eingeführt. Dieser Schritt war zugleich die Anerkennung seelischer Leiden, die nicht unbedingt in die schweren psychiatrischen Diagnosen hineinpassten, und brachte der Psychoanalyse den Wandel von einer „elitären Privatwissenschaft"[463] für die zahlungskräftige Mittel- und Oberschicht zu einer kassenfinanzierten, jedem Beitragszahler zugänglichen Therapie. Voraussetzung war, dass es sich um eine aktuelle Störung, bedingt durch eine Konfliktsituation, handelte; ausgeschlossen blieben vorerst die chronifizierten Neurosen.[464] Von Psychotherapie bei Schizophrenie war jedoch nicht die Rede.

460 H. Busch/Hanfried Helmchen, Dokumentation psychiatrischer Therapie, in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 569–575, hier S. 569. Wie die unterschiedlichen Faktoren und Methoden auch sprachlich zusammengeschaltet wurden, zeigt etwa folgendes Zitat eines Göttinger Psychiaters, der nach der Notwendigkeit dauernder Behandlung fragte: „Diese psychosozialen Einflüsse verfälschen medikamentöse Untersuchungsergebnisse entscheidend, wenn nicht im Doppelblindverfahren eine Placebogruppe der sonst gleichen sozialpsychiatrischen Behandlung unterliegt." Siehe P. Müller, Ist die Dauerbehandlung schizophrener Patienten notwendig?, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 393–396, hier S. 394.

461 Gesa Wunderlich, Die Öffnung der Psychoanalyse. Von der elitären Privatwissenschaft zur anerkannten Behandlungsmethode, Stuttgart/New York 1991, S. 130–143, Zitat S. 131.

462 Wunderlich, Die Öffnung der Psychoanalyse, S. 134.

463 So der Titel von Wunderlich, Die Öffnung der Psychoanalyse.

464 Siehe Ulrich Rüger/Andreas Dahm/Dieter Kallinke, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 7., aktualisierte und erg. Aufl. auf der Basis der aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinien (Stand Herbst 2005), München/Jena 2005, S. 2. Im Jahr 1976 wurden die Psychotherapie-Richtlinien neu gefasst, da nun auch die chronifizierten Neurosen in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fielen. Eine dritte Phase lässt sich ab Ende der achtziger Jahre ausmachen, als die Verhaltenstherapie und die psychosomatische Grundversorgung in die Kassenleistungen aufgenommen wurden, siehe ebd., S. 2. Eine weitere Voraussetzung war außerdem ein medizinisches, psychologisches oder pädagogisches Studium, nichtärztliche Psychoanalytiker konnten nur per Delegation beauftragt werden, und dies auch nur bis 1976. Eine neue Regelung wurde 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz erstellt, siehe Anne

Perspektivverlagerungen und die Kritik der Fallgeschichte

Über die Verwissenschaftlichung der Psychotherapieforschung und den therapeutischen Pragmatismus hinaus veränderte sich aber auch das Referenzsystem, in dem die Schizophrenie begriffen wurde. Als Heinz Häfner 1971 im *Nervenarzt* einen Überblick über die aktuellen Forschungstheorien zur Auslösung von Schizophrenie gab, tat er dies unter dem Stichwort der „Umweltfaktoren" und der spezifischen „Disposition oder Vulnerabilität" für Schizophrenie, „die durch auslösende Ereignisse zur Manifestation gebracht werden" könne.[465] Tatsächlich gab es seit Mitte der sechziger Jahre immer öfter Artikel mit soziologischen Aspekten, durch die der Begriff der „Umwelt" an Bedeutung gewann. Dabei trat der Begriff der Umwelt nicht nur an die Stelle der älteren Begrifflichkeiten von äußeren Ereignissen oder Einflüssen, sondern schuf ein neues Bezugssystem mit neuen bzw. angepassten Denkweisen und Erzählweisen von Schizophrenie. So konnten Beiträge aus dem Kontext der Psychoanalyse in den sechziger Jahren noch über „soziologische Aspekte" nachdenken, ohne methodisch soziologisch zu verfahren,[466] und die Miteinbeziehung „soziologischer Aspekte" bedeutete zu Beginn vor allem, die gesellschaftliche Stellung und Situation der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen.[467] Ein Beitrag von Caspar Kulenkampff über die „Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen" aus den frühen sechziger Jahren zeigt, wie anthropologische und soziologische Begriffe gemischt und die soziale Stellung des Individuums mit dem anthropologischen Bezugssystem abgestimmt wurden.[468] Die zuvor als „Auslöser" markierten Situationen de-

Springer, Analytische Psychologie in Deutschland. Prozesse der Institutionalisierung und Professionalisierung, in: Elke Metzner/Martin Schimkus (Hrsg.), Die Gründung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung durch Freud und Jung, Gießen 2011, S. 115–130, hier S. 126 f.

465 Heinz Häfner, Der Einfluss von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. Ein Beitrag über Forschungsergebnisse zur Frage der sozialen Ätiologie, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 557–568, hier S. 566.

466 Vgl. z. B. Gustav Bally, Soziologische Aspekte der Tiefenpsychologie, in: Der Nervenarzt 36 (1965), S. 66–70. Bally stellte – nach einigen Hinweisen auf den „durchaus feindlich[en]" Empfang, den die Psychiatrie der Psychoanalyse bereitet habe – v. a. die Arbeit der Psychoanalyse im Bereich des Gesprächs und der Verständigung heraus, worin sie sich deutlich von der Schulmedizin unterscheide. Die Analyse helfe den Patienten, eine neue Haltung und eine neue Gesinnung zu entwickeln, und unterstützte den entfremdeten und entwurzelten Menschen bei seinen Versuchen, mit dem Leben und der Gesellschaft klarzukommen.

467 Siehe beispielsweise bei Matussek, Psychopathologie und Psychotherapie, S. 460: Matussek zählte „Berufsentwicklung, Familienstand, Struktur der Bezugspersonen in einer bestimmten Lebenssituation und sozialen Klasse" als Faktoren auf, die eine Rolle spielten, „als sie das Maß der möglichen Realitätsbewältigung mitbestimmen".

468 Caspar Kulenkampff, Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 6–13. So heißt es dort: „Durch die Krankheit ändern sich die Formen z. B. des Zusammen-, Füreinander-, Miteinander-, des Gegeneinanderseins und -handelns […]", ebd., S. 6. Und weiter: „Der einzelne Mensch entfaltet sein Dasein immer aus einer sozialen Position und als Rollenträger, er existiert in Situationen, er situiert sich – was soviel heißt, dass er aus dem Situationsgefüge seines Lebens prinzipiell nicht hinauszutreten vermag. […] Soziologische Faktoren beeinflussen maßgeb-

finierte Kulenkampff ohne große Umstände zu „soziologischen Ereignissen" und in „soziologisch relevante Situationswandel" um.[469] Die Bedeutung der Umwelt als eigenes wissenschaftliches Forschungsfeld bildete sich erst nach und nach heraus.[470] Noch 1971 notierte Häfner in dem bereits zitierten Artikel: „Wir müssen uns am Ende eingestehen, dass die Theorie unseres Faches mehr aus Erfahrungen und Meinungen denn aus verifizierten Hypothesen aufgebaut ist und erweitert wird. Es ist deshalb von entscheidender Bedeutung, sowohl die überprüften Fakten als auch die ungelösten Fragen nicht aus den Augen zu verlieren, wenn wir mit den Dogmen der Umweltunabhängigkeit oder der totalen Umweltbedingtheit der Schizophrenie konfrontiert sind."[471]

Der Vorteil des Umwelt-Begriffs war, dass er einen sozialwissenschaftlich und sozialpsychologischen Rahmen bot, um die äußeren Einflussfaktoren genauer und scheinbar wissenschaftlicher zu untersuchen, und damit eine Lösung der seit längerem bestehenden Problematik in Aussicht stellte, wie die äußeren Einflüsse auf den Krankheitsausbruch und -verlauf zu messen seien. Dieser Schwenk hatte Auswirkungen auf die Darstellungs- und Repräsentationsweisen des Wissens. Zwar verschwanden die Fallgeschichten, die bisher ein zentrales Mittel der Erkenntnisvermittlung und Darstellung gewesen waren, nicht völlig, aber die hermeneutisch-interpretierende Deutung eines einzigen Falles, wie sie im Kontext einer Fallgeschichte möglich war, geriet angesichts der oben geschilderten Forderungen nach quantitativen Darstellungen und objektiven Methoden noch weiter unter Druck. Hatte Kulenkampff noch davor gewarnt, die „Durchleuchtung der inneren und äußeren Lebensgeschichte des einzelnen Falles" der soziologischen „Neigung zu statistischen Arbeitsweisen" zu opfern und die Methode, vom Individuellen zum Allgemeinen zu kommen, aufzugeben,[472] so begann der Psychiater Heinz Dietrich wenige Jahre später eine Fallanalyse bereits mit der Erklärung, „[e]ine Fallbeschreibung, d. h. die Reproduktion der Lebens- und Krankheitsgeschichte eines Patienten und ihre Erforschung mit *intuitiven* Erkenntnismitteln [bedürfe] heute, da sich die Intentionen der psychiatrischen Wissenschaft mehr den objektivierenden, quantifizierenden und statistischen Methoden zuwenden, einer Rechtfertigung".[473] Der Psychoanalytiker Manfred Pohlen plädierte in seiner Antrittsvorlesung für eine empirisch fundierte und verifizierbare Psychoanalyse, die sich wissenschaftliche Anerkennung verschaffen sollte.[474]

lich die Weise des fortlaufenden Wandels von Situationen, durch welche der einzelne hindurch- und dahinschreitet." Ebd., S. 7.

469 Kulenkampff, Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren, S. 9.

470 So existierten auch andere Vorstellungen und Konzepte, wie etwa der Begriff der „Mitwelt" erahnen lässt, siehe etwa Wolfgang Bister, Mitweltliche Einflüsse auf das Symptombild bei Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 35 (1964), S. 539–541.

471 Häfner, Der Einfluss von Umweltfaktoren, S. 567.

472 Kulenkampff, Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren, S. 7.

473 Heinz Dietrich, Analyse eines Falles von „Délire des négations" (Cotard) bei einem Nervenarzt, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 140–143, hier S. 140.

474 Manfred Pohlen, Psychoanalyse und Psychiatrie in Konvergenz, in: Der Nervenarzt 43 (1972), S. 628–634.

Kurz zuvor hatte bereits Lilo Süllwold, Professorin für Klinische Psychologie in Frankfurt, die Fallgeschichte als Instrument der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Wissensgewinnung und -vermittlung einer umfassenden Kritik unterzogen.[475] Sie äußerte „grundsätzliche Zweifel" an der Fallgeschichte als empirischer Basis der Psychoanalyse, da die Fallgeschichte in ihrer Konzeption höchst subjektiv und selektiv und die Rolle des Therapeuten bzw. Verfassers nicht klar zu fassen sei und die Deutung des Therapeuten und die Patientenaussagen in den meisten Darstellungen „untrennbare Verbindungen" eingehen würden.[476] Dem Anspruch der Fallgeschichte, davon zu berichten, wie die Therapie vor sich gegangen war, schenkte sie nicht unhinterfragt Glauben. Die Wirksamkeit der Behandlungstechnik sollte stattdessen unter Heranziehung weiterer Methoden überprüft werden. Sie sei, so skizzierte Süllwold, nur dann zu beweisen, „wenn a) ein Behandlungsziel als Voraussage formuliert wird, b) das Verhalten des Therapeuten in der Form von Sukzessiv-Handlungsvorschriften soweit festgelegt wird, dass es nicht rein zufällig erfolgt und man von einer Technik sprechen kann, c) Veränderungen beim Patienten im zeitlichen Zusammenhang mit den einzelnen Schritten in der Therapie beobachtet und in bezug auf die Annäherung an das Behandlungsziel (die Voraussage) kontrolliert werden".[477]

Die in Süllwolds Aufsatz deutlich werdende Kritik an der als unzureichend bemängelten Erfassungs- und Beobachtungsmethodik der Psychoanalyse entbehrte nicht einer theoretischen Grundlage. Die psychoanalytisch fundierte Psychotherapie wurde mit Ergebnissen aus der Konditionierungsforschung und Lernpsychologie konfrontiert, auf deren Basis ihr vorgeworfen wurde, ihre eigenen Abläufe nicht zu verstehen und Situationen sowie die Rolle des Therapeuten völlig falsch einzuschätzen. Das neue Schlüsselwort war „Technik": die Technik, bei der man bisher noch unsicher war, ob es sie im psychotherapeutischen Arbeiten gab, die aber bei der experimentellen Psychologie und manchen Suggestivverfahren wie Hypnose bereits in Grundzügen entwickelt schien. Unter „Technik" wurden dabei vor allem die „Wirkungsprinzipien"[478] verstanden, also die Entwicklung eines Verständnisses davon, wie eine bestimmte Therapie funktionierte, welche Äußerungen und Handlungen zu welchen Reaktionen führten oder wie die verbale und die Verhaltensebene kommunizierten. Dies war aber nur der erste Schritt. In einem zweiten Schritt sollte das Wirkungsprinzip auch vermittelbar werden im Sinne einer anwendungsorientierten Anleitung, als Handlungsanleitung und Planungsleitfaden für den Therapeuten.

[475] Lilo Süllwold war die erste Psychologin in Westdeutschland, die sich an einer Medizinischen Fakultät für Klinische Psychologie habiliterte, siehe zu Süllwold und der an ihrem Beispiel deutlich werdenden Aufstiegsgeschichte der Klinischen Psychologie innerhalb der Psychiatrie Lara Rzesnitzek, „Psychologische Mitarbeit" in der Psychiatrie. Die Etablierung der Klinischen Psychologie am Beispiel von Lilo Süllwolds diagnostischen Bemühungen um die beginnende Schizophrenie, in: Medizinhistorisches Journal 50/4 (2015), S. 357–392.

[476] Lilo Süllwold, Forschungsziele und neuere Aspekte in der Psychotherapie, in: Der Nervenarzt 41 (1970), S. 27–31, hier S. 28.

[477] Süllwold, Forschungsziele und neuere Aspekte in der Psychotherapie, S. 28.

[478] Süllwold, Forschungsziele und neuere Aspekte in der Psychotherapie, S. 28.

Hinter diesen Vorstellungen der Klinischen Psychologie blieb die Psychoanalyse aus Sicht ihrer Kritiker bis dahin zurück. Die „Entwicklung einer präzisierbaren Technik" sei ihr schwergefallen, es bestünde kaum Einigkeit bei zentralen Begriffen, und nicht einmal das therapeutische Ziel sei objektiv greifbar, so die Kritik.[479] Gefordert wurde von den psychotherapeutischen Verfahren also auch die Selbsthinterfragung der eigenen Methoden, wobei von Lilo Süllwold als Hintergrund für diese Forderung die Gesprächstherapie nach Carl Rogers angeführt wurde. Dieser hatte in Grundstudien das Verhalten von Patient *und* Therapeut beobachtet und damit auch das psychiatrische Verhalten in die Untersuchungen miteinbezogen. Davon ausgehend, wurde von Psychiatern und Therapeuten eingefordert, ein Bewusstsein für Methoden und Verfahren und eine Sensibilität für das nicht Bewusste zu entwickeln, mit dem Ziel, eine konstante und objektive Methode zu erreichen, die eine größere Kontrolle ermöglichte.[480]

Bis in die sechziger Jahre hinein hatte Kritik an Fallgeschichten anders ausgesehen als die hier anhand des Beitrags von Lilo Süllwold skizzierte methodische Fundamentalkritik. Ältere Kritiken an Fallgeschichten von psychoanalytischen Behandlungen fragten nicht, ob diese Geschichte wirklich so geschehen sei und wie sich die geschilderte Behandlung nachprüfen und messen ließ; wenn sie der präsentierten Geschichte keinen Glauben schenken wollten, so zweifelten sie die Diagnose, die Deutung, den therapeutischen Zugang oder die angenommene Dauer der Besserung an; und wenn sie die Einzelfalldarstellung mit mehr Aussagekraft ausstatten wollten, so versuchten sie, verschiedene Fälle miteinander zu vergleichen und über Unterschiede und Gemeinsamkeiten die Gesetzmäßigkeiten der Krankheit und der psychotherapeutischen Verfahren zu ermitteln. Die Fallgeschichte als notwendige Form der Herstellung, Präsentation und Vermittlung von Wissen aber war nicht angezweifelt worden.

In der Kritik der Fallgeschichte lässt sich so auf kleinster Ebene der Umschlag einer Wissenskultur zur datenbasierten, zweck- und kontrollorientierten Planungs- und Steuerungsidee der neueren klinischen Forschung und Klinischen Psychologie beobachten.[481] Die Funktion der Fallgeschichte, Wissen zu vermitteln, aber auch zu kontrastieren, wurde ab Mitte der sechziger Jahre zunehmend an andere Wissensträger wie Statistiken und groß angelegte klinische Studien weitergegeben. Sie tauchten nach wie vor als Darstellungen außergewöhnlicher bzw. besonders tpyischer Verläufe auf; da sich der wissenschaftliche Fokus aber vom Streben nach einem Einblick in die Welt der Schizophrenie zu einer Einordnung der Schizophrenie in ihre Umwelt verschob, verlor der Einzelfall an Bedeutung.

Als Methode, Einblick in die Innenwelt der Patientin oder des Patienten zu erhalten, hatte sich die Psychotherapie jedoch etabliert. Es kam zu einer Arbeits-

[479] Süllwold, Forschungsziele und neuere Aspekte in der Psychotherapie, S. 29.
[480] Süllwold, Forschungsziele und neuere Aspekte in der Psychotherapie, S. 31.
[481] Wie Rzesnitzek betont, emanzipierte sich die Psychologie damit von der psychiatrischen Hilfswissenschaft zum eigenständigen, mit der Psychiatrie auf Augenhöhe befindlichen Fach, siehe Rzesnitzek, „Psychologische Mitarbeit" in der Psychiatrie.

teilung zwischen Innen und Außen: Während die Psychotherapie Verständnis für die Lebensgeschichte und Innenwelt der Patientinnen und Patienten förderte, thematisierten Forderungen nach Reformen in den psychiatrischen Gebäuden die Situation der Kranken in den Anstalten und Krankenhäusern und erinnerten daran, dass die Krankheit nicht unabhängig von ihrer menschlichen und sozialen Umgebung verlief. Positive Erfahrungen mit Gruppentherapie und therapeutischer Gemeinschaft lieferten den Eindruck, dass der oder die Schizophrene nicht so von der Außenwelt abgeschnitten war wie gedacht.[482] Studien wie Erving Goffmans „Asylums", die den Alltag und die Abläufe in psychiatrischen Anstalten und Krankenhäusern beobachteten, warfen der Psychiatrie vor, statt Krankheit zu heilen, Krankheit erst hervorzurufen oder zu verstärken.[483] Das sogenannte Anstaltssyndrom warf auch in der deutschen Psychiatrie Fragen auf, wie die „Institution und Atmosphäre" der Psychiatrie sich auf die Krankheit und den Patienten oder die Patientin auswirkten.[484]

Unter dem Schlagwort der „Humanisierung" der Psychiatrie sollten die Anstalten und Krankenhäuser ausgehend vom Wohl des Patienten eingerichtet und geführt werden. Diskutiert wurde über geeignete Orte für psychiatrische Krankenhäuser, moderne Architektur, Umstrukturierungen der Stationen und den Umbau der Krankenhäuser zu Tag- und Nachtkliniken. Dabei wurde der Anschluss an eine Moderne gesucht, die in den psychiatrischen Systemen anderer Länder, aber auch in der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Entwicklung der Bundesrepublik identifiziert wurde.[485] Die „Modernisierung" der Anstalten

[482] Als Beispiele für die Entwicklung gruppentherapeutischer Methoden siehe Herbert Viefhues, Gruppentherapeutische Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Die geschützte Arbeitsstätte für psychisch Kranke und der Patientenklub, in: Der Nervenarzt 32/211–217 (1961).

[483] Als Beispiel für die Rezeption von Goffmans Studie siehe Rudolf Karl Freudenberg, Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 165–172.

[484] Einen Überblick über erste soziologische Untersuchungen der psychiatrischen Krankenhäuser, besonders unter der Berücksichtigung der Interaktion zwischen Ärzteschaft, Pflegepersonal und Patientinnen und Patienten, vermittelte Friedrich Panse, Institution und Atmosphäre des Psychiatrischen Krankenhauses als therapeutische Funktionen, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 70–75.

[485] Hier und im Folgenden wird der Begriff der „Moderne" bzw. der „Modernisierung" als Quellenbegriff zitiert, der der psychiatrischen Selbstbeschreibung als Kontrast bzw. Zielutopie diente. Die „Modernisierung" der Bundesrepublik, die für längere Zeit ein wichtiges Deutungsmuster und ein Befund der Zeitgeschichte war, wurde in den vergangenen Jahren durch verschiedenste Forschungen auf Feldern jenseits von Wirtschafts-, Politik- und Sozialgeschichte und nicht zuletzt durch eine Problematisierung des Begriffs der Moderne bzw. der Modernisierung zunehmend in Frage gestellt, siehe für einen Überblick über wesentliche Inhalte dieser Forschungsdiskussion Andreas Rödder, Moderne – Postmoderne – Zweite Moderne. Deutungskategorien für die Geschichte der Bundesrepublik in den siebziger und achtziger Jahren, in: Thomas Raithel/Andreas Rödder/Andreas Wirsching (Hrsg.), Auf dem Weg in eine neue Moderne? Die Bundesrepublik Deutschland in den siebziger und achtziger Jahren, München 2009, S. 181–201. Zur Entstehungsgeschichte der sozialtheoretischen Konzepte zur (Selbst-)Beschreibung „moderner" westlicher Gesellschaften in den siebziger und achtziger Jahren siehe Wolfgang Knöbl, Das Problem „Europa". Grenzen und Reichweiten sozialtheoretischer Deutungsansprüche im 20. Jahrhundert, in: Lutz Raphael (Hrsg.), Theo-

und Krankenhäuser wurde daher zu einer bundesrepublikanischen Aufgabe, wollte Deutschland nicht hinter anderen Ländern und deren Psychiatriesystemen zurückbleiben.[486] Unter dem Erzählbogen „Von der Anstalt zum psychiatrischen Krankenhaus"[487] wurde daher etwa von Umbauten oder Umgestaltungen der Kliniken und Anstalten berichtet, die die neue Moderne und den neuen Geist der Humanisierung ausdrücken sollten.

Eines der wichtigsten neuen Konzepte war die Vorstellung vom psychiatrischen Krankenhaus als sogenannte therapeutische Gemeinschaft, welche die Demokratisierung der Gesellschaft spiegeln sollte.[488] So erklärte der Reformpsychiater Horst Flegel, es erscheine angesichts der Untersuchungen der inneren Strukturen in psychiatrischen Anstalten und Krankenhäusern „nur folgerichtig, dass sich in der modernen Psychiatrie die *therapeutische Demokratie* oder *therapeutische Gemeinschaft* eingebürgert"[489] habe. In diese neue Gemeinschaft sollten auch die schizophrenen Patientinnen und Patienten aufgenommen werden, jedoch wurden negativ besetzte Vorstellungen von Schizophrenie auch in diese neue Psychiatrie transportiert, wenn auch ein anderer Umgang mit ihnen gefordert wurde. So erklärte Flegel, auf die an Schizophrenie Erkrankten gelte es „wegen ihrer ungeordneten persönlichen Beziehungen" und „wegen ihres gestörten Selbstwerterlebens" besonders zu achten, auch, weil sie „besonders empfindlich gegenüber den Gedanken und Bedürfnissen anderer" seien; „[r]epressive Verfahren" seien ihnen gegenüber genauso „antitherapeutisch" wie eine zu starke Fürsorglichkeit. Der Therapeut solle nicht „autoritär", sondern vielmehr „menschlich und aufrichtig sein".[490]

Als therapeutisches Ziel wurde außerdem die „Rehabilitation" formuliert, die den Blick aus der Psychiatrie hinaus auf das Umfeld der Patienten in ihren Familien und am Arbeitsplatz lenkte.[491] Die Anstalten und Krankenhäuser sollten mehr Unterstützung bei der Wiedereingliederung leisten bzw. der Öffnung und größeren Durchlässigkeit der „Grenze der Anstalt" (Brink) Rechnung tragen. Als Ziel wurde etwa von Walter Döhner, dem Direktor des Landeskrankenhauses Schleswig, eine „*sozial orientierte* und auf *Individualtherapie ausgerichtete*

rien und Experimente der Moderne. Europas Gesellschaften im 20. Jahrhundert, Köln u. a. 2012, S. 253–286, hier S. 275–285.

[486] Vgl. z. B. Jürg Zutt, Über das moderne psychiatrische Krankenhaus. Eine sozialpsychiatrische Betrachtung, in: Der Nervenarzt 37 (1963), S. 110–115. Zur Selbstwahrnehmung bzw. Identifikation anderer Länder als „modern" siehe Kapitel IV.

[487] Erich O. Haisch, Von der Anstalt zum psychiatrischen Krankenhaus. Ein Erfahrungsbericht, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 155–160.

[488] Zur therapeutischen Gemeinschaft siehe Maik Tändler, Therapeutische Vergemeinschaftung. Demokratisierung, Emanzipation und Emotionalisierung in der „Gruppe", 1963–1976, in: Maik Tändler/Uffa Jensen (Hrsg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung. Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012, S. 141–167.

[489] Horst Flegel, Die psychiatrische Krankenabteilung als therapeutische Gemeinschaft, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 160–164, hier S. 161.

[490] Flegel, Die psychiatrische Krankenabteilung als therapeutische Gemeinschaft, S. 161.

[491] Vgl. etwa Caspar Kulenkampff, Über die psychiatrische Nachtklinik, in: Der Nervenarzt 32 (1961), S. 217–222.

Anstaltspsychiatrie“[492] ausgerufen. Mit dieser Vorstellung von Psychiatrie sowie Therapieansätzen wie Beschäftigungs- oder Gruppentherapie, die den Akzent nicht ausschließlich auf Disziplinierung und Leitung setzten, sondern auch das schöpferische Selbst und Techniken der Selbstführung ansprachen, begann sich eine, wie der Historiker Urs Germann schreibt, „deutlich flexiblere Relationierung der drei Ordnungen des Selbst, der Anstalt und der Gesellschaft abzuzeichnen“.[493]

Empirische, verifizierbare und quantitative Forschung etablierten sich in dieser wissenschaftlichen Ordnung in den sechziger Jahren als der neue Maßstab. Dieser Befund deckt sich mit der von Ralf Forsbach beobachteten Verschiebung in der Medizin von der als Notwendigkeit empfundenen Kombination unterschiedlicher Untersuchungsmethoden hin zu Praktikabilitätserwägungen und dem diagnostischen Wandel vom klassischen Arzt-Patienten-Gespräch hin zu einer auf „zahlreichen Untersuchungsmethoden beruhenden Diagnostik“,[494] Prozesse, die Forsbach als „Rationalisierung und Entemotionalisierung“[495] beschreibt. Das Streben nach dem Erfüllen wissenschaftlicher Kriterien hatte aber auch den Grund, dass Verwissenschaftlichung (im Sinne einer Aktualisierung von empirisch orientierten, naturwissenschaftlichen Wissenschaftskriterien in der eigenen Forschung) gerade vor dem Hintergrund der enormen gesellschaftlichen Bedeutung von Wissenschaft und der Technik- und Naturwissenschaftsgläubigkeit eine wichtige Strategie war, gesellschaftlicher Kritik und mangelnden Therapieerfolgen zu begegnen. Als Vorreiter eines besseren Weges erschienen einmal mehr die USA, die, wie Lilo Süllwold erklärte, dabei seien, die „Psychotherapie auf die Grundprinzipien der Biologie, Psychologie und Soziologie zu stellen“.[496] Die neue Trias von Biologie, Psychologie und Soziologie – die sich in „biopsychosozialen“ Konzepten ausdrückte – wurde zum Leitstern der Forschung. Gleichzeitig wurde die psychiatrische Wissenschaft und Fachsprache durch die Orientierung an der WHO-Klassifikation ICD auf eine internationale Ebene gehoben, in der die unterschiedlichen Strömungen einen gemeinsamen Überbau fanden. Mit der Anpassung an den Sprachgebrauch der WHO wurde damit parallel zu den Veränderungen der wissenschaftlichen Kultur ein Wandel im psychiatrischen Sprechen angestoßen, dessen Untersuchung allerdings noch aussteht.[497]

Als der Heidelberger Psychiater Walter von Baeyer, dessen Reisebericht aus den USA zu Beginn der fünfziger Jahre die amerikanische Neopsychoanalyse in der deutschen Psychiatrie bekannt gemacht hatte, 1979 einen Band mit gesammelten Schriften herausbrachte, bezog er in der Einleitung zum Wandel des psychiatri-

[492] Walter Döhner, Soziologische Stellung und soziale Aufgabe des psychiatrischen Krankenhauses, in: Der Nervenarzt 36 (1965), S. 218–221, Zitat S. 218.
[493] Germann, Arbeit als Medizin, S. 233.
[494] Ralf Forsbach, Die 1968er und die Medizin. Gesundheitspolitik und Patientenverhalten in der Bundesrepublik Deutschland (1960–2010), Göttingen 2011, S. 104.
[495] Forsbach, Die 1968er und die Medizin, S. 105.
[496] Süllwold, Forschungsziele und neuere Aspekte in der Psychotherapie, S. 27.
[497] Zu dieser ganz bewusst vorgenommenen Anpassung im Rahmen der Psychiatrie-Enquete siehe die Protokolle der Tagung der Sonderkommission, BArch B189/16353, 474–1/7, VIII. Sitzung am 20.–22. 2. 1975 in Bonn, S. 66.

schen Wissens von Schizophrenie Stellung. Sein Wort hatte in diesem Anliegen einiges Gewicht, hatte er sich doch, worauf er selbst nochmals nachdrücklich hinwies, als Nachfolger von Kurt Schneider mit dessen und Jaspers Lehren intensiv auseinandergesetzt.[498] Er rief in Erinnerung, wie die Wiederentdeckung der Lebensgeschichte Jaspers Unverständlichkeitstheorem diskursiv abgelöst und damit ein anderes Wissen vom Wahn ermöglicht hatte, und erklärte: „Mir ist mit der Zeit immer klarer geworden, dass die Wahnforschung mit dem Jaspers-Theorem, dem Kriterium der einfühlenden Verständlichkeit in eine Sackgasse gerät."[499] Denn es sei – auch wenn man von einem am „common sense" orientierten Begriff von Verständlichkeit ausging – ja keineswegs von vornherein ausgeschlossen, dass auch beim Wahn noch „unbewusste, symbolische, ganzheitlich geprägte Zusammenhänge" existierten, die mit hermeneutischen, interpretierenden „Verstehensmöglichkeiten" deutbar seien und denen sich die Wahnforschung daher zugewandt hatte, „seien sie tiefenpsychologischer, daseinsanalytischer, existentialanthropologischer oder sonstiger Art".[500] Was an der Schizophrenie zuerst oft unverstehbar erschienen sei, „erhellt sich durch die Berücksichtigung lebensgeschichtlicher Zusammenhänge bis in die Kindheit hinein, wenn tiefgehende Erschütterungen der Daseinssicherheit von früher Jugend an […] die Konstituierung eines stabilen Ich verhindern und den Boden für schizophrene Einbrüche und wahnhafte Projektionen bereiten".[501]

Diese lebensgeschichtliche Offenheit stand für von Baeyer nicht im Widerspruch zu einer Vorstellung vom Wahn als „biopsychisches Phänomen", das „an eine irgendwie geartete Hirnfunktionsstörung gebunden" sei.[502] Das biopsychosoziale Konzept hielt in den siebziger Jahren auch in die neue Generation von Lehrbüchern Einzug.[503] Auch das „Kompendium der Psychiatrie" des Berner Psychiaters Theodor Spoerri kannte im Jahr 1970 die multifaktorielle Pathogenese, die es als Zusammenwirken seelischer und körperlicher Teilursachen beschrieb. Unter den seelischen Ursachen subsumierte es dabei charakterliche, familiäre und soziale Faktoren, die körperlichen Ursachen bezogen sich auf die ererbte Konstitution.[504] Ebenso verhielt es sich mit dem von Walter Schule und Rainer Tölle herausgegebenen Lehrbuch „Psychiatrie".[505] Damit hatte sich eine Vorstellung von Schizophrenie etabliert, die die Erkrankung dynamisch und durch verschiedene Faktoren bedingt dachte. Dass lebensgeschichtliche Entwicklungen und Umweltfaktoren eine Rolle bei der Auslösung der Erkrankung spielten, wurde kaum

498 Baeyer, Einleitung, S. 2.
499 Baeyer, Einleitung, S. 6.
500 Baeyer, Einleitung, S. 5.
501 Baeyer, Einleitung, S. 6.
502 Baeyer, Einleitung, S. 7.
503 In den siebziger Jahren erschienen mit elf neuen Lehrbüchern so viele psychiatrische Lehrbücher wie in den zweieinhalb Jahrzehnten seit Kriegsende zuvor zusammen, siehe Kloocke/Schmiedebach/Priebe, Psychisches Trauma in deutschsprachigen Lehrbüchern, S. e12.
504 Theodor Spoerri, Kompendium der Psychiatrie. Klinik und Therapie für Studierende und Ärzte, Basel u. a. 1970, S. 57.
505 Walter Schulte/Rainer Tölle, Psychiatrie, Berlin u. a. 1971.

mehr angezweifelt. Die Kritik an der Fallgeschichte, die in den sechziger Jahren mit der stärkeren Orientierung an Daten und groß angelegten Studien begann, markierte einen Wandel innerhalb der Herstellungsweisen von psychiatrischem Wissen. Über die Psychiatrie hinaus aber erlangte die Erzählung von Schizophrenie als innere Entwicklungsgeschichte und Geschichte eines Selbst weiterhin an Bedeutung, wie noch zu zeigen sein wird. Zuvor aber stellt sich die Frage, wie sich das Wissen von Schizophrenie und die psychiatrische Wissenschaft in der ostdeutschen Psychiatrie entwickelten, wo die Psychoanalyse laut offizieller Doktrin keine Rolle spielen durfte.

III. Von der Umwelt zum Subjekt: Schizophrenie in der ostdeutschen Psychiatrie 1950–1980

1. Scheiternde Steuerungsversuche

„Wir kommen aus verschiedenen Richtungen, aber wir sprechen eine gemeinsame Sprache, die Sprache Pawlows."[1]

„Was there a communist psychiatry?", so fragte Greg Eghigian im Jahr 2002, und gab zur Antwort: Die Psychiatrie nur unter Gesichtspunkten des Stalinismus zu betrachten, werde ihrer gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Komplexität nicht gerecht. Dass die Politik in Ostdeutschland entscheidenden Einfluss darauf nahm, wer Karriere machte, dass sie Anstrengungen unternahm, die Wissenschaft an den sowjetischen Forschungen auszurichten, und dass sich Psychiater in den Dienst der Stasi stellten, spricht für eine spezifische Entwicklung der Psychiatrie in Ostdeutschland; auf der anderen Seite aber waren die Aufrechterhaltung einer biologischen Lehre von Krankheiten, die Reformimpulse zur Veränderung der Krankenhauslandschaft aus sozialpsychiatrischen Gruppierungen heraus sowie die zunehmende Bedeutung von Psychologie in der Gesellschaft eben keine ostspezifischen Entwicklungen, sondern lassen sich mit westlichen und internationalen Entwicklungen kontextualisieren.[2] Auch Anna-Sabine Ernst kommt zu dem Schluss, dass es ein genuin sozialistisches Forschungsparadigma in der Medizin nicht gegeben habe, da die eigenen medizinischen Traditionen der Ärzteschaft zu stark waren.[3] Sabine Hanrath zeigt in ihrem Vergleich von zwei Anstalten, dass die Psychiatrie in Ost- und Westdeutschland mit ähnlichen Problemen zu kämpfen hatte, etwa mit der politischen Geringschätzung der überfüllten Krankenhäuser in den fünfziger Jahren oder der Kluft zwischen Univeristäts- und Anstaltspsychiatrie. Sie weist jedoch auch auf unterschiedliche Entwicklungen hin. So setzte die wissenschaftliche Theoriebildung schon früh unterschiedliche Akzente: Während die ostdeutsche Psychiatrie sich an der Etablierung und Integration der zwischen Umwelt und Organismus vermittelnden Lehren Pawlows

[1] Wlodzimierz Missiuro, Vizeminister für das Gesundheitswesen der Volksrepublik Polen, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 33.

[2] Eghigian, Was There a Communist Psychiatry? Die folgenden Ausführungen sind, wie im vorherigen Kapitel auch schon, stark wissens- und wissenschaftsgeschichtlich orientiert. Für einen anderen Blickwinkel „von innen" und „von unten" siehe in Ergänzung den Sammelband Rainer Herrn/Laura Hottenrott (Hrsg.), Die Charité zwischen Ost und West (1945–1992). Zeitzeugen erinnern sich, Berlin 2010, sowie den Band Thomas R. Müller/Beate Mitzscherlich (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR. Erzählungen von Zeitzeugen, Frankfurt am Main 2006.

[3] Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus".

versuchte, stritten sich in der westdeutschen Psychiatrie die verschiedenen Schulen und Richtungen. Und auch die therapeutischen Vorstellungen waren unterschiedlich gefasst, was die Bedeutung des Individuums in der Gesellschaft anging: So wurde Therapie in Ostdeutschland auf die Reintegration des Einzelnen in die Gesellschaft bezogen gedacht, in Westdeutschland stärker das Individuum als Subjekt betont. Ein weiterer Unterschied lässt sich auch in der wechselseitigen Wahrnehmung ausmachen, die sehr viel stärker auf der ostdeutschen Seite stattfand.[4] Auch eine aktuelle Studie, die die Geschichte der Depressionsforschung in Ostdeutschland untersuchte, kommt zu dem Ergebnis, dass es – trotz starker westlicher und sowjetischer Einflüsse – sehr wohl zur Bildung eigener klassifikatorischer Ansätze und therapeutischer Verfahren kam, wenn auch viele Entwicklungen parallel und ähnlich verliefen.[5] Der gesellschaftspolitische Stellenwert von Wissenschaft, die ihren Teil zur Bildung eines „sozialistischen Bewusstseins" beitragen sollte, war zwar sehr hoch, und Wissenschaft war in hohem Maße von Steuerungsmaßnahmen geleitet. Der marxistisch-leninistischen Ausrichtung zum Trotz war aber an den Universitäten zeitweise auch ein „vergleichsweise liberales Klima" spürbar, da sich der Zwang zur Anerkennung der Ideologie nicht konstant aufrechterhalten ließ.[6]

Im vorhergehenden Kapitel wurde gezeigt, wie sich das psychiatrische Wissen von Schizophrenie in der westdeutschen Psychiatrie über den Zeitraum von 1950 bis Ende der siebziger Jahre veränderte. Auf eine zunehmende Kritik an der herrschenden Lehre folgte eine Phase der Offenheit, in der neue, lebensgeschichtliche Zugänge zu einem Verständnis der Schizophrenie erprobt und diskutiert wurden, bis diese von einer sozialpsychiatrischen, situationsbezogenen Ausrichtung abgelöst bzw. im biopsychosozialen Modell integriert wurden oder als subjektiv-spekulative Annäherungen ohne therapeutische Anleitungen in den Hintergrund rückten. Auch die Entwicklung des Wissens in Ostdeutschland lässt sich in drei Phasen einteilen, die jedoch noch stärker als im Westen nicht als Abfolgen, sondern als Konjunkturen unterschiedlicher Inhalte zu unterschiedlichen Zeiten erscheinen. Von Ende der vierziger bis Ende der fünfziger Jahre bestimmte die Auseinandersetzung mit Pawlow den Diskurs, nicht-biologische Wissenszugänge wurden tabuisiert. Die in dieser Zeit entwickelten Ansätze wurden von den späten fünfziger Jahren bis in die Mitte der sechziger Jahre weitergetragen. Eine dritte Phase ließe sich von Mitte der sechziger Jahre bis Ende der siebziger Jahre ausmachen, in der eine gesellschaftsphilosophisch legitimierte Öffnung für

[4] Hanrath, Zwischen „Euthanasie" und Psychiatriereform, insbesondere S. 448–461, sowie das pointierte Fazit S. 462–474.

[5] Julia Thormann/Hubertus Himmerich/Holger Steinberg, Depressionsforschung in der DDR – historische Entwicklungslinien und Therapieansätze, in: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 82/2 (2014), S. 68–77.

[6] Siehe diese Einschätzung bei Andreas Malycha, Wissenschafts- und Hochschulpolitik in der SBZ/DDR 1945 bis 1961. Machtpolitische und strukturelle Wandlungen, in: Sabine Schleiermacher/Norman Pohl (Hrsg.), Medizin, Wissenschaft und Technik in der SBZ und DDR. Organisationsformen, Inhalte, Realitäten, Husum 2009, S. 17–40, hier S. 32–35, Zitat S. 35.

psychotherapeutische und psychoanalytische Ideen und eine stärkere inhaltliche Auseinandersetzung mit den westlichen Konzepten neue Impulse bzw. ein stärkeres Hervortreten bis dahin marginalisierter Ideen und Praktiken brachte.[7]

Die Pawlow'sche Vision: Vermittlung zwischen Körper und Umwelt

Am Anfang der Reflextheorie steht ein Hund, an der Seite des Kopfes ein Behälter zum Auffangen des Speichels, in seiner Hörweite eine Glocke. Die auf dem berühmten Basisexperiment des russischen Physiologen Iwan Petrowitsch Pawlow (1849–1936) aufbauende Theorie der Reflexe wurde, so die Einschätzung Torsten Rütings, „zu einem der erfolgreichsten Konzepte in der Geschichte der Wissenschaften vom menschlichen Gehirn und Verhalten im 20. Jahrhundert" und „Teil des Allgemeinwissens des 20. Jahrhunderts".[8] Dabei trug gerade die „Einfachheit" der Idee, die Funktionen des menschlichen Organismus als physiologische Reaktion auf Umweltreize zu begreifen, maßgeblich zu ihrer Akzeptanz bei. Um auch die höheren Nerventätigkeiten des Menschen erklären zu können, differenzierte Pawlow zusätzlich zwischen einem ersten Signalsystem – dem physiologischen Reiz-Reflex-System – und einem zweiten Signalsystem, das nur dem Menschen als nervlich höher entwickelten Lebewesen eigen sei: der Sprache. Der Hirnrinde schrieb Pawlow die Rolle als Zentrum des Gehirns und Herrscher über den Organismus zu: Psychologische Vorgänge und angelernte Verhaltensweisen sollten sich nun alle als Vorgänge auf der Hirnrinde erklären lassen. Die Konzentration auf das Gehirn als Steuerungszentrale des Gesamtorganismus knüpfte dabei an die alte Vorstellung des Kopfes als Herrscher über den Körper an.[9] Bewusstsein und Materie waren für Pawlow jedoch nicht voneinander zu trennen.

Pawlow hatte sich bei seinen Studien jedoch nicht auf die Erforschung der gewöhnlicherweise ablaufenden physiologischen Prozesse beschränkt, sondern auch Interesse an den Funktions- und Regulationsweisen des Organismus bei ungewöhnlichen, von der konstruierten Gesetzmäßigkeit abweichenden Fällen gezeigt. Mit psychiatrischen Fragen beschäftigte sich Pawlow dann besonders in den dreißiger Jahren, an seinem Lebensende. Regelmäßig suchte er psychiatrische Anstalten auf mit der Absicht, die Lehre von der höheren Nerventätigkeit in der Praxis und am Menschen zu überprüfen und zu erproben.[10] Dabei verknüpfte

[7] Eine ähnliche Einteilung wurde auch in der Forschungsliteratur vorgenommen, siehe Eghigian, Hanrath, sowie die Kapitelgliederung in Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011.

[8] Torsten Rüting, Pavlov und der neue Mensch. Diskurse über Disziplinierung in Sowjetrussland, München 2002, S. 16.

[9] Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 130.

[10] Roger Smith, Inhibition. History and Meaning in the Sciences of Mind and Brain, London 1992, S. 192, sowie zur Bedeutung von Hemmung im Ordnungsdiskurs Roger Smith, The Meaning of „Inhibition" and the Discourse of Order, in: Science in Context 5/02 (1992), S. 237–263. Siehe zur Arbeitsweise Pawlows in den psychiatrischen Anstalten die Arbeiten von George Windholz, Pavlov's Concept of Schizophrenia as Related to the Theory of Higher

er seine Beobachtungen und Modelle mit älteren Ordnungen und Erklärungen der Verhaltensformen wie etwa der Charakter-Typologie und der Temperamentenlehre. Als Erklärung für die Entwicklung einer höheren Nerventätigkeit zog er außerdem die Evolutionsbiologie von Charles Darwin heran.[11] In Anlehnung an die Typenlehre entwarf Pawlow eine Differenzierung zwischen „schwachen" und „starken" Typen mit unterschiedlichen Erregungs- und Hemmungsprozessen.[12] Der Begriff der „Hemmung" hatte jedoch bereits eine Vergangenheit, wie Roger Smith gezeigt hat: Die Vorstellung von Hemmungsprozessen hatte sich bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert zusammen mit den medizinischen und psychologischen Wissenschaften entwickelt; spezifische hierarchische, bewertende und regulierende Ordnungsvorstellungen hatten sich in diesem Begriff niedergeschlagen, der diese Ordnungsvorstellungen wiederum in eine psychologische oder physiologische Sprache überführte. Das Zentrum dieser Ordnungsvorstellungen bildete die Herrschaft des Verstandes über den Körper und des Gehirns über das Nervensystem. Schon die frühen psychologischen und physiologischen Diskurse verknüpften außerdem die Aufforderung an das Individuum zur Selbstregulierung mit äußeren Kontroll- und Ordnungsregularien.[13] Es war gerade diese Verbindung physiologischer, psychologischer und psychiatrischer Diskurse im Begriff der „Hemmung", welche die Wirkung von Pawlows Lehre in hohem Maße erweiterte, indem er an moralische Disziplinierungskonzepte des 19. Jahrhunderts anknüpfte, sie aber in eine modernisierte, technisierte Sprache und moderne Denkmodelle übertrug.[14] Pawlow gab der Hemmung – neben der „Erregung" – eine prominente Rolle als eine der beiden Aktivitäten der Hirnzellen, das heißt, er begriff sie tatsächlich nicht als einen passiven, durch die Abwesenheit von Erregung gekennzeichneten, sondern als einen aktiven Zustand, der sich auch ausbreiten konnte.[15]

Nervous Activity, in: History of Psychiatry 4/16 (1993), S. 511–526; George Windholz, Pavlov's Conceptualization of Paranoia within the Theory of Higher Nervous Activity, in: History of Psychiatry 7/25 (1996), S. 159–166.

[11] Douglas L. Grimsley/George L. Windholz, The Neurophysiological Aspects of Pavlov's Theory of Higher Nervous Activity. In Honor of the 150th Anniversary of Pavlov's Birth, in: Journal of the History of the Neurosciences 9/2 (2000), S. 152–163.

[12] „Typ" bezeichnet in erster Linie die physiologische Konstitution des Nervensystems, erst daraus abgeleitet dann differenzierte Pawlow auch unterschiedliche „Charaktertypen" wie den Künstler- und den Denkertyp. Immer wieder wird in diesem Zusammenhang die Geschichte von Pawlows Laborhunden erzählt, die, nachdem sie bei einer Überflutung der Laboratorien fast ertrunken wären, unterschiedliche Verhaltensweisen zeigten und damit Pawlow auf die Spur unterschiedlicher Reaktionen verschiedener „Typen" auf ein identisches traumatisches Ereignis brachten, vgl. etwa Smith, Inhibition, S. 203.

[13] Vgl. Smith, Inhibition, S. 2 f. Smith beschreibt die Veränderungen wie folgt: „speaking loosely, spirit became mind, and mind became the upper brain; flesh became body, and body became the spinal nervous system". Ebd., S. 3.

[14] Vgl. Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 149–151. Zur Geschichte des Begriffs der Hemmung über die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zu den 1930er Jahren siehe Smith, Inhibition, zur Verwendung des Begriffs bei Pawlow (in Abgrenzung zu C. C. Sherrington und Sigmund Freud) insbesondere ebd., S. 190–205.

[15] Siehe Smith, Inhibition, S. 195.

Den Heldenstatus erhielt Iwan Pawlow, der selbst eher ein Kritiker des Sowjetsystems gewesen war, in der Sowjetunion erst nach seinem Tod 1936, als seine Theorien für Propagandazwecke eingespannt und er selbst ab Ende der vierziger Jahre „als Ikone und Propagandafigur der fortschrittlichen sowjetischen Wissenschaft“[16] in eine Linie mit Marx, Engels und Lenin gestellt wurde. Die Theorien und Forschungen des Nobelpreisträgers von 1904 sollten als „naturwissenschaftliche Einlösung des dialektischen Materialismus“[17] das Fundament aller weiteren Wissenschaft legen und als Leitfaden bei der Entwicklung des „Neuen Menschen“ dienen. Auf der Moskauer Pawlow-Tagung von 1950 wurde „eine von vermeintlichen Fehlentwicklungen gesäuberte Version“[18] der Lehre der höheren Nerventätigkeit zum „Dogma“ erhoben; die Pawlow-Forschung wurde in den folgenden Jahren finanziell großzügig ausgestattet. Diese Pawlowisierung diente von staatlicher Seite aus außerdem dem Zweck, „breite Kreise der Naturwissenschaftler und der, was ihre traditionelle bürgerliche Einbindung betraf, besonders problematischen Mediziner über eine Weltanschauungsdebatte in den Fachwissenschaften zu binden und zu egalisieren“.[19] Fortan mischten sich fachwissenschaftliche und weltanschauliche Argumente.[20] Pawlows Konzeption des Menschen wurde zum naturwissenschaftlichen Fundament für die Vorstellung „des“ Menschen im Sozialismus bestimmt und sein physiologisches Konzept zum gemeinsamen Paradigma für Human-, Gesellschafts- und Geisteswissenschaften, aber auch für uneinige Wissenschaftler innerhalb der einzelnen Fächer.[21] Dass Pawlow Nobelpreisträger und seine Theorie international bekannt und anerkannt war, machte diese Bemühungen um einiges einfacher, da sie auf sein großes Ansehen und die Machtposition seiner Lehre aufbauen konnten.

Im Westen wurde die Förderung des Vermächtnisses eines Nobelpreisträgers und seiner international bekannten Theorie über lange Zeit positiv aufgenommen.[22] Erst der Zusammenbruch der Sowjetunion bot die Möglichkeit, „die Legende vom großen russischen Genie, das in der Sowjetunion beispielhaft gefördert wurde, um mit seiner objektiven Wissenschaft dem Fortschritt der ganzen Menschheit dienen zu können“,[23] zu hinterfragen.[24]

Hat die historische Forschung zur Einführung Pawlows in der DDR zunächst die „Pawlowisierung“ als eine politische Vorgabe im Sinne einer „Politisierung von Wissenschaft“ hervorgehoben und untersucht, gegen welche Widerstände

[16] Rüting, Pavlov und der neue Mensch. Siehe zur Kritik Pawlows gegen die „Bolschewisierung“ Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“, S. 311.
[17] Stefan Busse, Psychologie in der DDR. Die Verteidigung der Wissenschaft und die Formung der Subjekte, Weinheim 2004, S. 60.
[18] Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 18.
[19] Busse, Psychologie in der DDR, S. 62.
[20] Vgl. Busse, Pawlow – der Stein des Anstoßes, S. 217 f.
[21] Vgl. zu dieser Schlussfolgerung auch Busse, Pawlowismus und Psychologie, S. 166.
[22] Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 19 f.
[23] Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 20.
[24] Rüting, Pavlov und der neue Mensch, S. 21, sowie Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“, S. 311.

und durch welche politischen Instrumente Pawlows Lehren zumindest theoretisch und dem Schein nach durchgesetzt, kanonisiert und institutionalisiert wurden,[25] setzen neuere wissenschaftsgeschichtliche Betrachtungen den Fokus auf die diskursiven Beziehungen und Verschiebungen, welche die Einführung Pawlows begleiteten und ihren Erfolg sicherten oder unterliefen. In seinen Studien zur ostdeutschen Psychologie wies Stefan Busse darauf hin, dass die „Dichotomisierung" der Wissenschaft in eine „ideologienahe, und das heißt bedingt wissenschaftliche, und eine ideologieferne, und das heißt eigentliche bzw. wissenschaftliche Psychologie", sich an der Vorstellung einer „reinen" Wissenschaft orientiere, „die sich unbeschadet kultureller wie ideologischer Selbstverständlichkeiten entwickeln und ihr Geschäft betreiben könne".[26] Damit lasse sich die Pawlowisierung aber nicht vollständig erfassen. Genauer wäre es, sie eher als „der Versuch einer weltanschaulich und ideologisch motivierten ‚Vernaturwissenschaftlichung'" oder einer „naturwissenschaftlich durch(ge)setzten Ideologisierung"[27] zu bezeichnen. Mit dem Nimbus der unantastbaren, weil durch Experimente gesicherten Wissenschaftlichkeit ausgestattet, erfüllte Pawlows Lehre die Vorstellungen, was Wissenschaftlichkeit sein sollte: objektiv, überprüfbar, kausallogisch. Umgedreht wurde der Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit oder Pseudowissenschaft auch als „Waffe in der Systemauseinandersetzung" eingesetzt,[28] die sowohl in der Ost-West-Auseinandersetzung als auch „innerhalb der beiden Lager als Hebel zur Diskreditierung, Disziplinierung und Diffamierung" benutzt wurde.[29] Der Kalte Krieg, so ließe sich zuspitzend formulieren, war in Psychologie und Psychiatrie angekommen.[30]

[25] Siehe Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus", hier S. 308–332, und Hanrath, Zwischen „Euthanasie" und Psychiatriereform, hier besonders S. 400–410. Dabei betonen auch Ernst und Hanrath, dass eine linear gedachte „Politisierung von Wissenschaft" zu wenig komplex und zu einseitig ist, siehe Hanrath, Zwischen „Euthanasie" und Psychiatriereform, S. 400.

[26] Stefan Busse, „Von der Sowjetwissenschaft lernen". Pawlowismus und Psychologie, in: Psychologie und Geschichte 8/1–2 (1998), S. 150–173, hier S. 151.

[27] Busse, Pawlowismus und Psychologie, S. 151 f. Die Diskussionen in der DDR hatten Busse zufolge nicht die gleiche „inquisitorische Vehemenz wie in den sowjetischen Originaldiskussionen", was wohl auch mit der „Zeitverzögerung" zusammenhing, mit der Pawlow in der DDR rezipiert wurde. Noch dazu war die wissenschaftliche Tradition und damit die Ausgangslage in der DDR eine andere als in der Sowjetunion. Die Pawlow-Tagung in der DDR von 1953 diente v. a. dem Zweck, die Rückständigkeit der deutschen Physiologie und ihrer Nachbarwissenschaften, insbesondere der Medizin und Psychologie, zu beklagen und die Überlegenheit und Wissenschaftlichkeit der Theorien Pawlows hervorzuheben, siehe Busse, Psychologie in der DDR, S. 62 f.

[28] Jens Thiel/Peter Th. Walther, „Pseudowissenschaft" im Kalten Krieg. Diskreditierungsstrategien in Ost und West, in: Dirk Rupnow/Veronika Lipphardt/Jens Thiel/Christina Wessely (Hrsg.), Pseudowissenschaft. Konzeptionen von Nichtwissenschaftlichkeit in der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt am Main 2008, S. 308–342, hier S. 309.

[29] Thiel/Walther, „Pseudowissenschaft" im Kalten Krieg, S. 310.

[30] In Anlehnung an Robert van Voren, Cold War in Psychiatry. Human Factors, Secret Actors, Amsterdam/New York 2010. Der niederländische Psychiater van Voren, in den achtziger Jahren engagiert in der International Association on the Political Use of Psychiatry, schreibt sowohl als Zeitzeuge wie auch als Historiker, was die Studie sehr anschaulich macht.

Als Gegenspieler Pawlows in der Auseinandersetzung der unterschiedlichen wissenschaftlichen Kulturen wurde der Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud, inszeniert. Die Öffnung der westlichen Psychiatrie für die Psychoanalyse, wie man es am Beispiel der westdeutschen Psychiatrie zu beobachten meinte, genügte der Sowjetunion, um die Psychoanalyse als Instrument des Klassenfeindes zu enttarnen und dann abzulehnen.[31] Pawlow diente in diesem Zusammenhang der Abwehr von Psychosomatik und Psychoanalyse, die als reaktionär, als einseitige Spekulation, kurz: als un- bzw. pseudowissenschaftlich beschrieben wurde.[32] Pawlows Lehre sollte aber auch die Lösung bestimmter Probleme repräsentieren, welche die Psychologie seit langem beschäftigte. Dazu gehörten etwa das Leib-Seele-Problem und die Vorstellungen davon, wie psychische und physische Phänomene zusammenhingen. Pawlows Lehre definierte beide, physische und psychische Vorgänge, als kausal determiniert und eröffnete damit eine rein naturwissenschaftliche Perspektive; sie verknüpfte außerdem in der Lehre vom ersten und zweiten Signalsystem physiologische und psychologische Vorgänge. Die Lehre vom zweiten Signalsystem, der Sprache, schlug außerdem noch die „Brücke zu Gesellschaftlichkeit und Geschichtlichkeit des Psychischen" und damit auch zwischen Natur- und Gesellschaftswissenschaft.[33] Vor dem Hintergrund der in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen, grundlegenden Probleme der Psychiatrie, eine Theorie zu finden, die natur- und geisteswissenschaftliche, körpermedizinische und (sozio)psychologische Ansätze zusammenbrachte, lässt sich bereits erahnen, wo die Attraktivität des von Pawlow repräsentierten Denkmodells liegen mochte.

Wie verhielt es sich nun mit Pawlows Lehre in der ostdeutschen Psychiatrie? Verfügbar war seit 1954 eine Gesamtausgabe der Schriften Pawlows unter der Herausgeberschaft von Lothar Pickenhain im Akademie-Verlag.[34] Die Verbreitung von Pawlows Lehre war in der ostdeutschen Psychiatrie dominiert von Alexander

[31] Heike Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg. Walter Hollitscher, Alexander Mette und Dietfried Müller-Hegemann in der DDR, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 172–203, hier S. 194 f.

[32] Thiel/Walther, „Pseudowissenschaft" im Kalten Krieg, S. 322.

[33] Siehe die vier Diskurselemente nach Busse, Psychologie in der DDR, S. 69. Siehe auch den Aufsatz von Busse, Pawlowismus und Psychologie, S. 162–165. Siehe außerdem Stefan Busse, „Von der Sowjetwissenschaft lernen". Pawlow – der Stein des Anstoßes, in: Psychologie und Geschichte 8/3–4 (2000), S. 200–229, hier S. 209. In der Psychologie habe oft die Haltung „Abwehr durch Integration" vorgeherrscht, siehe Busse, Pawlow – Der Stein des Anstoßes, S. 210.

[34] Iwan Petrowitsch Pawlow, Sämtliche Werke, Berlin 1954.

Mette[35] und Dietfried Müller-Hegemann[36]. Das Besondere an dieser Konstellation ist, dass beide aus der psychoanalytischen Richtung kamen, Alexander Mette sogar klassisch psychoanalytisch ausgebildet war. Dietfried Müller-Hegemann hatte sich bereits mit einigen Publikationen zur Psychotherapie in der Psychiatrie und auch bei Schizophrenen hervorgetan. Alexander Mette erfuhr schon recht früh eine „Maßregelung" durch den jungen ostdeutschen Staat, als er Freud und die Psychoanalyse den sozialistischen Verhältnissen „anzupassen" versuchte. Er bekam dies zu spüren, als er 1949 für eine Professur für Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin (HU) abgelehnt wurde mit der Begründung, dass er Psychoanalytiker sei. Seine Vorliebe für Themen der Verbindungen von Literatur und Kunst mit Psychoanalyse und Pathologie setzte er darauf in der von ihm herausgegebenen Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*[37] zwar fort, verband sie aber fortan mit auf Pawlow zurückgehenden Theorien; 1954 wurde er Professor für Psychotherapie an der HU, als Anerkennung seiner Dienste in der Verbreitung der Pawlow'schen Lehre. Im Westen hatte er damit einen großen Teil seiner Anerkennung verspielt.[38]

[35] Alexander Mette (1897–1985), 1926–1932 psychoanalytische Ausbildung in Leipzig und am Berliner Psychoanalytischen Institut, 1928–1946 niedergelassener Nervenarzt und Psychoanalytiker, 1945 Eintritt in die KPD, Vorlesungen über die Freudsche Psychoanalyse an Volkshochschulen, nach Ablehnung eines Lehrauftrags an der HU ab 1946 Stellvertretender Landesdirektor im Landesgesundheitsamt Thüringen, 1949–1959 Alleinherausgeber der Fachzeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie", ab 1950 Mitglied der Volkskammer der DDR, ab 1952 Lehrbeauftragter für Psychotherapie an der HU, ab 1954 Professur für Psychotherapie. Er war Mitglied der Staatlichen Pawlow-Kommission der DDR, ab 1956 Leiter der Hauptabteilung Wissenschaft im Ministerium für Gesundheitswesen (MfG) und 1958 Mitglied des Zentralkomitees der SED, ab 1959 Lehrstuhl für Geschichte der Medizin an der HU. Siehe Heike Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg. Vom Untergang der Psychoanalyse in der frühen DDR, in: Peter Diederichs (Hrsg.), Psychoanalyse in Ostdeutschland, Göttingen 1998, S. 11–50, hier S. 17 f. Auf Mettes Freud-Biografie (die einzige der DDR) wird noch an anderer Stelle eingegangen. Mettes Pawlow-Biografie erschien 1958 außerdem im Oswald Dobbeck Verlag, Speyer, München.

[36] Dietfried Müller-Hegemann (1910–1989), in der Weimarer Republik Mitglied der KP, ab 1937 Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik der Charité, ab 1936 Ausbildung für Psychoanalyse am Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie in Berlin (Lehranalytiker Harald Schultz-Hencke), ab 1939 Truppenarzt an der Front und in Berlin, 1945–1948 in sowjetischer Kriegsgefangenschaft; seit 1950 Oberarzt, ab 1952 bis 1964 Direktor der Universitätsnervenklinik Leipzig, März 1953 Gründung einer psychotherapeutischen Abteilung, Mitglied der Staatlichen Pawlow-Kommission der DDR, ab 1959 Mitherausgeber der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie", 1964 Wechsel an das Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus als dessen Direktor. 1971 von einer Reise nach Westdeutschland nicht zurückgekehrt, ein Jahr Gastprofessor in den USA und anschließend Chefarzt der Psychotherapieabteilung in Essen. Siehe Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg, S. 19 f.

[37] Zur Gründungsgeschichte der Zeitschrift siehe Marie Teitge/Ekkehardt Kumbier, Medizinisches Publizieren als Politikum. Zur Entstehungsgeschichte der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie" in der SBZ/DDR, in: Daniel Hechler/Peer Pasternack (Hrsg.), Ein Vierteljahrhundert später. Zur politischen Geschichte der DDR-Wissenschaft, Wittenberg 2015, S. 89–100.

[38] Die Besprechungen in der „Psyche" 1957 und 1959 warfen ihm Ideologisierung und Parteilichkeit vor, siehe Bernhardt, Untergang der Psychoanalyse, S. 24–27.

Dietfried Müller-Hegemanns Lebenslauf war geprägt von Verflechtungen von Kommunismus bzw. Sozialismus und Psychotherapie. Schon Ende der vierziger Jahre setzte er sich mit der Psychoanalyse als „bürgerlicher" Lehre kritisch auseinander und konzentrierte sich in Abgrenzung davon auf die Ausarbeitung eines psychotherapeutischen Ansatzes, der sich vor allem an Arbeitstherapie orientierte und den er in den folgenden Jahren methodisch fortführte und konkretisierte.[39] Er hatte also schon vor der Pawlow-Doktrin begonnen, sein psychotherapeutisches Konzept nicht länger psychoanalytisch auszurichten. Stattdessen griff er psychotherapeutische Konzepte wie das der Arbeitstherapie auf, dessen Entstehungszeit in der Weimarer Republik lag. Seine Habilitationsschrift über „Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Erfahrungen und Probleme", die 1952 erschien, überschnitt sich dabei zeitlich bereits mit dem Beginn der Verbreitung von Pawlows Konzepten. Daher sah sich Müller-Hegemann genötigt, schon im Vorwort die „Möglichkeit, dass binnen kurzem von seiten der Pawloschen Physiologie neue wesentliche Gesichtspunkte auch zu der vorliegenden Fragestellung beigesteuert werden",[40] einzuräumen. Die zu Beginn des Jahres 1951 als Habilitationsschrift anerkannte Arbeit sei verfasst worden zu einer Zeit, „in der wichtige neue das vorliegende Arbeitsgebiet betreffende Forschungen erst zu einem sehr kleinen Teil bekannt geworden" seien. Daher sei ihm in seiner Arbeit „nur eine kurze Erörterung der Lehre vom zweiten Signalsystem Pawlows und der corticalvisceralen Pathologie Bykows möglich" gewesen. Er sei jedoch überzeugt, dass die Pawlow-Literatur eine „wahre Fundgrube" sei.[41] Im Haupttext selber fand eine Erwähnung Pawlows nur an wenigen Stellen statt, wo sich Schnittstellen und Ähnlichkeiten mit anderen physiologischen Theoremen oder therapeutischen Praktiken herstellen ließen.[42] Auf knapp fünf Seiten schilderte er die Schizophrenietherapie in der Sowjetunion, wobei er vor allem die Auffassungen der sowjetischen Psychiater von der Heilbarkeit der Schizophrenie und den Einflüssen der Umwelt für den Ausbruch der Krankheit herausarbeitete.[43] Auch hob er die Ähnlichkeit zwischen der Lehre Pawlows und der Simon'schen Arbeitstherapie hervor, insbesondere hinsichtlich der Bedeutung, die beide Ansätze der mitmenschlichen Umwelt zusprachen.[44] Die Integration Pawlows in Müller-Hegemanns Arbeit diente also vor allem dem Ziel, Anknüpfungspunkte und Schnittstellen sowie

[39] Bernhardt, Untergang der Psychoanalyse, S. 27–29.

[40] Dietfried Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Erfahrungen und Probleme, Leipzig 1952a, Vorwort S. VI.

[41] Alle Zitate in Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, Vorwort S. V und S. VI.

[42] Pawlow wird ebd. laut Register erwähnt auf S. 2, 27, 37 f., 83, 95. Andere Forscher wie Freud, Jung, Schultz-Hencke oder Simon werden wesentlich häufiger erwähnt.

[43] Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S. 37–42.

[44] Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S. 42. Bei „Simon" handelt es sich um Hermann Simon, der als Begründer der modernen Arbeitstherapie angesehen wird, siehe Franz-Werner Kersting, Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1996.

gemeinsame Inhalte und Praktiken herauszupräparieren und somit den eigenen Ansatz zu legitimieren.

In der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* hatten Dietfried Müller-Hegemann und Alexander Mette 1951 damit begonnen, Beiträge über Pawlow zu veröffentlichen. Der erste Anlass war die bereits erwähnte sowjetische Pawlow-Tagung und die dort verabschiedete Resolution, die die Lehren Pawlows zur Doktrin erhob, gewesen. In seinem Aufsatz über „Pawlows großes Erbe und die neue Humanpsychologie" schlug Mette einen großen Bogen und präsentierte Pawlow als Erneuerer der Medizin und Psychologie.[45] Neben dem Abdruck der Resolution[46] wurde in weiteren Artikeln die allgemeine Bedeutung der neuen Richtung für die Medizin und die Psychiatrie dargestellt.[47] Außerdem wurde ein Originaltext Pawlows abgedruckt. In einem Beitrag von Rudolf Thiele zur körperlichen Begründung der Psychosen wurde erstmals direkt in einer fachwissenschaftlichen Auseinandersetzung auf Pawlow Bezug genommen.[48]

Die Präsentation der Pawlow-Resolution war aber nur der erste Teil der konzertierten Bekanntmachung von Pawlows Denkmodell. Wenige Monate nach Müller-Hegemanns Publikation der „Psychotherapie der schizophrenen Psychosen" veranstaltete am 15. und 16. Januar 1953 das Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der DDR eine internationale Pawlow-Tagung.[49] Wie sich an den Titeln der Referate leicht ablesen lässt, ging es vor allem darum, die Bedeutung Pawlows für die unterschiedlichen medizinischen Fächer herauszustellen und die zentralen Inhalte der Lehre der höheren Nerventätigkeit vorzustellen. Nach den Begrüßungsansprachen der Abgesandten der verschiedenen Sowjetrepubliken eröffnete Müller-Hegemann den wissenschaftlichen Teil mit einem grundlegenden Vortrag über „Die Bedeutung der Lehre Pawlows für die Theorie und Praxis der Medizin".[50] Er erinnerte an die Ge-

[45] Alexander Mette, Um J. P. Pawlows großes Erbe und die neue Humanpsychologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 177–179.

[46] Resolution der gemeinsamen wissenschaftlichen Tagung der Akademie der Wissenschaften und der medizinischen Akademie der Wissenschaften der UdSSR, die den Problemen der physiologischen Lehre I. P. Pawlows gewidmet war, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 203–207.

[47] Dietfried Müller-Hegemann, Bemerkungen zur biologischen Richtung in der medizinischen Psychologie. Zur Publikation von Destunis: „Neue Wege der medizinischen Psychologie", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 250–254; S. M. Dawidenkow, Die Lehre Pawlows von den höheren Nervenfunktionen und die aktuellen Aufgaben der klinischen Neuropathologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 295–298; Alexander Mette, Umschau im Fachgebiet. 1. Teil, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 306–309, sowie Alexander Mette, Umschau im Fachgebiet. 2. Teil, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 374–377.

[48] Rudolf Thiele, Zur somatologischen Fundierung der Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 322–325.

[49] Die Referenten waren aus Russland, Polen, der Tschechoslowakei, Rumänien und Bulgarien angereist. Einziger westlicher Referent war E. H. Romberg aus München.

[50] Eberhard Goetze/Dietfried Müller-Hegemann/Lothar Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows für die Theorie und Praxis der Medizin, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lo-

schichte der Physiologie als internationales Forschungsprojekt, um Pawlow dann in dieser Linie als Vollender und Erneuerer darzustellen, dessen „Versuchsanordnungen von genialer Beobachtungsgabe und scharfsinnigem Denken, […] von bestrickender Einfachheit und Klarheit“[51] zeugten. Die Entwicklung der Reflextheorie stellte er von den ersten Versuchen der Scheinfütterung bis zur Bestimmung der Großhirnrinde und den Erregungs- und Hemmungsprozessen als ihren elementaren Funktionen als eine stringente Fortschritts- und Erfolgsgeschichte dar. Dass Pawlows Methoden bereits einige Jahrzehnte alt waren, änderte nach Müller-Hegemanns Darstellung nichts an ihrer wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit, die sich besonders im Vergleich mit den enttäuschenden Ergebnissen der Psychogalvanik hervortun würde.[52]

Die Rede Müller-Hegemanns machte bereits klar, in welche Richtung das offizielle Pawlow-Narrativ wies. Pawlows Verständnis der Elementarfunktionen, der Reflexe und der Vorgänge des Großhirns wurden in den Rahmen einer größeren Fortschrittsgeschichte eingeordnet, die die Durchdringung des Menschen und die Schaffung von immmer mehr Wissen über ihn zum Ziel hatte. Seine Lehre vom zweiten Signalsystem sei die „Krönung seines Lebenswerkes“,[53] das durch Experimente fortgeführt werden sollte. Dieses fortschrittsgeschichtliche Narrativ, in dessen Rahmen die Experimente und Thesen Pawlows eingebettet wurden, bestimmte auch die offizielle sowjetische Darstellung des sowjetischen Psychiaters. Zugleich wurde der Siegeszug Pawlows gedanklich in die Zukunft verlängert. Auch Müller-Hegemanns Vortrag demonstrierte die Vorstellung, dass mit einer Orientierung an Pawlows Konzepten die wissenschaftliche Zukunft auf naturwissenschaftlicher Basis gesichert sei.[54] Solche Zukunftsorientierungen und -erwartungen schufen nicht nur einen positiven Erwartungshorizont, sondern fungierten gleichzeitig als stabilisierende Konzepte für die Erfahrung des Noch-Nicht-Wissens der Gegenwart.[55]

Entsprechend dieser Strategie, eine Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft umschließende Erzählung bereitzustellen und so die eigene Auffassung zu stabilisieren, entstanden auch Konzepte zur Abwertung anderer Forschungsansätze. So skizzierte Alexander Mette 1959 in seiner Pawlow-Biografie, die drei Jahre nach der Konferenz und bereits nach dem Höhepunkt der Pawlow-Phase erschien, die

thar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 14–32.

51 Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 17.

52 Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 21.

53 Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 22.

54 Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 31.

55 Die Beschreibung des „Noch-Nicht-Wissens“ stammt von Zygmunt Baumann, zur Bedeutung des Noch-Nicht-Wissens für die Dynamik der Wissenschaft siehe Peter Wehling, Gibt es Grenzen der Erkenntnis? Von der Fiktion grenzenlosen Wissens zur Politisierung des Nichtwissens, in: Ulrich Wengenroth (Hrsg.), Grenzen des Wissens – Wissen um Grenzen, Weilerswist 2012, S. 90–117, hier S. 93–99.

Forschungssituation vor Pawlow bzw. eine Forschungslandschaft ohne Pawlow als unergiebig und gelähmt. Das „Wiedereindringen idealistischer Auffassungen und fiktiver Erklärungen in die Psychiatrie", das er in der westlichen Psychiatrie zu beobachten glaubte, sei durch diese „Unfruchtbarkeit" begünstigt worden.[56] Mit der westlichen Orientierung an hermeneutischen Methoden und wissenschaftlicher Offenheit, so machte dieser Kommentar klar, sollte und brauchte die ostdeutsche Psychiatrie nichts zu tun haben.

Die hoch bewertete Objektivität und Wissenschaftlichkeit, die Pawlows Experimente suggerierten, war aber noch nicht alles an scheinbaren Vorzügen der Theorien Pawlows. Vielmehr bot Pawlow ein Modell des Menschen an, das naturwissenschaftlich fundiert war, in dem aber auch die Umwelt explizit mit einbezogen war. Es lieferte eine umfassende Erklärung, die auf einfachen Beobachtungen und Erklärungen beruhte, und überwand mit der Theorie der höheren Nerventätigkeit den Dualismus zwischen dem Menschen als biologisches und dem Menschen als soziales Wesen.[57] Dies hieß konkret, dass Psychosen zwar weiterhin als biologische Erkrankung definiert, aber auch in ihrer sozialen Bedingtheit analysierbar waren.[58] Mit der Rede vom überwundenen Dualismus war jedoch keineswegs gemeint, etwas darüber herauszufinden, wie die Beziehungen zwischen Umwelt, Innenwelt, Erleben und Körper in der Psyche bzw. Seele zusammenliefen, wie Hanns Schwarz, der Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie und Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie in Greifswald, nach einem psychosomatologischen Beitrag deutlich zu spüren bekam. Sein Versuch, mit Pawlow die Seele zu erforschen, weil die zeitgenössische Psychosomatik und Tiefenpsychologie zu wenig falsifizierbar und exakt seien, stieß auf deutlichen Widerstand und wurde am nächsten Tag von Walter Hollitscher öffentlich kritisiert.[59] Die

[56] Alexander Mette, I. P. Pawlow. Sein Leben und sein Werk, Berlin 1959, S. 112 f. Er erklärte, es sei „nicht ohne Aussagewert, wenn ein Psychiater wie J. Wyrsch kürzlich in einem Abriss über die Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen zu dem Ergebnis gelangte, dass er mit einer Fragestellung, nicht mit einer Antwort schließen müsse".

[57] Müller-Hegemann etwa erklärte, mit „biologistischen und vulgärmaterialistischen Auffassungen" hätte Pawlows Lehre nichts gemeinsam; denn „Pawlow schätzte die Bedeutung des Bewusstseins sehr hoch ein, das nach seinen Worten durch das Zusammenwirken der Menschen in der gesellschaftlichen Wirklichkeit zustande kommt und das den Menschen ermöglicht, aktiv in die Außenwelt einzugreifen und sie zu verändern". Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 23.

[58] So umfassend, betonte auch Sneschnewski, sei die russische Psychiatrie, dass sie trotz der naturwissenschaftlichen Ausrichtung der russischen Psychiatrie und trotz der „materialistische[n] Auffassung vom Wesen der Psychosen" auch die „sozialen Ursachen der Verbreitung der Psychosen […] aufgedeckt" habe, siehe Andrei Sneschnewski, Die physiologische Lehre Pawlows in der Psychiatrie, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 181–189, hier S. 181 f.

[59] Hanns Schwarz, Zur Frage der kortiko-viszeralen Beziehungen, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für

Pawlow zugeschriebene Entdeckung des Menschen als gesellschaftliches Wesen sollte den Blick eben nicht in das Innere des Menschen und auf sein subjektives Erleben, sondern nach außen auf soziale und gesellschaftliche Umstände hinlenken.

Für die Psychiatrie gilt ganz ähnlich, was Stefan Busse auch für die Psychologie konstatierte: Die Rede von Pawlow bedeutete, „dass ihr von außen angetragen wurde, ihr idealistisch-geisteswissenschaftliches Erbe abzustreifen und sich auf ihre naturwissenschaftlichen und experimentellen Traditionen zu besinnen".[60] Sein Theoriensystem bot eine Art „scientific counterculture"[61] für die Psychiatrie, was vor allem deshalb funktionierte, weil es im Kern um ähnliche Fragestellungen ging: Mit der dialektisch-materialistischen Psychologie lag ein integrativer, zwischen Natur, Bewusstsein und Gesellschaft vermittelnder Ansatz vor, der versprach, die unterschiedlichen wissenschaftlichen Richtungen zusammenzubringen – eigentlich ein unmöglich scheinendes Projekt,[62] aber eben deshalb bedeutsam. Gleichzeitig tastete dieser Ansatz nämlich wesentliche Grundüberzeugungen wie die hierarchische Auffassung von Gehirn bzw. Großhirnrinde als herrschendes Organ des Menschen nicht an.[63] In diesem Sinne erklärte Müller-Hegemann bei der Pawlow-Tagung, das Verständnis von Körper und Psyche als Einheit und die Analyse der psychischen und emotionalen Faktoren auf Grundlage der kortiko-viszeralen Lehre erlaubten endlich die „richtige Einschätzung" und wissenschaftliche Erforschung des Krankheitsgeschehens.[64] Aufgrund des durch Pawlow geschaffenen Wissens, so die verbreitete Darstellung, konnte die Psychiatrie nun Aussagen über die Grundprozesse und Funktionen des für sie wesentlichen Organs, des Gehirns, treffen.

Entscheidend für die Medizin aber war, dass sich die theroretischen Verheißungen auch für die therapeutische Praxis fruchtbar machen ließen. So merkte auch Mette bei der Pawlow-Tagung an, wesentlich sei die Frage, was die Lehre Pawlows

Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 116–119, hier S. 117 f. Am nächsten Tag wies Walter Hollitscher ihn zurecht mit dem Vorwurf, die Rede von der Seele und Schwarz' Ausführungen dazu hätten eher verwirrt denn geklärt, siehe dazu und zur Bedeutung Pawlows im Werk von Schwarz allgemein Heinz-Peter Schmiedebach, Psychoanalyse, Psychotherapie und die Lehre von Pawlow im Werk von Hanns Schwarz, in: Wolfgang Fischer/Heinz-Peter Schmiedebach (Hrsg.), Die Greifswalder Universitäts-Nervenklinik unter dem Direktorat von Hanns Schwarz 1946 bis 1965. Symposium zur 100. Wiederkehr des Geburtstages von Hanns Schwarz am 3. 7. 1998, Greifswald 1999, S. 30–47. Siehe außerdem zu seiner Abwendung vom tiefenpsychologischen Denken und von den Versuchen, die eigenen Ansätze mit denen Pawlows zu verbinden, Arne Pfau, Die Entwicklung der Universitäts-Nervenklinik (UNK) Greifswald in den Jahren 1933 bis 1955, Husum 2008, S. 123–130.

60 Busse, Psychologie in der DDR, S. 89.

61 Vgl. David Joravsky, The Impossible Project of Ivan Pavlov (and William James and Sigmund Freud), in: Science in Context 5/2 (1992), S. 265–280.

62 Angelehnt an Joravsky, The Impossible Project of Ivan Pavlov.

63 Vgl. Michael Hagner/Cornelius Borck, Mindful Practices: On the Neurosciences in the Twentieth Century, in: Science in Context 14/4 (2001), S. 507–510.

64 Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 26.

„für unsere Tätigkeit als Ärzte bei der Heilung" bedeute. Er beklagte die Entfremdung von Psychiatrie und Psychotherapie, die er vor allem der „als revolutionär missverstandene[n] Tiefenpsychologie mit all ihren zum Teil so absonderlichen Tendenzen und Gebarungsarten" anlastete, kritisierte den miserablen Zustand der Psychotherapie und erklärte „[d]ie Notwendigkeit, das therapeutisch Mögliche aus der Lehre Pawlows auszuschöpfen", zum „eigentlich Wesentlichsten".[65] Problematisch für eine auf Pawlow aufbauende Entwicklung therapeutischer Verfahren war jedoch, dass Pawlow in therapeutischer Hinsicht nicht allzu viel vorgelegt und hauptsächlich eine Empfehlung für die Schlaftherapie ausgesprochen hatte. Die Schlaftherapie, bei der der Patient in einer Art Dauernarkose in einen mehrere Tage andauernden schlafähnlichen Zustand versetzt wurde, war allerdings nicht innovativ, sondern bereits seit den zwanziger Jahren bekannt, vereinzelt erprobt und zudem ein Reimport aus der Psychiatrie des deutschsprachigen Raumes: Sie ging zurück auf den Schweizer Psychiater Jakob Klaesi, der sie in den zwanziger Jahren am Burghölzli eingeführt hatte. Die Experimente mit der Schlaftherapie und dem dafür notwendigen Medikamentencocktail am Burghölzli waren Pawlow bekannt gewesen, ebenso wie die Schriften Kraepelins und Bleulers.[66] Dass aus Pawlow schlussendlich doch kein Psychiatrieerneuerer wurde, mag auch genau daran gelegen haben, dass er im Bereich der therapeutischen Konzepte eher „alten Wein in neuen Schläuchen"[67] bot.

Hemmung als Schutz. Schizophrenie à la Pawlow

Im Schizophreniekonzept war die Frage, wie die Umwelt auf das Individuum einwirkte, stets mitgeschwungen: in negativer Form über die Auffassung von Schizophrenie als einer endogenen, also eigentlich nicht von äußeren Einflüssen gesteuerten Psychose, in positiver Weise über die psychosozialen Vorstellungen Bleulers, die sich darin niedergeschlagen hatten. Entstanden aus dem Interesse an psychiatrischen Themen zu seinem Lebensende hin, hatte auch Pawlow 1930 einen Beitrag über Schizophrenie mit dem Titel „Versuchsweise Abschweifung eines Physiologen in das Gebiet der Psychiatrie" verfasst. In diesem unternahm er den Versuch, die bereits bestehende Beschreibung des Krankheitsbildes nach Kraepelin und Bleuler mit seiner Theorie der höheren Nerventätigkeit zu erklären und die Ursachen in sich auf der Hirnrinde abspielenden Erregungs- bzw.

[65] Alexander Mette, Diskussionsbeitrag, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 168–170, hier S. 170.

[66] Siehe Windholz, Pavlov's Concept of Schizophrenia, S. 513 und S. 522. Der Moskauer Psychiater Sereiskii hatte Pawlow von seinen eigenen Schlaftherapie-Experimenten mit der als „Cloettal" bekannten Mischung berichtet. Zur Schlaftherapie bei Pawlow explizit George Windholz/L. H. Witherspoon, Sleep as a Cure for Schizophrenia: a Historical Episode, in: History of Psychiatry 4/13 (1993), S. 83–93.

[67] Vgl. Hanrath, Zwischen „Euthanasie" und Psychiatriereform, S. 410.

Hemmungsprozessen zu bestimmen. Ansonsten sind die Äußerungen Pawlows zu psychopathologischen Themen, die rezipiert wurden, überschaubar. Neben dem soeben erwähnten Aufsatz von 1930 wurde hauptsächlich ein sogenannter offener Brief an den französischen Psychiater Pierre Janet immer wieder zitiert.

Da das wissenschaftliche Problem Schizophrenie in der deutschen Psychiatrie als ungelöst galt, wurde es zum eigentlichen Prüfstein für Pawlows Theorie von der höheren Nerventätigkeit deklariert. Darin schwang zugleich die Erwartung mit, mit der Erklärung der Schizophrenie als allein bei Menschen beobachtete Erkrankung zugleich etwas über den Menschen an sich aussagen zu können. So erklärte Alexander Mette in seiner Pawlow-Biografie: „Wenn diese [Pawlows] Feststellungen das Rätsel der Schizophrenie der Lösung näher bringen, wie nicht zu bestreiten ist, so ist der Erkenntniswert, der daraus entspringt, keineswegs allein auf die pathodynamischen Erwägungen im Bereich der Psychiatrie beschränkt. Die Bedeutung der Einsicht, dass das eigentlich Menschliche der Vernichtung ausgesetzt ist, wenn die Wechselwirkungen zwischen den beiden Signalsystemen sich lockern und durch den unterschiedlichen Verlauf von Erregungs- und Hemmungsprozessen hüben und drüben in Verwirrung geraten, kann weder von einem sachverständigen Fachmann negiert noch auch von irgend jemandem, der sich überhaupt mit dem Problem befasst, grob unterschätzt werden. Die speziell menschliche Psychose wird in noch höherem Maße zum Prüfstein der Lehre von der höheren Nerventätigkeit als die speziell menschlichen Neurosen und der von Pawlow entwickelte allgemeine Krankheitsbegriff."[68]

Auf nur wenigen Seiten hatte Pawlow in seinem Beitrag „Versuchsweise Abschweifung" eine Theorie entwickelt, wonach es sich bei Schizophrenie im Wesentlichen um einen „Ausdruck eines chronischen hypnotischen Zustandes" handle, wobei er mit „hypnotisch" den an Tieren beobachteten Zustand in der Phase zwischem Wachzustand und tiefem Schlaf meinte.[69] In den Symptomen der Apathie und des Stumpfsinns, des Negativismus und der Stereotypie, Echolalie und Echopraxie, im „angespannten Zustand" der Katatonie und der „Ausgelassenheit" und „Possenhaftigkeit" der Hebephrenie meinte Pawlow an seinen Hunden vorgenommene Beobachtungen in hypnotischen Zuständen wiederzuerkennen, woraus er schlussfolgerte, dass Schizophrenie „eine chronische Hypnose" sei. Ähnlich wie unter Alkoholeinfluss oder bei einschlafenden Kleinkindern seien diese Formen der Erregung „das Ergebnis einer beginnenden Gesamthemmung" des Großhirns. Der Subkortex werde dann nicht nur von der dauernden Kontrolle und Hemmung, der er sonst im Wachzustand ausgesetzt sei, „befreit", sondern sogar durch induktive Prozesse „in allen seinen Zentren in einen erregten, chaotischen Zustand versetzt".[70]

[68] Mette, I. P. Pawlow, S. 114 f.

[69] Iwan Petrowitsch Pawlow, Versuchsweise Abschweifung eines Physiologen in das Gebiet der Psychiatrie [1930], in: Lothar Pickenhain (Hrsg.), Gesammelte Werke über die Physiologie und Pathologie der höheren Nerventätigkeit, Würzburg 1998, S. 240–245, alle Zitate S. 241.

[70] Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 243.

Als entscheidend erachtete Pawlow aber nicht die Erregung im Großhirn, sondern vielmehr die Vorgänge auf der Großhirnrinde, die er als Prozesse der Hemmung identifiziert hatte. Der „Hemmung" hatte Pawlow neben ihrer Funktion als Gegenspielerin der Erregung auch die „Beschützerrolle" der besonders reaktiven Hirnrindenzellen zugeschrieben. Mit dem Begriff der Beschützerrolle meinte er, dass bei einer außerordentlichen Anpassung der Zellen, sehr starken Erregungen oder schwächeren, aber wiederholten Erregungen ein Zustand der Hemmung eintrat, der schützend auf diese Zellen einwirkte.[71] Der hypnotische Zustand und damit auch der schizophrene Zustand wurden von Pawlow als solche Zustände der Hemmung gedeutet. Dabei nahm er an, dass es unterschiedliche Stufen der Ausbreitung, also der Ausdehnung in unterschiedliche Hirnareale, und unterschiedliche Intensitäten oder „Tiefe" von Hemmung an einer Stelle gebe.[72]

An den zugrunde liegenden Ursachen der Schizophrenie, ob sie „vererbte und erworbene" waren, war Pawlow weniger interessiert.[73] Er machte jedoch klar, dass er ein „schwaches Nervensystem" und vor allem schwache Hirnrindenzellen für den Grund der Erkrankung hielt: „Selbstverständlich ist der letzte, tiefe Grund für diese Hypnose ein schwaches Nervensystem, vor allem eine Schwäche der Rindenzellen."[74] Dass sich die Zellen in einen Hemmungszustand begeben würden, führte er auf eine vorausgehende Erschöpfung nach Auseinandersetzungen mit Schwierigkeiten zurück, mit der dieses schwache Nervensystem nicht umgehen könne, weil die Erregung die Kräfte überstieg. Der Hemmungsprozess diente so dem Schutz dieser Zellen sowie dem Schutz vor weiteren, die Kräfte übersteigenden Anstrengungen. Dass sich der Organismus gerade in einer „kritischen physiologische Periode" oder auch einer „kritischen Periode des persönlichen Lebens" befand, spielte dabei ebenfalls eine Rolle.[75]

Pawlows Erklärung von Schizophrenie lautete also zusammengefasst: Durch starke Anstrengung oder Belastung gerieten die Hirnzellen nach einer Phase starker Erregung in einen Zustand der Erschöpfung. Um diesen Zellen Schutz zu spenden, breitete sich der Hemmungszustand aus, der sich für den Beobachter wie ein hypnotischer Zustand äußerte. Da es sich dabei prinzipiell um einen normalen Mechanismus handelte und die Hemmung eintrat, um die Zellen zu schützen, hielt Pawlow die Schizophrenie nicht für unheilbar. Im Gegenteil hielt er die Annahme, dass die Zellen sich erholen und „zur Norm" zurückkehren würden, solange nur der Schutzprozess der Hemmung nicht gestört würde, für völlig gerechtfertigt.[76] Daher gab Pawlow auch den therapeutischen Ratschlag, die Kran-

[71] Beide Zitate Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 240.
[72] Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 241.
[73] Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 243 f.: „Diese Schwäche kann viele verschiedene Ursachen haben, vererbte und erworbene. Die Ursachen werden wir nicht berühren."
[74] Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 243.
[75] Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 244.
[76] Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 244. Zur Unterstützung seiner These berief sich Pawlow weiter auf Kraepelin selbst und dessen Beobachtung, dass es unter Fällen der Hebephrenie und Katatonie einen hohen Prozentsatz an Genesungen gebe, im Unterschied etwa zur paranoiden Form.

ken, die noch „bis zu einem gewissen Grade über ein Selbstbewusstsein verfügen", nicht mit den „anderen, unzurechnungsfähigen Kranken"[77] zusammenzulegen; deren Verhalten würde sie zu sehr erregen und belasten und sei einer Rückkehr zur Normalität nicht förderlich. Indem Pawlow so dem nicht pathologischen „hypnotischen" Zustand und dem Zustand eines Schizophrenen dieselben Prozesse von Erregung und Hemmung zugrunde legte, überführte er die Symptome, die als das Außergewöhnliche der Schizophrenie galten, in einen Bereich normaler und physiologisch erklärbarer Reaktionen. Die Frage, ob Schizophrenie durch Vererbung bedingt sei oder durch äußere Ereignisse ausgelöst werde, löste er durch ein Sowohl-als-auch: Zusammenkommen mussten ein schwaches Nervensystem und eine starke Belastung, die auch durch externe Einflüsse entstehen konnte. Und schließlich formulierte er einen Glauben an die Möglichkeit der „Rückkehr zur Norm", zur Besserung, was zu Beginn der dreißiger Jahre keineswegs allgemeiner Konsens war.

Die Ausführungen Pawlows, wie sich die psychiatrische Krankheit Schizophrenie physiologisch recht einfach erklären ließe, wurden in der ostdeutschen Psychiatrie nun herangezogen, um ältere, ungelöste Probleme anzugehen. Dafür wurde das Erklärungsmuster an bisherige Forschungsergebnisse und Stellen des Nichtwissens angelegt und produktiv gemacht. Dazu zählte auf besondere Weise der Symptomkomplex, der mit der Sprache zusammenhing; schließlich hatte Pawlow zur Funktion von Sprache viel publiziert. Jedoch legte auch das Schizophreniekonzept und die hohe Bedeutung, die es der Sprache und ihren Störungen als Symptom des nicht-verständlichen Wahnsinns beimaß, eine solche Beschäftigung nahe. Mit dem Begriff der Hemmung und der Vorstellung von den Schutzmaßnahmen des Organismus ließen sich nun nämlich auch komplexe Symptome der Schizophrenie wie die „Sprachverworrenheit" erklären.

So kombinierte beispielsweise Alexander Mette seine Forschung mit Ergebnissen Pawlows und erklärte traditionelle Probleme und Fragestellungen für gelöst. Schon auf der Pawlow-Tagung hatte er dargelegt, dass eine „Reihe von bisher unzureichend verständlichen, wenngleich geläufigen Symptomen der Schizophrenie eine frappierend aufschlussreiche Erklärung" erhielten, wenn man sie im Lichte Pawlows sehe. Die bisherigen Forschungen der Sprachwissenschaft und der Psychiatrie würden „ihre erste befriedigende wissenschaftliche Erklärung […] erst auf der Grundlage der Lehre Pawlows" finden.[78] Was genau er damit meinte, zeigt sich in einem Aufsatz von ihm mit der Überschrift „Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten im Initialstadium der Schizophrenie auf dem Boden der Lehre I. P. Pawlows".[79] Mette hatte bereits über Eigenheiten der Sprache bei schizophrenen Patientinnen und Patienten und ihre Übereinstim-

[77] Pawlow, Versuchsweise Abschweifung, S. 244.
[78] Mette, Diskussionsbeitrag, S. 124.
[79] Alexander Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten im Initialstadium der Schizophrenie auf dem Boden der Lehre I. P. Pawlows, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 5 (1953), S. 383–391.

mungen mit poetischen Ausdrucksweisen promoviert; diese Forschungen führte er nun weiter. Konkret beschäftigte er sich mit der Dichtung Friedrich Hölderlins aus den Jahren 1800 bis 1804, die er mit Texten und Äußerungen seiner Patienten konfrontiert und auf gemeinsame Eigenschaften hin untersucht hatte. Dazu zählte Mette etwa Wiederholungen und Häufungen von „Steigerungen, Zuspitzungen und Einseitigkeiten", „Überladung mit Anschaulichem, peinliche Gründlichkeit im Bewahren kleiner, aber als wesentlich erachteter Einzelheiten, Neigung zu prägnanter Genauigkeit, zu besonderer Offenheit, ferner auch zu metaphorischen Wendungen, zu Neubildungen und zu rhythmischer Gliederung".[80] Die bisherigen Erklärungen dieser Auffälligkeiten hielt er nicht für ausreichend, vor allem, weil sie „das Verständnis der Genese und Dynamik"[81] nur unwesentlich gefördert hätten. Dies führte er an zwei Beispielen aus. Diese ähnelten in ihrer Argumentation durchaus den Vorstellungen Pawlows von den Erschöpfungs- und Hemmungszuständen. Der Germanist Norbert von Hellingraths beispielsweise war zur Erklärung der Krankheitsanzeichen bei Hölderlin von einer „Ermüdung" ausgegangen und hatte „die Steigerung der Ausdruckskraft" in einen Zusammenhang „mit einer inneren Abwehrmaßnahme" gerückt.[82] Obwohl diese Deutung auf den ersten Blick Pawlows Beobachtung der aus übergroßer Erregung resultierenden Erschöpfung glich, erklärte Mette, Hellingraths Interpretation sei nicht aktuell: Die Wissenschaft sei ja erst durch Pawlow fähig geworden, sich „von den hirnphysiologischen Grundlagen der hauptsächlichsten Symptome der Schizophrenie ein sehr viel klareres Bild zu verschaffen als es uns in den vergangenen Jahrzehnten möglich war".[83] Einer weiteren These, nach der schizophrene Patienten als „hypersensitive Menschen" und ihre „scheinbare Abstumpfung" als „Verteidigungsmechanismus" zu deuten seien, erklärte er eine Absage, weil sie nicht wie Pawlows Theorie auf Experimenten beruhte.[84] Die Bedeutung von Pawlows Theorie bestand für Mette vor allem darin, dass sie bekannte Beobachtungen in neue Erklärungszusammenhänge einordnete und dadurch Rätsel, an denen andere Forschungsrichtungen, daunter auch die konstitutionsbiologische und tiefenpsychologische, gescheitert waren, gelöst werden konnten: „Die Spracheigentümlichkeiten im Initialstadium der Schizophrenie werden im Lichte der Lehre Pawlows klar verständlich."[85]

Deutlich wird hier aber auch, wie Pawlows Begriffe auf bereits bestehende Forschungen aufgesetzt und diese anschließend als Gesamtergebnis präsentiert wurden. In einem weiteren Artikel im Jahr 1954 versuchte Mette sich an „Arno Holz und seine[r] Wortkunst", der vom Argumentationsaufbau recht ähnlich wie der

[80] Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 386.
[81] Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 386.
[82] Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 387.
[83] Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 387 f.
[84] Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 388.
[85] Mette, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten, S. 391.

Hölderlin-Aufsatz gestaltet war.[86] Noch deutlicher wurde in diesem Aufsatz aber die Idee verfolgt, dass Pawlows Theorien einen integrativen Ansatz boten, der Psychologie, Physiologie und Gesellschaft zusammenband und damit das alte Problem der Frage nach den Zusammenhängen von Vererbung, individueller Veranlagung bzw. Charakter und Umwelt bzw. Gesellschaft zu lösen versprach.[87] Dieser Trend hielt an: War zu Beginn die physiologische Erklärung der Schizophrenie besonders attraktiv erschienen, so war es zunehmend die auch von den sowjetischen „Pawlow-Schülern" stark gemachte Konzeptionalisierung der Zusammenhänge von Individuum und Umwelt. In seiner Pawlow-Biografie schrieb Mette, die Forschungen der Schüler Pawlows hätten auch hinsichtlich der Schizophrenie „mit sehr aufschlussreichen Darlegungen aufwarten" können: „Es stellt sich bei gründlicher, von physiologischen Gesichtspunkten ausgehender Prüfung heraus, dass bei dieser Erkrankung das eigentlich Menschliche, die aktive Beziehung zur Praxis gestört ist, während Teilbereiche der Widerspiegelung unter Umständen noch zum Vollzug gelangen." Dank der Weiterentwicklung der Lehre Pawlows sei nun grundsätzlich klar, „dass es sich um eine Störung in der einheitlichen Zusammenarbeit der beiden Signalsysteme handelt, wobei bald Hemmungszustände in dem einen, bald solche in dem anderen im Vordergrund stehen".[88]

Allgemein kommt in den Fachartikeln zum Ausdruck, dass Pawlows physiologische Modelle der Hemmung und der Signalsysteme neue Möglichkeiten zur Beschreibung bekannter Beobachtungen und Krankheitsbilder boten. Indem sie mit der Mechanik und Elektrik entlehnten Begriffen und Vorstellungen operierten, suggerierten sie einen beobachtbaren, kausallogischen und experimentell nachprüfbaren Vorgang,[89] während sie gleichzeitig eine Erklärung für ein komplexes psychiatrisches Bild wie Schizophrenie lieferten, die in ihrer Einfachheit und Klarheit bestach. Sie bedienten die Vorstellung erschöpfter Zellen, die als eine Schutzmaßnahme den Weg in einen Zustand wählten, in dem sie sich gewissermaßen „erholen" können.[90] Das Schizophrenieproblem wurde in eine physiolo-

[86] Alexander Mette, Arno Holz und seine Wortkunst. Erwägungen zur Darstellungsweise und Theorie des Dichters auf dem Boden der Lehre I. P. Pawlows, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 273–294.

[87] Mette, Arno Holz und seine Wortkunst, S. 279.

[88] Mette, I. P. Pawlow, S. 113 f.

[89] Sieht man sich etwa den Aufsatz von D. A. Kaufman „Zur Frage der Pathologie des schizophrenen Defektes" und insbesondere die komprimierten Aussagen im Abschnitt „Schlußfolgerungen" an, so liest man: „Viele bedingte Verbindungen, die der Kranke in der Vergangenheit erworben hat, bleiben bestehen; die Bildung neuer Verbindungen ist möglich". Die „Wechselwirkung zwischen Kortex und Subkortex ist gestört"; weiter ist die Rede von „Störungen in der Wechselwirkung beider Signalsysteme" und einem „ständige[n] Wechsel von Phasenzuständen"; die „Dynamik des Hemmungs- und Erregungsprozesses im 1. und 2. Signalsystem ist äußerst verschieden". D. A. Kaufmann, Zur Frage der Pathologie des schizophrenen Defektes, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 157–163. Kaufman war an der Psychiatrischen Abteilung des physiologischen Pawlow-Instituts der Akademie der Wissenschaften und vertrat damit gewissermaßen die „offizielle" Sprache.

[90] Diese Vorstellung scheint dem Neurasthenie-Diskurs entlehnt und in ein physiologisches Modell überführt zu sein. Zu Neurasthenie siehe Kury, Der überforderte Mensch, S. 37–52.

gische, „naturwissenschaftliche" Sprache gehoben, damit allerdings nichts verändert. Jedoch war es ein Schritt in die Richtung, Schizophrenie als eine erklärbare, physiologische Reaktion auf äußere Reize zu deuten, und öffnete die Psychiatrie für ein Krankheitsverständnis, das Biologie, Gesellschaft und Individuum gleichermaßen berücksichtigen sollte.

Implizit wurde ein dynamisches Krankheitsverständnis mitdiskutiert, das verschiedene Phasen kannte und das Individuum in einer Umwelt voller Reize verankert sah. Dietfried Müller-Hegemann erklärte auf der Pawlow-Tagung, neben der einheitlichen und ganzheitlichen Betrachtung des Menschen sei Pawlows physiologische Lehre wichtig „für ein besseres und umfassenderes Verständnis der Krankheitsätiologie", da sich der Mensch „in einem dynamischen Gleichgewicht mit seiner gesamten Umwelt befindet, einem Gleichgewicht, das sich sowohl auf die physikalischen, chemischen, als auch die biologischen und psychischen Wechselbeziehungen erstreckt". Geriete dieses dynamische Gleichgewicht aus dem Lot, stellte sich Krankheit ein: „Krankheit ist Störung dieses dynamischen Gleichgewichtes. Diese Störung wird in den weitaus meisten Fällen von außen her verursacht. Sie kann unmittelbar oder auf bedingt-reflektorischem Wege, beim Menschen über das zweite Signalsystem auch auf psychischem Wege zustande kommen."[91] Krankheit war dieser Auffassung zufolge, wenn eine „Störung der funktionellen Beziehungen des Gesamtorganismus" auftrat.[92] Krankheit war aber gleichzeitig auch eine Schutzmaßnahme, die der Körper einleitete, um sich vor weiterer Erschöpfung zu sichern und einen Raum zur Genesung zu schaffen. An dieser angeblich heilenden Funktion der Hemmung konnten therapeutische Verfahren wie die Schlaftherapie ansetzen.

Die ostdeutsche Psychiatrie hatte mit den Lehren Pawlows potentiell ein Konzept, das die in der westdeutschen Psychiatrie aufkommenden Fragestellungen und Probleme wie beispielsweise die Frage, wie Ereignisse in der Biografie und Schizophrenie zusammenzudenken seien, überflüssig machte. Mit Pawlows Modellen und Konzepten existierten vorgegebene Lösungsansätze für ganz unterschiedliche wissenschaftliche Probleme. Die Frage, ob Pawlows Modelle und ihre sowjetische Weiterentwicklung als Wissensinhalte wirklich anerkannt und angewandt wurden, oder ob sie in der Praxis des Klinik- und Anstaltsalltags keine große Bedeutung hatten, ist wohl am ehesten mit einem Sowohl-als-auch zu beantworten.[93] Der weitere Fortgang der Geschichte, wie er im folgenden Kapitel am Beispiel von Dietfried Müller-Hegemann aufgezeigt wird, legt die Annahme nahe, dass Pawlows Lehren zwar offiziell gepflegt wurden, solange es die politische Situation erforderlich machte, sie sich aber letztlich – auch aufgrund mangelnder psychopathologischer Anschlussfähigkeit und therapeutischer Konzepte – nicht etablieren konnten. Die physiologischen und reflextheoretischen Modelle Pawlows boten zwar Erklärungen, blieben aber hinter der ausdifferen-

[91] Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 28.
[92] Goetze/Müller-Hegemann/Pickenhain, Die Bedeutung der Lehre Pawlows, S. 29.
[93] Siehe zum Anstaltsalltag Hanrath, Zwischen „Euthanasie" und Psychiatriereform.

zierten, komplexen, verästelten psychiatrischen und psychopathologischen Kultur zurück. Pawlows Lehre wurde, wie auch der Psychiater Friedrich Rudolf Groß in seiner Autobiografie anmerkte, als eine von verschiedenen wissenschaftlichen Erklärungsmöglichkeiten, nicht aber als die einzige begriffen.[94] Für den klinischen Alltag und die psychopathologische Komplexität, die die deutsche Psychiatrie ausgebildet hatte, genügte sie nicht.

Mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zum sowjetischen „Tauwetter" nach Stalins Tod nahm daher auch in der ostdeutschen Psychiatrie die Rede von Pawlow wieder ab, die in den Hochzeiten der Pawlow-Phase bis zu 85,5 Prozent aller Publikationen in der Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* bestimmt hatte.[95] In der 1958 anlässlich des Parteitags der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) erschienenen Schrift „Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft" wurde Pawlow nur ein einziges Mal und damit nicht häufiger als andere Wissenschaftler wie Kraepelin oder Virchow namentlich erwähnt.[96] Auch die Beiträge in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* erwähnten Pawlow im Zusammenhang mit dem Psychosenproblem fortan eher am Rande, ausgenommen die Publikationen des norwegischen Pawlow-Forschers und Psychiaters Christian Astrup über „Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit" bei unterschiedlichen Psychosen im Jahr 1957.[97] Der Fokus auf Pawlow wurde zugunsten kontextualisierender Darstellungen aufgegeben. So überwogen Darstellungen, die Pawlow in den Kontext der internationalen Forschung und anderer Schulen stellten, wobei besonders psychotherapeutische Aspekte interessierten.[98] 1959 kam ein Aufsatz zum

[94] Friedrich Rudolf Groß, Jenseits des Limes. 40 Jahre Psychiater in der DDR, Bonn 1996, S. 49.

[95] Marie Teitge/Ekkehardt Kumbier, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* (1949–1990), in: Der Nervenarzt 86/5 (2015), S. 614–623, hier S. 619.

[96] Alexander Mette/Gerhard Misgeld/Kurt Winter, Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft, Berlin 1958.

[97] Christian Astrup, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei manisch-depressiven Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 369–372; Christian Astrup, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei reaktiven (psychogenen) Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 373–377; Christian Astrup, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei Oligophrenen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 377–380; Christian Astrup, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei organisch Dementen und organischen Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 380–384.

[98] Ernst Reifenberg, Pawlow und Kretschmer, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 10 (1958), S. 110–117; Kurt Danziger, Über das Verhältnis des modernen Behaviorismus zur Lehre Pawlows, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 150–158; F. A. Völgyesi, Zivilisationskrankheiten und zeitgemäße Psychotherapie. Der Mensch als homeodynamische Einheit, Schluss, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 226–239; F. A. Völgyesi, Zivilisationskrankheiten und zeitgemäße Psychotherapie. Der Mensch als homeodynamische Einheit. Einige Worte über Iatrogenie, Didaktogenie und Syntonie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 210–217; Internationales Kolloquium über methodische Fragen der Psychotherapie.

„Sitz des Bewusstseins" dann schon ohne jede Erwähnung Pawlows aus, wenngleich sich die verwendeten Begriffe auf Pawlow zurückführen lassen.[99] Im Oktober 1959 stiegen Dietfried Müller-Hegemann und der Leiter der psychiatrischen Klinik der Charité, Karl Leonhard, in die Herausgeberschaft der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* mit ein, doch auch Müller-Hegemann nutzte seine neue Position nicht für eine Erhöhung der Pawlow-Quote. Mette hingegen überließ die Thematik von Schizophrenie und Sprache einem ungarischen Kollegen[100] und bemühte sich stattdessen um Konzeptualisierungen der Lehre des zweiten Signalsystems[101] sowie um seine biografische Arbeit zu Sigmund Freud, in der er dessen Bedeutung im Vergleich zu Pawlow herausabeitete.[102]

Obwohl manche Begriffe weiter Verwendung fanden und der „lange Schatten Pawlows"[103] auch nach den fünfziger Jahren noch spürbar war, machte sich doch eine neue Nüchternheit bemerkbar. Neben dem Ende der offiziellen Pawlow-Doktrin hing dies auch mit anderen Entwicklungen zusammen: So beschäftigten die Psychiatrie zunehmend die Entdeckung und Wirkmöglichkeiten von Psychopharmaka. Dennoch kann beispielsweise die Reaktivierung der Schlaftherapie, an deren Förderung sich besonders Müller-Hegemann beteiligte, auf den Einfluss der Pawlow-Phase zurückgeführt werden. Hatte Müller-Hegemann in seiner „Psychotherapie" von 1952 noch die Richtung der Arbeitstherapie vertreten, so wurde unter seiner Leitung schon 1953 eine Schlafstation eingerichtet. Schließlich sollte es sogar die Schlaftherapie sein, über die er stolperte, als 1962 ein Todesfall in seiner Abteilung eintrat, der Ermittlungen und Müller-Hegemanns Suspendierung nach sich zog.[104] Ähnliches über den Einfluss der Schlaftherapie berichtete auch Groß in seinen Erinnerungen; er bewertete Pawlows Schlafkuren jedoch vor allem hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entdeckung der medikamentösen Behandlung.[105] Die Strategien im Umgang mit der Pawlow-Doktrin und die Funkti-

Am 18. und 19. April 1959 an der Karl-Marx-Universität Leipzig unter der Leitung von Prof. Dr. D. Müller-Hegemann, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 383–384.

99 M. Rosenberg, Zur materiellen Konstitution des Bewußtseins, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 12 (1960), S. 441–448.

100 E. Varga, Über einige Forschungsprobleme der schizophrenen Sprache, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 302–307; E. Varga, Beiträge zur Pathophysiologie der Sprache, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 307–311; E. Varga, Eine neue Methode zur experimentellen Untersuchung der psychotischen Sprache, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 12 (1960), S. 18–27.

101 Alexander Mette, Über typologische, pathognomonische und pathogenetische Schlussfolgerungen aus der Lehre von den beiden Signalsystemen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 210–217.

102 Alexander Mette, Freud und Pawlow, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 217–225.

103 Busse, Pawlow – Der Stein des Anstoßes, S. 220.

104 Siehe zu diesem Vorfall Holger Steinberg/M. M. Weber, Vermischung von Politik und Wissenschaft in der DDR. Die Untersuchung der Todesfälle an der Leipziger Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik unter Müller-Hegemann 1963, in: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 79/10 (2011), S. 561–569.

105 Groß, Jenseits des Limes, S. 49 f.

onen der Anrufung Pawlows in der ostdeutschen Psychiatrie waren, so lässt sich festhalten, vielfältig: Der Verweis auf Pawlow konnte eine Theorie flankieren, wenn diese selbst schon naturwissenschaftlichen Standards oder ideologischen Anforderungen genügte; er konnte widersprüchliche Konzepte tarnen, indem er beiläufig eingestreut wurde; er konnte bestehendes Wissen bestätigen, indem er zu diesem analog gesetzt wurde.

Uneinigkeit statt Geschlossenheit

Wie stark innerpsychiatrische Traditionen und Schulbildungen auch nach der Pawlow-Phase waren, soll exemplarisch an einem weiteren Beispiel verdeutlicht werden. Im Juli 1960 schickte die Abteilung Allgemeiner Gesundheitsschutz Unterlagen über verschiedenen Klassifikationsmöglichkeiten an alle psychiatrischen Anstalten und Kliniken mit der Anmerkung, das Gesundheitsministerium beabsichtige die Anpassung an die Bestimmungen der WHO, wo momentan eine „Diskussion über die Fragen der Klassifikation der Geisteskrankheiten" stattfinde.[106] Mithilfe des aus diesen Diskussionen stammenden, beigelegten Materials sollten die Psychiaterinnen und Psychiater darüber diskutieren und ihre Einschätzung an die Abteilung zurückmelden. Beigelegt wurden das geplante Internationale Schema der WHO, das amerikanische Schema, zwei russische Klassifikationen,[107] sowie eine Klassifikation von Erwin Stengel. Die ausführlichen Rückbriefe zeigen, dass das Thema in den meisten Kliniken und Anstalten tatsächlich ausführlich diskutiert wurde, dass die Einschätzungen aber völlig unterschiedlich ausfielen. Der Großteil der Psychiaterinnen und Psychiater gab zu Bedenken, dass ein allgemein gültiges Klassifikationsverzeichnis grundsätzlich zu begrüßen[108] und sicher „wünschenswert"[109], „notwendig"[110], ja „unerlässlich"[111] sei, es sich dabei aber angesichts der Uneinigkeit der Psychiatrie um ein „schwieriges"[112] Unterfangen

[106] BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Lammert, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 22.7.1960.

[107] Die russische Psychiatrie verwendete einen sehr weit angelegten Schizophreniebegriff, der mehr umschloss, als es in der deutschen Psychiatrie üblich war. Die Weite dieses Schizophreniebegriffes wurde im Sowjetsystem für politischen Missbrauch ausgenutzt, siehe N. Piatnitski/H. Dech/Ch. Mundt, Schizophreniekonzepte in der sowjetischen und russischen Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 69/3 (1998), S. 196–203.

[108] Siehe beispielsweise die Schreiben von Walther aus Rodewisch und Rennert aus Wittenberg, BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Walther, Rodewisch, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 9.8.1960; BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Rennert, Halle-Wittenberg, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 30.9.1960.

[109] So Eichler, BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Eichler, Görden, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 30.8.1960.

[110] So der Psychiater Brand aus Teupitz, BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Brand, Krankenhaus für Psychiatrie Teupitz, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 2.9.1960.

[111] BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Baumm, Bernburg, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 25.8.1960.

[112] So beispielsweise in den soeben zitierten Schreiben von Walther, Baumm, Eichler und Brand, aber auch in den Schreiben von Schmitz und Ritter, s. Anm. 114, Anm. 115.

handle. Erich Drechsler aus Stadtroda hielt es für nahezu unmöglich, ohne eine gründliche und intensive Diskussion auf internationaler und nationaler Ebene zu einem alle zufriedenstellenden Ergebnis zu kommen.[113] Die Uneinigkeit der Psychiater demonstrierte sich denn auch umgehend darin, welches System favorisiert oder abgelehnt wurde. Dr. Schmitz vom Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Ueckermünde erklärte, bei ihnen hielte man die amerikanische Klassifikation ebenso wie die Klassifikation nach Giljarovskij nicht für geeignet, fände aber die Klassifikation nach Kerbikov recht zutreffend.[114] Dr. Ritter vom Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Haldensleben berichtete, an seiner Klinik hätten sich von fünf Ärzten drei für die Klassifikation von Giljarovskij, einer für die Internationale Systematik und einer für das amerikanische Schema ausgesprochen.[115] Auch in Stralsund fand man die Klassifikation von Giljarovskij geeignet, vor allem deshalb, weil „sie übersichtlich ist, keine unklaren und ungewohnten Begriffe enthält und letzten Endes der hier gebräuchlichen Einteilung, die auf Kraepelin bzw. Bleuler zurückgeht, wohl am nächsten kommt".[116]

Ganz anders dagegen äußerte sich Dr. Leonhardt aus Altscherbitz. Dort sei man der Meinung, dass die amerikanische Klassifikation aufgrund ihrer „zahlreichen Unterteilungen der Hauptbegriffe" den Vorteil habe, sowohl die Praxis abzubilden als auch unterschiedlichen Ansätzen noch genügend Raum zu belassen – ein Vorteil, den er bei den sowjetischen Schemata nicht sah, weil er sie als „relativ eng gestellt" empfand.[117] Dr. Steinkopf dagegen hielt das amerikanische Schema für zu umfangreich, als dass es im Klinikalltag praktikabel wäre, ebenso wie Berthold aus Schwerin.[118] Wenn die amerikanische Klassifikation abgelehnt wurde, dann häufig wegen ihres reaktiven Ansatzes, der Psychosen als Reaktionen begriff.[119] Am deutlichsten machte dies Dr. Schneider aus Hildburghausen, ein Befürworter der Internationalen Systematik, der bei einer Orientierung am amerikanischen System schon den Untergang der deutschen Psychiatrie vor der Tür stehen sah: „Eine Abänderung im amerikanischen Sinne würde alle bisherigen Maßstäbe umwerfen und eine vollständige Umstellung unseres bisherigen

113 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. Drechsler, Stadtroda, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 3.11.1960.

114 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Schmitz, Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Ueckermünde, 16.8.1960.

115 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Ritter, Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Haldensleben, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 19.8.1960.

116 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Groß, Stralsund, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 29.08.1960.

117 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Leonhardt, Krankenhaus für Psychiatrie Altscherbitz, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 6.9.1960.

118 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Steinkopff, Nervenklinik Karl-Marx-Stadt, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 31.8.1960; BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Berthold, Bezirksnervenklinik Schwerin, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 10.8.1960.

119 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Asmussen, Krankenanstalten Hubertusburg, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 18.8.1960; BArch DQ 1/22109, Vorläufige Stellungnahme von Dr. Suckow, 10.10.1960.

Denkens zur Folge haben müssen. Das aber würde für die deutsche Psychiatrie unabsehbare Folgen haben." Diese Ablehnung bezog sich jedoch nicht auf das amerikanische Klassifikationsschema allein. An den russischen Schemata lehnte er ebenfalls ab, dass sie – wie das amerikanische – das Konzept der reaktiven Psychose kannten. Eine solche Begrifflichkeit würde, so Schneider, „diese Grenzen [zwischen Reaktion und Psychose, Anm. d. Verf.] völlig verwischen und zu großer Unsicherheit führen".[120]

Es bestand jedoch auch keine Einigkeit darüber, ob eine Klassifkation symptomorientiert, ätiologisch oder prozessorientiert aufgebaut sein sollte.[121] Dr. Steinkopff, der Chefarzt der Nervenklinik in Karl-Marx-Stadt, war daher der Meinung, ein neues Schema sollte so „anpassungsfähig" sein, „dass es künftige wissenschaftliche Möglichkeiten nicht verbaut, sondern vielmehr eröffnet". Darunter verstand er seine Eignung als „Diskussionsbasis" und eine einfache Handhabung im Alltag. Am ehesten sah er dies im Diagnoseschema des Deutschen Vereins für Psychiatrie von 1931 gegeben – auch wenn dessen Dreiteilung nach organischen, endogenen und reaktiven Krankheiten nicht ganz ahistorisch und „deshalb nicht ganz voraussetzungsfrei" sei.[122]

Auch einige Fürsprecher für eine Stärkung der deutschen Tradition fanden sich. Walther aus Rodewisch etwa erklärte, „[b]eim gegenwärtigen Stand der nosologischen Forschung in der Psychiatrie" würde eine Klassifikation im Sinne Emil Kraepelins „noch am besten den Bedürfnissen entsprechen" können.[123] Auch Neymeyer aus Neuruppin sprach sich für eine an Kraepelin orientierte Nomenklatur aus.[124] Baumm aus Bernburg berichete, dass man an seiner Einrichtung mit der Klassifikation von Kraepelin arbeite, und schlug vor, ergänzend noch das „vertrautere" Schema der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie zur Diskussion zu stellen.[125] Lieselotte Eichler aus Görden vertrat die „Ansicht, dass die alte deutsche Tradition und die Entwicklung der psychiatrischen Systematik über Kahlbaum, Kraepelin, Birnbaum, Kretschmer bis zu Bleuler und Kurt Schneider in einer neuen Klassifikation irgendwie zum Ausdruck kommen müssen". Dies sah sie am ehesten in der internationalen Klassifikation gewährleistet. Suckow aus Dresden dagegen gab zu bedenken, dass Kraepelin selbst seine Klas-

120 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Schneider, BZK Hildburghausen, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 13.10.1960.

121 So sprach sich Kothe für ein prozessorientiertes, Stoltenhoff für ein ätiologisches und Schulze für ein sowohl ätiologisches als auch symptomatologisches Schema aus, siehe BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Kothe, Neurol. Klinik des Städt. Hufeland-Krankenhaus Berlin, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 1.10.1960; BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Stoltenhoff, BZK Arnsdorf, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 7.10.1960; BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Schulze, BZKH Leipzig-Dösen, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 5.10.1960.

122 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Steinkopff, 31.8.1960.

123 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Walther, 9.8.1960.

124 BArch DQ 1/22109, Diskussionsbeitrag von Dr. Neymeyer, Neuruppin, 10.8.1960.

125 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Baumm, 25.8.1960.

sifikation ständig umgearbeitet habe.[126] Stoltenhoff aus Arnsdorf sprach sich für eine Orientierung an Bleuler aus.[127]

Helmut Rennert aus Halle-Wittenberg dagegen gab zu bedenken, dass es wohl sehr schwierig sei, alle verschiedenen „Meinungen unter einen Hut zu bringen". Er glaubte beispielsweise nicht, dass Karl Leonhard, Leiter der Nervenklinik der Charité, sich auf ein anderes Schema als sein eigenes einlassen werde. Unter diesem Gesichtspunkt hielt er es für das Beste, sich dem Vorschlag der WHO anzuschließen, „damit die ganze Angelegenheit gewissermaßen überparteiisch bleibt". Aus einem ganz ähnlichen Grund argumentierte auch Dr. Brand aus Teupitz für das Internationale Schema: dieses habe einen „übergeordneten Charakter" und könne „als Rahmen" dienen, während jeder Schule ihre eigenen Ansichten belassen werden könnten. Im Internationalen Schema entdeckte Brand außerdem die deutsche Tradition von Emil Kraepelin, seinem „verehrten Lehrer Bumke", Ernst Kretschmer und Kurt Schneider am ehesten wieder. Befürwortet wurde das Internationale System außerdem auch in Rostock. Ein weiteres Argument für das Internationale Schema, das immer wieder genannt wurde, war, dass es international wissenschaftliche Vergleiche ermöglichte.[128]

Eine der pessimistischsten Stimmen kam von Hugo von Keyserlingk aus Jena, der die unterschiedlichen Meinungen in der Auffassung der Schizophrenie, aber auch der Neurosen und Psychopathien für so gravierend hielt, dass er vorschlug, diese Bezeichnungen zugunsten allgemeinerer Begriffe aufzugeben und beispielsweise nur allgemein von „geistigen Störungen" zu sprechen – auch wenn damit die wissenschaftliche Statistik undurchführbar werde.[129] Einige Stimmen sprachen sich außerdem dafür aus, alles beim Alten zu belassen, da doch sehr vieles hinsichtlich der Klassifikation nicht klar sei und ein neues Schema nur aus einer äußerst gründlichen Beschäftigung mit dem Forschungsstand entstehen könnte.[130]

Karl Leonhard dagegen, der kurz zuvor seine „Aufteilung der endogenen Psychosen"[131] veröffentlicht hatte, gab sich beschäftigt. Er erklärte, aktuell „ein endgültiges Schema" für seine Klinik zu entwerfen, das außerdem in Kürze der Psychiatrisch-Neurologischen Gesellschaft der DDR vorgelegt werden würde. Bis dahin schließe er sich vorläufig den Äußerungen von Hanns Schwarz aus Greifswald an.[132] Dieser hatte die Aufstellung einer international gültigen Klassifikati-

126 BArch DQ 1/22109, Vorläufige Stellungnahme von Dr. Suckow, 10.10.1960.
127 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Stoltenhoff, BZK Arnsdorf, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 7.10.1960.
128 So z. B. Schulze aus Leipzig-Dösen, BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Schulze, 5.10.1960.
129 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. v. Keyserlingk, Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena, an Frau Dr. Lammert, MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 30.8.1960.
130 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Dr. Vogl, Städt. Krankenhaus Herzberge, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, Frau Dr. Lammert, 29.8.1960.
131 Karl Leonhard, Aufteilung der endogenen Psychosen, Berlin 1957.
132 BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. Leonhard, Charité, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, 30.9.1960.

onstabelle für „fast unmöglich" erklärt, sich aber prinzipiell kooperativ gegeben und für eine an der Unterteilung endogen, exogen und psychogen orientierte Ordnung ausgesprochen.[133] Müller-Hegemann meldete aus Leipzig – nach einer Diskussion, in der sich sieben Ärzte für die sowjetischen Klassifikationen, vier für die WHO-Klassifikation und einer für die amerikanische Klassifikation ausgesprochen hatten – schließlich ebenfalls, dass sie das Unterfangen der Installation der internationalen Systematik mit einigen Anpassungen und Erweiterungen zwar für schwierig und zeitaufwändig hielten, dass es aber durchaus auf einen Versuch ankäme.[134]

Die Rede von der Fortschrittlichkeit der ostdeutschen Psychiatrie, wie sie in öffentlichen Publikationen zu finden ist, fehlt in diesen Briefen ebenso wie eine strikte Orientierung an der sowjetischen Psychiatrie. Stattdessen sind die Briefe Ausdruck einer von Fachargumenten getriebenen Diskussion, in der vor allem die Anwendbarkeit, Pragmatik, die Erleichterung des Arbeitsalltags und die weitere Gewährleistung des errungenen Standards bzw. keine zu große Umgewöhnung den Ausschlag gaben. Auch wenn sie nur ein Schlaglicht werfen, so zeigen sie doch, wie unterschiedlich die Urteile über eine Klassifikation ausfallen konnten, aller medizinischen und biologischen Verankerung zum Trotz. Zudem bestimmten lokale Gegebenheiten, Traditionen und Praktiken die Auffassung von der geeigneten Klassifikation weit stärker als wissenschaftliche „Richtigkeit" oder wissenschaftlicher Anspruch. Auch ist diese Diskussion ein Beleg dafür, wie wenig nachhaltig der Einfluss der Pawlow-Doktrin war.

2. Außenbetrachtungen

Die physiologischen Lehren Pawlows hatten eine Erklärung für bekannte psychiatrische Probleme geboten; sie hatten aber auch aufgrund der Leitlinie, dass sie als einzige bzw. letzte Erklärungen zu gelten hatten, den Raum für die Rezeption und Diskussion anderer Ansätze verstellt. Am offensichtlichsten galt dies für die Psychoanalyse, aber auch andere als spekulativ und idealistisch verurteilte Strömungen. Die Zeitspanne, in der in der ostdeutschen Psychiatrie die Pawlow-Doktrin ihre stärkste Wirkung entfaltete, war zugleich die Zeitspanne, in der in der westdeutschen Psychiatrie Fallgeschichten erschienen, die von psychoanalytischen Sitzungen bei schizophrenen Patientinnen und Patienten berichteten, daseinsanalytische Deutungsversuche unternommen und anthropologische Betrachtungsweisen studiert wurden. Ein pointiertes Urteil hinsichtlich der Geschichte der Psychoanalyse in der DDR fällte Heike Bernhardt, die erklärte,

[133] BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. Hanns Schwarz, Universitäts-Nervenklinik der Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, z. Hd. Frau Dr. Lammert, 16. 8. 1960.

[134] BArch DQ 1/22109, Schreiben von Prof. Dr. Müller-Hegemann, Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig, an das MfG, Abt. Allg. Gesundheitsschutz, z. Hd. Frau Dr. Lammert, 21. 11. 1960.

dass mit der Pawlow-Doktrin auf Jahre hinweg Wissen vernichtet und in die Vergessenheit befördert worden sei: „Psychoanalyse wurde 1953 in der DDR völlig zerstört. Nur ganz langsam und mühevoll konnte Ende der 70er Jahre und in den 80er Jahren wieder Wissen um Unbewusstes, Verständnis für Beziehungsdynamik und Wissen um Sigmund Freud neu erworben werden. Es gab keine Rückbesinnung auf ehemalige Traditionen der Psychoanalyse, ausgenommen von Elementen der Neo-Psychoanalyse Schultz-Henckes."[135] Viele Analytikerinnen und Analytiker verließen den Osten, da nicht abzusehen war, wann wieder psychoanalytisch praktiziert werden durfte. Tatsächlich deckt sich der Eindruck, dass die Psychoanalyse erst ab den siebziger Jahren wieder diskutierbar wurde, auch mit der von Marie Teitge vorgenommenen statistischen Auswertung der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*. Ihr Vergleich der Verteilung der Konzepte Pawlowismus, Psychoanalyse und Psychosomatik ergab für die fünfziger Jahre eine deutliche Dominanz Pawlows, die dann in den sechziger Jahren massiv einbrach und sogar unter die Häufigkeit psychoanalytischer Themen fiel. Erst in den siebziger Jahren verschwand Pawlow völlig in die Bedeutungslosigkeit, und die Psychoanalyse erreichte beinahe die Häufigkeit, die in den fünfziger Jahren dem Pawlow-Konzept vorbehalten gewesen war.[136]

War die Psychoanalyse in Ostdeutschland also tatsächlich vollständig verschwunden, und wenn ja, war dies allein auf die Pawlow-Doktrin zurückzuführen? Berichte von beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weisen in eine andere Richtung. Demnach wurde durchaus psychoanalytisch praktiziert, allerdings nur vereinzelt und in verschleierter Form.[137] Einzelpersonen, die analytisch und psychotherapeutisch interessiert waren, versuchten weiterhin, durch die internationale Literatur einen Eindruck von den Entwicklungen auf dem psychotherapeutischen Feld zu bekommen. In der Autobiografie des Anstaltspsychiaters Friedrich Rudolf Groß etwa taucht die Thematik immer wieder auf. Wie Groß schreibt, versuchte er selbst immer wieder, sich durch die Lektüre westlicher Zeitschriften Wissen über psychotherapeutische Verfahren anzueignen und dieses bei ihm geeignet erscheinenden schizophrenen Patientinnen und Patienten anzuwenden. Die Arbeiten des Schweizer Psychiaters Gaetano Benedetti spielten dabei eine große Rolle. Groß schreibt den Studien Benedettis über Psychotherapie bei Schizophrenie zu, ihn davon überzeugt zu haben, dass Psychotherapie bei Schizophrenie möglich sei, und ihm Wesentliches über das

135 Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg, S. 185.

136 Marie Teitge, Die Nervenheilkunde in der DDR im Spiegel der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie" (1949–90). Rostock, Univ., Med. Fak., Diss., 2013, Rostock 2012, S. 51.

137 Siehe Werner König/Michael Geyer, Wiederannäherung an die Psychoanalyse in den 1960er Jahren, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 161–164, sowie die Zeitzeugeninterviews in Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000.

menschliche Verhalten vermittelt zu haben. Zugleich prägte Groß sich die von Bendedetti geschilderte „direkte Analyse" und ihre wesentlichen Begriffe der geführten Übertragungssituation und des analytischen Deutens ein und versuchte, darauf sowie auf Arbeiten von Rosen und Sullivan aufbauend, Einzelgesprächspsychotherapie zu führen – im, wie er schreibt, Bewusstsein, dass eine analytische Behandlung ohne zuvor erfolgte Selbstanalyse eigentlich nicht geboten war.[138]

Wissenschaftliche Auseinandersetzungen und Diskussionen der Psychoanalyse im öffentlichen Rahmen der Fachzeitschriften gingen allerdings mit der Verhängung des Banns über die Psychoanalyse zurück. Noch 1949 hatten Auseinandersetzungen mit der Psychoanalyse in größeren Zusammenhängen stattgefunden. Werner Kemper vom Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen in Berlin hatte bei der „Arbeitsbesprechung der Psychiater und Neurologen der Sowjetischen Besatzungszone", die vom 22. bis 23. November 1946 stattgefunden hatte, ein Referat gehalten, in dem er den Stand der Psychotherapie festzuhalten suchte. 1949 wurde dieser Beitrag im ersten Jahrgang der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* abgedruckt.[139] Darin beklagte er die Entfremdung von Psychiatrie und Psychotherapie, kritisierte die Annahme, endogen und psychogen seien einander ausschließende Alternativen, als unhaltbar, und setzte sich für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen einer professionalisierten Psychotherapie und der Psychiatrie ein. Im selben Jahrgang setzte außerdem noch Fritz Besold aus Kaiserslautern die Wirkungsweise der psychoanalytischen Verfahren auseinander, wobei er insbesondere auf Aspekte der Verwirklichung unbewusster Wesensanteile und der Entstehung von Selbstbewusstsein einging. Wenn auch die Schriftleitung anmerkte, dass sich der „Inhalt des Beitrages" nicht mit ihren „Auffassungen" decke, so druckten sie ihn doch als „bemerkenswerten Versuch zu einer vorläufigen Übersicht".[140] Und auch Harald Schultz-Hencke steuerte einen Überblick über den Stand der Psychotherapie bei, in dem er für den Ausbau der analytischen Psychotherapie als „großer" Psychotherapie – im Unterschied zu Verfahren wie Hypnose oder Suggestion – plädierte.[141] Gemeinsam war diesen Beiträgen aber auch eine Beschränkung auf die Neurosen bzw. Krankheitsbilder, die nicht Psychosen waren. Mit dem Beginn der Pawlow-Phase verschwanden solche Berichte aus der psychiatrischen Fachzeitschrift. Die Psychotherapie in der DDR professionalisierte sich zunehmend unabhängig von der Psychiatrie und entwickelte sich zu einer eigenständigen Fachrichtung.

Dass die Verbannung der Psychoanalyse aus dem öffentlichen Raum funktionierte, ist jedoch nur in Teilen mit der Pawlow-Doktrin zu erklären. Vor allem konnte sie sich auf die lange Tradition der Psychoanalyse-Kritik in der deutschen

138 Siehe Groß, Jenseits des Limes, S. 43, S. 166 und S. 199.

139 Werner Kemper, Aufgaben, Grenzen und Möglichkeiten der Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 1 (1949), S. 47–53.

140 Fritz Besold, Die Wirkungsmechanismen der psychoanalytischen Therapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 1 (1949), S. 374–380.

141 Harald Schultz-Hencke, Der heutige Stand der „großen" Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 1 (1949), S. 244–249.

Psychiatrie stützen. Den Erinnerungen von Friedrich Rudolf Groß zufolge war die Ablehnung der Psychoanalyse weniger Pawlows Einfluss als vielmehr der biologisch ausgerichteten Psychiatrie, die von Psychotherapie oder gar Psychoanalyse bei Schizophrenie nichts hielt, zuzuschreiben.[142] Ganz ähnlich beurteilte auch der Leipziger Psychiater Klaus Weise rückblickend die Situation: Dass sich die Psychotherapie in der DDR eigenständig von der Psychiatrie entwickelte, habe stark mit der sich als naturwissenschaftlich definierenden Psychiatrie zusammengehangen, die andere Zugänge gering schätzte.[143] Er berichtete, seine persönliche Kritik an psychoanalytischen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie habe nichts mit der Tabuisierung von Freud zu tun gehabt, sondern vielmehr mit der Kritik von Karl Jaspers an der „entlarvenden" und dominanten Strategie der Psychoanalyse, die er teilte.[144] Grundsätzliche Skepsis und Ablehnung gegenüber der Psychoanalyse war eine psychiatrische Grundhaltung, die bereits vor der Pawlow-Doktrin in weiten Teilen der Ärzteschaft geteilt worden war. Nicht anders als in westdeutschen psychiatrischen Fachzeitschriften, wo die Verbreitung der Fallgeschichten im Rahmen der psychoanalytischen Zeitschrift *Psyche* begann, war daher auch in der einer biologischen Psychiatrie verpflichteten *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* die psychoanalytische Behandlung bei Schizophrenie zu Beginn der fünfziger Jahre kein eigenes Thema. Wo Psychoanalyse diskutiert wurde, ging es um die Behandlung von Neurosen. Die Fallgeschichten von psychoanalytischen Behandlungen schizophrener Patientinnen und Patienten, die in den fünfziger Jahren in westlichen Fachzeitschriften abgedruckt wurden, wurden im ostdeutschen naturwissenschaftlichen Psychiatriediskurs vorerst nicht wahrgenommen. Dass sich die Psychoanalyse in Westdeutschland außerhalb der Psychiatrie ganz anders entfalten konnte als in Ostdeutschland, steht außer Frage. Statt psychoanalytischer, anthropologischer oder phänomenologischer Richtungen bildeten sich in der ostdeutschen Psychiatrie jedoch andere, eigene Ansätze aus.

Die Ermittlung äußerer Einflüsse

Im Kontext der Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen spielte abermals Dietfried Müller-Hegemann eine wichtige Rolle in der ostdeutschen Psychiatrie. Die meisten Psychiater und Psychotherapeuten, deren Einfluss auf die Entwicklung der Psychotherapie in der DDR hoch einzuschätzen ist, wie Kurt Höck, beschäftigten sich nicht oder nur in seltenen Fällen mit schizophrenen Patientinnen und Patienten. Bereits nach seiner Rückkehr aus der Kriegsgefangenschaft Ende der vierziger Jahre, also noch vor der Pawlow-Doktrin, hatte Müller-Hegemann

142 Groß, Jenseits des Limes, S. 31.

143 Klaus Weise, Psychotherapie in der Psychiatrie, in: Achim Thom (Hrsg.), Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West, Bonn 1990, S. 288–307, hier S. 291.

144 Klaus Weise, Psychosoziales Krankheitsverständnis und Psychiatriereform, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 409–416, hier S. 412.

sich von seinen psychoanalytischen Wurzeln losgesagt und zunehmend eigene psychotherapeutische Ideen formuliert.

Wie bereits notiert, ist das eigentlich Erstaunliche an der Implementierung der Pawlow-Doktrin in der ostdeutschen Psychiatrie, dass sie maßgeblich von psychoanalytisch versierten Psychiatern umgesetzt wurde. Alexander Mette war bis 1946 als niedergelassener Psychiater und Psychoanalytiker tätig gewesen, am Göring-Institut hatte er aufgrund seiner politischen Einstellung keine Beschäftigung erhalten. Dietfried Müller-Hegemann dagegen war ein Ausbildungskandidat am Göring-Institut gewesen, wo er 1944 auch Vorträge über Psychotherapie bei schizophrenen Patienten hielt.[145] Mit seiner Habilitationsschrift über „Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen" legte er im selben Jahr wie sein ehemaliger Lehrer Harald Schultz-Hencke eine Arbeit vor, die sich zentral mit der Frage nach der Möglichkeit und der Umsetzung von Psychotherapie bei Schizophrenie auseinandersetzte. In der Auseinandersetzung mit Schultz-Henckes bis dahin veröffentlichten Schriften hielt sich Müller-Hegemann mit Kritik weitgehend zurück. Er wies selbst darauf hin, dass er Schultz-Hencke und der gemeinsamen Arbeit mit ihm die „Anregungen, Schizophrene psychotherapeutisch zu beeinflussen", verdanke.[146] In seiner Übersicht über bisherige Versuche der psychotherapeutischen Behandlung ging er auch auf die jüngsten amerikanischen Veröffentlichungen etwa von Rosen, Hamilton und Wale, Cheney und Drewrey sowie Abrahams ein und unterstrich den Eindruck von der bedeutenden Rolle der Tiefenpsychologie in den USA mit einem Zitat aus dem Reisebericht von Walter von Baeyer. Mit dieser „Psychotherapie im engeren Sinne" ließ es Müller-Hegemann jedoch nicht bewenden. Stattdessen stellte er ihr mit der Arbeitstherapie eine weitere Methode an die Seite, nicht ohne zu erwähnen, dass diese in den USA weit hinterherhinke.[147] Im Vergleich der beiden Methoden war seine Präferenz klar: Während er sich dem Urteil anderer Psychiater über die psychoanalytische Methode als „problematisches, überwiegend auf gefühlsmäßigem Vorgehen beruhendes Unternehmen, das ebenso zu gelegentlichen Erfolgen wie zu bedenklichen Verschlimmerungen führen kann", anschloss, lobte er die „glänzenden Erfolge" einer „hochentwickelten Arbeitstherapie".[148] Im Vergleich mit der lebensgeschichtlichen, also der Vergangenheit zugewandten Haltung der Psychoanalyse schien ihm die Arbeitstherapie mit ihrer Fokussierung von Gegenwart und sozialer Umwelt deutlich realitätsbezogener und differenzierter. Sein Konzept von Schizophrenie war im Wesentlichen eine Mischung struktureller Vorstellungen und neurologischer Hirnforschung, die auch Umwelteinflüsse berücksichtigen wollte. Demnach be-

[145] Bernhardt, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg, S. 174–178.

[146] Dietfried Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Erfahrungen und Probleme, Leipzig 1952b, S. 7. Anders als Schultz-Hencke, der in seinem tiefenanalytischen Eifer so weit ging, die Schizophrenie von einem endogenen, organischen Prozess zu einem „Primär-Seelischem" umzuschreiben, behielt Müller-Hegemann den „Prozess" prominent im Titel.

[147] Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S. 22.

[148] Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S. 53 f.

ruhte Schizophrenie auf Störungen in der Hirnrinde, die „in Zusammenhang mit Störungen in der gesellschaftlichen Umwelt als Hauptursache der schizophrenen Erkrankung zu gelten“ hätten.[149] Müller-Hegemann ging also von einer Beeinflussbarkeit der Organe und der Hirnbereiche durch schädigende Einflüsse der Umwelt aus; eine so verursachte Störung konnte dann zu einer schweren Erkrankung und Schädigung der beteiligten Hirnareale fortschreiten.

Seit seiner Zusammenarbeit mit Schultz-Hencke hatte Müller-Hegemanns Denken eine entscheidende Wendung erfahren. Hatte er früher im Wesentlichen dessen bewustseinspsychologische Ansätze geteilt, so setzte er jetzt einen deutlichen Schwerpunkt auf die Bedeutung gesellschaftlicher Faktoren. Dies hatte auch Konsequenzen für die Gestaltung der Therapie, als die analytischen Elemente einer direkten, auffordernden Ansprache des Patienten wichen. Zwar beschrieb Müller-Hegemann eine tiefenpsychologisch vorgehende Psychotherapie durchaus als geeignet, um den schizophrenen Prozess positiv zu beeinflussen; eine therapeutische Wirkung sah er aber nicht gewährleistet. Diese sei nur von einer umfassenden Arbeitstherapie zu erwarten, da nur diese auch auf die tiefsten und ältesten Schichten des Menschen als soziales Wesen einwirken könnte. Die Arbeitstherapie ergänzte Müller-Hegemann mit autosuggestiven Entspannungstechniken.

Bereits drei Jahre zuvor hatte Müller-Hegemann bei der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie einen Vortrag gehalten, in dem er zwei psychotherapeutisch behandelte Fälle präsentiert hatte. 1950 erschien der Vortrag als Aufsatz in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, versehen mit der anschließenden Diskussionsbemerkung von Rudolf Thiele, der damals der Direktor der Universitäts-Nervenklinik der Charité war. Eine der beiden Fallgeschichten, nämlich „Otto M.“, wurde auch in der Psychotherapie-Schrift von 1952 wiedergegeben. Dabei hatte Müller-Hegemann bei der Verfassung seiner ersten Fallgeschichte „Willi G.“ noch deutlich Mühe gehabt, etwas Sinnhaftes hinter der Psychose zu entdecken. Er räumte selbst ein: „Einen verständlichen Gesamtzusammenhang stellten die zutage geförderten psychischen Geschehnisse keineswegs dar. Aus ihnen, wie z. B. der hervorgetretenen Mutterbindung, Ablehnung der Autorität usw., den Krankheitsverlauf verständlich zu machen, hätte reine Spekulation bedeutet.“[150] Der Verlauf des Falles hätte ebenso gut psychoanalytisch mit Verdrängungsmechanismen wie mit klinischen Erklärungen als organisch bedingt gedeutet werden können. Deutlich besser gelang ihm nach eigener Aussage die Konstruktion „weit wesentlichere[r] Zusammenhänge“ im Fall Otto M.[151] Der wesentliche Schlüssel zum Verständnis waren die Träume des Patienten und die daran anknüpfenden Assoziationen, denen der

[149] Müller-Hegemann, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen, S. 106.

[150] Dietfried Müller-Hegemann, Bericht über zwei psychotherapeutisch beeinflusste Schizophreniefälle, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 20–30, hier S. 25.

[151] Müller-Hegemann, Bericht über zwei Schizophreniefälle, Zitate S. 25.

Therapeut mit Deutungen begegnen konnte. Was in diesen Träumen und Assoziationen zum Vorschein trat, waren Erfahrungen und Erinnerungen, die bis in die frühe Kindheit zurückreichten. In einem „gefühlskalten kleinbürgerlichen Milieu" aufgewachsen, war der Patient schon früh dazu angehalten worden, seine Energie und geistigen Anlagen zurückzuhalten, und hatte dies mit einem „übersteigerten Lebensanspruch" kompensiert. Schon früh zum sozialen Außenseiter geworden, so Müller-Hegemann, war Otto M. gleichzeitig in extremem Maße auf die Anerkennung anderer angewiesen. Mit der Einziehung zur Wehrmacht wurde die Möglichkeit, sich über seine musikalischen Fähigkeiten Geltung zu verschaffen, jäh abgeschnitten; die unterdrückten Ängste und Aggressionen nahmen überhand und führten ihn schließlich in die „psychotische Katastrophe".[152]

So angeordnet, erklärte Müller-Hegemann, würden die Zusammenhänge verständlich, wenn auch nicht – und er verwies auf Jaspers – kausal erklärbar. Für ihn war es kein Widerspruch, psychische und somatische Faktoren gleichermaßen anzunehmen: Eine „derart tief in alle Lebensbereiche des Menschen eingreifende […] Erkrankung" wie Schizophrenie ergreife sicher Körper und Psyche gleichermaßen.[153] Die Entwicklung der Psyche verstand er jedoch nicht als individuell-biografischen Prozess, sondern vor allem in Interaktion mit der Gesellschaft bedingt. Die Deutung des Falles lautete daher: „Sehr ungünstige Milieueinflüsse von früher Kindheit an, besonders wenn in ihnen ganz gegensätzliche Lebensgrundhaltungen zur Auswirkung kommen, werden zu schweren affektiven Belastungen und im Zusammenhang mit entsprechenden Wahrnehmungen und Gedächtniseindrücken zu einer Fehlsteuerung in den vegetativen Zwischenhirnzentren führen. In der konflikthaften Zuspitzung, in der die soziale Kontaktfähigkeit nahezu aufgehoben und dadurch die Vorstellung der unheimlich veränderten Welt herrschend wird, ist dann ein solches Ausmaß der Fehlsteuerung zu erwarten, dass die Durchblutungsfunktionen innerhalb des Endhirns, die als die phylogenetisch jüngsten, kompliziertesten und vulnerabelsten anzusehen sind, fortdauernd beeinträchtigt werden."[154]

Was hinter dieser etwas kompliziert anmutenden Ausdrucksweise steckt, ist die Idee der Beeinflussbarkeit des Körpers durch Erlebnisse und Einflüsse, kurz: die Umwelt. Damit ist bereits der Unterschied zu psychoanalytischen Fallgeschichten angedeutet. Während die Psychoanalyse die Lebensgeschichte als Erzählung verstand, die dem Patienten in der Bewusstmachung ungelöster Konflikte die Genesung als Selbstwerdung versprach, war in der vorliegenden Fallgeschichte die Lebensgeschichte nur der zeitliche Rahmen, in dem sich die Prozesse von Beeinflussung und reaktiver Veränderung abspielten. Das Ziel der Therapie war denn auch nicht die Selbstbewusstmachung und Selbstwerdung, sondern, wie Müller-

[152] Dietfried Müller-Hegemann, Bericht über zwei psychotherapeutisch beeinflusste Schizophreniefälle (Schluss), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 33–38, Zitate S. 35.
[153] Müller-Hegemann, Bericht über zwei Schizophreniefälle (Schluss), S. 36.
[154] Müller-Hegemann, Bericht über zwei Schizophreniefälle (Schluss), S. 37.

Hegemann selbst formulierte, „die Psychose zum Abklingen zu bringen und den Patienten wieder sozial einzuorden, nicht aber alle unbewussten Gefahrenquellen auszuschalten […]".[155] Was an Müller-Hegemanns Vorstellung bestach, war die Idee, dass es möglich sei, in den Krankheitsverlauf therapeutisch einzugreifen, zumindest solange es noch zu keinen schwerwiegenden Schädigungen gekommen war. In seiner Diskussionsbemerkung sprach sich Rudolf Thiele nach einer ausführlichen Betonung des organischen Prozesscharakters der Schizophrenie denn auch dafür aus, Müller-Hegemanns Ausführungen zumindest den Status einer Arbeitshypothese zuzubilligen, da der Gedanke des „Eingreifens in den Ablauf" des Krankheitsgeschehens durchaus aussichtsreich sei.[156]

In einer weiteren Krankengeschichte des Patienten „L. R." wurde die Emanzipation Müller-Hegemanns von seiner psychoanalytischen Sozialisation noch deutlicher. Zwar erschloss er eine Deutung des Falles mit psychologischen Konzepten, thematisierte jedoch auch die Frage, „ob die hier beschriebene Lebensentwicklung des Patienten den nun anhebenden schizophrenen Prozess ausreichend erklärt".[157] Durch Fehlannahmen über die vermutete Konfliktsituation war er den analytischen Deutungsinstrumenten gegenüber skeptischer geworden. Dass es bei „L. R." nicht nur zu einer schizophrenen Reaktion oder einem vorübergehenden psychotischen Ausnahmezustand, sondern zu einem beobachtbaren Krankheitsprozess gekommen war, ließ Müller-Hegemann erbliche Faktoren annehmen, die sich als „abnorme Reaktionsbereitschaft auf äußere Einflüsse" äußern sollten.[158] Deutlich wird auch in diesem Beitrag, wie Müller-Hegemann sich von der psychoanalytischen These, dass wesentliche Ursachen von Erkrankungen in lebensgeschichtlichen Konflikten und Selbstentwicklungsschwierigkeiten zu suchen seien, weg bewegte zu einem stärker situationsbezogenen und auf äußere soziale Einflüsse achtenden Ansatz hin.

Dass die allein lebensgeschichtliche Betrachtung der Krankheiten Müller-Hegemanns soziobiologischem Ansatz nicht genügte, wurde auch in einer Auseinandersetzung mit Schultz-Hencke im Jahr 1950 deutlich. Müller-Hegemann hatte im *Aufbau* eine Kritik der Psychoanalyse veröffentlicht, in der er ihr unter anderem ihren bürgerlichen Charakter vorwarf. Daraufhin verfasste Schultz-Hencke einen offenen Brief, der in der Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* abgedruckt wurde. Schultz-Hencke wies die Kritik Müller-Hegemanns empört zurück und warf ihm vor, absichtlich und wider besseres Wissen die Lehren der Psychoanalyse verfälscht und als müßiggängerischen Zeitvertreib des ge-

[155] Müller-Hegemann, Bericht über zwei Schizophreniefälle (Schluss), S. 34.

[156] Rudolf Thiele, Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Schizophrenie-Frage (im Anschluss an den vorstehenden Vortrag von Müller-Hegemann), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 39–43, hier S. 42.

[157] Dietfried Müller-Hegemann, Psychotherapeutische Beeinflussung einer Schizophrenie von katatonem Erscheinungsbild, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 320–330, hier S. 328. Diese Fallgeschichte nahm Müller-Hegemann ebenfalls in seine Habilitationsschrift auf.

[158] Müller-Hegemann, Psychotherapeutische Beeinflussung einer Schizophrenie, S. 328.

langweilten, vermögenden Bürgertums dargestellt zu haben. Er habe es so aussehen lassen, dass die Psychoanalyse durch ihre Aufforderung zur Beschäftigung mit dem eigenen Selbst die Aufnahme einer wirklichen, gesellschaftsdienlichen Tätigkeit verhindere. Dem widersprach Schultz-Hencke heftig. Die Psychoanalyse sei immer auf die gesellschaftlichen Faktoren eingegangen und habe den Betroffenen stets zu einer Auseinandersetzung mit seiner Umwelt angeregt, und auch wenn der Patient von außen betrachtet nur ausgestreckt auf der Couch liege, so sei er doch dabei in einer konkreten Auseinandersetzung mit seiner jetzigen Situation ebenso wie der zukünftigen beschäftigt: „Wenn es richtig ist, dass in dieser experimentellen Situation [das Couch-Setting, Anm. d. Verf.] die Menschen allmählich Antriebserlebnisse, Bedürfniserlebnisse, Gefühlsaffekte, Gedanken und Phantasien haben, zu denen sie infolge der Einwirkung von Umweltfaktoren bis dahin nicht fähig waren, so müssen und werden sich diese neuartigen Erlebnisse doch nur zum Teil auf die Vergangenheit beziehen, zum größten Teil aber auf die Gegenwart und auch auf die Zukunft. Wie sollte das anders sein! Das kann ja jeder nachprüfen. Er braucht sich nur auf ein Sofa zu legen, nicht einzuschlafen und auch nicht aufzuspringen oder sich sonstwie zu beschäftigen. Er kann abwarten, was dann geschieht. Und was geschieht, ist, dass er ins dösende Phantasieren gerät, dass sich Wünsche und Hoffnungen regen, dass Befürchtungen auftreten und alles Zugehörige. Ununterbrochen spielt die *gegenwärtige* Umwelt, seine *soziologische* Peristase, in diesen ‚Einfällen' eine Rolle. Was denn sonst?! Und über die Familie hinweg, über die nächsten Angehörigen hinweg wird der gesamte soziologisch-historische Hintergrund lebendig, innerhalb dessen sich sein gegenwärtiges Leben abspielt. Was denn sonst?!"[159]

Dass die soziologischen Angaben in den Krankengeschichten der Psychoanalytiker vernachlässigt und oft nur vage angedeutet worden seien, sei wohl geschehen, so erklärte Schultz-Hencke, weil sie Freud nicht so wichtig waren, aber auch aus Gründen des Schutzes und der Identitätsverschleierung der Patienten. Schultz-Hencke beharrte aber darauf, dass „während eines solchen Liegens auf dem Sofa, während eines solchen Einfällebringens ständig *eine äußerst lebhafte* Auseinandersetzung des Betreffenden mit den näheren und ferneren gesellschaftlichen Faktoren, die seine derzeitige Umwelt bilden", erfolge.[160] Erst nach dieser Auseinandersetzung mit sich selbst, erst nach der analytischen Therapie, könne der Patient wirklich wieder „ein fruchtbareres, produktiveres Glied der Gesellschaft" werden und die „neuerlich für ihn bereit stehenden, vollständigen vitalen Energien seiner Person in den Dienst seiner Mitmenschen […] stellen".[161] Damit argumentierte Schultz-Hencke selbst aus einer utilitaristischen Gemeinwohlidee heraus. Das Individuum sollte gestärkt werden, um der Gemeinschaft besser von

[159] Harald Schultz-Hencke, Offener Brief an den Verfasser des Aufsatzes „Psychotherapie in der modernen Gesellschaft" D. Müller-Hegemann, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 84–98, hier S. 86.
[160] Schultz-Hencke, Offener Brief an Müller-Hegemann, S. 86.
[161] Schultz-Hencke, Offener Brief an Müller-Hegemann, S. 86 f.

Nutzen sein zu können. Die Definition dessen, wie der Nutzen dann aussehen könnte, überließ er allerdings dem Patienten selbst; Aufgabe des Therapeuten sei nicht, politisch edukativ tätig zu werden: „Es wäre sicher eine unproduktive Überforderung des analytischen Psychotherapeuten, wenn er, als *einzelner* dem *einzelnen* Patienten gegenüber noch dazu die Aufgabe erhielte, *direkt* politisch-ökonomisch zielsetzend auf ihn einzuwirken."[162]

Dieser sich gesellschaftlich interessiert, letztlich aber apolitisch gebenden Vorstellung von Psychotherapie widersprach Müller-Hegemann entschieden. Nur ein Jahr nach Staatsgründung der DDR argumentierte Müller-Hegemann bereits aus einer Gesellschaftsverfassung heraus, die sich als Gegenentwurf zur bürgerlichen Gesellschaft des Westens verstand. Er wies auf die Gefahr hin, dass die Psychotherapie womöglich nicht dabei helfen könne, die „Krisenhaftigkeit der bürgerlichen Gesellschaft" zu überwinden, sondern sie vielmehr zu ihrem „Symptom" werde;[163] und er appelllierte wiederholt an Schultz-Hencke, die „progressiven Kräfte" ernst zu nehmen und die Mechanismen der gesellschaftlichen Unterdrückung in der Analyse nicht außen vor zu lassen. Seine Erwiderung zeigte jedoch auch deutlich, welcher Balanceakt es war, einerseits Kritik an der Psychoanalyse zu üben, und andererseits den früheren Lehrer, dem er ebenso wie seiner Arbeit Respekt zollte, nicht gleichzeitig mit zu verurteilen; die Antwort nahm den Charakter eines persönlichen Appells, nicht frei von Tendenzen der Überzeugungsarbeit, an.[164]

Seiner Vorstellung einer erzieherisch wirkenden und das Individuum fördernden Psychotherapie folgend, formulierte Müller-Hegemann eigene Vorstellungen vom Sinn und Ziel einer psychotherapeutischen Kultur. Diese entwickelte er ausdrücklich in Abgrenzung zur tiefenpsychologischen Therapie; stattdessen versuchte er eine Wiederbelebung bzw. Weiterentwicklung der Arbeitstherapie, die in den 1920er Jahren unter Hermann Simon entwickelt worden war. Die Arbeitstherapie galt Müller-Hegemann als Zeichen einer weitentwickelten Gesellschaft ebenso wie als Mittel zur Überwindung der als mittelalterlich bezeichneten Zustände in den Anstalten. Gegen etwaige Einwände von Psychiatern, die Schizophrenie grundsätzlich nicht für beeinflussbar hielten und an der „endogenen Schicksalshaftigkeit" festhielten, führte er Kraepelin selbst ins Feld, der die ar-

[162] Schultz-Hencke, Offener Brief an Müller-Hegemann, S. 87.

[163] Dietfried Müller-Hegemann, Antwort an Herrn Dr. Schultz-Hencke auf seinen Offenen Brief, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 89–93, hier S. 89.

[164] Zum Beispiel folgende Zitate illustrieren die beschriebene Haltung: „Nimmt man die Tatsache einer mehrjährigen fruchtbaren gemeinsamen Arbeit hinzu, der ich vieles zu verdanken habe, und nicht zuletzt die Tatsache, dass Sie in den Jahren des Faschismus eine einwandfreie Haltung eingenommen haben, so kann der Sinn der vorliegenden Arbeit nicht darin bestehen, dagegen Ihre Person zu kämpfen, sondern eher darin, um Ihre Person zu kämpfen." Ebenso das Schlusswort: „Nachdem die vorliegende Auseinandersetzung die Bedeutung eines ‚Ost-West-Gespräches' hatte, möchte ich mit der Hoffnung schließen, dass solche Abgrenzungen zwischen den Psychotherapeuten und auch für Ihre eigene Tätigkeit bald ein Ende finden werden durch eindeutige gesellschaftliche Entscheidungen.", Müller-Hegemann, Antwort an Herrn Dr. Schultz-Hencke, S. 93.

beitstherapeutischen Bemühungen ebenfalls nicht für ganz verkehrt gehalten habe,[165] sowie die Pawlow'sche Schule, die die Bedeutung des Milieus in der Anstalt hervorgehoben habe. Am wichtigsten war Müller-Hegemann jedoch, dass die Arbeitstherapie eine der Tiefenpsychologie komplett entgegengesetzte und rationale Methode sei: „Wir verlassen uns nicht auf das Unbewusste, sondern gehen rational vor, wir spüren nicht dem Triebhaften, Verdrängten, Asozialen im Menschen nach, sondern entwickeln zielbewusst die verbliebenen sozialen Eigenschaften."[166] Nahezu exakt die gleiche Formulierung verwendete er auch ein halbes Jahr später bei einem weiteren Vortrag, bei dem er die „rationale Psychotherapie" direkt zum Thema machte.[167] „Rational" war die Arbeitstherapie nach Müller-Hegemann vor allem deshalb, weil sie an das Denken und die Vernunft des Patienten appellierte, während die Tiefenpsychologie einen „irrationalen Kern" habe, das Denken ihrer Patienten vernachlässige und ihre Schlussfolgerungen höchst subjektiv und aufgrund mangelnder „somatische[r] Befunde oder andere[r] objektive[r] Erhebungen" eigentlich „durch objektive Feststellungen kaum korrigierbar" gewesen seien.[168]

Die breite Einführung und Umsetzung der Therapie sah er aber weniger von innerpsychiatrischen Entwicklungen, als vielmehr von den gesellschaftlichen Entwicklungen abhängen; das Gelingen des therapeutischen Wandels knüpfte er so maßgeblich an das Gelingen der gesellschaftlichen Umgestaltung, an der mitzuhelfen er wiederum als Aufgabe jedes Einzelnen beschrieb. Das arbeitstherapeutische Konzept schloss jedoch andere Behandlungsmethoden wie Schockbehandlung oder Kurznarkosen und Dauerschlaf nicht aus, nicht untypisch für die allgemein verbreitete Praxis, verschiedene Behandlungsverfahren miteinander

[165] Dietfried Müller-Hegemann, Die Bedeutung der Arbeitstherapie in der Gegenwart, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 4 (1952), S. 97–101, hier S. 99.

[166] Müller-Hegemann, Die Bedeutung der Arbeitstherapie in der Gegenwart, S. 101.

[167] Dietfried Müller-Hegemann, Beitrag zu einer rationalen Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 4 (1952), S. 274–285, hier S. 274: „Ganz im Gegensatz zur Tiefenpsychologie wandte man sich bei ihr nicht an das Pathologische, das Triebhafte, das Infantile, sondern an die sozial gebliebenen Eigenschaften des Menschen, um sie zielbewusst weiter zu entwickeln."

[168] Müller-Hegemann, Beitrag zu einer rationalen Psychotherapie, S. 274. Ein weiteres Mal nahm er von seiner fundamentalen Kritik jedoch Schultz-Hencke aus, mit dem Hinweis, dass man zwischen der Theorie und der Anwendung der Tiefenpsychologie differenzieren müsse: „Indessen erscheint hier der Hinweis angezeigt, dass zwischen der Tiefenpsychologie als Lehrgebäude und der Praxis unserer tiefenpsychologisch orientierten Kollegen oft ein großer Unterschied besteht. Diese Kollegen sind meist nicht primär Tiefenpsychologen, sondern Therapeuten, die mit den ihnen zur Verfügung stehenden Methoden bestrebt sind, anderen Menschen zu helfen. Wenn sie sich oft lange Jahre hindurch mit menschlichen Lebensentwicklungen in den Einzelheiten vertraut gemacht haben, so gelangt oft ihre Lebenserfahrung und nicht immer die übernommene Theorie bei der therapeutischen Praxis zur Anwendung." Ebd., S. 283. Ganz ähnlich hatte auch Jaspers seine Kritik an der Psychoanalyse geäußert und formuliert, siehe Kapitel II.

zu kombinieren (auch noch nach Einführung der Psychopharmaka).[169] Als Maßnahmen, um „fürs erste umstellend und ruhefördernd" zu wirken, hielt er sie für durchaus geeignet; einen wirklichen psychotherapeutischen Erfolg hielt er aber nur dann für vorstellbar, „wenn die ganze Helle des Bewusstseins dem Patienten zur Verfügung steht, da nur sie ihm die Möglichkeit gibt, sein Leben neu zu gestalten".[170]

Bereits seit dem Beginn seiner Tätigkeit als Oberarzt in Leipzig im Jahr 1950 hatte Müller-Hegemann Gelegenheit gehabt, seine Vorstellungen von Psychotherapie umzusetzen. Am Ende des Jahres 1951 war er mit der kommissarischen Leitung der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig beauftragt worden, eine Position, die er nutzte, um Anfang des Jahres 1953 eine stationäre Psychotherapieabteilung unter der Leitung von Harro Wendt zu gründen.[171] Harro Wendt hatte zuvor einige Zeit in der Tübinger Klinik gearbeitet und dort einige Methoden der Psychotherapie kennen gelernt. Therapeutisch wurde an der Leipziger Abteilung in den ersten Jahren vor allem mit Schlaftherapie behandelt, auch Hypnose und autogenes Training wurden eingesetzt. Wendt ergänzte diese Methode ab Mitte der 1950er Jahre mit analytisch orientierten Einzelgesprächen, bei denen er der Lebensgeschichte und den Zusammenhängen von Persönlichkeit und Konflikt eine große Bedeutung einräumte. Dies führte letztlich auch zu Auseinandersetzungen mit Müller-Hegemann, bis Wendt 1961 nach Uchtspringe wechselte; seine Nachfolgerin wurde Christa Kohler.[172] In diese ersten Leipziger Jahre fällt auch die Zeit, in der Müller-Hegemann verstärkt die Haltung der Pawlow'schen Schule einnahm. Nachdem er noch 1954 für eine Studie die Kritik von Ernst Reifenberg erhalten hatte, sie habe zu wenig Pawlow enthalten,[173] ar-

[169] Lara Rzesnitzek, „Schocktherapien" und Psychochirurgie in der frühen DDR, in: Der Nervenarzt 86/11 (2015), S. 1412–1419. Auch die in der Sowjetunion verbotene Leukotomie wurde in der DDR angewandt, allerdings nur vereinzelt.

[170] Dietfried Müller-Hegemann, Bemerkungen zur Narkoanalyse, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 3–8, hier S. 7. Zur folgenden Diskussion zwischen D. Wolff und Müller-Hegemann D. Wolff, Diskussionsbemerkungen zu dem Aufsatz von D. Müller-Hegemann „Bemerkungen zur Narkoanalyse", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 247 f., und Dietfried Müller-Hegemann, Antwort auf die Diskussionsbemerkung von D. Wolff, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 248 f.

[171] Michael Geyer, Ostdeutsche Psychotherapiechronik 1950–1959, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 90–95. Siehe auch den Bericht J.-G. Schunk, Über Erfahrungen in der Organisation der Arbeitstherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 82–85.

[172] Zur Entwicklung der Leipziger Psychotherapie-Abteilung siehe Infrid Tögel, Die Psychotherapie-Abteilung an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 95–98.

[173] Ernst Reifenberg, Kritische Anmerkungen zu der Arbeit von Müller-Hegemann „Über den gegenwärtigen Stand der Aphasie-Agnosie-Diskussion in Deutschland", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 340–341.

gumentierte er zwei Jahre später allein mit Pawlows Schule[174] und übernahm zu großen Teilen den damit verbundenen Sprachduktus.[175]

Mit seiner Ernennung zum Professor und Direktor in Leipzig im Jahr 1957 wuchs Müller-Hegemanns Positionen großer Einfluss zu. Was einige Jahre zuvor noch „Arbeitshypothese" gewesen war, wurde nun zur Leitlinie der Psychotherapie in der ostdeutschen Psychiatrie. Seine Beschäftigung mit der Psychotherapie bei schizophrenen Patientinnen und Patienten riss dabei nicht ab. Er beschäftigte sich etwa mit dem Wahn bei Schwerhörigen, die in besonderer Weise von ihrer Umwelt abgeschnitten waren, und bei Ausländern, die nur wenig deutsch sprachen und in der DDR arbeiteten.[176] Dafür griff er auf einen älteren Wissensbestand zurück, nämlich eine von Kraepelin begründete Gruppe, die der „Homilopathien". Diese war wenig bekannt und wurde in der Psychiatrie als Diagnose wenig vergeben und wenig diskutiert und, wie er erklärte, „auch sonst ist sie in der deutschen Fachliteratur der letzten Jahrzehnte kaum noch zu finden, wenn man von tiefenpsychologischen Bearbeitungen und Deutungen absieht".[177] Diese Bemerkung ist zugleich ein versteckter Hinweis, aus welcher Ecke Müller-Hegemann inspiriert worden war. Müller-Hegemann erläuterte den Begriff näher als „Psychosen bei schweren Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen". Konkret ging es um die Gruppe der „sprachlich Isolierten", also die, die entweder durch Schwerhörigkeit, Taubheit oder Sprachbarrieren von ihrer Umwelt teilweise abgeschnitten waren. Den Hinweis auf die soziale Bedeutung des Hörens entnahm er der Schwerhörigkeitsforschung, in der er der „immensen Vielfalt zwischenmenschlicher Beziehungen" und „der damit verbundenen Konflikt- und Korrekturmöglichkeiten hinsichtlich der Reaktionsweise des Individuums Rechnung getragen" sah.[178]

Ausgehend von verstreuten Hinweisen auf Zusammenhänge zwischen Schwerhörigkeit oder Taubheit und Erkrankungen mit psychotischen Zügen nahm Müller-Hegemann seine eigenen Fälle unter die Lupe und präsentierte sechs knappe Fallgeschichten, bei denen er solche Zusammenhänge tatsächlich gefunden hatte bzw. meinte, herstellen zu können. Dazu gehörte etwa der 25-jährige Patient S. K., der im Alter von neun Jahren nach einer Mandeloperation und einer Scharlach-Erkrankung schwerhörig geworden war. In der Zeit vor seiner Aufnahme in die Klinik war er durch starkes Misstrauen und mitunter aggressives Verhalten aufgefallen. Wie in Gesprächen mit ihm herausgefunden wurde, bezog sich sein Misstrauen auf nahezu alle Menschen in seiner Umgebung, vom Arbeitsplatz bis zu

[174] Dietfried Müller-Hegemann, Über die cortico-viszerale und die psychosomatische Betrachtungsweise in der Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 33–38.

[175] Dietfried Müller-Hegemann, Das ärztliche Gespräch in der Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 44–50.

[176] Dietfried Müller-Hegemann, Über Homilopathien (Psychosen bei schweren Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 291–304.

[177] Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 293.

[178] Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 294.

den Ärzten in der Klinik. Trotz seiner paranoiden Haltung wurde die Diagnose Schizophrenie aber zurückgenommen: Das Misstrauen und die paranoide Reaktion wurden auf die Verständigungsschwierigkeiten zurückgeführt. Ein anderer Patient, der 28-jährige G. Z., war ebenfalls mit der Diagnose einer beginnenden Psychose eingewiesen worden. Seine vollständige Ertaubung war nach einer Meningitis entstanden. Nachdem er einige Jahre gut damit zurechtgekommen war, das Abitur und eine Ausbildung zum Zahntechniker gemacht hatte, hatte er, so Müller-Hegemanns Bericht, nach und nach ein auffälliges Verhalten an den Tag gelegt, war reizbar und aggressiv gewesen. Eine endogene Erkrankung wurde dennoch ausgeschlossen. Es wurden konkrete Hilfestellungen besprochen, wie etwa Unterricht bei einem Taubstummenlehrer zu nehmen, um wieder besser integriert zu werden.

Auch die seit ihrem 15. Lebensjahr zunehmend schwerhörige Patientin E. S., 35 Jahre alt, die Stimmen hörte und daher mit dem Verdacht auf Schizophrenie eingewiesen worden war, wurde bei der Nachuntersuchung dazu ermahnt, trotz der Schwerhörigkeit den Kontakt zu anderen Menschen zu suchen und weiter an den Veranstaltungen des Schwerhörigen-Vereins teilzunehmen, was die Patientin gut aufgenommen habe: „Auch ohne Schockbehandlung oder sonstige eingreifende Therapie besserten sich die Beschwerden so schnell, dass sie […] als arbeitsfähig nach Hause entlassen werden konnte."[179] Da war außerdem der 36-jährige S. B., der mit einer paranoiden Psychose eingewiesen wurde und zum Zeitpunkt der Einweisung bereits eine Odyssee durch halb Europa hinter sich hatte: „Er ist in Kiew geboren und dort bis zu seinem sechsten Lebensjahr ansässig gewesen. Dann emigrierte er mit seiner Familie nach Italien, wo er eine französische Schule besuchte und nach Abschluss des Gymnasiums ein Universitätsstudium absolvierte, anschließend mehrere Jahre in wissenschaftlichen Instituten arbeitete. Der Zusammenhalt innerhalb der Familie sei gut gewesen, so dass die Umstellungsschwierigkeiten leichter zu ertragen gewesen seien. Heimweh hätten sie jedoch trotz allem im Verlauf der ganzen Zeit in Italien behalten. Politische Schwierigkeiten habe er wegen seiner Überzeugung schon seit der Studentenzeit mit den italienischen Regierungsstellen gehabt, die vor zwei Jahren zu seiner Verhaftung und Ausweisung aus Italien führten. Daraufhin bemühte er sich um eine Repatrierung. Er gelangte in die DDR, wo er vor zwei Jahren Asylrecht als Staatenloser erhielt und in einem wissenschaftlichen Institut angestellt wurde. Zunächst habe er nicht ein Wort Deutsch verstanden, so dass er sich sehr bemühte, wenigstens die elementarsten Sprachkenntnisse zu erwerben. Allmählich sei er soweit gelangt, dass er sich ausreichend verständigen konnte. Dennoch habe er sich im Grunde völlig vereinsamt und ausgeschlossen gefühlt."[180] Als ihm in der Klinik mitgeteilt wurde, dass man ihn nicht für schwer geisteskrank halte, sondern dass wohl nur „psychische Störungen infolge seiner Isoliertheit vorlägen", reagierte er erleichtet. Neben therapeutischen Gesprächen wurden ihm Beruhigungsmittel gegeben,

[179] Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 298.
[180] Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 299 f.

aber keine Schocktherapien durchgeführt; nach sieben Wochen konnte er entlassen werden, auch wenn der Wahn nicht völlig verschwunden war. Der fünfte Patient W. L. war in Oberschlesien aufgewachsen, sprach nur wenig deutsch, und schilderte – nachdem er einer Behandlung mit Elektroschock und Medikamenten unterzogen worden war – selbst, wie sehr er unter den mangelnden Kommunikationsmöglichkeiten und unter der Abwesenheit seiner Familie litt. Daraufhin wurde die Diagnose einer Schizophrenie zurückgenommen. Schlussendlich beschrieb Müller-Hegemann die Krankengeschichte des 27-jährigen Theologiestudenten A. K., der wegen Erschöpfungszuständen und stark niedergedrückter Stimmung den Arzt aufgesucht hatte, der aufgrund seiner politischen Überzeugungen keinen Anschluss unter den Kommilitonen fand und aufgrund seiner hohen Moralvorstellungen auch in sexueller Hinsicht „ernste[n] Spannungen" ausgesetzt war. Nach einigen Wochen wurde er in die Psychotherapeutische Abteilung verlegt, mit „verlängertem Schlaf, autogenem Training und psychotherapeutischen Aussprachen" sowie vier Elektroschockbehandlungen therapiert und schließlich zur ambulanten Weiterbetreuung entlassen. Als er zur Nachuntersuchung vorsprach, wirkte er zuversichtlich und glücklich.[181] Interessant ist in letzterem Fall Müller-Hegemanns Deutung des Falles. Im Mittelpunkt sah Müller-Hegemann Konflikte, die der Patient mit Unterstützung des Therapeuten in der Therapie „bereinigt" habe, ganz ähnlich also zur psychoanalytischen Konflikttheorie.[182]

Bei all diesen Patienten, so unterschiedlich ihre Geschichten auch sein mochten, sah Müller-Hegemann ganz ähnliche Muster. Alle hätten „schwere Störungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen" erfahren, seien von ihrer sozialen Umwelt isoliert gewesen und hätten gleichzeitig unter einem Konflikt gelitten.[183] Die Isolation sei dabei durch einen der drei Punkte „soziale Entwurzelung", „Milieuveränderungen" oder „die Beeinträchtigung sprachlicher Kommunikation" entstanden. Diese schweren Störungen, die sich in die zwischenmenschlichen Beziehungen eingeschlichen hatten, hätten, so Müller-Hegemanns These, bei der Entstehung der Psychosen „eine wichtige ursächliche Rolle gespielt".[184] Dass er sich mit dieser These im Widerspruch zur herrschenden psychiatrischen Lehre befand, war Müller-Hegemann bewusst. Er thematisierte selbst die Unterschiede vor allem zur Psychopathologie des Heidelberger Psychiaters Kurt Schneider: „Für ihn ist es unmöglich, dass Halluzinationen und paranoide Entwicklungen aus den Umweltverhältnissen und der Persönlichkeit heraus entstehen können. Daher werden die letztgenannten Faktoren auch nicht als Teilursache für das Zustandekommen der Schizophrenie von ihm anerkannt." Dem entgegen zählte Müller-Hegemann die wahren „Klassiker" der deutschen Psychiatrie von Kraepelin bis Kretschmer, Bleuler, Gaupp und Bonhoeffer auf, „denen eine Unter-

[181] Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 302.
[182] Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 303.
[183] Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 304.
[184] Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 304.

schätzung der Milieueinflüsse, der psychogenen Momente fremd" gewesen sei.[185] Er erklärte: „Wenn der deutschen Psychiatrie im Verlaufe der letzten Jahrzehnte wiederholt und zu Recht der Vorwurf gemacht wurde, sie hätte die endogenen Faktoren zu stark betont und die Bedeutung der Lebensentwicklung, der Umwelteinflüsse und der psychogenen Momente beim Zustandekommen schwerer psychopathologischer Erscheinungen unterschätzt, so ergibt sich gerade an Hand der vorliegenden Untersuchungen der Eindruck, dass diese Unterschätzung weit weniger bei den ‚Klassikern' der deutschen Psychiatrie zu finden ist als bisher meist angenommen."[186] Am Schluss streute er noch den Hinweis ein, dass durch Pawlows Lehre von den Signalsystemen eine Kraepelin entsprechende Lehre gefunden worden sei.

Dass Müller-Hegemann die Zusammenhänge zwischen Umwelt und der Erkrankung an Schizophrenie nur sehen konnte, weil er bereits von vornherein annahm, dass die soziale Isoliertheit eine Rolle spielte, räumte er ein. Ohne die Beobachtung dieser Zusammenhänge, erklärte er, sei es bei der Diagnose der Schizophrenie geblieben. Er zitierte Kurt Schneider, der dies so sehe. Diese Haltung sah Müller-Hegemann jedoch auch als Beweis für die Begrenztheit der Schneiderschen Pathologie; nicht einmal Kraepelin, so Müller-Hegemann, sei so begrenzt gewesen. Wie in der westdeutschen Psychiatrie, so galt auch Müller-Hegemanns Kritik einer als dogmatisch und verengt empfundenen Psychopathologie, die er in Kurt Schneiders Psychopathologie repräsentiert sah.

Nachdem Müller-Hegemann seine Forschungen unter anderem auf dem Weltkongress in Zürich vorgestellt hatte, veröffentlichte er 1958 einen weiteren Beitrag, in dem er sein Forschungsthema präzisierte. Er plädierte dafür, die soziale Isolierung als ein wichtiges „pathogenes Moment" ernst zu nehmen, das zu oft übersehen werde, was dann die Auswirkung hatte, dass eine paranoide Psychose fälschlicherweise als Schizophrenie „verkannt" wurde.[187] Als Bezeichnung der von ihm identifizierten Krankheitsgruppe stellte er den Begriff „Psychopathologie der sozialen Isolierung" vor. In einer Diskussion von acht Krankengeschichten wog er die jeweilige Isolationssituation und den Ausbruch der Erkrankung ab, zeigte die spezifischen Reaktionen und diskutierte die Abgrenzung zu anderen Bildern. Dabei rührte ein Großteil aus dem Anliegen, eine bessere Differenzierung hinsichtlich der Therapie vornehmen zu können und nicht nur einheitlich mit Schockbehandlungen zu behandeln, „ohne vorher die psychopathologischen Eigenheiten der Patienten, auch ihre affektive Ansprechbarkeit unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten eingehend zu untersuchen und ohne ihre sozialen Verhältnisse in der Vorgeschichte einer detaillierten Prüfung zu unterziehen".[188] Die Notwendigkeit der Differenzierung begründete er – ganz ähnlich, wie es Karl

185 Müller-Hegemann, Über Homilopathien, alle Zitate S. 304.
186 Müller-Hegemann, Über Homilopathien, S. 304.
187 Dietfried Müller-Hegemann, Beitrag zur Psychopathologie der sozialen Isolierung, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 10 (1958), S. 347–355, hier S. 347.
188 Müller-Hegemann, Beitrag zur Psychopathologie der sozialen Isolierung, S. 354.

Leonhard in der Aufteilung seiner endogenen Psychosen tun sollte – mit einem therapeutischen Argument: Sie würden oft falsch behandelt, weil sie als Schizophrenien verkannt würden. In ganz ähnliche Richtungen des Umwelteinflusses argumentierten auch andere Beiträge der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, wie beispielsweise ein Aufsatz über „Schizoforme Psychosen bei Erschöpfungszuständen“[189] oder ein Beitrag zum Phänomen des „induzierten Irreseins“[190].

Interaktion statt Selbsterforschung

Die Abwendung Müller-Hegemanns von der Psychoanalyse und seine Konzeption eines eigenen, arbeitstherapeutisch ausgerichteten psychotherapeutischen Ansatzes wurden, wie spätere Gespräche mit Kollegen von ihm zeigen, unterschiedlich eingeschätzt und bewertet. Peter Schmidt, dessen Dozent Müller-Hegemann gewesen war, und der später bei ihm arbeitete, erklärte: „Von Psychoanalyse war da nichts zu hören.“[191] Jede Äußerung zur Psychoanalyse habe mit einer umfassenden Kritik begonnen, nur so sei es möglich gewesen, darüber zu reden. Infried Tögel, ein weiterer Mitarbeiter Müller-Hegemanns, bewertete den Bruch Müller-Hegemanns mit der Psychoanalyse nicht als durch äußere Entwicklungen und Zwänge, sondern durch wissenschaftliche Weiterentwicklung begründet: „Müller-Hegemanns Bewegung dagegen, weg von der Psychoanalyse hin zu einer rationalen Psychotherapie, war eine innere Entwicklung. Er hat in Leipzig die Psychotherapie wieder in Gang gebracht.“[192] Vor allem zu Beginn sei der Einfluss Pawlows stark spürbar gewesen. Kurt Höck, der zu einem der wichtigsten Psychotherapeuten für Neurosen in der DDR wurde, erinnerte sich, Müller-Hegemann habe nach seiner Entlassung aus der Gefangenschaft „hier ’ne große Pawlowära“ gemacht.[193] Auch Harro Wendt, der seine Karriere unter Müller-Hegemann begonnen hatte, berichtete über diese Zeit, damals „war unsere Richtung mehr die von Pawlow“.[194] Müller-Hegemann habe erklärt, es lohne sich schlicht nicht, Freuds Schriften zu lesen.

189 M. Oles, Schizoforme Psychosen bei Erschöpfungszuständen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 112–116.

190 Detlef Müller, Beitrag zum Problem des induzierten Irreseins, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 18–23.

191 Peter Schmidt, „Wer selber analytisch arbeiten will, muss sehen, wie er zurecht kommt.“ Fragen von Ludger M. Hermanns an Peter Schmidt am 1. 3. 1997 in Leipzig, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 255–267, hier S. 255.

192 Margarete Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 268–282, hier S. 271.

193 Regine Lockot, 1933 – 1945 – 1989. Gespräche mit Kurt Höck, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 283–314, hier S. 286.

194 Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, S. 273.

Dies bedeutete aber nicht, dass nicht andere und vor allem jüngere psychoanalytische Theorien rezipiert wurden. Für die DDR-Psychoanalyse, so das Urteil von Harro Wendt, war der 1953 verstorbene Schultz-Hencke, der Lehrer Müller-Hegemanns, der richtungsweisende Einfluss gewesen. 1956 war aber beispielsweise auch der Psychoanalytiker Medard Boss aus Zürich für eine Hospitanz in Leipzig gewesen. Wie bereits erwähnt, wurde die Methode der Schlaftherapie an der Leipziger Klinik mit anderen Verhandlungsverfahren wie Autosuggestion und autogenem Training ergänzt. Harro Wendt praktizierte tiefenpsychologisch fundierte Gespräche, allerdings nicht ohne die bereits erwähnten Differenzen mit Müller-Hegemann, die schließlich zum Bruch führten: „Müller-Hegemann hatte dauernd was rumzumäkeln. Der war ja der Einzige, der größte Psychotherapeut. Er wollte immer und unbedingt seine eigenen Ideen einbringen, die gar nicht so besonders eigen waren. Das hat mich geärgert. Wenn ich dann sagte: Das hab ich schon gemacht, wollte er nichts davon wissen."[195] Harro Wendt und Infried Tögel berichteten übereinstimmend, dass sie, auch wenn es keine Integration in spezifische Schulen gegeben habe, durchaus psychoanalytische Schriften gelesen und sich ihr psychoanalytisches Wissen so autodidaktisch angeeignet hatten: „Es gab keine Anknüpfung an persönlich überlieferte Traditionen. Aber es gab Bücher!"[196] Bei solchen Prozessen der Wissensaneignung und der praktischen Anwendung spielte der Austausch untereinander eine wichtige Rolle. Tögel erklärte, er habe das Meiste von Wendt und dessen Methode, stets nach Zusammenhängen, „nach Erlebnishintergründen von Symptomatik und nach dem Gewordensein von Haltungen" zu fragen, gelernt.[197]

Aber nicht nur aus den Erinnerungen von Zeitzeugen, sondern auch aus den fachwissenschaftlichen Quellen lassen sich Hinweise finden, dass zeitgenösssische psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Forschungen nach der Pawlow-Phase zumindest über Umwege oder als Beiträge von außen rezipiert werden konnten. Ein Beitrag eines ungarischen Psychiaters über eine Kombination von psychotherapeutischer und Reserpin-Behandlung in der Zeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* im Jahr 1958 nannte beispielsweise die Werke von Marguerite Sechehaye, John N. Rosen, Gaetano Benedetti und Dietfried Müller-Hegemann in einem Atemzug als Beispiele psychotherapeutischer Erfolge bei aussichtslos scheinenden Fällen.[198]

Müller-Hegemanns erstmals 1957 erschienenes Lehrbuch „Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende"[199] wurde schon 1961 in der dritten Auflage veröffentlicht, was zum einen das Interesse am Thema, zum anderen die Bedeu-

[195] Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, S. 274.
[196] Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, S. 275.
[197] Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, S. 274.
[198] Alfred Simkó, Die psychotherapeutischen Prinzipien der Reserpin-Behandlung von schizophrenen Patienten, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 10 (1958), S. 45–53.
[199] Dietfried Müller-Hegemann, Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende, Berlin 1957.

tung Müller-Hegemanns auf diesem Gebiet zeigte.[200] In diesem Lehrbuch stellte Müller-Hegemann seine Auffassung einer medizinischen und auf der klinischen Diagnostik aufbauenden Psychotherapie dar; von rein psychotherapeutischen Ansätzen hielt er nichts, auch, weil er die Gefahr sah – und diese auch mit eindrucksvoll gestalteten Fällen belegte –, dass eine mangelnde medizinische Betreuung und eine fehlerhafte Diagnostik rasch Konsequenzen nach sich ziehen konnten, im schlimmsten Fall eine körperliche Erkrankung übersehen wurde und die medizinische Behandlung zu spät kam. Insofern war Psychotherapie für Müller-Hegemann ein Teil des gesamten Behandlungskonzeptes, aber nicht der ausschließliche. Ebenso distanzierte er sich aber auch von biologistischen Ansätzen. So erklärte er, dass die Einseitigkeit, die manche der strikt physiologisch argumentierenden und denkenden Forscher an den Tag legten, nicht ausreiche und eine auf der Physiologie der höheren Nerventätigkeit aufbauende Psychologie weiterhin notwendig bleibe, „um dem lebenden Menschen mit seiner Subjektivtität, mit seinen bewussten Erkenntnis- und Willensvollzügen, ferner seinen Gefühlen und Strebungen, seinen Empfindungen und Trieben gerecht zu werden".[201] In einem Unterkapitel zu den endogenen Psychosen ging er vor allem auf die Milieu- und Arbeitstherapie ein, nahm aber auch Bezug auf die Entwicklungen in Westdeutschland, den USA und der Schweiz. Neben Schultz-Hencke – dessen Fall Olga D. er kritisch beleuchtete – erwähnte er vor allem Rosens Ansätze, für die er sich allerdings auf Arbeiten Benedettis beziehen musste.[202] Er gab auch die psychiatrische Kritik an der Psychotherapie der Schizophrenie wieder, zitierte aber abschließend Kurt Schneider, der sich für die Psychotherapie bei Psychosen – sofern sie nicht psychoanalytisch gestaltet wurde – ausgesprochen habe, und erklärte: „Dieses Urteil eines betont konservativen führenden Psychiaters der Gegenwart dürfte bei den skizzierten Auseinandersetzungen schwer wiegen."[203]

Auffällig ist bei diesem Literaturüberblick nicht nur, dass sich Müller-Hegemann nicht nur mit westlichen Entwicklungen auseinandersetzte, sondern dass er im ostdeutschen Raum keine erwähnenswerte Arbeit vorgefunden zu haben scheint. Mehr noch: Er zollte den psychotherapeutischen Bemühungen sogar indirekt Respekt, als er abschließend urteilte, „dass wir uns in keiner schlechten Gesellschaft befinden, wenn wir uns zu einer *Psychotherapie der Psychosen* insgesamt, und zwar *besonders mancher Schizophrenieformen bekennen*".[204] Allerdings tat er dies nur unter der Voraussetzung, dass die Distanz zu tiefenpsychologischen Ansätzen gewahrt blieb. Weiterhin wollte Müller-Hegemann die Frage offenhalten, wo die Grenze zwischen schweren Neurosen und Schizophrenie verlaufe. Seine eigenen Erfahrungen hätten ihn gelehrt, dass es Fälle mit schizophrener Symptomatik gebe, die am Anfang schweren Neurosen ähnelten; ob diese Fälle,

[200] Dietfried Müller-Hegemann, Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende, 3., erw. u. verb. Aufl., Berlin 1961. Im Folgenden wird aus dieser Ausgabe zitiert.
[201] Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 33.
[202] Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 210.
[203] Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 212.
[204] Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 213.

bei denen er besonders die Milieuveränderung und das „psychogene Moment" hervorgehoben hatte, wirklich Schizophrenien seien, müsse sich erst noch zeigen.

Hinsichtlich seiner eigenen Arbeiten machte er deutlich, dass er selbst nie einer Auffassung von Schizophrenie als Neurose angehangen habe, wie sie etwa Schultz-Hencke formuliert hatte. Er habe stets „ausdrücklich" erklärt, dass er im Hintergrund einen Vorgang in bestimmten Kortexbereichen vermutete. Die Klärung psychologischer Zusammenhänge, wie er sie betrieb, hätte nie das Ziel einer linearen, kausallogischen Erklärung verfolgt: „Wenn in einer Reihe von Fällen psychologisch verstehbaren Zusammenhängen soweit als möglich nachgegangen wurde, so sei betont, dass die Auffassung von einlinigen Kausalzusammenhängen uns hier und allgemein fremd ist. Gewiss können wir auch mit den eindringlichsten psychologischen Untersuchungen niemals mehr als einen Ausschnitt aus dem unteilbaren Gesamtgeschehen des schizophren erkrankten menschlichen Organismus erfassen. Ein solches Vorgehen ist allerdings nur sinnvoll bei der Annahme, dass psychische Faktoren als exogene Teilursachen hier im Spiel zu sein pflegen."[205] Die Entwicklung der Familienforschung von der Erbforschung hin zu Milieu- und Umweltstudien begrüßte Müller-Hegemann daher nachdrücklich. Vom psychoanalytischen Ansatz, Psychotherapie als „Aufdecken bestimmter Erlebniskomplexe"[206] zu betreiben, hielt er, so machte er deutlich, nach wie vor nichts. Stattdessen sollte das Gespräch zuerst darauf abzielen, einen Zugang zum Patienten zu gewinnen und „die autistische Abgeschlossenheit zu überwinden", um ihn in „reguläre zwischenmenschliche Beziehungen" zurückzuführen.[207] Die Arbeitstherapie diente auf diesem Weg als Unterstützung. In den Gesprächen zwischen Arzt und Patient sollte ein Vertrauensverhältnis entstehen, das den Erkrankten „gegen neue psychotische Einbrüche" stabilisieren und ihm die Wiedereingliederung in das „normale Leben" ermöglichen sollte.[208] Die Empfehlung Müller-Hegemanns lautete daher, Psychotherapie neben den anderen bekannten Behandlungsmethoden mit Medikamenten und Schocktherapie vor allem in frühen akuten Stadien einzusetzen, wo sie die Abgeschlossenheit des Patienten überwinden und bei der „Erhaltung und Neuformung seiner Persönlichkeit" helfe.[209]

Schon vor der Pawlow-Doktrin hatte Müller-Hegemann eine Auffassung von Psychotherapie vertreten, die weniger psychoanalytisch als vielmehr strukturell argumentierte. Diese kam ihm ebenso zugute wie er sich Pawlow zunutze machte, um seine bisherigen Forschungen und seine weitere Laufbahn zu sichern.[210]

[205] Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 213 f.
[206] Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 214.
[207] Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 215.
[208] Müller-Hegemann, Psychotherapie, S. 215.
[209] üller-Hegemann, Psychotherapie, S. 219.
[210] Ganz ähnlich konstatierte auch Mitchell G. Ash, dass Wissenschaft in der DDR bedeuten konnte, sich selbst, die eigene Forschung und die Begrifflichkeiten anzupassen, aber auch, sich das System der DDR zur Sicherung der eigenen Forschung nutzbar zu machen, siehe Mitchell G. Ash, Kurt Gottschaldt (1902–1991) und die psychologische Forschung vom Nationalsozialismus zur DDR – konstruierte Kontinuitäten, in: Dieter Hoffmann/Kristie Macrakis (Hrsg.), Naturwissenschaft und Technik in der DDR, Berlin 1997, S. 337–359, hier

So entstand ein Verständnis von Schizophrenie, in dem sich Veranlagung und Umwelteinflüsse nicht ausschlossen. Vielmehr wurde die Bedeutung äußerer Einflüsse, der Umwelt, des Milieus und der zwischenmenschlichen Beziehungen stark hervorgehoben. Diese Vorstellung von Schizophrenie bezog sich auf den Menschen als soziales, gesellschaftliches Wesen, das sich in der Interaktion mit anderen ausbildete und geprägt wurde. Nicht in der Introspektion und der Selbsterforschung, der Beschäftigung mit dem eigenen Selbst und der eigenen Lebensgeschichte sollte der Mensch sich erkennen, sondern in der Interaktion mit seiner Umwelt, in der Beschäftigung oder Arbeit, der Aktivität. Daher war die Fokussierung einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die Konzeption der Therapie als Raum, in dem Anschluss an andere Menschen gefunden werden sollte, naheliegend. Im Unterschied zum westlichen, psycho- oder auch daseinsanalytischen Verständnis von Schizophrenie war aber die Frage nach der Verständlichkeit des Wahnsinns kein wesentlicher Teil der Diskussion um die Psychotherapierbarkeit. Auch Müller-Hegemann beschäftigte sich weniger auf einer abstrakt-theoretischen Ebene mit Psychopathologie als vielmehr auf einer therapiebezogenen, pragmatischen Ebene. Ebenso blieb in seinem Ansatz die Anwendung eines symptomorientierten Wissens im Wesentlichen erhalten: Sprachliche Kommunikationsstörungen und Ausdrucksschwierigkeiten nahm er als Symptome wahr und nicht als Chiffren.

Nosologische Rückzüge

Die biologische Auffassung von Schizophrenie als einer körperlich bedingten Krankheit wurde in der ostdeutschen Psychiatrie weder in den fünfziger noch in den sechziger Jahren einer grundlegenden Kritik unterzogen, ganz im Gegenteil. Der Berliner Psychiater Karl Leonhard etwa positionierte sich deutlich gegen alle Versuche, Schizophrenie psychoanalytisch zu deuten. International bekannt durch seine „Aufteilung der endogenen Psychosen“ von 1957, einer Weiterentwicklung der Nosologie in der Tradition von Carl Wernicke und Karl Kleist, wurde er zum Aushängeschild der ostdeutschen Psychiatrie, wenn es um internationale Kongresse und Tagungen ging. Dass er einer strikt medizinischen Psychiatrie anhing und von psychoanalytischer, tiefenpsychologischer und phänomenologischer Psychiatrie wenig hielt, stärkte seinen Stand auch politisch. Er war 1955 aus Frankfurt am Main an die Medizinische Akademie Erfurt gekommen, wo er Professor für Psychiatrie und Neurologie wurde. Nachdem er bereits zuvor durch die Publikation einer neuen Aufteilung der schizophrenen Psychosen Bekanntheit erlangt hatte, konzentrierte er sich nun zunehmend auf die Individualtherapie der

S. 359. In der SED-Führung, so Ash, sei ein spezifischer Respekt vor Erkenntnis vorhanden gewesen, verbunden mit dem Wunsch, die Anwendungsmöglichkeiten sowie die Anerkennung für die Forschung und das damit verbundene Image von Modernität optimal auszunutzen, ebd., S. 356.

Neurosen, eine der Verhaltenstherapie ähnliche Methode.[211] Auch nach seinem Ruf an die Humboldt-Universität im Jahr 1957, der mit der Stelle des Direktors der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité verbunden war, führte er diese Forschungen weiter und gründete dafür zwei Jahre später eine psychotherapeutische Abteilung mit fünzig Betten, drei Psychologinnen und einem Psychologen, die er ganz nach seinen eigenen Vorstellungen der Individualtherapie gestaltete. Dass er als einer der wenigen aus dem Westen nach Ostdeutschland ging, sicherte ihm von staatlicher Seite einige Freiheiten.[212]

Sein psychotherapeutisches Konzept schnitt Leonhard auf die Neurosenbehandlung zu. Leonhard ging davon aus, dass die Neurosen stark mit der inneren Verfasstheit und Wesensart der individuellen Persönlichkeit zusammenhingen, weshalb auch die Therapie auf die jeweilige Persönlichkeitsstruktur abgestimmt sein musste. Dabei schwebte ihm eine aktive, ermutigende Therapie vor; „passive Methoden", also etwa Hypnose oder suggestive Verfahren, ließ er außen vor.[213] In seinen psychopathologischen Arbeiten verfolgte er stets das Ziel, die Notwendigkeit einer neuen Einteilung der endogenen Psychosen klar vor Augen zu stellen. Dass er mit diesen nosologischen Forschungen nicht unbedingt den therapeutisch orientierten Geist seiner Zeit traf, war ihm bewusst, er fand jedoch Strategien, sich dagegen zu behaupten. So überhöhte er den zeitgenössischen Einfluss der psychoanalytischen Verfahren, um sie dann erbittert zu kritisieren und für die Probleme der Psychiatrie verantwortlich zu machen. In der Einleitung seiner „Aufteilung der endogenen Psychosen" schrieb er gleich zu Beginn: „Die Psychiatrie befindet sich in bezug auf die endogenen Psychosen in einem Zustand von Verwirrung. War man sich lange Zeit doch in einer Reihe von Grundauffassungen einig, so scheint das heute alles nicht mehr der Fall zu sein. Seit die Neuroselehre FREUDS in den Bereich der endogenen Psychosen übergegriffen hat, ist für manche geradezu der Begriff der endogenen Psychose selbst überflüssig geworden. Weitgehend gilt das für den Bereich der angloamerikanischen Länder. Wenn ein Mensch dadurch schizophren wird, dass er in seiner Säuglingszeit die zunehmende Zerrüttung der elterlichen Ehe miterleben musste, oder vielleicht schon dadurch, dass er in jener Zeit seine Muttermilch nicht pünktlich bekam, dann ist für diese Psychose der Begriff des Endogenen natürlich nicht mehr zutreffend. Da in der Entstehung der endogenen Psychosen neben der Erblichkeit noch andere wesentliche Faktoren eine Rolle spielen müssen, wäre an sich nichts

[211] Zur Individualtherapie und ihrer Einordnung in den therapeutischen Kontext siehe ausführlich Henry Malach, Die Individualtherapie Karl Leonhards. Rekonstruktion und Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Methoden der 50er und 60er Jahre, Diss. Berlin 2009.

[212] Siehe Klaus-Jürgen Neumärker, Die „Individualtherapie der Neurosen" von Karl Leonhard in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité Berlin, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 99–105. Neumärker erwähnt, dass Leonhard in seinem Vertrag zugesichert wurde, dass er seine Praxis nach seinen eigenen Vorstellungen führen dürfe, ebd., S. 100 f. Zur Geschichte der Charité siehe Herrn/Hottenrott, Die Charité zwischen Ost und West (1945–1992).

[213] Neumärker, Die „Individualtherapie der Neurosen" von Karl Leonhard in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité Berlin, S. 102 f.

dagegen einzuwenden, auch einmal an Möglichkeiten zu denken, wie sie FREUD für die Neurosen als ausschlaggebend ansah. Leider geht es hier aber nicht nur um die Genese, sondern über dieser Frage droht die gesamte Kenntnis psychiatrischer Krankheitsbilder mit all ihrer Mannigfaltigkeit verlorenzugehen. Man gewöhnt sich vielfach schon ab, eine Diagnose zu stellen, bemüht sich nicht mehr um das Zustandsbild, das nebensächlich erscheint. Man geht nur noch der Lebensgeschichte nach, vor allem der Lebensgeschichte der Kindheit und Säuglingszeit. Die Psychiatrie ist dadurch als Wissenschaft sehr verarmt."[214]

Allerdings machte er nicht nur den „Einbruch der Psychoanalyse" für den Untergang der psychiatrischen Wissenschaft verantwortlich, sondern auch die seiner Meinung nach stark verkürzte Kraepelin-Rezeption, die dessen Beschreibung verschiedener Krankheitsbilder zugunsten der Zweiteilung in Schizophrenie einerseits und manisch-depressives Irresein andererseits habe fallen lassen. Zu den angeblichen Erfolgen der Psychotherapie in der Behandlung schizophrener Psychosen äußerte er sich noch 1967 mit entschiedener Skepsis. Im „Fall Renée" von Marguerite Sechehaye wollte er – unter Berufung auf Klaus' Untersuchung des Falls – keine Schizophrenie erkennen, und die amerikanischen Therapeutinnen und Therapeuten wie Frieda Fromm-Reichmann oder John N. Rosen verwendeten keinen ihn überzeugenden Schizophreniebegriff.[215] Leonhards Kritik galt dabei einerseits der analytischen Methode selbst, andererseits aber auch ihren Ergebnissen. Mochte sie auch, so erklärte er, in die Ideenwelt der Kranken eingreifen können, eine wirkliche Beseitigung der schizophrenen Symptome leiste sie aber nicht.[216]

Seine fundamentale Kritik an den psychotherapeutischen Bemühungen im Sinne der Psychoanalyse hielt Leonhard jedoch nicht davon ab, das therapeutische Argument für die Aufwertung der eigenen Arbeit einzusetzen. Einfühlsamkeit und Zuwendung seien therapeutisch ehrenwert und hilfreich, so hatte Leonhard bereits 1956 erklärt, die psychotherapeutischen Bemühungen nützten jedoch nicht viel, wenn sie nicht individuell genau zugeschnitten sein – und dafür sei eine genaue Kenntnis der verschiedenen Formen unabdingbar, auch wenn die Diagnostik im modernen psychoanalytischen Zeitgeist keinen guten Stand

214 Karl Leonhard, Aufteilung der endogenen Psychosen, 3., durchgesehene und ergänzte Auflage, Berlin 1966, S. 1. Den Zustand der Psychiatrie als Wissenschaft hatte Leonhard schon in seinem Lehrbuch „Grundlagen der Psychiatrie" von 1948 kritisiert, allerdings noch nicht die Psychoanalyse dafür verantwortlich gemacht. Der „Aufteilung der endogenen Psychosen" lagen seiner Einleitung zufolge „526 phasische Psychosen" und „324 Schizophrenien" zugrunde, die er in der Zeit zwischen 1937 und 1942 in der Frankfurter Nervenklinik und in bayerischen Anstalten untersucht hatte, siehe die Ausgabe von 1966, S. 3 f.

215 Karl Leonhard, Zur Pathogenese der Schizophrenien von den Endzuständen her gesehen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 19 (1967), S. 321–326, hier S. 321 f. Leonhard bezog sich auf Conrads ausführliche Kritik des Falls in Conrad, Die beginnende Schizophrenie, S. 147–155.

216 Leonhard, Zur Pathogenese der Schizophrenien von den Endzuständen her gesehen, S. 323.

habe.[217] Die genauere Differenzierung zwischen den verschiedenen Formen sei allein dafür notwendig, um die Entscheidung zwischen den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten fällen zu können. Zur Illustration stellte er die Krankengeschichte eines Patienten vor, der mit 58 Elektro- und 20 Insulinschocks behandelt worden war und davon einen dauernden Hirnschaden davongetragen hatte – dabei, so Leonhard, hätte diese Behandlung nicht in diesem Ausmaß stattfinden müssen, wenn man sich differenzierter mit der Diagnose beschäftigt hätte. Leonhard zeigte außerdem keine Scheu, die Einteilungen der bedeutenden Psychiater wie Kraepelin als ungenügend zu bezeichnen.[218]

Für den Blick auf den Patienten bedeutete die Suche nach der nosologischen Wahrheit vor allem eins: eine genaue Beobachtung der Störungen, ihrer Unterschiede, Abstufungen und Erscheinungsformen, um auf der Basis von Symptomgruppierungen dann Argumente für eine differenzierte Diagnose zu sammeln. Ein Verständnis von Schizophrenie als Ausdruck psychischen Erlebens war von vornherein ausgeschlossen. Die Symptome, die ein Schizophrener zeigte, waren Symptome einer Krankheit, und nicht Zeichen oder gar Ausdrucksweisen oder Mitteilungen eines inneren Konfliktes. Bei Leonhards Beschreibungen der Patientinnen und Patienten handelte es sich um notierte Beobachtungen, denen die Annahme zugrunde lag, dass sich in dem Beobachteten die Krankheit und nicht die individuelle Patientin oder der individuelle Patient zeigte. Die Erzählungen der Patientinnen und Patienten waren für Leonhard Ausdruck ihrer Erkrankung. In der Beurteilung dessen, was sie erzählten, ging er von einem normalistischen Standpunkt aus vor. Als Kriterien für die Beurteilung, dass es sich um „absurde Ideen" handelte, formulierte er etwa die Erfahrung, dass das Verständliche verloren ginge: „Von *absurden Ideen* spreche ich, wenn die Kranken Behauptungen aufstellen, die den objektiven Möglichkeiten völlig entgegenlaufen, so dass ein Gesunder meist gar nicht verstehen kann, wie man so etwas überhaupt denken kann. Die selbstverständlichsten Erfahrungen des täglichen Lebens werden ignoriert, Gewissheiten, die für den gesunden Menschen absolut sind, scheinen nicht mehr vorhanden zu sein, physikalische Unmöglichkeiten gibt es nicht mehr, Naturgesetze werden einfach beiseite geschoben."[219]

Die Grenze zwischen dem, was die Patientinnen und Patienten erlebten, und dem, was für „Gesunde" nachvollziehbar sei, war in Leonhards Beschreibungen – auch wenn er einen Übergangsbereich dazwischen annahm – klar ausgeprägt. Dies zeigten auch seine Beschreibungen der Unterform „hypochondrische Paraphrenie", wenn er erklärte: „Die hypochondrischen Paraphrenen verlegen ihre *Sensationen* in die verschiedensten Teile des Körpers, mit Vorliebe in das Körperinnere. Organe, von denen man normalerweise nie eine bewusste Emp-

[217] Karl Leonhard, Über differenzierte Diagnostik und differenzierte Therapie der endogenen Psychosen. Bemerkungen zu einem Fall von Schockschädigungen des Gehirns, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 291–295, hier S. 291 f.

[218] Karl Leonhard, Die cycloiden, meist als Schizophrenien verkannten Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 359–364.

[219] Leonhard, Aufteilung der endogenen Psychosen, S. 287.

findung hat, werden mit Missempfindungen belebt. Soweit von Sensationen der Körperoberfläche, einem Stechen, Schneiden, Drücken, Brennen u. Ä. berichtet wird, glaubt man sie vielleicht normalen Sinneseindrücken vergleichen zu können. Wenn man aber weiter fragt, stellt sich meist heraus, dass die Sensationen doch auch hier ganz eigener Art sind. Das Stechen wird dann etwa mit einem Hindurchbringen der Nadel durch den ganzen Kopf verglichen, das Brennen mit einem Schrumpfen der ganzen Haut. Man erkennt dann wieder, dass es sich um Missempfindungen handelt, die vom Normalen nicht nachempfunden werden können."[220]

Ebenso sehr, wie der Text der Beschreibung der vermuteten Krankheitsbilder diente, fungierte er auch als Instrument zur Einübung des geforderten ärztlichen klinischen Blicks, der die Symptome erkennen und an ihnen die Entwicklung eines Krankheitsbildes nachvollziehen können sollte. Die mit der aufwändigen Diagnostik verbundene Mühe hielt Leonhard nicht nur aufgrund der Aussicht auf Überwindung der therapeutischen Hilflosigkeit für gerechtfertigt, sondern er argumentierte auch mit einem Zuwachs an prognostischem Wissen. Die Psychiatrie, so erklärte er, könne nur davon profitieren, wenn sie schwieriger werde, denn aktuell mache sie es sich, so sein Vorwurf, zu leicht: „Gerade die Leichtigkeit, mit der heute ein junger Psychiater seine Diagnose zu stellen vermag – er kann sie ja kaum verfehlen, wenn er von Schizophrenien und manisch-depressivem Irresein eine auswählt –, hat dazu geführt, dass viele überhaupt nicht mehr lernen, ein psychiatrisches Bild richtig zu sehen und zu beschreiben."[221] Wenn sie keine Laborbefunde oder sonstige Hilfsmittel zur Hand hätten, so ätzte Leonhard, könnten die meisten Psychiater anhand der Beobachtung der Symptome allein keine Diagnose stellen.

Diese Haltung Leonhards bestimmte auch die Forschungen an der Klinik der Charité, die unter Fragestellungen der Falldiskussionen und nosologischen Zuordnungen verliefen. So wurde am Fall einer 75-jährigen Patientin diskutiert, ob es sich um eine Involutionsparanoia handle,[222] oder anhand von zehn Fällen die Einteilung der Psychosen nach Emil Kraepelin bzw. Karl Leonhard vergleichend angewandt.[223]

Jedoch erwuchs Leonhards stark differenzierter Aufteilung mit dem Konzept der Einheitspsychose von Helmut Rennert, der seit 1958 den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie an der Universität in Halle innehatte, auch direkte Konkurrenz.[224] Um der zunehmenden nosologischen Komplexität und Uneinigkeit

[220] Leonhard, Aufteilung der endogenen Psychosen, S. 262.
[221] Leonhard, Aufteilung der endogenen Psychosen, S. 3.
[222] P. Hagemann, Über einen eigenartigen Wahn (Zur Involutionsparanoia Kleist), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 12 (1960), S. 219–230.
[223] H. Fürther, Eine Gruppe atypischer endogener Psychosen in der Sicht zweier psychiatrischer Schulen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 13 (1961), S. 324–340.
[224] Rennert gab seit 1960 ein Lehrbuch für Neurologie und Psychiatrie heraus, das bis in die achtziger Jahre in zahlreichen Auflagen erschien, siehe Helmut Rennert/Rudolf Lemke, Neurologie und Psychiatrie, 2., erw. Aufl., bearb. von Helmut Rennert, Leipzig 1960.

Herr zu werden, schloss sich Rennert der seit dem 19. Jahrhundert bestehenden Vorstellung an, dass alle psychotischen Formen auf einen einzigen Krankheitsprozess zurückzuführen seien, dessen Verlauf sich ebenso in der Symptomatik wie in der Schwere unterschiedlich gestalten konnte. Auch in Westdeutschland gab es einige Psychiater, die dieses Modell vertraten, darunter Klaus Conrad und Werner Janzarik. Nachdem Rennert zuerst von der Einheitspsychose gesprochen hatte, aktualisierte er den Begriff zu „Universalgenese", der seine Vorstellung einer einheitlichen Pathogenese präziser ausdrückte.[225] Er ging davon aus, dass der Entstehung von Psychosen ein Zusammenspiel von somatischen, funktionellen, erblichen und äußeren Faktoren zugrunde lag. Die verschiedenen psychotischen Krankheiten siedelte er innerhalb eines Spektrums an, dessen Pole von den affektiven Störungen und den chronischen Schizophrenien gebildet wurden. Mit diesem einheitlichen und integrierenden Ansatz bildete Rennert eine Art Gegenmodell zu Leonhards verästelter Aufteilung.[226] Die Auffassung von der Schizophrenie als somatisch begründeter Krankheit teilten sie jedoch.

Karl Leonhards Bekanntheitsgrad und sein Renommee waren international sehr hoch, was etwa prominente Rollen bei internationalen Kongressen und ein internationales Netzwerk zeigen. Allerdings fand eine praktische Anwendung von Leonhards Nosologie nur vereinzelt statt. Der Grund war wohl vor allem ein praktischer Aspekt. Leonhards Aufteilung verlangte eine genaue Beobachtung von oft nur in Nuancen bemerkbaren Zeichen und eine gründliche Einarbeitung in die Symptomgruppierungen. Dafür blieb im Klinikalltag und vor allem im Anstaltsalltag wenig Zeit. Das therapeutische Argument, das Leonhard oft angebracht hatte, verlor an Kraft, als mit den Psychopharmaka eine Behandlungsmethode gefunden zu sein schien, die im Großen und Ganzen über die verschiedenen Formen und Grade hinweg bei der gesamten Gruppe der Schizophrenien einheitlich zu helfen schien bzw. eine Aufteilung der Patientinnen und Patienten in Gruppen entlang der unterschiedlichen Wirkweisen der Medikamente nahezulegen schien. Außerdem gelang es auch an der Charité nicht, Leonhards psychopathologisches System als Grundlage eines für die Psychopharmakaforschung wichtigen Standardisierungsverfahrens zu etablieren. Wie eine akribische Auswertung der Fachartikel und Patientenakten durch Viola Balz und Matthias Hoheisel gezeigt hat, war es den Charité-Forschern letztlich nicht möglich, einen standardisierten Umgang mit Medikamenten zu entwickeln, der auf Leonhards Psychopathologie aufgebaut hätte. Leonhards Standardisierungsmodell war akzeptiert, konnte sich aber nicht durchsetzen.[227]

[225] Helmut Rennert, Therapeutisches Wirken im Blickwinkel der Universalgenese der Psychosen („Einheitspsychose"), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 17 (1965), S. 245–248.

[226] Zu Rennerts Biografie und Werk siehe auch Ekkehardt Kumbier, Zur Erinnerung an das Leben und Werk Helmut Rennerts (1920–1994), in: Der Nervenarzt 83/1 (2012), S. 76–83.

[227] Viola Balz/Matthias Hoheisel, East-Side Story: The Standardisation of Psychotropic Drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955–1970, in: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences 42/4 (2011), S. 453–466. Siehe zur Einführung und Verbreitung von

Dass Leonhards Einteilung für die nosologische und allgemeine psychopathologische Forschungsarbeit weiter interessant und handlungsleitend sein konnte, wird damit nicht angezweifelt. Insgesamt war sein Einfluss als Leiter der Nervenklinik der Charité und Mitherausgeber der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* hoch, ein Einfluss, den er einzusetzen verstand. Wie neueste Forschungen nahelegen, nutzte er beispielsweise seinen politischen und fachgesellschaftlichen Einfluss nicht für eine Förderung sozialpsychiatrischer Themen: Dass etwa die Rodewischer Thesen, ein Reformprogramm, nicht im Rahmen einer eigenen Publikation erschienen, war zumindest teilweise auf seinen Mangel an Unterstützung zurückzuführen, eine Haltung, die auch seine Zeit als Herausgeber der Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* prägte.[228]

Nachdem Dietfried Müller-Hegemann 1971 von einer Auslandsreise nicht mehr zurückkehrte, war Karl Leonhard, seit 1969 emeritiert, alleiniger Herausgeber der Zeitschrift. Unmittelbar darauf wurde auf politische Anordnung hin ein Redaktionskollegium gebildet, das die Zeitschrift gemeinsam zu verantworten hatte, und in dem sich neben Leonhard unter anderem auch Christa Kohler, die Nachfolgerin Müller-Hegemanns in Leipzig, Helmut Rennert und Karl Seidel wiederfanden. Signalisierte dieser Wechsel einerseits eine Repolitisierung im ideologischen Sinn – das Kollegium sollte die politische Linientreue der Inhalte sichern – , so markierte er doch auch einen generationellen Wandel, der die Tür aufstieß für neue Inhalte und Auseinandersetzungen.

Über die Unterschiede in den Theorien, Anschauungen und therapeutischen Konzepten hinweg lässt sich bilanzieren, dass die vorhandene Vorstellung von Schizophrenie durch die Ausrichtung der ostdeutschen Gesellschaft auf den Sozialismus insofern nicht beeinflusst wurde, als die Auffassung, dass es sich bei Schizophrenie um eine somatisch begründete Krankheit handle, erhalten blieb und weiter stabilisiert wurde. Der Einfluss, den die Pawlow-Phase darauf hatte, konnte sehr unterschiedlich ausfallen. Im Fall von Karl Leonhard stand dies in keinem Zusammenhang mit Pawlow; seine „biologische Psychologie“[229] bzw. Psychiatrie stellte sich klar in die Tradition der deutschen neuropathologischen und somati-

Psychopharmaka in der DDR Klöppel/Balz, Psychopharmaka im Sozialismus. Darin arbeiten Balz und Klöppel heraus, wie sich der Diskurs über Psychopharmaka, der von Industrie, Wissenschaft und Politik bzw. Staat getragen wurde, „in einer bestimmten Machtverteilung und einem spezifischen Regulierungswissen institutionalisierte“, ebd., S. 383. In psychopharmakologischer Hinsicht unterschied sich der ostdeutsche Diskurs nicht sonderlich vom westdeutschen, Unterschiede bestanden jedoch in der Argumentierung: In Ostdeutschland wurde die kostengünstige und rasche Wiederherstellung des Patienten als Arbeitskraft stärker akzentuiert, nicht überraschend vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung, die Arbeit in der DDR zugewiesen wurde. Außerdem wurde die Arzneimittelregulierung in Ostdeutschland als Expertensache betrieben, während sie im Westen dem freien Markt überlassen wurde.

228 Siehe Holger Steinberg, Karl Leonhard hat „kein Interesse!“ – Hintergründe über das Rodewischer Symposium aus neu aufgetauchten Quellen, in: Psychiatrische Praxis 41/2 (2014), S. 71–75; vgl. außerdem Teitge/Kumbier, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift, S. 619.

229 Karl Leonhard, Biologische Psychologie, Leipzig 1961.

schen Psychiatrie. Allerdings befand sich seine Auffassung in Übereinstimmung mit dem naturwissenschaftlichen Paradigma, das von politischer Seite aus erwünscht war. Über diesen biologischen Ansatz hinaus wurde Schizophrenie aber auch, wie die Analyse von Dietfried Müller-Hegemanns Entwicklung gezeigt hat, mit einem Umweltbezug versehen. Er berücksichtigte stärker die Umweltbedingungen und sozialen Beziehungen, die das Umfeld der Patientin oder des Patienten bildeten. Die schizophrene Patientin oder der schizophrene Patient sollten außerdem, so zumindest der Anspruch, genauso mit Rehabilitationsmaßnahmen und Arbeitstherapie auf die Rückkehr in die Gesellschaft vorbereitet werden wie andere Kranke auch. Diese Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten hing mit dem materialistischen Krankheitsverständnis der Schizophrenie und einer sozialistischen Prägung der Persönlichkeitsvorstellungen zusammen, das Diskussionen über den subjektiven Charakter des „Anderen" und seiner Rolle in der Gesellschaft weder vorsah noch die diskursiven Voraussetzungen dafür bereitstellte. Mit dem Beginn der siebziger Jahre begann sich dies jedoch zu ändern.

3. Öffnung für Neues oder Wendung nach Innen?

Nachdem die Pawlow-Phase bereits Ende der fünfziger Jahre vorbei gewesen war, hatte eine Aufweichung der ideologischen Positionen begonnen, als „einzelne Aspekte aus Freuds Lehre […] positiv bewertet" und die Psychoanalyse als eine zwar ungeliebte, aber doch wissenschaftliche Theorie respektiert wurde, wenngleich sie auch offiziell kein Teil der Ausbildung wurde.[230] In einer Art von gleichzeitigem, wechselseitigem Anerkennungsprozess fand außerdem das Reflexmodell von Pawlow, der durch seinen Status als sowjetischer „Wissenschaftsheiliger"[231] im Westen lange diskreditiert und missachtet worden war, seit den späten sechziger Jahren mit der Verbreitung und zunehmenden Anwendung der Verhaltenstherapie auch Beachtung in Westdeutschland – allerdings vor allem über den Umweg über die Vereinigten Staaten und Großbritannien und weniger im direkten Austausch mit den Kollegen in Ostdeutschland. So führte etwa Hans Bürger-Prinz 1972 im Vorwort des von Iver Hand verfassten Überblicks über Pawlows Lehren und „psychiatrisch bedeutsam gewordene naturwissenschaftliche Verhaltensmodelle" die zunehmende Bedeutung Pawlows „unter den zunächst als autonom auftretenden amerikanischen Lernpsychologen" auf das Verschwimmen der „früher sehr dogmatisch gezogenen Grenzen zwischen Pawlows ‚Konditionierung' und Skinners ‚operanter Konditionierung'" zurück.[232] Das Aufbrechen dieser Grenzen spiegelt den Wandel in der Psychiatrie zu Beginn der siebziger Jahre, als psychologische und naturwissenschaftliche Teildiskurse nicht länger als ein-

[230] Thiel/Walther, „Pseudowissenschaft" im Kalten Krieg, S. 324 f.
[231] Thiel/Walther, „Pseudowissenschaft" im Kalten Krieg, S. 320.
[232] Hans Bürger-Prinz, Geleitwort, in: Iver Hand, Pawlows Beitrag zur Psychiatrie. Entwicklungs- und Strukturanalyse einer Forschungsrichtung, Stuttgart 1972, S. V.

ander ausschließend, sondern als einander ergänzend in einem biopsychosozialen Gesamtdiskurs aufgingen. Der im Westen oft erhobene Vorwurf, Pawlows Lehre sei mechanistisch und eine „psychologiefeindliche Reflexmythologie", wurde nun zurückgenommen und als Missverständnis einer unzureichenden Kenntnis der Lehre vom zweiten Signalsystem angelastet, die für einen ganzheitlichen und die sozialen Umstände miteinbeziehenden Umgang stehe.[233] Gleichzeitig spiegeln sich in dieser Entwicklung auch die politischen Annäherungsprozesse von West- und Ostdeutschland der späten sechziger und siebziger Jahre. In dieser Phase der gegenseitigen Annäherung entstanden in der ostdeutschen Psychiatrie darüber hinaus Ideen und Bewegungen, die das Aufkommen einer neuen Subjektkultur begleiteten.

Psychiatrie international

Anders als es politische Stellungnahmen nahelegten, waren der Wissens- und Wissenschaftsaustausch durch die Teilung Deutschlands in DDR und Bundesrepublik zwar erschwert, aber nie unterbrochen worden. Bis zum Beginn der siebziger Jahre fand ein relativ ungehinderter Wissens- und Wissenschaftsaustausch zwischen den Wissenschaftlern in Ost und West statt. Mit der Einführung einer staatlichen Organisation und Kontrolle der Austauschprozesse wurde dieser Austausch zwar reglementiert und politisiert, konnte aber nicht unterbunden werden. Da es zum Selbstverständnis der Wissenschaften gehörte, Teil der internationalen wissenschaftlichen Gemeinschaft, ihrer Netzwerke, Tagungen und Diskussionen zu sein, wurden politische Reglementierungen kritisch wahrgenommen und die wissenschaftlichen Ziele in Aushandlungsprozessen zu sichern versucht.[234] Diese Beobachtung lässt sich auch auf den Bereich der wissenschaftlichen Psychiatrie übertragen. Die Rezeption von Forschungen und therapeutischen Praktiken aus anderen Ländern erfüllte verschiedenste Funktionen, vom gemeinsamen Austausch darüber, welche therapeutischen oder diagnostischen Methoden funktionierten und welche nicht, bis hin zur Sichtbarmachung und Abgrenzung von bestimmten Forschungsgebieten oder -trends. Über direkte Kontakte sowie Konferenz- und Tagungsteilnahmen im In- und Ausland war die ostdeutsche Psychiatrie über die Entwicklungen der Psychiatrie in Westdeutschland und die Entstehung der daseinsanalytischen und anthropologischen Denkstile im Bilde. So hatte beispielsweise im Jahr 1956 Hans-Jörg Weitbrecht – wenn auch kritisch – in einem Vortrag in Leipzig die daseinsanalytischen und psychoanalytischen Ansätze beschrieben. An einer Diskussion der Gestaltpsychologie, die von dem

[233] Siehe Hand, Pawlows Beitrag zur Psychiatrie, S. 37. Hand zitiert dort aus der ostdeutschen Literatur, v. a. aus den Aufsätzen Müller-Hegemanns in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* und Mettes Pawlow-Biografie, und macht sich deren Argumentationen bezüglich der Ganzheitlichkeit der Lehre Pawlows und der mangelnden Berücksichtigung der Lehre des zweiten Signalsystems zu eigen – mit beinahe 20-jährigem Abstand.

[234] Siehe Jens Niederhut, Wissenschaftsaustausch im Kalten Krieg. Die ostdeutschen Naturwissenschaftler und der Westen, Köln 2007.

klinischen Psychologen Alfred Katzenstein angestoßen worden war,[235] beteiligte sich auch der Marburger Psychiater Curt Weinschenk mit dem Abdruck eines im Februar 1956 in Leipzig gehaltenen Vortrags, der zugleich die Forschungen von Klaus Conrad referierte.[236] Alfred Katzenstein hatte außerdem 1955 über die Entwicklungen der Psychotherapie in den Vereinigten Staaten berichtet.[237] Auch auf dem Weltkongress der Psychiatrie in Zürich im Jahr 1957 hatten die ostdeutschen Psychiater Gelegenheit gehabt, die psychodynamischen Forschungen kennen zu lernen.[238] In ihrem in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* abgedruckten Bericht konzentrierte sich Eichler auf für die ostdeutsche Psychiatrie besonders interessante behandlungsbezogene und vor allem psychopharmakologische Themen, berichtete aber auch von dem Beitrag des Wiener Psychiaters Hoff, der im Hintergrund des Schizophrenieausbruchs die sich „fast wie ein Schicksalsdrama" entwickelnde und unter Umständen in der „Katastrophe" endende „Psychodynamik des Lebens" vermutete.[239]

Aber nicht nur durch persönlichen Austausch, sondern auch durch die Rezeption internationaler Forschungsliteratur und Studien bestanden Räume der Wissenszirkulation. Tatsächlich war der Rezeptionsgrad internationaler Literatur höher als der von ostdeutscher Literatur. Eine Auswertung der in der Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* besprochenen Bücher und in den Beiträgen verwendeten Fachliteratur zeigte, dass von den über den gesamten Erscheinungszeitraum hinweg rezensierten Büchern 60,9 Prozent aus der Bundesrepublik, 18 Prozent aus der DDR, 17,9 Prozent aus dem „Westblock" und nur 2,8 Prozent aus dem „Ostblock" stammten.[240] Auch hinsichtlich der zitierten Literatur stellten Studien und Bücher aus westlichen Ländern und Westdeutschland die deutlich größte Gruppe. Die Verwendung westlicher Literatur lag von 1949 bis 1959 bei knapp über 20 Prozent, von 1960 bis 1990 dann stets bei knapp über 35 Prozent. Der Einfluss westdeutscher Literatur wuchs sogar stetig an, von 15 Prozent in den fünfziger Jahren auf knapp unter 25 Prozent in den sechzi-

[235] Alfred Katzenstein, Gestalt- und klinische Psychologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 211–217, sowie Alfred Katzenstein, Nicht persönliche Beschimpfung sondern sachliche Diskussion! Eine Erwiderung auf den Artikel von Dr. H. D. Schmidt „Über eine unsaubere Methode der Diskussion in der Psychologie", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 284–288.

[236] Curt Weinschenk, Über die Bedeutung der Gestaltpsychologie für die Psychiatrie und Neurologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 39–47.

[237] Alfred Katzenstein, Psychotherapie in Amerika und ihre theoretischen Grundlagen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 7 (1955), S. 18–23.

[238] Lieselotte Eichler, Eindrücke vom 2. Internationalen Kongress für Psychiatrie in Zürich, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 10 (1958), S. 117–123, Zitat S. 119.

[239] Eichler, Eindrücke vom 2. Internationalen Kongress, S. 123. Hoff war auch der Verfasser eines Lehrbuchs der Psychiatrie von 1956, in dem er sich zwar gegen die analytische Psychotherapie bei Schizophrenie gestellt hatte – auch wenn sie, wie er einräumte, viel Neues zutage gebracht habe –, siehe Hans Hoff, Lehrbuch der Psychiatrie, Basel u. a. 1956, S. 489–492, aber auch Benedetti ein eigenes Kapitel über die Psychoanalyse bei Schizophrenie zugestanden hatte, siehe ebd., S. 489–492.

[240] Teitge/Kumbier, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift, S. 620.

ger Jahren und schließlich auf circa 30 Prozent in den siebziger und achtziger Jahren. Auch die Verwendung von Literatur aus der DDR stieg kontinuierlich, erreichte aber nie mehr als knapp über 20 Prozent. Der Einfluss von Literatur aus dem „Ostblock" sank dagegen nach einem Höhepunkt von zehn Prozent in den sechziger Jahren kontinuierlich ab. Ähnlich aufschlussreich ist auch die Analyse, wer in der einzigen psychiatrischen Fachzeitschrift der DDR publizierte: zu 79,9 Prozent handelte es sich um ostdeutsche Psychiater, zu 15,1 Prozent um Autoren aus dem „Ostblock", und nur fünf Prozent stammten aus Westdeutschland bzw. dem „Westblock".[241]

Was diese Zahlen zeigen, ist einerseits die geringe internationale Bedeutung der Zeitschrift, die vor allem einem internen Austausch der ostdeutschen Psychiater diente. Ebenso zeigt der hohe Anteil an internationaler Literatur aber auch das Streben danach, den internationalen Anschluss nicht zu verlieren, im Widerspruch zu der politischen Leitlinie, sich wissenschaftlich an der sowjetischen Psychiatrie zu orientieren und die ideologischen Grundlagen der Psychiatrie weiterzuentwickeln. Dem Mangel an marxistisch-leninistischer Grundlage versuchte die politische Führung in den siebziger Jahren daher auch, wie bereits erwähnt, mit Maßnahmen wie der Bildung eines mit der Kontrolle der fachlichen und ideologischen Richtung betrauten Redaktionskollegiums[242] oder der Reglementierung der Austauschprozesse zu begegnen. Wie politische Forderungen nach Ergebnissen mit allgemeinen wissensrelativistischen Argumenten ausgebremst wurden, illustriert folgendes Zitat des Dresdner Psychiaters Ehrig Lange: „Die ‚mit allem Nachdruck' vorgebrachte Betonung, die Psychiatrie werde ihren Aufgaben nur dann gerecht, wenn sie ‚eindeutige Klarheit' in den wissenschaftlichen Grundlagen nach modernstem Erkenntnisstand erreiche, ist uns als allgemein-medizinisches Grundanliegen verständlich, nicht aber als eine speziell nur unser Fach betreffende Aufforderung. Wie in anderen, hinsichtlich der kausalen Zusammenhänge unerforschten bzw. nicht hinreichend erforschten Bereichen, ist der moderne Entwicklungsstand in der Psychiatrie nichts Statisches, das mit ‚endgültiger Klarheit' erfasst werden könnte. Der moderne Erkenntnisstand befindet sich wie kaum in einem anderen Fachgebiet unter Auflösung mancher gültiger Positionen in Bewegung."[243]

Die Entdeckung westlicher „Verdienste"

Die Entwicklungen in den westlichen psychiatrischen Kulturen wurden auch in der russischen Psychiatrie wahrgenommen. Die Auseinandersetzung mit den daseinsanalytischen und existentialistischen Strömungen, wie sie Erich Sternberg

241 Teitge/Kumbier, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift, S. 620.
242 Teitge/Kumbier, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift, S. 618.
243 Ehrig Lange, Beitrag zu den Thesen zum Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 20 (1968), S. 151–153, hier S. 152.

vom Forschungsinstitut für Psychiatrie der Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Moskau vornahm, las sich dabei wie eine warnende Abschreckungsmaßnahme.[244] Sternberg beschrieb die westliche Psychiatrie als in einer „ernsten Krise" befindlich, wobei er die Daseinsanalyse und die anthropologische Psychiatrie – deren Einfluss immer noch im Zunehmen begriffen sei – als Zeichen dieser Krise identifizierte. Bei diesen handele es sich „um eine noch immer ansteigende Welle extrem idealistischer philosophischer Interpretationen", die eine „radikale Abkehr" von der naturwissenschaftlich-medizinischen Richtung darstelle.[245] Seinen Vorwurf der unzulässigen Vereinfachungen, Vernachlässigung der Gesetzmäßigkeiten und mangelnde Empirie führte er am soeben erschienenen Theorie-Band der „Psychiatrie der Gegenwart" aus: Die Beiträge von Wyrsch und Matussek etwa zeigten sich rein philosophisch und hoch spekulativ, simplifizierten die klinischen Befunde und Gesetzmäßigkeiten und zeigten damit stellvertretend, „in welchem Maße die zu einer ‚Anthropologie' gewordene phänomenologische Psychopathologie sich von dem medizinischen Begriff dieser Disziplin als einer Lehre von den allgemeinen Gesetzmäßigkeiten der Erscheinungsformen und des Verlaufs der psychischen Störungen entfernt hat, d. h. aus einer empirischen Wissenschaft zu rein philosophischer Interpretation geworden ist".[246] Ihr Bild „des Schizophrenen" sei ebenso „ein höchst einseitiges und vereinfachtes", nicht nur, weil sie sich vor allem und beinahe ausschließlich nur mit einer Form der Schizophrenie, nämlich der paranoiden Psychose, beschäftigten, sondern auch, weil sie sich nur für einen Bereich der Symptome interessierten und andere völlig ausblendeten. Aus dem Gerede über das „Wirrsein", den „Standverlust" oder das „Ausgeliefertsein" würde sich zudem nichts Neues ergeben, nur „komplizierte, sprachlich ungewöhnliche und dabei ungenaue metaphorische Umschreibungen einfacher klinischer Fakten".[247] Das Fazit lautete also: Der „Einbruch des Existentialismus" sei nicht nur eine „Abkehr", sondern nachgerade ein „Verzicht" auf ein empirisches, naturwissenschaftlich angeleitetes Vorgehen; er sei in hohem Maße subjektiv und individualistisch, beruhe auf Deutungen und ignoriere klinische Tatsachen, wenn er sie nicht bis zur Unkenntlichkeit umformuliere und hinter einer „bizarren Terminologie" verberge.[248]

Der Text Sternbergs lässt sich als ideologisch motivierte, strategische Kritik lesen, die mit der Absicht vorging, die westliche Forschung als unhaltbar zu delegitimieren und die eigene Forschung mit den Attributen der Wahrheit, Objektivität, Wissenschaftlichkeit und Empirie auszustatten. Die deutliche Abgrenzung der daseinsanalytischen, existentialistischen und anthropologischen Strömungen als krisenhafte Psychiatrie des Westens von einer klinischen, idealisierten Psychiatrie

[244] Erich Sternberg, Zur Kritik der existentialistischen und anderen antinosologischen Richtungen in der modernen westlichen Psychiatrie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 16 (1964), S. 397–402.
[245] Sternberg, Zur Kritik, S. 397.
[246] Sternberg, Zur Kritik, S. 398.
[247] Sternberg, Zur Kritik, S. 401.
[248] Sternberg, Zur Kritik, S. 402.

weist in diese Richtung. Gleichzeitig ähnelte die Stoßrichtung der Argumentation aber auch den westdeutschen Debatten um die Aufrechterhaltung psychopathologischer Prinzipien, so wenn Sternberg etwa erklärte, dass die anthropologische Psychiatrie sich von der Medizin „als einer Lehre von den allgemeinen Gesetzmäßigkeiten der Erscheinungsformen und des Verlaufs der psychischen Störungen entfernt" habe oder „dass aus den Begriffen der existentialistischen Psychiatrie nicht nur das nosologische Prinzip verschwindet, sondern dass infolge des Verzichts auf jede biologischen, medizinischen oder psychologischen Untersuchungen der psychischen Erkrankungen auch der Krankheitsbegriff als solcher sinnlos und überflüssig" werde.[249] Das Argument der Wissenschaftlichkeit wurde auch in diesem Kontext eingesetzt.

Als sich der Leipziger Universitätspsychiater Klaus Weise und der Philosoph Achim Thom zwei Jahre später im Jahr 1966 ebenfalls in einem Artikel mit Daseinsanalyse und anthropologischer Psychiatrie befassten, stimmten sie Sternberg in seiner Kritik an der philosophischen Unterwanderung der Psychopathologie, die keine gute Grundlage für wissenschaftliches Denken sei, prinzipiell zu. Allerdings hielten sie es nicht für ausgeschlossen, dass diese Zugänge wichtige Fragen aufwarfen, mit denen zu beschäftigen notwendig und vielleicht, wenn man die „Verzerrungen und Einseitigkeiten" entfernte, auf diesem Wege möglich sei. Gerade dass diese Theorien sich bereits so lange in der Diskussion hielten, lasse doch den Schluss zu, dass sie „in irgendeiner Weise echte Fragen und Entwicklungsprobleme berühren".[250] Als diese „echten Fragen" führten Weise und Thom auf: Ob es möglich sei, von den subjektiven Inhalten her mehr über die Genese psychiatrischer Krankheiten zu erfahren, eine „tieferen Einblick" zu erhalten? Ob man die Krankheiten in Beziehung setzen könne zu „normalpsychologische[n] Persönlichkeitsentwicklungen und Umweltbeziehungen", indem man ähnliche Strukturen ausmachte? Ob es möglich sei, diese Strukturen durch die Analyse des „psychopathologischen Erlebens" und die Anamnese der Lebensgeschichte zu erfassen? Und schließlich: „Kann über das Verständnis dieser psychischen Inhalte krankhafter Entwicklungen und die dadurch eventuell mögliche Kommunikation mit dem in einer besonderen Erlebniswelt stehenden Kranken ein echter therapeutischer Effekt erzielt werden?"[251]

Damit begann die (Wieder-)Entdeckung der Lebensgeschichte und die Entwicklung eines spezifischen Selbst- und Krankheitsverständnisses in der ostdeutschen Psychiatrie, das stärker als zuvor psychologisch begriffen und konzeptioniert wurde. In den Prozessen der Entdeckung und Aneignung der philosophisch-psychologischen Denkstile spielte eine wesentliche Rolle, dass die „geisteswissenschaftliche", das heißt anthropologische und daseinsanalytische

[249] Sternberg, Zur Kritik, S. 398 und 399.

[250] Klaus Weise/Achim Thom, Zu einigen philosophischen und methodologischen Problemen der daseinsanalytischen und anthropologischen Bestrebungen in der neueren Psychiatrie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 18 (1966), S. 296–304, hier S. 298.

[251] Weise/Thom, Zu einigen Problemen, S. 298.

Psychiatrie ihre philosophische Hochphase bereits überwunden hatte und sich in Richtung einer dynamischen, umweltbezogenen und sozialpsychiatrischen Richtung entwickelte. Aus einer Phase des Fragens und Problematisierens waren diese bereits in eine Phase der Antworten und Wissensansprüche übergetreten. So berichteten Weise und Thom, dass die diskutierten Strömungen auf die formulierten Fragen bereits in der Empirie gewonnene Antworten geliefert hätten. Sie erklärten, es könne „heute als gesichert gelten", dass weder somatische Ursachen noch soziale Situationen eindeutig und linear zu bestimmten Krankheiten führten, und ebenso bei den meisten Krankheiten eindeutige Rückschlüsse auf ihre Ursachen kaum zu ziehen seien. Der entscheidende Faktor sei vielmehr „in der aus der Dynamik zwischen Anlage und Umwelt sich ergebenden lebensgeschichtlichen Prägung der Persönlichkeit zu sehen".[252] Das herausgestellt zu haben, sei der Verdienst der Daseinsanalyse und der anthropologischen Psychiatrie, die nicht wie „die früheren psychodynamischen Ansätze auf das Subjekt, seine intrapsychischen Abläufe, die Triebdynamik und die Abwehrmechanismen zentriert" seien, sondern „die Beziehungen des Menschen zu seiner Welt" in den Fokus nehmen würden.[253]

In ihrer Analyse der daseinsanalytischen und phänomenologischen Betrachtungsweisen stimmten Weise und Thom deren Annahmen und Aussagen weitgehend zu, ergänzten sie aber um eine stärker umweltbezogene und soziale Komponente. Nicht nur die Lebensgeschichte, so betonten sie, sondern auch die Situation und die soziale Umwelt sowie die gesellschaftlichen Bezüge seien wesentliche analytische Anhaltspunkte. Daraus ergäben sich dann auch, so die Verfasser, entscheidende Schlussfolgerungen für die Psychotherapie: Diese müsse sich um einen echten Kontakt und echte Kommunikation mit dem Patienten bemühen, um echtes Verstehen des pathologischen Erlebnisses und der lebensgeschichtlichen Hintergründe. Es genüge nicht, sich nur auf die gesunden Anteile zu konzentrieren, und sich nicht darum zu kümmern, wie das spezifische Erleben etwa im Wahn aussehe. Bei den meisten Patienten zeige sich in einer solchen Betrachtung, dass sie wesentliche Persönlichkeitsbereiche nicht verwirklicht und entfaltet hätten und ihr Lebensentwurf eingeengt sei; der Frage, welcher Bereich dies sei, müsste in der Therapie daher besonders nachgegangen werden.[254]

Im darauffolgenden Jahr nahm Dietfried Müller-Hegemann, den der Vorstoß von Weise und Thom aufgrund seiner eigenen zahlreichen Forschungen zur sozialen Situation des Individuums besonders beschäftigte, Stellung zu dem Beitrag. Wie kaum anders zu erwarten, wollte er nicht das ganze Lob für die Hinwendung der Psychiatrie zum Individuum den Daseinsanalytikern überlassen. Daher wandte er gegen Weises und Thoms Thesen ein, dass zahlreiche Psychiater – darunter auch Bleuler und Kraepelin – in den Jahrzehnten zuvor bereits auf die Bedeutung der Umwelteinflüsse hingewiesen hätten. Ebenso hätte es auch

[252] Weise/Thom, Zu einigen Problemen, S. 299.
[253] Weise/Thom, Zu einigen Problemen, S. 301.
[254] Weise/Thom, Zu einigen Problemen, S. 302–303, hier S. 301.

Milieu- und Arbeitstherapie, Gruppenpsychotherapie und sozialpsychiatrische Richtungen bereits zuvor gegeben.[255] Ansonsten begründete auch Müller-Hegemann – wie Sternberg – seine Kritik an der Daseinsanalyse mit wissenschaftlich-nosologischen Argumenten. Er schloss sich im Wesentlichen der Kritik Sternbergs an, und wenn er auch „Bemühungen […], durch eine verstehende Psychologie (Gruhle), durch eine sozial-anthropologische Gesamtschau (von Baeyer) u. dgl. neue Gesichtspunkte in der klinischen Arbeit zu finden", nicht von vornherein widersprechen wollte, hielt er es doch für eine notwendige Voraussetzung, dass sie die bisherigen Grundlagen und die Tradition der medizinischen, empirischen Forschung akzeptierten. Aufgrund praktischer Erwägungen hielt Müller-Hegemann es für sinnvoller, bei der traditionellen Nosologie zu bleiben, statt mit neuen Begriffen und Theoriebildungen noch mehr Verwirrung zu stiften.[256]

Auf diese Einlassungen Müller-Hegemans reagierten Weise und Thom mit einer umfassenden Kritik der Voraussetzungen und Logik der Nosologie. Argumentativ bezogen sie sich auf eine strukturpsychologische Richtung, die die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Umwelt stärker berücksichtigte. Die Forschungen der letzten Jahre hätten gezeigt, so Weise und Thom, dass eine endogene Psychose „das Ergebnis des lebensgeschichtlichen Entwicklungsprozesses im Zusammenwirken von Anlage und Umwelt" mit einem Schwerpunkt auf den „sozialen Bedingungszusammenhängen" sei.[257] Es sei daher sinnvoll, somatische und psychologische Untersuchungen in gegenseitiger Ergänzung anzuwenden und für eine bessere individuelle Anpassung der Therapie einzusetzen. Müller-Hegemanns Einwand, dass nicht nur die Daseinsanalyse und anthropologische Psychiatrie sich um ein Verständnis der Psychosen und integrative Maßnahmen verdient gemacht hätten, ließen Weise und Thom jedoch nicht gelten. Stattdessen betonten die beiden Psychiater noch einmal, dass es der „Verdienst der verschiedenen Richtungen der verstehenden Psychopathologie einschließlich vieler Fragestellungen der psychiatrischen Anthropologie und Daseinsanalyse" gewesen sei, den „psychologischen, auf die persönlichkeitsspezifischen Bedingungen psychiatrischer Erkrankungen gerichteten Aspekt in den Vordergrund gerückt

[255] Dietfried Müller-Hegemann, Kritische Bemerkungen zu den daseinsanalytischen und verwandten Richtungen in der gegenwärtigen Psychiatrie (mit Bezug auf die einschlägige Publikation von K. Weise und A. Thom in der vorliegenden Zeitschrift 18, 296 [1966]), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 19 (1967), S. 35–38.

[256] Müller-Hegemann, Kritische Bemerkungen, S. 38: „Die Aufrechterhaltung eines klinischen Ordnungssystems, einer Nosologie, ermöglicht eine gemeinsame Sprache zwischen den Psychiatern verschiedener Länder und Schulen, ohne die jegliche umfassende Erfahrungsbildung zweifelhaft wäre. Nachdem in den letzten Jahrzehnten diese gemeinsame Sprache in Gefahr geraten ist, und zwar mehr durch bestimmte Theorienbildungen als durch die naturwissenschaftlich-klinische Empirie – denn durch sie können differente Auffassungen kritisch überprüft und angenähert werden –, erscheint es notwendig, den theoretischen Auseinandersetzungen mehr Aufmerksamkeit als bisher zu schenken und den nosologischen Erfahrungsschatz der Psychiatrie gegen eine sachlich unbegründete Kritik zu verteidigen."

[257] Klaus Weise/Achim Thom, Methodologische Erwägungen zur Entwicklung und Funktion der psychiatrischen Nosologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 20 (1968), S. 425–434, Zitate S. 431.

zu haben".[258] Die verstehende Psychopathologie – wie sie etwa in den Arbeiten von Jürg Zutt und Caspar Kulenkampff vertreten werde – habe so die Entstehung sozialpsychologischer Vorstellungen begünstigt. Ebenso sei in den USA die „viel frühere und intensivere Entwicklung der sozialpsychiatrischen Forschung" auf den „wesentlich bestimmenderen Einfluss" der Psychoanalyse und Psychodynamik zurückzuführen.[259] Während die deutsche Psychiatrie sich noch mit deskriptiven Analysen und Nosologie und Erbbiologie beschäftigt habe, habe die amerikanische Psychiatrie bereits mit sozialpsychologischen und sozialpsychiatrischen Konzepten gearbeitet und auch die Rolle der Familie gesondert untersucht.

Die milieu- und arbeitstherapeutischen Ansätze Müller-Hegemanns dagegen unterzogen Weise und Thom ebenfalls einer Kritik: Es stünde zwar außer Zweifel, „dass sie wesentliche Erkenntnisse über die Bedeutung der sozio-kulturellen Umwelt gebracht" hätten, die „Subjektivität des einzelnen Kranken" sei aber „außerhalb des Blickfeldes" geblieben.[260] Mit einer psychologischen Betrachtung werde die Objektivierung der Kranken gemindert, weil sie nicht nur das Symptom betrachte, sondern den Kranken in seiner Gesamtpersönlichkeit, mit seiner Erkrankung, ernst nehme und versuche, mit ihm in ein Gespräch zu gelangen. Die Erfahrungen mit der Psychotherapie bei schizophrenen Patienten hätten gezeigt, so Weise und Thom, dass eine solche Gesprächstherapie sehr wohl möglich sei, und dass der Kranke selbst in seinem Wahn versuche, in Bezug mit seiner Umwelt zu treten: „Die Bedeutung dieser psychotherapeutischen Erfahrung für die Theoriebildung und Methodik in der Psychiatrie auch im Bereich der Psychosen ist kaum hoch genug einzuschätzen."[261]

Weise und Thom forcierten also nicht nur die sozialpsychologische Weiterentwicklung des Westens, sondern kritisierten auch stark die Ignoranz gegenüber der Lebensgeschichte. Auch hierauf folgte eine Erwiderung Müller-Hegemanns, in der er versuchte, die diskursiven Grenzen, die Weise und Thom mit ihren Äußerungen in verschiedene Richtungen hin überschritten hatten, wieder instand zu setzen. Hauptsächlich konzentrierte er sich auf ihre Formulierung, der Mensch und seine Beziehung zur Welt seien erst mit den modernen westlichen Strömungen in die Psychiatrie getreten. Aber auch ihrer nosologischen Kritik und ihrem Eintreten für die Einheitspsychose trat er entschieden entgegen. Weise und Thom unterstützten die Idee einer Einheitspsychose, weil diese in ihren Augen ein mehrdimensionales diagnostisches Konzept, das auch die Persönlichkeitsentwicklung und die sozialen Bezüge einschloss, gewährleisten konnte. Diese nosologische Kritik konnte auch als Kritik an Karl Leonhards Forschung gelesen werden, wie Müller-Hegemanns Reaktion zeigte: Ausdrücklich forderte er Respekt

[258] Weise/Thom, Methodologische Erwägungen, S. 431.
[259] Weise/Thom, Methodologische Erwägungen, S. 432.
[260] Weise/Thom, Methodologische Erwägungen, S. 432.
[261] Weise/Thom, Methodologische Erwägungen, S. 432.

und Anerkennung für Leonhards Forschungsleistungen und äußerte prinzipielle Zweifel an der Zuverlässigkeit und Wahrheitstreue von Weises Aussagen.[262]

Wenngleich die kritischen Äußerungen von Weise und Thom mit Müller-Hegemanns Stellungnahmen umgehend in eine Diskussion eingebunden wurden, ist diese Auseinandersetzung doch ein Beispiel für eine neue Offenheit im Umgang mit psychologischen Ansätzen aus dem Westen. Bemerkenswert war, dass diese Artikel noch unter der Herausgeberschaft von Leonhard und Müller-Hegemann erschienen. Die Beiträge von Weise und Thom spiegeln das neue Selbstverständnis, das sich an der Leipziger Klinik nach dem Weggang Müller-Hegemanns mit einer neuen Ausrichtung entwickelt hatte; die Auseinandersetzung war auch Ausdruck dieses Bruchs in Leipzig, der mit dem Generationenwechsel stattgefunden hatte.

In der Folge begannen zum Ende der sechziger Jahre hin diskursive Veränderungsprozesse. In dieser Zeit zeichnete sich, so konstatierten Viola Balz und Ulrike Klöppel, in der Psychiatrie und den sozialreformerischen Zielen eine „Wendung nach Innen" ab, begleitet von individualisierenden Strategien, die der Aktivierung des Selbstführungspotentials der Patientinnen und Patienten dienen sollten.[263] Dazu zählten auch psychodynamische Ansätze, sofern sie mit den marxistisch-leninistischen Ideen und der Vorstellung eines sozialistischen Selbst in Einklang zu bringen waren. Ansonsten dominierten in den sechziger und siebziger Jahren psychopharmazeutische Forschungen, arbeits- und gruppentherapeutische Berichte und auch immer mehr sozialpsychiatrische Themen die fachlichen Auseinandersetzungen.

Mit der Psychologisierung und Sozialpsychiatrisierung des psychiatrischen Diskurses änderten sich aber auch die Vorstellungen und das Wissen von Schizophrenie. Im Wandel der Auffassung von Schizophrenie als einer ausschließlich körperlich begründeten Krankheit hin zu der Vorstellung, dass sie durch äußere Einflüsse und Umstände mit ausgelöst wurde, löste sich zwar manches von Müller-Hegemanns Konzeption des Menschen als Wesen in einer sozialen Gemeinschaft ein.[264] Hinzu kamen jedoch psychodynamische Ansätze, die mit fortschreitender Zeit immer offener eingefordert wurden. So erklärte Klaus Weise, der mittlerweile Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität Leizpig geworden war, 1974 in einem Artikel über die Diagnose psychiatrischer Erkrankungen, es könne „heute kein Zweifel mehr darüber bestehen, dass auch bei primär vorwiegend somatisch bedingten Psychosen im Verlauf und für die Entwicklung von Rezidiven psycho-

[262] Dietfried Müller-Hegemann, Bemerkungen zu der Veröffentlichung von K. Weise und A. Thom: „Methodologische Erwägungen zur Entwicklung und Funktion der psychiatrischen Nosologie", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 21 (1969), S. 70–72.

[263] Vor dem Hintergrund dieser Diskussion wirkt es eigenartig, dass Müller-Hegemann bei einer politischen Krisensitzung anlässlich des als zu gering eingestuften wissenschaftlichen Niveaus und zu gering ausgeprägten ideologischen Standpunkts der Psychiatrie zwei Jahre später besonders hart kritisiert wurde, siehe Balz/Klöppel, Wendung nach Innen.

[264] Ein Kommentar zu diesem Wandel bei Dietfried Müller-Hegemann, Über reaktive Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 22 (1970), S. 172–177, hier S. 176.

und soziodynamische Faktoren […] die Führung in der Dynamik des Krankheitsgeschehens übernehmen".[265] Weiter erklärte er, Wahnerlebnisse hätten ähnliche, wenn auch qualitativ verschiedene „funktionsdynamische Zusammenhänge" wie Neurosen, und könnten „als subjektive Verzerrungen" interpretiert werden. „Psychopathologische Symptome", so fuhr er fort, „sind damit nicht Symptome eines somatischen Krankheitsprozesses, sondern abnorme bzw. pathologische Stile kommunikativen Verhaltens." Dieses Krankheitsverständnis, das „sich aus der gesellschaftlichen Daseinsform des Menschen, der spezifisch menschlichen Form der Individuum-Umwelt-Beziehung" ergebe und das naturwissenschaftliche Krankheitsverständnis ergänzen sollte, begriff Krankheit im Wesentlichen als „Ausdruck einer Dekompensation des Psychischen" und der „Anpassungsfähigkeit des Menschen gegenüber Belastungen und Konflikten".[266] Psychodynamische und analytische Vorstellungen prägten diesen Ansatz, aber auch der Umweltbezug des Individuums wurde mitgedacht. Mit der wichtigen Rolle, die dem Kreis der Leipziger Psychiater um Klaus Weise zukam, konnte sich psychodynamisches Wissen und die Berücksichtigung sozialer, umweltbezogener Aspekte zunehmend als Teil eines Sprechens über Krankheit, Psychosen und Schizophrenie etablieren. War die Berücksichtigung der Umwelt und psychotherapeutischer Ansätze durch Müller-Hegemanns Konzepte bereits seit den fünfziger Jahren Teil des ostdeutschen Psychiatriediskurses gewesen, so begann nun auch – in umgekehrter Reihenfolge wie in der westdeutschen Psychiatrie – verstärkt die Entdeckung der individuellen Situation und des individuellen Erlebens und damit auch anderer therapeutischer Methoden. Spätestens mit einem Überblicksbeitrag von Rainer Schwarz, der am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim arbeitete, war dann schließlich auch der Begriff des multifaktoriellen Ansatzes in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* angekommen.[267]

Psychologisierung des „sozialistischen Selbst"

Das in der westdeutschen Psychiatrie beobachtbare Streben, ein besseres Verständnis für die Vorgänge der Schizophrenie zu erreichen, spielte in der ostdeutschen Rezeption dieser Ansätze nur eine geringe Rolle. Möglicherweise hing dies mit der um einige Jahre verschobenen Rezeption zusammen, die weniger die Motivation der ersten Vorstöße und Infragestellungen als vielmehr die Ergebnisse dieser Forschungen aufnahm. Die Rede von einem besseren Verständnis für die inneren Vorgänge im Krankheitsgeschehen, aber auch in gruppentherapeutischen Situationen tauchte in der ostdeutschen Psychiatrie in den sechziger und siebziger Jahren jedenfalls weniger in der methodologischen Diskussion psychothera-

[265] Klaus Weise, Zur Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 26 (1974), S. 6–13, hier S. 11.
[266] Weise, Zur Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen, S. 12.
[267] Siehe Rainer Schwarz, Neuere Ergebnisse der Schizophrenieforschung, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 30 (1978), S. 193–208.

peutischer Verfahren als vielmehr im Kontext von eigenen analytischen Erfahrungen und Selbsterfahrungsgruppen auf. Aus diesem Erfahrungswissen wurde das methodische und therapeutische Wissen heraus angepasst oder erweitert.

Zu einer Analyse zu gehen, gestaltete sich noch Ende der sechziger Jahre als schwierig, konnte aber auch in der Selbstwahrnehmung als Form der Opposition fungieren. Der Psychiater Peter Schmidt, der 1968 zu dem Leipziger Psychoanalytiker Alexander Beerholdt zur Analyse ging, nachdem ihm 1962 ein Fluchtversuch misslungen war, schreibt diesem Gang zu Beerholdt „ein durch Nachteil gewonnenes Stück Freiheit" zu, eine „mögliche Opposition gegen das diktatorische System".[268] Auch andere Erfahrungsberichte, zu späteren Zeitpunkten geführte Interviews und rückblickende Erinnerungen der psychotherapeutisch tätigen Psychiaterinnen und Psychiater tendieren dazu, die analytische Tätigkeit als subversiven oder widerständigen Akt zu beschreiben. Auch wenn man diese Erinnerungen als Versuche liest, sich vom sozialistischen Metanarrativ zu emanzipieren und Kontinuitäten einer psychoanalytischen Tradition zu kreieren, lässt sich doch auch an anderen Stellen beobachten, dass sich neben einer staatlich erwünschten „sozialistischen Psychotherapie" eine therapeutische Kultur im „Untergrund" bildete, die vorhandene Handlungsspielräume wahrnahm und ausnutzte.[269]

Der zitierte Peter Schmidt hatte bereits während seiner Zeit in Rodewisch und dann auch in Leipzig vereinzelt Gesprächstherapie praktiziert. Die Analyse bei Beerholdt zu machen, erschien ihm als einzige Möglichkeit, mehr über Psychotherapie – im analytischen Sinne – zu erfahren und zu lernen. Auch wenn diese Analyse keine Ausbildung ersetzte und er sich eine theoretische Orientierung und das Anwendungswissen weiterhin selbst aneignen musste, beschrieb er sie als Basis eines neuen Verständnisses für die eigenen Patientinnen und Patienten: „Das Verständnis für Patienten und ihre Probleme war durch die eigene Analyse sehr gewachsen – die Möglichkeiten, das Verständnis beim Patienten zur Wirkung zu bringen, aber bisher umso geringer, je gestörter der Patient war. Ich musste erleben, dass Bemühungen ins Leere gingen, weil sie aus der Methode heraus nicht wirksam waren. Das erweiterte Verständnis war jedoch nicht wertlos und konnte wirksames Vorgehen begründen. War ein Patient so resigniert und hoffnungslos, dass er den einzigen Ausweg in der Rente sah, dann war ohne gelingende Ermutigung keine Therapie wirksam; das konnte man wirklich verstehen. Oder war eine Familie so tiefgreifend zerstritten, dass der Patient mit psychotischer Symptomatik Vergeltung gegen die Bezugsperson ausübte, dann half nur stationäre Therapie. […] Den Sinn von Symptomen erkennen zu können und die Bedeutung von Abwehr zu erfahren, hat Sinn in einem System, in dem Bewusstsein der Gesellschaft dienen soll und Abweichungen Bewusstseinsfehler sind und für Subjektives überhaupt kein Raum vorhanden ist."[270] Als notwendige Vorausset-

[268] Schmidt, „Wer selber analytisch arbeiten will, muss sehen, wie er zurecht kommt.", S. 256.
[269] Christine Leuenberger, Socialist Psychotherapy and Its Dissidents, in: Journal of the History of the Behavioral Sciences 37/3 (2001), S. 261–273.
[270] Schmidt, „Wer selber analytisch arbeiten will, muss sehen, wie er zurecht kommt.", S. 259.

zung für die Bildung einer psychotherapeutischen Kultur, in deren Rahmen auch die Ausbreitung der dynamisch intendierten Gruppentherapie durch Kurt Höck einzuordnen ist, beschrieb Schmidt den ideologischen Wandel, der durch Achim Thoms publizistisches Schaffen angeregt und betrieben wurde. Schmidt erklärte: „Die Gesellschaft war ihrem Verständnis nach nicht fehlerhaft, und damit waren Fehler Fehler des Bewusstseins und als solche abzuschaffen. Erst Professor Thoms Auffassung, die Gesellschaft könne mit ihren Mitgliedern, die in der kapitalistischen Zeit aufgewachsen und verbildet worden seien, noch für ein oder zwei Generationen zu tun haben, schuf einen Raum, in dem sich die Psychotherapie entfalten konnte."[271]

Die Erfahrung eines besseren Verständnisses der Patientinnen und Patienten nach einer eigenen Erkundung analytischer oder therapeutischer Verfahren, die Schmidt ansprach, teilten auch die Selbsterfahrungsgruppen. 1972 berichteten die beiden Psychiater Jürgen Ott und Michael Geyer in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* über ihre Erfahrungen in einer an der Erfurter Klinik 1968 gegründeten Selbsterfahrungsgruppe und notierten unter anderem, dass sie dort die Sensibilität gegenüber unbewussten und bewussten Einflüssen auf das Verhalten bei sich selbst und anderen gewonnen hätten. Rückblickend ergänzte Michael Geyer: „Wir verstanden unsere Patienten und uns selbst auf eine neue Weise und erlebten einen starken Kontrast sowohl zur Unangemessenheit als auch Banalität herkömmlicher Konzepte und Erklärungsmuster, wie sie von unseren Vorgesetzten vertreten wurden."[272] Die Erfurter Selbsterfahrungsgruppe war zugleich ein wichtiger Agent bei der Einführung und Vermittlung psychodynamischen Denkens.[273] Es ging darum, durch die Überwindung der in der Gruppe erfahrenen eigenen Abhängigkeit die Selbstverantwortlichkeit und die Subjektivität des Individuums zu stärken.

An der Entwicklung eines neuen Persönlichkeitsmodells, das psychodynamisch ausgerichtet war und dennoch nicht im Widerspruch zu staatlich-ideologischen Vorgaben stand, war außerdem Kurt Höck vom Haus der Gesundheit entscheidend mitbeteiligt. Auch Höck führte an der Klinik Hirschgarten des Hauses der Gesundheit Selbsterfahrungsgruppen ein, die von zahlreichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchlaufen wurden. Die dort gemachten Erfahrungen und das dort erworbene Wissen wurden auch therapeutisch weitergegeben.[274] Der Psychiater Gerold Hiebsch, Assistenzarzt an der Nervenklinik der Universität in Halle, lernte in einer von Heinz Hennig geleiteten Selbster-

[271] Schmidt, „Wer selber analytisch arbeiten will, muss sehen, wie er zurecht kommt.", S. 260. Zu Thoms gesellschaftsphilosophischem Modell und seiner Anwendung der marxistisch-leninistischen Theorie auf die Psychiatrie siehe Kapitel III.

[272] Michael Geyer, Kommentar zur Publikation „Bericht über eine Selbsterfahrungsgruppe nach 16 Monaten" von Jürgen Ott und Michael Geyer, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 359–354, hier S. 351.

[273] Michael Geyer/Wolfgang Senf, Gruppentherapie in der DDR. Michael Geyer im Gespräch mit Wolfgang Senf, in: Psychotherapie im Dialog 2 (2001), S. 232–235.

[274] Geyer/Senf, Gruppentherapie in der DDR.

fahrungsgruppe das Verfahren „Katathymes Bilderleben" kennen und war fasziniert davon, „über die Möglichkeiten der Symbolisierung der inneren Objektwelt Zugang zu den eigenen verschütteten Konflikten zu bekommen". Auch er stellte einen direkten Zusammenhang von der Selbsterfahrung und der analytischen Methode, die er in Einzelgesprächen vereinzelt anwandte, zum besseren Verständnis seiner Patienten her: „Die Dynamik der psychotischen Erkrankungen schien mir vor dem Hintergrund analytischen Denkens verständlicher. Ich war überzeugt, dass nicht eine Stoffwechselstörung die Ursache dieser Erkrankungen war, sondern eine individuelle Leidensgeschichte."[275] Jedoch waren auch diese nicht-universitären und nicht-institutionalisierten, letztlich privaten Räume der Selbsterfahrungsgruppen in hohem Maße überwacht und abgehört, was manche davon abhielt hinzugehen, andere erst nach der Wende realisierten.[276]

Vor dem Hintergrund der sozialpsychiatrischen Diskussionen, der Reformpläne und der Rezeption der Hinwendung zum Subjekt in der westlichen Forschungsliteratur hatte auch die Suche nach einem therapeutischen Konzept begonnen, das Elemente der verstehenden und der sozialen Psychologie beinhalten sollte. 1968 hatte Johannes Helm an der Humboldt-Universität in Berlin mit der Aneignung des gesprächspsychotherapeutischen Verfahrens nach dem amerikanischen Psychologen und Therapeuten Carl Rogers begonnen, seit 1971 wurde auch eine entsprechende Ausbildung dort angeboten.[277] Wie Klaus Weise rückblickend schilderte, erschien ihm die personenzentrierte Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers als eine „Psychotherapie vom Subjektstandpunkt, bei der die Struktur des Psychischen, die subjektiven Erfahrungen, die innere Erlebniswelt des Betroffenen voll erhalten bleiben".[278] Er teilte den Ansatz von Rogers, dass die Therapie subjekt- und nicht therapeutenzentriert sein müsse, und das subjektive Erleben in seiner Einzigartigkeit respektiert werden müsse. Rogers ging davon aus, dass der Patient keiner Lenkung bedürfe, da alle wichtigen Ansätze bereits in ihm selbst vorhanden seien. In diesem Sine war er von den Möglichkeiten der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung überzeugt, ein Ansatz, der nicht nur für die ostdeutsche Psychiatrie und Psychologie, sondern auch in Westdeutschland eine zunehmend wichtige Rolle spielte.[279] Auch

[275] Gerold Hiebsch, Selbsterfahrung hinter dem Rücken der Macht, in: Projekt Psychotherapie 2 (2008), S. 18–19.

[276] Siehe den Bericht von Annete Simon, Über die Blindheit im Beruf, in: Klaus Behnke/Mitchell G. Ash (Hrsg.), Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi, Hamburg 1995, S. 242–254, hier v. a. S. 242–244. Zur Tätigkeit des Ministeriums für Staatssicherheit (MfS) an der Universität Leipzig siehe Elise Catrain, Hochschule im Überwachungsstaat. Struktur und Aktivitäten des Ministeriums für Staatssicherheit an der Karl-Marx-Universität Leipzig (1968/69–1981), Leipzig 2013.

[277] Hans-Joachim Maaz, Zur Geschichte der Psychotherapie in der DDR, in: European Journal of Mental Health 6/2 (2011), S. 213–238, hier S. 221 f.

[278] Weise, Psychosoziales Krankheitsverständnis und Psychiatriereform, S. 412.

[279] Zu Carl Rogers Bedeutung für die Entwicklung einer psychotherapeutischen Alltagskultur siehe Brigitte Lohff, Von der Normalität des Unglücklichseins. Überlegungen zum Phänomen Psychotherapie als Teil des Alltagslebens ab den 1960er Jahren, in: Christine Wolters/

Leipzigs Vorreiterrolle hinsichtlich sozialpsychiatrischer Forschung wurde in der westdeutschen Psychiatrie deutlich wahrgenommen. Die gemeinsamen sozialpsychiatrischen Themen und Anliegen führten zu regem Austausch, an dem insbesondere Klaus Dörner aus Gütersloh, Erich Wulff aus Gießen bzw. Hannover, Karl Peter Kisker aus Hannover und Achim Thom und Klaus Weise aus Leipzig beteiligt waren.[280]

An den psychotherapeutischen Abteilungen wurde vor allem die dynamisch intendierte Gruppentherapie betrieben, so am Haus der Gesundheit in Berlin unter Kurt Höck. Auch dort gab es analytische Einflüsse in unterschiedlichem Grad.[281] Seit 1974 wurden am Haus der Gesundheit auch Ausbildungen in der Intendiert Dynamischen Gruppenpsychotherapie angeboten.[282] Besondere Bedeutung erlangte für psychoanalytisch Interessierte ab den siebziger Jahren die Nervenklinik Uchtspringe, wo Harro Wendt und Infrid Tögel 1972 mit „Problemfallseminaren" begannen, einer an das Modell der „Balintgruppen" angelehnten Ausbildungsform. Wendt, der von 1961 bis 1991 Ärztlicher Direktor war, hatte sich bereits während seiner Zeit in Leipzig unter Müller-Hegemann für analytische und tiefenpsychologische Einzeltherapie interessiert und nutzte seine Position in Uchtspringe, diese neben der Gruppentherapie zu etablieren. Dass er Mitglied der SED war, sicherte ihn politisch ab, auch wenn bekannt war, dass er sich nicht „konform" verhielt.[283] Von den Problemfallseminaren berichtete Wendt auch in der *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* 1979. Die Ausstrahlungskraft der Entwicklungen in Leipzig, Berlin oder Uchtspringe reichten über ihre Publikationen bis in die Anstalten hinein.[284] Als weiterer Effekt der Hinwendung zum Subjekt kann auch die Stärkung der Einzelpsychotherapie benannt werden, die sich neben der starken Dominanz der Gruppenpsychotherapie zunehmend behaupten konnte. 1982 wurde unter dem Namen „Dynamische Einzelpsychotherapie" in der Gesellschaft Ärztliche Psychotherapie der DDR eine eigene Sektion zur Einzelpsychotherapie gegründet.[285] Für die ostdeutsche Psychotherapie er-

Christof Beyer/Brigitte Lohff (Hrsg.), Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 325–355, hier S. 343–346.

280 Vgl. Topp, Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin, S. 309.

281 Petra Sommer, Kurt Höck und die psychotherapeutische Abteilung am Haus der Gesundheit Berlin – institutionelle und zeitgeschichtliche Aspekte der Entwicklung der Gruppenpsychotherapie in der DDR, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 355–377.

282 Karena Leppert, Psychotherapie in der DDR, in: Elmar Brähler/Wolf Wagner (Hrsg.), Kein Ende mit der Wende? Perspektiven aus Ost und West, Gießen 2014, S. 221–233, hier S. 228.

283 Meador, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, S. 268. Tögel: „Der Chef, der musste ideologiekonform sein, und wenn der etwas absicherte, dann ging auf der Ebene darunter viel. Da konnte auch Vertrauen entstehen." Ebd., S. 279.

284 Groß, Jenseits des Limes, S. 194.

285 Diese psychodynamische Einzeltherapie als Spezialform einer tiefenpsychologischen Behandlungsmethode war vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Entstehungsbedingungen und aufgrund ihrer besonderen Akzentuierung der Übertragungs-Gegenübertragungs- und Widerstands-Problematik eine „originäre ostdeutsche Entwicklung", siehe Maaz, Zur Geschichte der Psychotherapie in der DDR, S. 228.

wies es sich schließlich sogar als Vorteil, so der Psychiater und Psychoanalytiker Hans-Joachim Maaz rückblickend, dass es keine psychoanalytischen oder psychotherapeutischen Schulen gab, die eine gewisse Abhängigkeit und Einschränkung bedeutet hätten. Stattdessen konnten sich eigene Ansätze frei entwickeln.[286] Gleichzeitig institutionalisierte und professionalisierte sich die Psychotherapie noch mehr: Seit 1979 gab es den Facharzt für Psychotherapie, den bis zur Wende um die 100 Fachärzte zusätzlich erwarben. Zugleich wurde der Austausch zwischen ost- und westdeutschen Psychoanalytikerinnen- und analytikern und Psychotherapeutinnen und -therapeuten in den 1980er Jahren durch Fortbildungsveranstaltungen und Seminare verstärkt.

Wohl am deutlichsten, aber nicht nur in der Aufnahme der Gesprächstherapie nach Carl Rogers und der Zunahme von Einzeltherapie drückte sich eine Hinwendung der Psychiatrie zur Person aus. Nicht jede Klinik ging in dieser neuen Subjektorientierung so weit wie die Leipziger Klinik, in der, wie Weise berichtete, sogar darüber nachgedacht wurde, die Vergabe von Diagnosen aufgrund ihrer entindividualisierenden Wirkung aufzugeben, um sich noch mehr auf den Patienten und seine spezifischen Probleme konzentrieren zu können.[287] Andererseits hielten nach wie vor viele Psychiaterinnen und Psychiater – darauf wies auch Weise hin – schizophrene Patientinnen und Patienten für eine Gesprächstherapie weiterhin für ungeeignet. An der Leipziger Klinik wurde jedoch weiter an der Implementierung des Selbst-Wissens gearbeitet: Ende der 1980er Jahre waren die Vorstellungen von Selbstverwirklichung, Selbstentwicklung und Selbstfindung in den Klinikalltag integriert.[288] Vor allem die psychotherapeutischen Angebote im ambulanten Sektor sollten den Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen dazu dienen, einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und bestimmten auslösenden oder schwierigen Situationen zu lernen.[289] Außerdem wurde für eine Gruppe von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie ab Mitte der siebziger Jahre auch autogenes Training angeboten, was lange Zeit als unmöglich gegolten hatte. Im Kontext dieser Neuerungen wurden auch die Arbeiten Benedettis wiederentdeckt.[290] Das Erlernen von Selbstbeobachtungs- und Selbstführungskompetenzen sollte aber nicht eine Anpassung an gesellschaftliche Anforderungen, sondern vielmehr die Umgestaltung und Veränderung der Lebensverhältnisse und der sozialen Situation erreichen.[291] Dahinter

[286] Hans-Joachim Maaz, Psychoanalyse im multimodalen Ansatz – eine ostdeutsche Entwicklung, in: Peter Diederichs (Hrsg.), Psychoanalyse in Ostdeutschland, Göttingen 1998, S. 96–114, hier S. 100.

[287] Weise, Psychosoziales Krankheitsverständnis und Psychiatriereform, S. 414.

[288] So beschreibt es Sabine Gollek, vgl. Sabine Gollek, Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie – eine persönliche und praktische Erfahrung, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 416–421, hier S. 417.

[289] Weise, Psychotherapie in der Psychiatrie, S. 298.

[290] Siehe Hellmut Starke, Das autogene Training im Rahmen der Therapie schizophrener Patienten, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 28 (1976), S. 343–351.

[291] Weise, Psychotherapie in der Psychiatrie, S. 300.

stand – und dies galt für die meisten alternativen psychotherapeutischen Bemühungen dieser Zeit – ein Wandel von einer beruhigenden oder pädagogischen Therapieausrichtung hin zu einer emanzipatorischen. Was den unterschiedlichen Initiativen seit den späten sechziger Jahren gemeinsam war, war die Betonung einer – mehr oder weniger stark ausgeprägten – kritischen Haltung, die in den therapeutischen Techniken als Auseinandersetzungs- und Kommunikationsformen eingeübt werden sollte. Damit zielten sie auf eine Stärkung des Subjekts, die auch erste Selbstorganisationformen von Patientinnen und Patienten ermöglichte wie die Leipziger Schizeria, eine Mitte der achtziger aus einer Malgruppe entstandene Gruppe, die nach der Wende einen Verein gründete und eine eigene Zeitschrift herausgab.[292]

Die Psychologisierung des „sozialistischen Selbst",[293] die sich seit den siebziger Jahren beobachten ließ, weist Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede zur Entdeckung des Menschen als individuelles, geschichtliches Wesen in der westdeutschen Psychiatrie der fünfziger Jahre auf. Während Ähnlichkeiten vor allem in der stärkeren Subjektorientierung und einem Selbstverständnis als Gegen- oder Erneuerungsdiskurs bestanden, beruhten die Unterschiede vor allem auf einer anderen Gewichtung des Verhältnisses von Umwelt und Lebensgeschichte sowie der Motivation bzw. den Gründen für die Psychologisierung. Dem therapeutisch-pragmatischen Geist der siebziger Jahre entsprechend, war das Ziel der ostdeutschen Reformpsychiater weniger, das psychodynamische Geschehen im schizophrenen Prozess *allgemein*, das heißt auf einer abstrakten Ebene, besser zu verstehen. Vielmehr wurde das psychologische Wissen mit therapeutisch-rehabilitativen Zielen angewandt. Diese Motivation schlug sich auch in den fachwissenschaftlichen Publikationen nieder, die sich nicht mit ausführlichen Erlebnis- und Lebensgeschichtsstudien aufhielten, sondern eher therapeutische Anleitungen formulierten. Eine mit der Bedeutungsaufladung der Neurosen vergleichbare Konzeptionalisierung der Schizophrenie im Kontext der „sozialistischen Persönlichkeit" lässt sich – zumindest für den ausgewerteten Zeitraum der siebziger Jahre – nicht ausmachen.[294]

Inwieweit aber war das schizophrene Selbst in diese Psychologisierung mit eingebunden? Prinzipiell wurde der Mensch als soziales, in seiner Umwelt agierendes und reagierendes und biologisches Wesen verstanden; um seine Erkrankung verstehen zu können, mussten daher auch seine Umwelt und seine sozialen Beziehungen besonders berücksichtigt werden. Im Unterschied zur westdeutschen

[292] Zur Schizeria siehe Thomas R. Müller, Wahn und Sinn. Patienten, Ärzte, Personal und Institutionen der Psychiatrie in Sachsen vom Mittelalter bis zum Ende des 20. Jahrhunderts, 2., korr. u. erg. Aufl., Frankfurt am Main 2014, S. 70–77.

[293] Angelehnt an Greg Eghigian, The Psychologization of the Socialist Self: East German Forensic Psychology and Its Deviants, 1945–1975, in: German History 22 (2004), S. 181–205.

[294] Zu den Neurosen siehe Christine Leuenberger, Cultures of Categories: Psychological Diagnoses as Institutional and Political Projects before and after the Transition from State Socialism in 1989 in East Germany, in: Greg Eghigian/Andreas Killen/Christine Leuenberger (Hrsg.), The Self as Project. Politics and the Human Sciences, Chicago 2007, S. 180–204.

Psychiatrie, die den Ausbruch der Erkrankung als nicht vollzogene Selbstentwicklung oder nicht erbrachte Konfliktlösungsleistung einstufte, wurde Schizophrenie in der ostdeutschen Psychiatrie als eine nicht erbrachte Anpassungsleistung des Individuums an gesellschaftliche Anforderungen oder in sozialen Situationen gedeutet. Die Vorstellung von Schizophrenie als einer eigenen Wahrnehmungs-, Erlebens- und Daseinsweise, wie sie in der westdeutschen Psychiatrie zirkulierte, lässt sich in der ostdeutschen Psychiatrie weniger stark ausmachen; stattdessen wurden die sozialen Aspekte und Konsequenzen der Erkrankung stärker hervorgehoben. Hier trafen sich die Entwicklungen der siebziger Jahre schließlich über die Grenzen von Ost und West hinweg: die sozialpsychiatrischen Anliegen, in denen die jeweils unterschiedlichen Entwicklungen mündeten, waren gemeinsame Themen und gemeinsame Ziele.

IV. Wissen und Kontexte von Schizophrenie

Die unterschiedlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten des Schizophreniekonzeptes, die von psychoanalytischen und philosophisch-anthropologischen bis hin zu medizinischen Ansätzen reichten, sicherten seine breite Anschlussfähigkeit, ließen es gleichzeitig aber auch zur Herausforderung für die wissenschaftliche Einigkeit der Psychiatrie werden. Dies galt ähnlich für den Diskurs in nichtwissenschaftlichen Diskussionen und Texten, die ganz unterschiedliche Vorstellungen und Wissensinhalte von Schizophrenie präsentierten und aktivierten. Wie schon in der Analyse der psychiatrischen Auseinandersetzungen deutlich wurde, war Schizophrenie für alle Beteiligten nicht nur ein wissenschaftlicher Gegenstand, sondern mindestens ebenso ein wissenschaftliches Rätsel. Unter anderem Cornelia Brink hat darauf hingewiesen, dass vor allem psychiatrische Krankheiten sich eindeutigen Zuschreibungen entziehen – ob es sich nun um Diagnosen, Beschreibungen oder Deutungen handelt. So notierte sie: „Psychiatrische Anstalten und Ärzte wie auch psychisch Kranke evozieren Vorstellungen und Wahrnehmungen, Faszinationen und Ängste, in denen sich realistisches Material aus der jeweiligen Gegenwart und aus der Vergangenheit der Psychiatrie, tradierte Deutungsmuster und aktuelle Assoziationsmöglichkeiten miteinander mischen."[1] Für das Schizophreniekonzept trifft diese Beobachtung auf ganz besondere Weise zu.

Wie die Auswertung von ost- und westdeutschen Zeitungen und Zeitschriften, die im folgenden Unterkapitel vorgenommen wird, zeigt, spielte sich ein großer Teil der Berichterstattung, in der der Begriff „Schizophrenie" auftauchte, im Kontext von Berichten über Gewaltverbrechen und Gerichtsprozesse ab, aber auch vor dem Hintergrund von Künstlerbiografien oder künstlerischen Werken. Mit dieser zwischen Kriminalität und Wahnsinn bzw. Genialität und Wahnsinn vermittelnden Assoziation ist aber nur eine von zahlreichen Facetten erfasst. In ihrem berühmten Essay „Illness as Metaphor" hat Susan Sontag vorgeführt, wie das Reden über Krankheit stets eine Vielzahl an Vorannahmen, Bildern, Erklärungen und ethischen bzw. moralischen Implikationen beinhaltet und umgekehrt Krankheiten auch selbst als Metaphern herangezogen werden, um gesellschaftliche Zustände zu beschreiben.[2] Ein solches Geflecht an wissenschaftlichen und außer-wissenschaftlichen, öffentlich vermittelten und geteilten Annahmen und Theorien von Krankheit(en) bringt ganz unterschiedliche Vorstellungen davon hervor, was eine bestimmte Krankheit „ist", wie sie sich äußert und behandelt werden kann. Gleichzeitig vermittelt das Reden über einen wissenschaftlichen Gegenstand bestimmte Theorien, Annahmen, Denkstile und Praktiken der Wissenschaft, die sich mit ihm beschäftigt. Der Gegenstand wird zu einer Art Stellvertreter, an dem die jeweilige Wissenschaft ihr Wissen demonstriert und über

[1] Brink, Grenzen der Anstalt, S. 460.
[2] Susan Sontag, Illness as Metaphor, New York 1978.

den sie sich innerhalb einer größeren Wissenschaftslandschaft positioniert und gesellschaftlich legitimiert.

Die Verwissenschaftlichungs- und Rationalisierungsversuche, die die Wissenschaften unternahmen, konnten die Entwicklung einer kritischen Auseinandersetzung mit der Psychiatrie und dem Schizophreniekonzept jedoch nicht aufhalten. Ganz im Gegenteil: Die anthropologisch und philosophisch inspirierten Denkstile der Psychiatrie der fünfziger Jahre bildeten das Fundament für eine breit rezipierte Infragestellung der wissenschaftlichen Konzeption der Schizophrenie und der gängigen Behandlungsverfahren. In diesem Kontext wurde die Vorstellung von Schizophrenie als Erfahrung auf dem Weg der Persönlichkeitsentwicklung, die vor allem von der Psychoanalyse entworfen worden war, konkretisiert und, mit individuellen Geschichten unterstützt, einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht. Diese Entwicklung war spezifisch westlich, wurde vor allem von britischen und amerikanischen Autoren angestoßen und in Westdeutschland breiter rezipiert als in Ostdeutschland, was auf außer- wie innerwissenschaftliche Gründe zurückgeführt werden kann. Die Analyse dieser Zusammenhänge von Psychiatrie und Psychiatriekritik zeigt ein weiteres Mal, dass zwischen wissenschaftlich informiertem und wissenschaftlich nicht-informiertem Sprechen nicht entlang der Linie Wissenschaft – Öffentlichkeit unterschieden werden kann.[3]

Vor allem die letztgenannten Entwicklungen der kritischen Auseinandersetzung mit dem von der Psychiatrie bereitgestellten Wissen macht deutlich, dass es sich bei Schizophrenie nicht nur um einen wissenschaftlichen Gegenstand handelte, sondern dass sie vielmehr zu den „Gegenständen des Wissens" gehört, die nach Joseph Vogl nicht allein wissenschaftlich konstituiert werden: „Sie sind weder in einer Teleologie szientifischer Erkenntnisprozesse noch in den Rationalitätsformen einzelner Fachgebiete auflösbar, sie gewinnen ihre größte Sichtbarkeit vielmehr an deren Rändern, an Randgebieten und Übergangsfeldern, die nicht unbedingt an logischer Konsistenz und begrifflicher Einheit gemessen werden können."[4] Die komplexen Aushandlungsprozesse, in denen Wissen über Schizophrenie behauptet, kritisiert und angepasst wurde, setzten sich auch außerhalb der in wissenschaftlichen Zeitschriften geführten Diskussionen fort und wurden von unterschiedlichsten Akteuren aufgegriffen.

Typischerweise waren in dieser Form der Wissensgesellschaft nicht nur die Literatur, sondern auch die Medien damit beschäftigt, „intime Korrelationen

[3] Siehe Brink, Grenzen der Anstalt. Zum Verhältnis von Wissenschaft und Öffentlichkeit, ihren Abhängigkeiten und Interaktionsmöglichkeiten siehe den Sammelband von Mitchell G. Ash/Christian Stifter (Hrsg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart, Wien 2002, darin v. a. die Beiträge von Mitchell G. Ash und Ulrike Felt, Mitchell G. Ash, Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit – Zur Einführung, in: Mitchell G. Ash/Christian Stifter (Hrsg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart, Wien 2002, S. 19–43, und Ulrike Felt, Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit – Wechselwirkungen und Grenzverschiebungen, in: Mitchell G. Ash/Christian Stifter (Hrsg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart, Wien 2002, S. 47–72.

[4] Vogl, Einleitung, S. 12.

zwischen Epochen und ihren Pathologien einerseits und Krankheitsbildern andererseits herauszufinden und herauszustellen".[5] So wurden Schizophrenie und Moderne im Lauf des 20. Jahrhunderts immer wieder ineinander gespiegelt: im Kontext literarischer Spiele und avantgardistischer Experimente zu Beginn des Jahrhunderts, in den psychiatriekritischen Texten der fünfziger und sechziger Jahre und als Unterstützung bei der Beschreibung des Wandels der Moderne zur Postmoderne und bei der Erklärung dessen, was dem modernen Subjekt auf dem Weg zu diesem Wandel verloren gegangen und zugewachsen war, in den achtziger Jahren.

Allerdings sind Krankheiten und Epochen miteinander nicht per se verbunden, sondern werden durch kulturelle und soziale Akte miteinander verknüpft und ineinander gespiegelt, wobei die Anknüpfungspunkte und Reflexionsflächen überhaupt erst angelegt werden müssen.[6] Dass die Schizophrenie in den sechziger und siebziger Jahren nicht nur zu *dem* Gesicht der Psychiatrie wurde, sondern auch als Ausgangspunkt für Studien und Reflexionen über das Selbst diente, macht es daher notwendig, diese Beziehungen näher zu untersuchen.

1. Bedrohung und Bannung

Gewalt, Verbrechen, Dämonie

Jüngere Studien haben wiederholt gezeigt, in welch starkem Ausmaß die Berichterstattung über psychiatrische Krankheiten und ganz besonders Schizophrenie von Stereotypisierung und Stigmatisierung der Betroffenen bestimmt ist.[7] Dass

[5] Jochen Hörisch, Epochen/Krankheiten. Das pathognostische Wissen der Literatur, in: Frank Degler/Christian Kohlross (Hrsg.), Epochen/Krankheiten. Konstellationen von Literatur und Pathologie, St. Ingbert 2006, S. 21–44, hier S. 36. Dabei handelt es sich um eine Entwicklung, die sich im Zeitalter der Postmoderne von einzelnen großen Krankheiten weg und zur Gleichzeitigkeit vieler verschiedener Krankheitsbilder hin bewegte.

[6] Vgl. auch das Kapitel 2 in Kury, Der überforderte Mensch.

[7] Die Erforschung der medialen Darstellung von psychiatrischen Krankheitsbildern erlebt seit etwa zehn Jahren einen Zuwachs. Gemeinsam ist diesen Arbeiten in unterschiedlichen Ausprägungen, dass sie die Kluft zwischen dem psychiatrischen Wissensstand bzw. dem psychiatrischen Selbstverständnis als medizinischer Wissenschaft auf der einen Seite und den in der Bevölkerung und den Medien verbreiteten Annahmen und Vorurteilen auf der anderen Seite auszuloten versuchen. Sie drücken oftmals Unverständnis darüber aus, dass psychische Krankheit und Psychiatrie trotz der Medikalisierung und Klinifizierung der Psychiatrie negativ wahrgenommen werden. Im Zentrum dieser Forschungen stehen ebenso Fragen, inwiefern die jeweilige Darstellung dem aktuellen psychiatrischen Wissensstand entspricht, wie Analysen der jeweiligen Darstellungsweise einer spezifischen Krankheit, siehe beispielsweise Michael Kroll/Sandra Dietrich/Matthias C. Angermeyer, Die Darstellung der Depression in deutschen Tageszeitungen. Eine Trendanalyse, in: Psychiatrische Praxis 30 (2003), S. 367–371, und Ulrike Hoffmann-Richter/Flavio Forrer/Asmus Finzen, Die Schizophrenie in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung – ein Lehrstück, in: Psychiatrische Praxis 30 (2003), S. 4–7. Auch für die Stigma-Forschung sind die Analysen der öffentlichen Meinungsbildungsprozesse wesentlicher Bestandteil ihrer Arbeit, siehe z. B. W. Gaebel/A. Baumann/M. Witte, Einstellungen

sich ein Großteil der öffentlichen Berichterstattung über Schizophrenie im Kontext von Meldungen über Verbrechen und Straftaten abspielt, ist daher keine Nachricht mit Neuigkeitswert mehr.[8]

Dieser Befund deckt sich mit dem Eindruck, den man aus den Zeitungsartikeln der Jahre 1950 bis 1980 gewinnt. Regelmäßig begegneten der Leserin oder dem Leser von Wochen- oder Tageszeitungen als schizophren diagnostizierte Personen dann, wenn sie mutmaßlich ein Verbrechen begangen oder eine Gewalttat verübt hatten. Das begangene Verbrechen wurde zudem eng verbunden mit der schizophrenen Erkrankung der mutmaßlichen Täterin oder des mutmaßlichen Täters dargestellt. Wiederholt wurde im Kontext solcher Berichterstattungen eine angeblich besondere Perfidie der Taten hervorgehoben; die Darstellung der Täterin oder des Täters deutete an, dass sie Getriebene und nicht mehr sie selbst waren und changierte zwischen Dämonisierung und Mitleid. So wurde beispielsweise 1953 in der ostdeutschen *Berliner Zeitung* und der *Neuen Zeit* über eine Mutter berichtet, die „im Wahn" ihre Tochter erschlagen hatte. Die Tat wat plötzlich und unvorhersehbar mitten in der Nacht geschehen; besonders unterstrichen wurde in den Artikeln die Teilnahmslosigkeit der Mutter, die immer nur wiederholt habe, innere Stimmen hätten ihr die Tat befohlen.[9] Spektakuläre Wahninhalte, die die Inszenierung der unheimlichen Bedrohung unterstrichen, wurden prominent als Aufhänger eingesetzt. 1949 wurde in der Wochenzeitschrift *Der Spiegel* unter der Überschrift „Gespräch mit Satan. Dann wird er auch Ihnen erscheinen"[10] von einer sechsfachen Giftmörderin berichtet, die ihren Zellengenossinen erklärt habe, sich dem Satan verschrieben zu haben. Über den Zeitraum von einem Jahr sei sie der „Schrecken von Ost- und Westzone" gewesen und habe ihren Opfern „[i]n der Maske der barmherzigen Samariterin" mit tödlichen Medikamenten angereicherte Getränke oder Zigaretten verabreicht. Nach den Morden, so der Artikel, habe sie wahllos geplündert. Bei ihrer Festnahme sei sie „abgehetzt, bleich, hohlwangig, mit zittrig-gelben Nikotinfingern" gewesen; dauernd streichelte sie ein Hündchen, „das sie nicht von sich ließ". In der Haft „reihte sie […] Druckknöpfe

der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in sechs bundesdeutschen Großstädten, in: Der Nervenarzt 73 (2002), S. 665–670 (der Artikel ist Teil des vom BMBF geförderten Projekts Öffentlichkeitsaufklärung); Anne Maria Möller-Leimkühler, Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozialpsychologischer Stereotypenforschung, in: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 72 (2004), S. 36–44; grundsätzlich Nicolas Rüsch/Matthias C. Angermeyer/Patrick W. Corrigan, Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen, in: Psychiatrische Praxis 32 (2005), S. 221–232.

8 Vgl. als eine der ersten Arbeiten dazu Ulrike Hoffmann-Richter, Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile, Bonn 2000. Auch eine 2014 erschienene Studie analysierte, ob die Berichterstattung über Schizophrenie „weiterhin" im Kontext von Verbrechen stattfindet, siehe Björn Schlier/Tanja M. Lincoln, „Bluttaten" und „schizophrene Politik". Stigmatisierung von Schizophrenie in 4 großen deutschen Printmedien aus dem Jahr 2011, in: Psychotherapeut 59 (2014), S. 293–299, hier S. 294.

9 o. V., Im Wahn zur Mörderin geworden, in: Neue Zeit vom 11. 2. 1953, S. 6; o. V., Im Wahn die Tochter erschlagen, in: Berliner Zeitung vom 12. 2. 1953, S. 6.

10 o. V., Gespräch mit Satan. Dann wird er auch Ihnen erscheinen, in: Der Spiegel, Nr. 15 vom 9. 4. 1949, S. 8 f.

auf Pappkartons" und las eine „religiöse Erzählung", löste bei ihren Zellengenossinnen aber trotzdem Angst aus: „Übernervös strich sie sich dauernd mit schmalen, gepflegten Händen über das glatt angelegte, schwarze Haar oder ihr schmales, blasses Gesicht. Immer hatte sie Hunger, das Anstaltsessen verschlang sie." Sie habe ihren Zellengenossinnen den „Herrscher des Bösen als einen ‚Knochenmann mit langen, klappernden Beinen und einem wackeligen Kopf'" beschrieben und der Beamtin, die das anzweifelte, erklärt: „Ich sage dem Satan nur ein Wort, dann wird er auch Ihnen erscheinen und Sie werden nicht mehr zweifeln!"

Dass die angebliche Mörderin nicht wirklich mit dem Teufel unter einer Decke stecke, daran zweifelte, so machte auch der Artikel klar, eigentlich niemand. Die Aufgabe des psychiatrischen Sachverständigen, Professor Gruhle, bestünde denn auch nur darin, so versicherte der Artikel, zu urteilen, ob die Täterin ihre Verrücktheit nur vorgespielt habe, um als nicht zurechnungsfähig eingestuft zu werden, oder ob ihr „zwiespältiges Verhalten einer echten Geistesstörung" zuzuschreiben sei. Die Beschreibung des Erscheinungsbildes der Täterin kreierte jedoch von vornherein eine unheimliche Atmosphäre; in den Texten findet sich ein Echo der von der Psychiatrie beschriebenen „Automatenmenschen", die keinen eigenen Willen mehr haben und stattdessen von den Krankheitsprozessen gesteuert werden, und nicht zuletzt eine Ausgestaltung des bereits beschriebenen Narrativs der dämonischen Erzählung, wonach die Krankheit vom Selbst Besitz ergreift und nach und nach die Kontrolle übernimmt. Daneben wurde über die scheinbare Besonderheit der ausgeübten Verbrechen im Zusammenhang mit der Schizophrenie des oder der Angeklagten aber auch ein Verstärkungseffekt erzielt. Die Außergewöhnlichkeit der Tat schien einen oder eine sich außerhalb der Gesellschaft und ihrer Normen befindlichen Täter oder Täterin zu spiegeln; ebenso schien umgekehrt nur eine Wahnsinnige bzw. ein Wahnsinniger zu einer solchen Tat in der Lage. Durch diese gegenseitige Verstärkung von außergewöhnlicher Tat und außergewöhnlicher Täterin bzw. außergewöhnlichem Täter wurde eine besondere Spektakularität hergestellt, die vor dem Hintergrund eines ansonsten unauffälligen Lebens noch dramatischer inszeniert werden konnte.

Dies war etwa der Fall des in Bayreuth stationierten amerikanischen Oberstleutnants Gerald Werner, der im März 1964 seine Geliebte in der Badewanne ertränkt, die Leiche in verschiedene Teile geschnitten und diese entlang der Autobahn verteilt hatte. Rasch war in der Presse ein Name für ihn gefunden: die „Bestie von Bayreuth". Auf den ersten Blick schien er ein normaler amerikanischer Bürger, sogar überdurchschnittlich intelligent, wie die Wochenzeitung *Die Zeit* berichtete: „Seine Kameraden nennen ihn ‚Babyface' und seine zahlreichen Freundinnen ‚Jerry'. Er wirkt sympathisch, stammt aus einer gutbürgerlichen Familie, zählte am College zu den Besten, seine Vorgesetzten in der Armee stellten ihm das beste Zeugnis aus, und die deutschen Psychologie-Kapazitäten bescheinigten ihm einmütig: ‚Seine Intelligenz ist enorm.'"[11] Den Tathergang und die

[11] Siegfried Woldert, Die Bluttat von Bayreuth. Im Mordprozess gegen den amerikanischen Offizier stritten sich die Gutachter, in: Die Zeit, Nr. 43 vom 21.10.1966, S. 15.

plötzliche Grausamkeit umgab daher etwas Unerklärbares, und *Die Zeit* prophezeite, „[w]as in jener Nacht in Werners Wohnung tatsächlich geschah, wird wohl nie mehr genau zu erfahren sein".[12]

Verschiedene Psychiater versuchten sich dennoch an der Rekonstruktion, mit unterschiedlichen Ergebnissen, was den Fall schließlich bis vor den Bundesgerichtshof brachte. In der Berichterstattung über die Revisionsverhandlung wurde die Tat als Einbruch des Schreckens über die Bayreuther Bürgerinnen und Bürger dargestellt. Akribisch wurde der Fund der einzelnen Leichenteile beschrieben, kontrastiert mit Werners Aussage, er habe in der Badewanne plötzlich den „unwiderstehlichen Drang" gehabt, „den Unrat" loszuwerden, Ursulas Fingernägel seien schmutzig gewesen: „Alles erscheine ihm wie ein Traum, man solle ihm doch bitte erklären, warum er es getan habe."[13] Dass es bei solchen Berichten nie nur um die Einzeltat ging, sondern stets auch die Frage der individuellen Bedrohung durch psychisch Kranke mitschwang, zeigte der Schluss des Artikels, der den Schock all der anderen ehemaligen Freundinnen Werners, „die wie Ursula Schamel ihn besucht und mit ihm gebadet haben", ausmalte: „Die Mädchen, es waren fast dreißig, einige sind inzwischen verheiratet, werden mit Schrecken an ihn denken; denn was Ursula Schamel geschah – wie leicht hätte es auch ihnen geschehen können."[14]

Dass Schizophrenie häufig dann in die Nachrichten geriet, wenn ein Verbrechen begangen worden war, trug zur Stigmatisierung der Krankheit und der mit Schizophrenie diagnostizierten Personen wesentlich bei.[15] Die angebliche Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit wurden zu einem wesentlichen negativen Stereotyp der Krankheitsvorstellung.[16] Ein weiteres Stereotyp der Krankheitsdarstellung scheint auf den ersten Blick positiver besetzt zu sein: die besondere Kreativität, die mit Schizophrenie konnotiert wurde, und die sich bis zur Genialität steigern konnte. Diese Vorstellung existierte neben dem Bild des oder der Schizophrenen als wahnsinniger Gewalttäter, Verbrecher und Mörder, eingebunden in Berichte über herausragende Künstler, Autoren, Musiker, Tänzer oder Wissenschaftler.[17]

[12] Woldert, Die Bluttat von Bayreuth.

[13] Uwe Nettelbeck, Recht in höchster Instanz. Eine Revisionsverhandlung des Bundesgerichtshofes – Paragraph 51, Absatz eins oder zwei? – Im Namen des Volkes gegen Volkes Stimme, in: Die Zeit, Nr. 16 vom 21. 4. 1967, S. 50.

[14] Nettelbeck, Recht in höchster Instanz.

[15] Siehe auch Constanze Fiebach, Stigmatisierung Schizophreniekranker in literarischen und außerliterarischen Diskursen, Würzburg 2013.

[16] Vgl. Schlier/Lincoln, „Bluttaten" und „schizophrene Politik", S. 294, und Hoffmann-Richter, Psychiatrie in der Zeitung, S. 164.

[17] Siehe etwa Elena Schöfer, Der Wahn – die 13. Muse, in: Die Zeit, Nr. 45 vom 7. 11. 1969, S. 73; Martin Walser, Hölderlin zu entsprechen. Von der schweren Vermittlerrolle eines Dichters, in: Die Zeit, Nr. 13 vom 27. 3. 1970, S. 17–20; Hans Krieger, Er flog so hoch… Wilhelm Reich: Genialer Spinner – oder Begründer eines neuen wissenschaftlichen Zeitalters?, in: Die Zeit, Nr. 15 vom 4. 4. 1975, S. 25; Peter von Becker, Dichter heiligen Wahnsinns. Antonin Artaud – Leben und Werk, in: Die Zeit, Nr. 50 vom 9. 12. 1977, S. 42; Ludwig Dietz, Wahnsinn als Maske. Pierre Bertaux' Thesen-Schrift, in: Die Zeit, Nr. 36 vom 29. 8. 1980, S. 38. Angesichts der andauernden Beschäftigung mit dem Wahnsinn bedeutender Literaten, der immer wieder

Jedoch war diese Berichterstattung nur positiv, wenn es dem oder der Betroffenen gelang, mit diesem Schicksal umzugehen und die Krankheit positiv zu verwerten. Ansonsten endete die Darstellung der Lebensgeschichte tragisch, wie etwa das Beispiel des Tänzers Waslaw Nijinskij zeigte.[18] Hatte die oder der Betroffene es nicht geschafft, aus dem Kampf mit der Schizophrenie als Sieger hervorzugehen, so unterstrich diese Erzählung nur die Macht der Schizophrenie. Auch in diesem Kontext wurde der Bedrohungscharakter der Schizophrenie – mit der Möglichkeit der Transformation und Zerstörung der Persönlichkeit – deutlich gemacht.

Die Verbindung von Schizophrenie mit als auf den ersten Blick unerklärlich beschriebenen Gewaltverbrechen wurde aber nicht nur in der Presseöffentlichkeit produziert und vermittelt. War diese Verbindung erst einmal hergestellt, so konnte das Spiel mit dem schizophrenen Wahn und den ihm zugeschriebenen Eingeschaften des Unheimlichen, Bedrohlichen und Unberechenbaren auch literarisch und filmisch zu Zwecken der Horrorproduktion eingesetzt werden. Mit am nachhaltigsten – und werbetechnisch geschickt gesteuert – setzte dies etwa der Regisseur Alfred Hitchcock mit der Verfilmung des Romans „Psycho" von Robert Bloch um. Die Kritiken in den deutschen Zeitungen fielen durchwachsen aus. Das Ende des Films, in dem ein Psychiater mitteilt, dass Norman Bates an Schizophrenie leide und die mörderischen Handlungen psychiatrisch-psychologisch erklärt und aufgelöst werden, hielten sie für einen billigen Trick.[19]

Tatsächlich präsentierte der Film die psychologische Erklärung von Norman Bates' Wahnsinn im Vergleich zu Robert Blochs Romanvorlage in deutlich verkürzter und zugespitzter Form. Der hauptsächliche Unterschied zwischen Film und Roman war jedoch ein stilistischer, insofern der Film den im Roman viel Raum einnehmenden Bewusstseinsstrom von Norman Bates nicht abbildete und damit auf eine Innensicht dieser Figur verzichtete, die Rahmenhandlung und wesentliche Schlüsselszenen jedoch dieselben blieben. Die Figur des Norman Bates, so bemerkte der Filmwissenschaftler Mark Jancovich, bleibt trotz ihrer monströ-

aufgegriffen und neu gedeutet wurde, lässt sich beinahe von einer Wahnsinns-Industrie sprechen, an der Schriftsteller, Verlage und Rezensenten gleichermaßen beteiligt waren; als augenfälligstes Beispiel sei nur der Hölderlin-Roman von Peter Härtling erwähnt.

[18] So schrieb Ingolf Jungclaus in *Die Zeit*, „[d]er langsame Zerfall einer größtenteils für immateriell gehaltenen Substanz, deren Spuren man weder in Ganglien noch in Assoziationsfasern oder gar in der Hirnrinde entdecken kann, erschüttert, wenn man ihn Schritt um Schritt verfolgt, und dieses traurige Erlebnis wird dem Leser in einem schmalen Bändchen geboten", nämlich eben in Waslaw Nijinskijs „Der Clown Gottes", Ingolf Jungclaus, Der Tänzer Gottes, in: Die Zeit, Nr. 45 vom 10. 11. 1955, S. 4.

[19] In der *Zeit* wurde Hitchcock vorgeworfen, nicht nach den Regeln des Krimis gespielt zu haben: „Sich am Schluss auf Schizophrenie herauszureden – dieser Psycho-Leisten passt nicht für den Maßschneider der handwerklichen Qualitätsarbeit." Die Erklärung durch die schizophrene Erkrankung klinge, so die Kritik, „allzusehr nach einem Leitfaden von der Art Seelenkunde – leicht gemacht", siehe W. S., Psycho, in: Die Zeit, Nr. 42 vom 14. 10. 1960, S. 30. Auch die Kritik im *Spiegel* fiel negativ aus: Der Perfektion des erzeugten „Kosmos des Grauens" gegenüber „wirkt die schließliche Aufklärung der sinistren Morde im abgelegenen Motel provozierend banal" und folge „nur den Weisheiten der Drei-Groschen-Pathologie" der englischen Krimis aus den vierziger Jahren, o. V., Psycho, in: Der Spiegel, Nr. 45 vom 2. 11. 1960, S. 84.

sen Taten und der psychologischen Erklärung eine uneindeutige und tragische Figur, Opfer ebenso sehr wie Täter. Die dominante Mutterfigur, die von ihm erschaffen wird, spiegelt seine Wahrnehmung, Interpretation und Zuschreibung, doch selbst der Psychiater weist am Ende des Romans bzw. des Films darauf hin, dass dies mehr über Norman Bates aussage als über die Mutter.[20] Der spezifische Horror, den „Psycho" kreierte, ging sowieso über familienpsychologische Aspekte hinaus. Im Kern ging es um Identitätsverlust und Selbstzweifel, die völlig außer Kontrolle durch staatliche oder gesellschaftliche Institutionen geraten waren.[21] Genau dieses Motiv des bedrohlichen Steuerungsverlustes, für das Schizophrenie stand, galt es nun, wissenschaftlich aufzulösen und in rationalen Zusammenhängen zu erklären.

Messgeräte, Fingerkuppen, Hormone: Dem Wahnsinn auf der Spur

Das Ende von „Psycho", in dem das psychiatrische Wissen die Motive der unerklärbar scheinenden Taten in den Bereich des Erklärbaren überführt, suggerierte, dass die Psychiatrie prinzipiell in der Lage war, die Handlungen schizophrener Personen zu entschlüsseln. Zumindest in diesem Punkt hob sich „Psycho" nicht von einem spezifischen Narrativ ab, das sich als wissenschaftliche Gegenantwort auf die Bedrohung durch die Irrationalität, die in den Handlungen schizophrener Personen entdeckt wurde, generierte. In den Berichten und Notizen, die sich mit Neuigkeiten aus der Welt der psychiatrischen, medizinischen und psychologischen Wissenschaft beschäftigten, wurden ost- und westübergreifend Entdeckungs- und Erfolgsgeschichten kreiert, in denen die psychiatrische und medizinische Wissenschaft als kontrollierende, aufklärende und rationalisierende Macht auftrat, die dem Wahnsinn ohne Unterlass auf der Spur blieb, immer nahe daran, das Puzzle so zusammenzusetzen, dass es ihn überzeugend erklären würde.

So berichtete *Die Zeit* 1962 unter der Überschrift „Ärzte lesen aus der Hand", amerikanische Forscher hätten herausgefunden, „dass die Fingerabdrücke der meisten schizophrenen Patienten typische Zeichnungen" aufwiesen, was ein Indiz dafür sei, dass Schizophrenie angeboren sei.[22] Auch vom gezielten Einsatz

[20] Siehe zu diesen Beobachtungen die entsprechenden Unterkapitel in Mark Jancovich, Rational Fears. American Horror in the 1950s, Manchester/New York 1996. Ob der Film eine Kritik an der Familie oder ihre Reaffirmation aussprach, wurde viel diskutiert, siehe dazu sowie zu den verschiedenen Interpretationsansätzen für „Psycho", ebd., S. 220–232. Zu einer weiteren Analyse von „Psycho" siehe Cynthia Marie Erb, „Have You Ever Seen the Inside of One of Those Places?". Psycho, Foucault, and the Postwar Context of Madness, in: Cinema Journal 45/4 (2006), S. 45–63.

[21] Siehe Andrew Tudor, Monsters and Mad Scientists. A Cultural History of the Horror Movie, Oxford u. a. 1989.

[22] o. V., Ärze lesen aus der Hand, in: Die Zeit, Nr. 24 vom 15. 6. 1962, S. 10. Ein weiteres Ergebnis dieser Forschungsrichtung wurde ein Jahr später notiert, nun allerdings nicht mehr in der Rubrik „Berichte aus der Forschung", sondern unter „Spekulationen", über die amerikanische Psychiaterin Maricq, die „glaub[e]", [e]iner neuen Diagnose für Geisteskrankheiten […] auf

elektronischer Messtechnik schienen neue Impulse für die Diagnostik und Vermessung der Schizophrenie auszugehen. Ausführlich wurden die neuen technischen Möglichkeiten der Neurologie durch Elektroenzephalogramm und gezielte neuronale Reizungen beschrieben[23] oder von einem elektronischen Messgerät berichtet, das nach Versuchen eines amerikanischen Psychiaters aus Philadelphia „bei Schizophrenen, psychotisch Depressiven und Patienten mit extremen charakterlichen Abweichungen" stark ausgeschlagen habe.[24] Auch chemisches Wissen wurde zur Klärung der Schizophrenie zusammengetragen: Chemische Stoffe gerieten in den Verdacht, Schizophrenie auszulösen,[25] und Francisco de Goya, dem berühmten Maler, wurde rückwirkend eine Psychose aufgrund einer Bleivergiftung attestiert.[26]

Insbesondere die Forschungen auf dem Gebiet der Hormone wurden als Bruch mit dem bisherigen Wissen und Fortschritt kaum zu beziffernden Ausmaßes präsentiert. Die Entdeckungen der Hormonforschung, die zu höchsten Hoffnungen Anlass gaben, wurden in spektakuläre Geschichten gerahmt, wie das Beispiel der Taraxein-These des amerikanischen Psychiaters Robert Heath verdeutlicht. 1956 berichtete *Der Spiegel* von der Jahrestagung der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, dort sei deutlich geworden, dass die tragende Rolle der Psychoanalyse in der amerikanischen Psychiatrie zunehmend der Vergangenheit angehöre und ihre Stelle nun von biochemischen Forschungen eingenommen werde: „In Chikago [sic] stieg der Psychiater Robert G. Heath auf das Rednerpodium, um über die Ergebnisse seiner Forschungsarbeit zu berichten, die verblüffende Zusammenhänge zwischen den chemischen Lebensvorgängen des Körpers und geistiger Verwirrung aufgedeckt hat. Heath hat einen der dramatischsten Vorstöße in die weißen Gebiete gewagt, die auf der Landkarte der Medizin noch immer das Gehirn kennzeichnen. […] Seiner Forschergruppe war es gelungen, im Blut von schizophrenen Patienten eine Substanz zu entdecken, die im Blut von gesunden Menschen nicht enthalten ist. Die Substanz konnte noch immer nicht identifiziert werden; Heath ist nahezu überzeugt, dass es sich um ein Enzym handelt."[27] Nachdem Heath die Substanz einer Gruppe von Affen gespritzt hatte, hätten diese katatone Symptome gezeigt, und „[a]ls Heath auch die Gehirnwellen der Affen registrierte, rundete sich das Bild: Die Wellen deckten sich fast mit denen schizophrener Patienten. War das der Schlüssel zu den Ursachen der noch wenig

der Spur zu sein", indem sie spezifische Muster in den Fingerkapillaren ausmachte, o. V., Verräterische Fingerkuppen, in: Die Zeit, Nr. 26 vom 28. 6. 1963, S. 31.

[23] o. V., Theta-Wellen der Freude, in: Der Spiegel, Nr. 29 vom 14. 7. 1954, S. 30–32; Theo Löbsack, Liebe auf elektrischen Befehl. Drucktastensteuerung für Gefühle. Der Mensch ist der billigste aller Roboter, in: Die Zeit, Nr. 21 vom 2. 5. 1963, S. 22; o. V., Einsame Masse, in: Der Spiegel, Nr. 25 vom 17. 6. 1964, S. 80.

[24] Friedrich Abel, Ein Messgerät für Intelligenz, in: Die Zeit, Nr. 36 vom 3. 9. 1971, S. 45.

[25] Thomas Regau, Richtung Zukunft, in: Die Zeit, Nr. 45 vom 3. 11. 1961, S. 11.

[26] Def., Wegen Krankheit sozialkritisch? Goya starb an Blei, in: Die Zeit, Nr. 10 vom 10. 3. 1972, S. 56.

[27] o. V., Die rätselhafte Substanz, in: Der Spiegel, Nr. 28 vom 11. 7. 1956, S. 39 f., hier S. 40. Der Begriff „Enzym" wurde der Leserschaft per Anmerkung erklärt.

erforschten Krankheitszustände, die unter dem Sammelbegriff Schizophrenie bekannt sind?“[28] Auch Gefängnisinsassen hätten sich nach der Injektion mit dem Wirkstoff vorübergehend wie „echte Irre“ benommen. Könnte Schizophrenie also einfach das Produkt solcher Stoffwechselvorgänge sein? „Der quälende Gedanke taucht auf“, so zitierte der *Spiegel* einen Arzt, „dass die Schizophrenie nicht eine Krankheit ist, in die wir uns selbst hinein verirren, sondern vielleicht eher eine biochemische Krankheit, die durch die Produktion anomaler Substanzen im menschlichen Körper hervorgerufen wird. Durch Substanzen, die das Gehirn vergiften und so das klinische Bild der Schizophrenie hervorrufen. Es ist nur ein Gedanke, aber er erfordert intensivste Anstrengungen der Forscher, umso mehr, da sich die Beweise für diese Theorie häufen. Wenn ein Mechanismus nachgewiesen werden kann, der das Entstehen der Schizophrenie bewirkt, dürfte ein spezifisches Heilmittel, eine Droge, sehr bald gefunden sein. Ein solcher Erfolg würde als einer der größten Triumphe in die Medizingeschichte des 20. Jahrhunderts eingehen.“[29]

Der Wechsel von wissenschaftlichem Wissen in neue Zusammenhänge und Kontexte ist ein deutliches Beispiel dafür, dass Wissenschaft nicht allein Demystifizierung und Entzauberung, sondern vielmehr auch eine spezifische Form der Verzauberung mit sich bringt.[30] Die Entdeckungen auf dem Gebiet der Hormone hatten den Anschein, Vorgänge im menschlichen Körper sichtbar zu machen, die zuvor schlicht unsichtbar gewesen waren. Damit konstituierten sie ein neues Wissensgebiet, das bis dahin unbekannte endokrinologische Prozesse beschreiben und erforschen konnte. Schizophrenie wurde damit nicht nur am Menschen, sondern auch außerhalb des Menschen „in Laboratorien“ untersuchbar.[31] Zu den vielfältigen Phänomenen der menschlichen Erfahrung schien es nun entsprechende oder sogar ursächliche Hormone zu geben, die auch dem Wissen von

[28] o. V., Die rätselhafte Substanz.

[29] o. V., Die rätselhafte Substanz. Ganz ähnlich erklärte auch die *Neue Zeit*, bei der Entdeckung des Taraxeins handle es sich um eine „revolutionäre Entdeckung“, die angesichts der Zahl an schizophrenen Patientinnen und Patienten „große praktische Bedeutung erlangen“ könnte, o. V., Ursache der Schizophrenie, in: Neue Zeit vom 7. 2. 1968, S. 5.
Der von Heath extrahierten Substanz, die er „Taraxein“ nannte, war jedoch kein langfristiger Erfolg beschieden. Auch wenn er andere Interpretationskontexte wie den einer Auto-Immunerkrankung bemühte, überzeugten seine Forschungen nicht. *Der Spiegel* schrieb nach einem Bericht über den Fortgang der Forschungen: „In ihren Anschauungen über das Wesen der Schizophrenie ist die Psychiater-Gemeinde gespalten wie das Seelenleben ihrer Patienten. Die wahren Ursachen des Leidens, dem immerhin je einer von hundert Menschen verfällt, blieben dunkel wie die Verliese, in denen die Kranken noch im vergangenen Jahrhundert angekettet schmachteten.“ Siehe o. V., Schizophrenie. Krieg im Körper, in: Der Spiegel, Nr. 22 vom 22. 5. 1967, S. 150–151. 1968 meldete *Die Zeit*: „Die Ergebnisse Dr. Heaths konnten bisher noch von keinem anderen Forscher bestätigt werden.“ Nichtsdestotrotz sollten die Versuche nun mit Geldern der US-Gesundheitsverwaltung wiederholt werden, siehe U. R., Schizophrenie-Spritze, in: Die Zeit, Nr. 25 vom 21. 6. 1968, S. 41.

[30] Siehe dazu Veronika Lipphardt/Kiran Klaus Patel, Neuverzauberung im Gestus der Wissenschaftlichkeit. Wissenspraktiken im 20. Jahrhundert am Beispiel menschlicher Diversität, in: Geschichte und Gesellschaft 34/4 (2008), S. 425–454.

[31] o. V., „Schizophrenie“ Versuchstiere getestet, in: Neue Zeit vom 28. 1. 1968, S. 5.

Krankheiten eine neue Substanz gaben. So wurde das „jüngst entdeckte Hormon ACTH" als „Hormon der Widerstandskraft" beschrieben, das möglicherweise den „Schlüssel zu siebzig Krankheiten" – von Asthma bis Schizophrenie – berge, weil es „viele Vorgänge im gesunden wie im kranken Körper in ganz neuem Licht" erscheinen lasse.[32] Ende der sechziger Jahre hieß es, eine chilenisch-amerikanische Forschergruppe sei Schizophrenie „auf der Spur", und Schizophrenie sei ein „chemischer Irrtum", der durch einen Fehler in der Verstoffwechselung statt Noradrenalin „mescalinähnliche Stoffe entstehen" lasse.[33] Sogar von einem Mittel zur Steigerung der Liebeslust wurde neben anderen positiven Eigenschaften berichtet, es sei in der Lage, durch die Reduzierung des Serotoningehalts im Blut Schizophrenie „günstig [zu] beeinflussen".[34] Und schließlich setzte *Die Zeit* amerikanische Forschungen zur Schizophrenie als „Enzymmangel" unter der großen Überschrift „Eine wandelnde Drogenfabrik. Wird sich das Spaltungsirresein kurieren lassen?" in Szene. In diesem Bericht konnten die Leserinnen und Leser erfahren, dass Schizophrenie, „die bei weitem am häufigsten vorkommende Geisteskrankheit", nach „Ergebnis einer 17-jährigen Forschungsarbeit an der Lafayette-Klinik in Detroit" wahrscheinlich „die Folge eines Enzymmangels, einer Unfähigkeit des Organismus, eine bestimmte, den Hirnstoffwechsel regulierende, chemische Substanz – vorläufig ‚Anti-S-Protein' genannt – herzustellen", sei.[35] Zugleich teilte der Artikel den Wandel von psychologischen zu biochemischen Paradigmen mit: „Dass es von einer wahrscheinlich angeborenen chemischen Fehlsteuerung im Gehirn hervorgerufen wird und nicht, wie man früher glaubte, auf besondere Erlebnisse zurückzuführen ist, gilt heute als erwiesen." Aufgrund der Ähnlichkeit der schizophrenen Symptome mit durch Meskalin oder LSD hervorgerufenen Bildern würden viele Wissenschaftler davon ausgehen, „dass ähnliche Stoffe im Gehirn des Kranken synthetisiert werden, dass also der Schizophrene eine wandelnde Rauschmittelfabrik sei".[36] Mit den richtigen Mitteln könnten die Symptome, so die im Artikel ausgedrückte Hoffnung, also auch wieder zum Verschwinden gebracht werden. Dass der Körper selbst ein chemisches Labor sei, war ein beliebtes Bild. Ganz ähnlich berichtete etwa auch die *Berliner Zeitung* 1979 unter der Überschrift „Unser Körper – ein Rauschgiftproduzent" über die Entdeckung der Endorphine und ihre Bedeutung für das psychische Befinden und die Entstehung psychischer Krankheiten; so würden beispielsweise Schizophrenie-Patienten eine besonders hohe Konzentration an Endorphinen aufweisen.[37]

[32] Wolf Schirrmacher, Hormon der Widerstandskraft. Das ACTH – Schlüssel zu siebzig Krankheiten, in: Die Zeit, Nr. 21 vom 25. 5. 1950, S. 10.
[33] o. V., Schizophrenie – ein chemischer Irrtum?, in: Die Zeit, Nr. 8 vom 21. 2. 1969, S. 43.
[34] Thomas von Randow, Eine Pille für die Liebeslust. Verstärkt PCPA die Liebeslust?, in: Die Zeit, Nr. 2 vom 6. 1. 1970, S. 42.
[35] Thomas von Randow, Eine wandelnde Drogenfabrik. Wird sich das Spaltungsirresein kurieren lassen?, in: Die Zeit, Nr. 20 vom 19. 5. 1972, S. 60.
[36] Randow, Eine wandelnde Drogenfabrik.
[37] Jochen Mämecke, Unser Körper – ein Rauschgiftproduzent. Biochemiker erklären den Wirkungsmechanismus der Endorphine, in: Berliner Zeitung vom 31. 3. 1979, S. 13.

Tatsächlich waren die Forschungen auf dem Gebiet der bewusstseinserweiternden Drogen bereits seit Beginn der fünfziger Jahre als erfolgversprechende Aussichten auf eine Revolution des Wissens von Schizophrenie gepriesen worden, und die „Etablierungs-, Erforschungs- und Erfolgsgeschichte“[38] von LSD und moderner Psychopharmakaforschung hat mehr als nur ein paar gemeinsame Schnittmengen. Hinter beiden stand die Vorstellung, Ausnahmezustände des Selbst steuern zu können.[39] In diesem Kontext tauchte in der öffentlichen Berichterstattung gerade zu Beginn auch das Unheimliche, Bedrohliche und Anarchische auf, mit dem der Wahn assoziiert wurde. So wurde aus Aldous Huxleys Tripbeschreibung „Pforten der Wahrnehmung“ genau der Abschnitt wörtlich zitiert, in dem Huxley beschrieb, wie er das Erleben eines Wahnsinnigen nachempfand und dabei zwischen Himmel, Hölle und Fegefeuer schwankte.[40] In der *Zeit* hieß es: „Dass das eigene Ich zertrümmert wird, nahestehende Personen den Charakter von Fratzen und Dämonen annehmen, dass der Raum sich spiralenförmig auf einen zubewegt und die Zeit stillsteht, zu existieren aufhört, das sind Erlebnisse, die der Welt der Schizophrenen angehören. Niemand, der nicht selbst in geistige Umnachtung verfiel, konnte sie nacherleben oder auch nur ahnen, was in der Vorstellung des Psychotikers vor sich geht.“[41]

Der Drogenrausch wurde als „künstliche Schizophrenie“ oder „schizophrenieähnlich“ beschrieben, was heißt, dass zur Erklärung und Illustration der Drogenwirkung bereits auf bestehendes Wissen über die Beschaffenheit schizophrener Zustände gebaut wurde.[42] Ende der sechziger Jahre dominierten Berichte über Trips und Timothy Learys Drogenerfahrungsangebote; der Drogendiskurs hatte sich hier weitgehend vom Schizophreniekontext gelöst und als eigener psychedelischer Diskurs bzw. Selbsterfahrungsdiskurs etabliert.[43] Vermehrt wurden auch die Risiken und Nebenwirkungen hervorgehoben und die Gefahr schlechter Trips betont.[44]

Ebenso aber wurde die Darstellung der Schizophrenie als bedrohliches, unheimliches und rätselhaftes Phänomen durch die Kontextualisierung mit den chemisch gewonnenen und unter experimentellen Bedingungen angewandten Drogen in einen Erklärungsrahmen moderner Naturwissenschaften gestellt. Dass Wiener Professoren ihren Probanden einen „vorübergehenden Wahnsinnsrausch“ verpassten, erklärte sich ausschließlich dadurch, dass sie daran die „inneren Effekte und Abläufe der schwersten und undurchschaubarsten Geisteskrankheit, des

[38] Zur Geschichte der LSD-Forschung und den Auswirkungen von LSD auf die Kultur siehe Jeannie Moser, Psychotropen. Eine LSD-Biographie, Konstanz 2013, Zitat S. 187, sowie Erika Dyck, Psychedelic Psychiatry. LSD from Clinic to Campus, Baltimore 2008.
[39] Moser, Psychotropen, S. 187.
[40] o. V., Ersatz für Alkohol, in: Der Spiegel, Nr. 10 vom 13. 3. 1954, S. 39 f., hier S. 40.
[41] Otto F. Beer, Schlüssel zum Wahn. Entdeckungen und Versuche in Wien, in: Die Zeit, Nr. 14 vom 8. 4. 1954, S. 18.
[42] o. V., Wahnsinn nach Rezept, in: Der Spiegel, Nr. 47 vom 18. 11. 1953, S. 40 f., hier S. 40.
[43] Siehe z. B. o. V., Fleisch der Götter, in: Der Spiegel, Nr. 37 vom 8. 9. 1969, S. 185.
[44] Siehe z. B. o. V., Die Blauen Götter, in: Der Spiegel, Nr. 18 vom 25. 4. 1966, S. 151–154.

Spaltungsirreseins", erforschen wollten.[45] Die Experimente würden „beweisen", dass es einen „Zusammenhang zwischen dem seelischen Erlebnis der Schizophrenie und gewissen biochemischen Vorgängen" gebe.[46] Und so wurde die Frage der Forscher an die Leserschaft weitergegeben: „Sollten am Ende auch Geisteskrankheiten wie die Schizophrenie durch winzige Mengen im eigenen Körper gebildeter Stoffe zustandekommen?"[47]

Ein besonderer Akzent lag auf der Gegenüberstellung der Gesundheit des Probanden mit den im Drogenrausch produzierten Symptomen, wodurch der Drogenrausch als Phase des Übergangs und Ausnahmezustand eingeordnet werden konnte. So schrieb Christian Lewalter in der *Zeit*: „Die Versuchsperson weiß auch im Rausch, wer sie im normalen Leben ist. Das Ich bleibt, was es war und wieder sein wird, es sieht sozusagen seiner Entrückung vom sicheren Port des Alltags-Ichs aus zu – aber ebenso sieht das entrückte Ich mitleidig auf das Alltags-Ich in seiner Beschränktheit und seiner Bindung an die Notwendigkeiten des praktischen Lebens. Das Ich verdoppelt sich sozusagen, es spaltet sich. Die Schwelle der Schizophrenie ist erreicht. Doch wenn der Rausch abklingt, vereinigen sich die beiden Ichs wieder zu dem normalen Alltags-Ich von vorher, und nur die deutliche Erinnerung an die erlebte Verwandlung bleibt."[48] In diesen kulturellen Zusammenhang passt, dass die „mystischen Riten" der südwestamerikanischen Indianer als Vorläufer dieser modernen Drogenerfahrung zitiert wurden, also auf ältere kulturelle passagere Situationen verwiesen wurde.[49] Dieser Charakter eines Ausnahmezustandes markierte denn auch den Unterschied zur Schizophrenie: Während der Rausch oder Trip kontrolliert, von außen induziert und von Anfang an begrenzt war, entsprang Schizophrenie dem Inneren der Persönlichkeit, wurde von dieser her gedeutet und wusste nichts über die Dauer des Zustandes auszusagen.[50] Auch der Fokus der Bewusstseinsdrogenforschung verschob sich daher schließlich von der Beschreibung der im klinischen Rahmen hervorgerufenen Modellpsychose hin zur Beschreibung der subjektiven Effekte, welche die Drogen auf das individuelle Bewusstsein hatten. Der LSD-Trip wurde zu einer Reise „in ein bislang hermetisch abgeriegelt scheinendes Unbewusstes".[51]

In diesem Diskurs verschränkten sich auf den ersten Blick zwei gegensätzliche Felder: das Feld der Ausnahmezustände, von Drogen, Rausch, Phantasie und Wahn, und das Feld der Naturwissenschaft, von Forschung, kontrollierten Expe-

[45] o. V., Wahnsinn nach Rezept, S. 40.
[46] Beer, Schlüssel zum Wahn.
[47] Theo Löbsack, Drogen berauschen die Phantasie. Wird der Mensch die Chemie der Seele beherrschen lernen?, in: Die Zeit, Nr. 29 vom 19. 7. 1963, S. 27.
[48] Christian E. Lewalter, Huxleys Meskalinrausch und die Konsequenzen. Zu seinem Essay „Die Pforten der Wahrnehmung", in: Die Zeit, Nr. 37 vom 16. 9. 1954, S. 6.
[49] o. V., Ersatz für Alkohol, S. 39. Siehe auch Lewalter, Huxleys Meskalinrausch und die Konsequenzen.
[50] Siehe diese Unterscheidung etwa in Beer, Schlüssel zum Wahn.
[51] Moser, Psychotropen, S. 172.

rimenten, Laborarbeit, Mikroskops und Chemie.[52] Mit Blick auf die Schizophrenie geschah diese Verschränkung in der öffentlichen Berichterstattung jedoch nicht gleichberechtigt. Vielmehr wurde über die kontrollierten Ausnahmezustände hauptsächlich im Rahmen und aus Anlass der biochemischen Forschungen gesprochen. Damit erschienen sie als ein weiteres Wissensgebiet moderner naturwissenschaftlicher Forschung, die auf ungewöhnliche, aber doch wissenschaftlich legitime und sinnvolle Weise in die dunklen Ecken ungelöster Geheimnisse des menschlichen Körpers und Geistes vorstieß und „Entdeckungen" zutage förderte, die selbst für so rätselhafte, unheimliche Erscheinungen wie den Wahnsinn der Schizophrenie Erklärungen boten und sie damit „normalisierten".

So bedrohlich und unkontrollierbar der Wahn im Kontext von Verbrechen inszeniert wurde, so unbeeindruckt und nüchtern schienen die psychiatrische Wissenschaft und die ihr zuarbeitenden Nachbardisziplinen wie die Biochemie oder Neurobiologie. Durch Artikel wie „Gesucht: Das verdrehte Molekül", der über die Psychosenforschung am Münchner Max-Planck-Institut für Psychiatrie berichtete, entstand der Eindruck, dass ein Heer von Wissenschaftlern mit der Aufgabe beschäftigt war, Wissensbruchstücke zusammenzutragen, um so eines Tages schließlich ein vollständiges und den modernen Zeiten entsprechendes Bild der Schizophrenie zu erhalten: „Von der Fassade des Instituts blickt Athena herab – auf eine Zeit, die den Wahnsinn nicht mehr wie Plato als heilige Entrückung durch die Götter begreift, sondern, wie es der Biochemiker Professor Horst Jatzkewitz formuliert, hinter dem verdrehten Gedanken das verdrehte Molekül sucht."[53] Im gleichen Jahr war im *Spiegel* zu lesen: „Seit einem Jahrhundert versuchen die Mediziner, den Dämon mit naturwissenschaftlichen Methoden zu entlarven und zu besiegen. Doch die Seelenspaltung – zwanghaft zerfahrenes Denken, eine verödete Gefühlswelt, das Verharren in bizarren Körperhaltungen sind typische Symptome – blieb unausdeutbar."[54] Wie so oft jedoch diente diese resignierte Bestandsaufnahme der Gegenwart nur der Ankündigung einer neuen „Spur in das Zentrum der Verwirrung", in diesem Fall über die Traumforschung.[55] So changierte die Berichterstattung stets zwischen der Mitteilung, dass sich die Forscher abmühten und vielfältigsten „Spuren" nachgingen, aber bisher keinen Erfolg gehabt hätten, und der Ankündigung der neuesten Forschungsergebnisse, die nun vielleicht wirklich eine neue und heiße Spur verfolgten.

Auch auf dem Gebiet der Therapien wurden stetige Fortschritte vermittelt: Besserungen und Heilungen schizophrener Erkrankungen wurden durch einen Aufenthalt im Ozon-Zimmer, durch Elektrobiologie, Vitaminbehandlungen,

[52] Die doppelte Bedeutung der bewusstseinserweiternden Drogen als Instrument der Befreiung ebenso wie der Kontrolle und Steuerung des Selbst hat auch Jeannie Moser herausgearbeitet, vgl. Moser, Psychotropen.

[53] Ekkehard Kloehn, Gesucht: Das verdrehte Molekül. In München werden die Psychosen eingekreist, in: Die Zeit, Nr. 9 vom 28. 2. 1969, S. 47.

[54] o. V., Schizophrenie. Spur ins Abseits, in: Der Spiegel, Nr. 13 vom 24. 3. 1969, S. 182–185, hier S. 182.

[55] o. V., Schizophrenie. Spur ins Abseits, S. 183.

Schlaf-Therapie oder Dialyse in Aussicht gestellt.[56] Die modernen Psychopharmaka wurden zuerst als Dämmerschlaf-Narkosemittel vorgestellt, so etwa im *Spiegel*, der 1955 von einem Schwenk der amerikanischen Psychiatrie von der Gehirnchirurgie hin zur „Behandlung mit Pillen und Pulvern" berichtete.[57] Die Beschreibung der Wirkung des Medikaments Chlorpromazin, das einen winterschlafähnlichen Zustand auslöste, entsprach dabei auch der zeitgenössischen psychiatrischen Auffassung und Beschreibung.[58] Ganz besonders wurden seine beruhigenden und sedierenden Eigenschaften hervorgehoben. Beispielsweise wurde von dem amerikanischen Psychiater Charles Scull berichtet, der einem seiner Patienten, einem „gemeingefährlichen Tobsüchtigen" und „Grobschmied mit furchterregenden Muskelpaketen", das Mittel verabreicht habe und sich anschließend „[z]um erstenmal seit Monaten" mit dem Patienten „vernünftig unterhalten" konnte.[59] Zwei Monate vorher hatte *Der Spiegel* bereits vom Einsatz des Largactil (so der französische Handelsname) als Schmerzmittel in englischen Krankenhäusern geschrieben und die Bezeichnung durch englische Ärzte als „Leukotomie, die man einnimmt", erwähnt.[60] Aber erst im August 1955 wurde das neue Mittel als Medikament gegen Geisteskrankheiten präsentiert, ergänzt um einen Bericht über das ebenfalls neue Mittel Reserpin. Seine Wirkung sei „sicherer und vielseitiger" als bei der Elektroschocktherapie und habe „geringere Nebenwirkungen" als eine Leukotomie. Dennoch blieb die Darstellung relativ verhalten in ihrem Urteil und zitierte die Ausrufung der pharmakologischen Revolution nur, statt sie selbst zu beschreiben.[61] Und Ende der sechziger Jahre war im *Spiegel* bereits zu lesen, dass die Psychopharmaka zwar die Symptome dämpften, „das Übel" jedoch „nicht im Kern" träfen.[62]

All diese Berichte zielten auf ihre je eigene Art und Weise auf eine Normalisierung und Entdämonisierung der Schizophrenie, deren Vorgänge wissenschaftlich beobachtbar und erfassbar, ja sogar simulierbar und damit letztlich kontrollierbar

[56] Siehe etwa o. V., Das elektrische Wesen Mensch, in: Der Spiegel, Nr. 11 vom 11. 3. 1953, S. 31 f.; M. M. Gehrke, Erholung im Ozon-Zimmer. Zur Eröffnung der Manfred-Curry-Klinik am Ammersee, in: Die Zeit, Nr. 31 vom 4. 8. 1955, S. 9; o. V., Großes Kaliber, in: Der Spiegel, Nr. 4 vom 22. 1. 1973, S. 104; o. V., Dialyse gegen Schizophrenie, in: Neue Zeit vom 20. 10. 1978, S. 6; F. A. Andrejew, Heilung durch den Schlaf, in: Neues Deutschland vom 28. 2. 1952, S. 5.

[57] o. V., Pillen fürs Gehirn, in: Der Spiegel, Nr. 35 vom 24. 8. 1955, S. 38 f. In diesem Artikel wurde noch nicht der deutsche Handelsname „Megaphen" oder der amerikanische Name „Chlorpromazin" verwendet, sondern das Mittel entsprechend seiner Labornummer als Pulver Nr. 4560 bezeichnet, in einer Anmerkung jedoch auf die unterschiedlichen Namen hingewiesen. Über das „Pulver 4560" hatte *Der Spiegel* bereits 1953 im Kontext einer Herzoperation berichtet, siehe o. V., Kälteschlaf. Das Pulver 4560, in: Der Spiegel, Nr. 16 vom 15. 4. 1953, S. 26.

[58] Vgl. Balz, Zwischen Wirkung und Erfahrung, S. 195. Wie Balz notiert, begann die Erprobung des Pulvers an der Heidelberger Klinik einen Tag nach dem Spiegel-Artikel. Siehe zu diesen ersten Experimenten auch Viola Balz, Terra incognita. An Historiographic Approach to the First Chlorpromazine Trials Using Patient Records of the Psychiatric University Clinic in Heidelberg, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 182–200.

[59] o. V., Pillen fürs Gehirn.

[60] o. V., Vorhang gegen den Schmerz, in: Der Spiegel, Nr. 26 vom 22. 6. 1955, S. 39.

[61] Vgl. o. V., Pillen fürs Gehirn.

[62] o. V., Schizophrenie. Spur ins Abseits.

gemacht werden sollten. Damit wurde die kontinuierliche Arbeit an einem Projekt demonstriert, das als Aufklärungs- und Fortschrittsgeschichte nicht nur die Wissenschaft, sondern auch die Gesellschaft bestätigen und weiter voranbringen sollte. Der Fortschrittsoptimisnus und Technikglauben, die die Medizin erfasst hatten,[63] lebten dabei auch von einer Erwartung der Zukunft, in der die Entdeckungen der Gegenwart ihr volles Potential erst vollständig entfalten würden und der Durchbruch, der von den Erkenntnissen und Entdeckungen in Aussicht gestellt wurde, tatsächlich stattfinden würde. Dies war jedoch, wie die folgenden Ausführungen zeigen, nur *eine* Darstellungsweise der Psychiatrie im Hinblick auf ihre Erforschung und Behandlung der Schizophrenie.

2. Das Mittel ist so furchteinflößend wie die Krankheit. Darstellungsweisen der Psychiatrie

Die moderne und die rückständige Psychiatrie

Als Fortschrittsgeschichten präsentierten sich auch die reformpsychiatrischen Ideen, wobei der Fortschritt hier vor allem in der neuen Gestaltung von Psychiatrie und Behandlungsweisen zutage treten sollte. Bei der Darstellung der sozialpsychiatrischen Ansätze dienten vor allem in den westdeutschen Medien individuelle Patientengeschichten zur Illustration, über die die Annahme der Bedeutung der sozialen und mitmenschlichen Umwelt sowohl hinsichtlich der Krankheit als auch der therapeutischen Angebote transportiert werden konnte. So bereitete *Der Spiegel* 1962 einen Bericht über Caspar Kulenkampffs Tag- und Nachtklinik in Frankfurt mit der Geschichte einer 37-jährigen kaufmännischen Angestellten auf, die bereits eine erste, acht Wochen dauernde stationäre Behandlung in der Universitätsklinik Frankfurt hinter sich hatte.[64] Implizit wurde hierbei ein Wissen davon vermittelt, dass Schizophrenie nicht dauerhaft sei, sondern auch „abklingen" konnte. Als die Wahnvorstellungen nach der Entlassung zurückkehrten und sie sich von ihrem Umfeld verfolgt fühlte, „kapselte sie sich ab" und „vernachlässigte ihre Arbeit", bis sie wieder in die Klinik aufgenommen wurde. Diesmal wurde sie aber nicht sich selbst überlassen, sondern, so der Artikel, hatte das Glück, vom Oberarzt, Caspar Kulenkampff, in die „neueingerichtete Abteilung 15 des Krankenhauses: in die erste ‚Nachtklinik' einer deutschen Nervenheilstätte" eingewiesen zu werden. Die Abläufe dort wurden folgendermaßen beschrieben: „Die Angestellte ging zwar wieder arbeiten, doch nach Büroschluss kehrte sie in die Klinik zurück. Sie aß dort zu Abend, konnte mit anderen Nachtgästen und dem Stationsarzt plaudern, sie durfte spazierengehen oder Radio hören und ging schließlich – in der beruhigenden Gewissheit, Arzt und Schwester in der Nähe zu haben – zu Bett. Am anderen Morgen, nach dem gemeinsamen Frühstück,

[63] Vgl. Forsbach, Die 1968er und die Medizin, S. 171 f.
[64] o. V., Tag und Nacht, in: Der Spiegel, Nr. 32 vom 8. 8. 1962, S. 58 f.

zog sie wieder aus zum Schreibtisch in der Bank." Nach ihrer Entlassung konnte sie ihr „normales Leben wiederaufnehmen", was Kulenkampff laut Text mit den Worten kommentierte: „Das ist Psychiatrie in moderner Form."[65]

Die Einrichtung der Tag- und Nachtklinik gehe auf die Problematik ein, so erklärte der Artikel, dass der aus dem Schutzraum der Klinik entlassene Patient, wenn er wieder auf sein altes soziales Umfeld stoße, wieder vor denselben oder sogar noch mehr Problemen stehe, wie etwa Konflikte innerhalb der Familie, die hier als „Haupt- oder Teilursache der Krankheit" bezeichnet wurden. Außerdem sei, so war zu lesen, oft eine psychotherapeutische Weiterbehandlung und die Gabe von Medikamenten auch nach der Entlassung notwendig; beides könnte in der Tages- und Nachtklinik gewährleistet werden, in einer geschützten und diskreten Umgebung, die die Krankheit auch vor Angehörigen oder Nachbarn verbergen ließ. In England, den USA und Kanada habe sich diese „in Deutschland neue […] Form" bereits „seit über einem Jahrzehnt […] bewährt".

In diesem Artikel wurden verschiedene Aussagen über Schizophrenie formuliert, die zu Beginn der sechziger Jahre weder als selbstverständlich vorausgesetzt werden konnten noch allgemein bekannt waren: die Bedeutung von Familie und Umwelt für den Ausbruch der Psychose, die Therapierbarkeit mit Psychotherapie und Medikamenten, die Bedeutung von Atmosphäre und individueller Zusprache im Krankenhaus. Zugleich unterstützte der Artikel dieses neue Wissen durch die Berichte von den Behandlungserfolgen, die diesem neuen, „modernen" Ansatz offensichtlich Recht gaben. Und schließlich wurden andere Länder als Vorreiter und Erfolgsgaranten angeführt, so dass die sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland als Institutionen nachgeholter Modernisierung erschienen.[66] Bedrohliche Elemente fehlten der Darstellung der Schizophrenie und der Patientin völlig; stattdessen wurde sie im Kontext ihres sozialen und beruflichen Alltags präsentiert, was der Darstellung der Nachtklinik und ihrer Angebote zu gemeinsamen Essen und unverbindlicher Kommunikation entspricht.

Ganz ähnlich verhielt es sich mit einem *Spiegel*-Artikel aus dem Jahr 1970, der über die Gründung des Zentralinstitutes für seelische Gesundheit in Mannheim durch Heinz Häfner berichtete. Auch hier wurde die Geschichte einer jungen Frau als Aufhänger eingesetzt und ihre Krankheit im Kontext ihres Rückzugs von den Bekannten und der Arbeit beschrieben. Allerdings wurde die Diagnose Schizophrenie nicht an den Beginn gesetzt, sondern erst in einem späteren Absatz erwähnt; damit bildete der Text die Besonderheit des sozialpsychiatrischen Konzeptes ab, das zunächst auf eine Diagnose verzichten und allein die „Symptome des Leidens" schildern würde.[67] Als elementar für dieses Konzept beschrieb der Artikel, dass die Patienten „ihrem alltäglichen Leben" nicht „noch mehr entfremdet", sondern durch die Therapie für die Auseinandersetzung mit der Umwelt gerüstet

[65] o. V., Tag und Nacht, S. 58.
[66] Wie bereits erwähnt, werden die Begriffe „Moderne" bzw. „Modernisierung" hier als Quellenbegriffe verwendet, die der Selbstbeschreibung und Selbstkritik dienten, siehe Kapitel II.3.
[67] o. V., Abends Tanz, in: Der Spiegel, Nr. 30 vom 20. 7. 1970, S. 103–105, hier S. 103.

werden sollten. Medikamente würden nicht eingesetzt, da sie dem Patienten „die Einsicht in sein Leiden" behinderten. Stattdessen würde auf ein gemeinschaftliches Gespräch gesetzt, und Heinz Häfner wurde mit psychoanalytischen und milieubezogenen Aussagen über die Entstehung psychischer Erkrankungen zitiert. Großformatige Fotografien aus dem Klinikalltag, von der Beschäftigungstherapie und dem Gruppengespräch, suggerierten einen Einblick in die abgeriegelte Welt der Psychiatrie. Dass dieses „neuartige Behandlungskonzept"[68] Gelder für ein eigenes Institut erhalten habe, sei, so der Artikel, Ausdruck der Hoffnung des Wissenschaftsrates, dass Deutschland an die Entwicklung anschließe, die in anderen Ländern bereits deutlich weiter vorangeschritten sei. Der Artikel versäumte jedoch auch nicht, darauf hinzuweisen, dass zeitgleich zum Mannheimer Institut mit seinen geplanten 200 Betten nicht weit entfernt ein weiteres Großkrankenhaus für 1000 Patienten gebaut würde, und solange das Mannheimer Modell sich nicht etabliere, sei „zu befürchten, dass zu viele psychisch Gestörte weiterhin in den Zwingburgen alten Typs verdämmern". Und er schloss mit der impliziten Warnung: „Mit dem Schicksal, an einem Seelenleiden zu erkranken, müssen von den jetzt lebenden Bundesbürgern neun Millionen rechnen."[69] Möglicherweise drohte also auch so mancher Leserin oder manchem Leser ein ganz ähnliches Schicksal, wie es die Patientin erlebt hatte; und dann, so ließ sich zwischen den Zeilen lesen, wäre es ein Glück, in der gemeinschaftlichen, harmonischen, aktiven Atmosphäre einer sozialpsychiatrischen Einrichtung aufgefangen zu werden.

Finden sich Berichterstattungen über individuelle Schicksale in der ausgewerteten ostdeutschen Presse weniger, so handelte es sich bei den Aufklärungsbemühungen durch die Einspeisung sozialpsychiatrischen Wissens in die Gesellschaft um ein west- wie ostdeutsches Phänomen. Während Hans Krieger in der *Zeit* nach Besuch einer sozialpsychiatrischen Tagung erklärte, dass die angebliche Gefährlichkeit der „Irren" nur ein Vorurteil und wissenschaftlich widerlegbar sei,[70] berichtete Eberhard Klages in der *Neuen Zeit*, dass der größte Teil auch der chronisch Kranken in die Gemeinschaft reintegrierbar sei, wenn sie mit entsprechenden rehabilitativen Programmen und therapeutischen Bemühungen wieder „umweltfähig" gemacht werden würden, also verlernte Fähigkeiten wieder reaktiviert würden.[71] Er berichtete zudem von einem Gespräch im Presseklub, in dem ein Psychiatrieprofessor der Charité und ein Anstaltsleiter für den Ausbau einer gemeindenahen Psychiatrie plädiert hatten, um die „Resozialisierungschancen psychisch Kranker" weiter zu verbessern. Beide Redner hatten, so berichtete Klages,

[68] o. V., Abends Tanz, S. 103.
[69] o. V., Abends Tanz, S. 105.
[70] Hans Krieger, „Gemeingefährliche Irre" gibt es nicht. Sozialpsychiatrische Tagung in Mannheim widerlegte Vorurteile der Öffentlichkeit gegenüber Geisteskranken. Warum getrennte Krankenhäuser? – Therapie in der Gemeinschaft gefordert, in: Die Zeit, Nr. 18 vom 1. 5. 1970, S. 76.
[71] Eberhard Klages, Integriert in die Gemeinschaft. Sozialpsychiatrische Erkenntnisse und ihre Praxis, in: Neue Zeit vom 23. 12. 1981, S. 5.

die aktuelle Situation der Psychiatrie und ihre zukünftigen Aufgaben dabei vor dem „dunklen Gestern" der Psychiatrie in der NS-Zeit entfaltet.[72]

Der Fortschritt der Psychiatrie und der Medizin, mit dem die Aufgabe, den Wahnsinn erklären und kontrollieren zu können, als Grundüberzeugung verbunden war, bezog sich so also auch auf eine Vergangenheit, von der man sich fortentwickeln wollte. Der erwartete Fortschritt ließ sich nicht beschreiben oder einfordern, ohne nicht zugleich die Rückständigkeit des Bestehenden zu kritisieren. Vor diesem Hintergrund war die Rede von der Rückständigkeit der Psychiatrie, die vor allem in der westdeutschen Öffentlichkeit ausgeprägt war, ein Argument im Kampf um mehr politische und finanzielle Zuwendung, die die Durchführung von Reformen ermöglichen sollte. Allgemein wurden die Zustände in den deutschen Universitätskliniken und Krankenhäusern immer wieder als dringend renovierungs- und reformbedürftig beschrieben;[73] wie oben deutlich wurde, wurde auch immer wieder erwähnt, dass die deutsche Psychiatrie der Psychiatrie in anderen Ländern hinterherhinke. Neben der gefühlten Rückständigkeit im Vergleich zu anderen Ländern war der Grad an Modernität, den man der Bundesrepublik zuschreiben wollte und den diese verkörpern sollte, eine weitere Bezugsgröße zur Einschätzung der eigenen Situation. Diesem schienen die Zustände der Psychiatrien nicht zu entsprechen, wenn sie ihn nicht sogar unterliefen. Aus diesem Spannungsverhältnis resultierte das Narrativ einer rückständigen Psychiatrie, die hinter der modernen Psychiatrie anderer Länder ebenso wie hinter den Ansprüchen eines bundesrepublikanischen Selbstverständnisses als „moderne" Gesellschaft zurückbleiben würde.[74]

In zwei Artikeln in der Zeitung *Die Zeit* im Januar 1967 etwa wies Frank Fischer, der zwei Jahre später seinen Report „Irrenhäuser. Kranke klagen an" vorlegen sollte, darauf hin, dass „das deutsche psychiatrische Krankenhauswesen […] weit davon entfernt" sei, „dem Geisteskranken therapeutisch optimale Möglichkeiten bereithalten zu können".[75] Eine neue Anstalt sei „[s]eit über 50 Jahren" nicht mehr gebaut worden; und die reformbereiten Sozialpsychiater an den Universitätskliniken mit ihren modernen, an internationalen Vorbildern orientier-

[72] Eberhard Klages, Neue Hilfen für psychisch Kranke. Journalisten im Gespräch mit Prof. Dr. Klaus Ernst (Charité) und Unionsfreund Kirchenrat Karl Pagel, in: Neue Zeit vom 26. 5. 1982, S. 5.

[73] Siehe beispielsweise o. V., Die Bundesrepublik – ein unterentwickeltes Land, in: Der Spiegel, Nr. 36 vom 30. 8. 1961, S. 32–41; o. V., Kalk in Kulturen, in: Der Spiegel, Nr. 35 vom 21. 8. 1967, S. 49–51.

[74] Eine solche Lesart hält sich bis heute, etwa in Häfner/Martini, Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, wenn wiederholt auf die Orientierung an den erfolgreichen Forschungseinrichtungen und Kliniken im angloamerkanischen Raum hingewiesen wird, zu denen sich die deutsche Psychiatrie in deutlicher Diskrepanz befunden habe, siehe etwa ebd., S. 52.

[75] Frank Fischer, Von der Umwelt abgelehnt… in der ‚Anstalt' isoliert: Geisteskranke in der Bundesrepublik, in: Die Zeit, Nr. 4 vom 27. 1. 1967, S. 42. Zu den Artikeln siehe auch Cornelia Brink, Die Psychiatrie auf der Anklagebank. Eine Fallstudie über Grenzen und Grenzverschiebungen in der ärztlichen und öffentlichen Rede über Psychiatrie (1969–1975), in: Thomas Hengartner/Johannes Moser (Hrsg.), Grenzen und Differenzen. Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen, Leipzig 2006, S. 493–504.

ten Modellen seien in der Minderzahl und könnten sich gegen die somatische Psychiatrie und ihre Kollegen in den Anstalten noch nicht recht durchsetzen: „Doch allzu starr und uniform tritt die deutsche Anstaltspsychiatrie auf den Plan, wenn die Kliniker Kulenkampff, von Baeyer oder Kisker von unbedingt notwendigem Strukturwandel sprechen, so dass in absehbarer Zeit eine grundsätzliche Kursänderung nicht zu erwarten ist."[76] Geradezu „reaktionär" seien die „Apologeten der herkömmlich strukturierten Großanstalt", und ihre Ansichten klängen eher nach fünfzig Jahre alten Ideen, nicht aber nach Beginn der sechziger Jahre. Ebenso rückständig wie die Psychiatrie und außerdem noch von Unwissen und Vorurteilen geleitet sei auch die Gesellschaft: „Ins finstere Mittelalter glaubt man sich versetzt, wenn man versucht, in das dichte Gestrüpp aus Vorurteilen, Diskriminierungen und Ängsten einzudringen, mit dem die Geisteskranken in unserer Gesellschaft umgeben sind. Zwar laufen heute die ‚Narren' nicht mehr mit Schellenkappen umher, sie dienen auch nicht mehr, in Käfigen angekettet, zur Volksbelustigung; diese lauten Demonstrationen gehören der Geschichte an. Nicht historisch ist jedoch die grundsätzliche Einstellung zu diesen Menschen, denen bis heute das Entscheidende fehlte: die vorurteilslose, selbstverständliche Anerkennung als Kranke durch die Gesellschaft." Eine solche Anerkennung, ein „rationales Verhältnis der Gesellschaft zu den Geisteskranken", sah Fischer allein auf der Grundlage eines soziologischen und psychologischen Wissens erwachsen, für dessen Verbreitung er die Wissenschaftler als Experten in die Pflicht nahm – mit dem Verweis auf England, die Vereinigten Staaten und Dänemark, wo solche Expertengremien und Aufklärungskampagnen längst etabliert seien.[77] Das Wissen in der Gesellschaft sollte an das Wissen der Wissenschaft anschließen, die Psychiatrie nach internationalen Beispielen umgebaut werden, und außerdem die Abgrenzung der Psychiatrie aufgebrochen und die Psychiatrie an die Gesellschaft angepasst werden: „Darum gilt es heute, die künstliche Isolation der psychiatrischen Krankenhäuser aufzubrechen und ‚drinnen' Verhältnisse zu schaffen, die den Lebensbedingungen ‚draußen' möglichst entsprechen."[78] Eine „Avantgarde"[79] von Sozialpsychiatern habe auf diesem Bereich auch schon einiges unternommen, jedoch nicht genug, um Fälle wie den im Artikel geschilderten an Schizophrenie erkrankten „N. H." aufzufangen und in die Gesellschaft zu integrieren.[80]

[76] Fischer, Von der Umwelt abgelehnt.
[77] Fischer, Von der Umwelt abgelehnt.
[78] Frank Fischer, Im Wartesaal ohne Hoffnung – „Irre". Ein Mann im Mahlwerk eines Ghetto-Systems – Geisteskranke in der Bundesrepublik, in: Die Zeit, Nr. 3 vom 20. 1. 1967, S. 42.
[79] Fischer, Von der Umwelt abgelehnt.
[80] Fischer, Im Wartesaal ohne Hoffnung – „Irre". Auch in diesen beiden Artikeln diente ein Einzelschicksal zur Illustration der Mühlen der Psychiatrie. „N. H." wurde gleich zu Beginn des Artikels eingeführt als ein junger Mann, der „seit vielen Jahren an einer schweren Geisteskrankheit" litt, „Diagnose Hebephrenie, eine Form der Schizophrenie, die in jugendlichem Alter ausbricht und nur selten Heilung erwarten lässt." Die Berichterstattung über die Symptome der Krankheit entsprach ganz gängigen Darstellungsweisen, die zur Inszenierung der Andersartigkeit des Verhaltens die Sicht der Mitmenschen auf den Wahnsinnigen einnahmen und damit ein Gefühl der Bedrohung und Angst erzeugten, wenn etwa eine Szene im Fami-

Fischers Kritik hob eine doppelte Diskrepanz hervor: die zwischen fortschrittlichem wissenschaftlich-akademischem Wissen und rückständiger Anstaltspraxis, und die zwischen fortschrittlichen Einrichtungen in anderen Ländern und rückständigen Institutionen in Deutschland. In Zahlen ausdrückbar wurde die Rückständigkeit schließlich zu Beginn der siebziger Jahre, einerseits durch die von der Weltgesundheitsorganisation WHO vorgegebenen internationalen Standards für die psychiatrische Versorgung in Kombination mit den in den Anstalten und Krankenhäusern erhobenen Statistiken und andererseits durch die im Zwischenbericht der Psychiatrie-Enquete erhobenen Daten. Dass dieser Vergleich für die westdeutsche Psychiatrie nicht gut aussah, machte Ernst Klee deutlich: „Die Bundesrepublik rangiert international am Schluss."[81] Während die WHO, so Klee, 3 psychiatrische Betten auf 1000 Einwohner fordere, könne die deutsche Psychiatrie nur 1,9 Betten aufbieten. Der Arzt verweile durchschnittlich vier Minuten bei einem Patienten. Es herrschten teilweise „Zustände wie in Kriegsgefangenenlagern", die Kranken seien in „Verwahrghettos".[82] Die Ansiedlung der psychiatrischen Anstalten auf dem Land, von deren Abgeschiedenheit man sich früher Ruhe und Erholung versprochen hatte, erschien zunehmend als Nachteil, da die Anstalten damit von den Ballungszentren und dem dortigen Versorgungsangebot abgeschnitten waren. Die Zustände in der Psychiatrie, so Klee, seien so dramatisch, dass die Reform „eine Aufgabe mindestens einer ganzen Generation" sei.[83] Und ein Jahr später bilanzierte er anlässlich des vorgelegten Berichts der Enquete: „Die Bundesrepublik ist ein sozialmedizinisch und sozialpsychiatrisch unterentwickeltes Land."[84]

In diesem Kontext kam den Datenerhebungen der Psychiatrie neue Bedeutung zu. Sie ermöglichten eine Bezifferung und Benennung der akuten Probleme, aus der sich die Notwendigkeit zum Handeln scheinbar objektiv herleiten ließ – zumindest objektiver als aus Schilderungen dramatischer Zustände, die sich oftmals noch als Einzelfälle abtun ließen, wie etwa Frank Fischers Buch über Irrenhäu-

lienkreis folgendermaßen geschildert wurde: „Weit aufgerissene, bohrende Augen in einem verzerrten Gesicht starren die Familienmitglieder nacheinander an, bis sein barbarisches Lachen die beklemmende Szene beendet." Auch „N. H." gerät schließlich in Konflikt mit der Polizei und wird von ihr in die Anstalt gebracht, nachdem er auf einer von Autos befahrenen Straße herummarschiert war. Nachdem er von der Polizei abtransportiert worden war, „zog sonntäglicher Friede wieder in die eben noch aufgeregte Vorstadtstraße ein". Für „N. H." freilich beginnt damit die Trennung von einer Gesellschaft, die auch spätere Versuche der Reintegration nicht rückgängig machen werden können, und die ihn so als Opfer und Ausgestoßenen dieser Gesellschaft zeigen, die keine Instrumente bereithält, um solche schweren und bereits bekannten Krankheiten schon im Frühstadium, solange der Kranke noch in der Gesellschaft leben kann, zu behandeln bzw. ihm zu helfen.

[81] Ernst Klee, Da werden noch Tüten geklebt. Für den Patienten 4 Minuten, in: Die Zeit, Nr. 40 vom 27. 9. 1974, S. 55.

[82] Klee, Da werden noch Tüten geklebt.

[83] Klee, Da werden noch Tüten geklebt.

[84] Ernst Klee, Elf Millionen sind seelisch krank. Auch immer mehr Kinder müssten zum Psychiater, in: Die Zeit, Nr. 50 vom 5. 12. 1975, S. 52.

ser.[85] 1971 wiesen die Psychiater der Freiburger Universitätsklinik in der Einleitung ihres Überblicks über die Situation der Psychiatrie in Baden-Württemberg darauf hin, dass sich die Debatte über den Notstand in der Psychiatrie, die nun auch gesellschaftlich und politisch geführt wurde, auf „Schlagworte und gewisse Klischeevorstellungen" einschieße, „die ohne Untersuchung der tatsächlichen Situation ständig wiederholt als Basis für Kritik und Verbesserungsvorschläge benutzt werden".[86] Solche Klischees beträfen die Größe der Krankenhäuser und Anstalten (wurden in der Regel als deutlich größer eingeschätzt, als sie waren), die ländliche Abgeschiedenheit (tatsächlich gebe es sehr wenige davon) oder das Ausland, insbesondere die USA, als Vorbild. Um diese Klischees zu entkräften, wollten die Psychiater „einige Daten zu dem gesamten Fragekomplex" vorlegen.[87]

Bereits seit Anfang der sechziger Jahre hatten verschiedene Krankenhäuser mit Erhebungen, Datenanalysen und Statistiken begonnen,[88] die zahlenbasierte Antworten auf folgende Fragen liefern sollten: Welche Patientengruppen waren zu welchen Anteilen in den psychiatrischen Krankenhäusern und Anstalten? Wie lange war die jeweilige Verweildauer, wie hoch die Wiederaufnahmequote? Wie viele Betten gab es überhaupt, wie hoch war der Bedarf? Wie viele Ärzte und Pfleger entfielen auf wie viele Patienten? Die Reformbestrebungen führten so dazu, Zahlen und Daten über den Ist-Zustand zu sammeln, die politisch als Argumente, zur Illustration und zum Beweis der Zustände in den Psychiatrien eingesetzt werden sollten (und durch die Zirkulation in den Medien auch den politischen Druck erhöhten).[89] Diese Datenerhebungen kamen zum einen durch den Reformeifer sozialpsychiatrischer Vertreter zustande, dienten aber angesichts der vielen Bereiche des Nicht-Wissens der Psychiatrie zum anderen auch der Selbstvergewisserung.

Vor dem Hintergrund des Narrativs einer rückständigen Psychiatrie lässt sich die westdeutsche Reformpsychiatrie, die in den siebziger Jahren an Bedeutung

[85] Vgl. Caspar Kulenkampff, Wie schlecht ist die Krankenhauspsychiatrie in diesem Lande? Bemerkungen zu dem Buch von Frank Fischer: Irrenhäuser, Kranke klagen an, in: Der Nervenarzt 41 (1970), S. 152–153. Kulenkampff beurteilte die Lage der Krankenhäuser so, dass Vortreffliches und Unmögliches gleichermaßen zu finden sei, rief aber grundsätzlich zur Selbstreflexion auf.

[86] Rudolf Degkwitz/P. W. Schulte, Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Bisherige Entwicklung – Status quo – Vorschläge zur Verbesserung, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 169–180, hier S. 169.

[87] Degkwitz/Schulte, Einige Zahlen zur Versorgung, S. 169.

[88] Dabei handelte es sich um ein bundesländerübergreifendes Phänomen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit: S. Haddenbrock/H. Poeschel, Die chronisch Kranken eines psychiatrischen Landeskrankenhauses. Zu ihrer diagnostischen Struktur, ihrer Soziologie und Therapie, in: Der Nervenarzt 34 (1963), S. 49–55; Helge Lindinger, Beitrag zur Untersuchung der soziologischen Struktur in der psychiatrischen Heilanstalt und im psychiatrischen Krankenhaus, in: Der Nervenarzt 34 (1963), S. 229–231; Freyhan, Über die therapeutische Bedeutung langfristiger Schizophrenie-Beobachtungen; H. W. Müller/G. Scheurle/G. Engels, Zur Hospitalisierung psychisch Kranker im Rheinland in den Jahren 1962–1965, in: Der Nervenarzt 41 (1970), S. 234–246.

[89] Zur Bedeutung des medial erzeugten Drucks auf die Politik vgl. Schmiedebach/Priebe, Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century, S. 466.

gewann, daher auch als Konkretisierung und Realisierung von Modernisierungssehnsüchten einer „rückständigen" Psychiatrie lesen, insofern, als sie sich um die Umgestaltung von Räumen und Orten kümmerte, um Öffnungen und Aufschließungen, um Umstrukturierungen und Umgruppierungen. Ebenso aber zielte die Psychiatriereform auch auf eine Rückkehr zum „Kerngeschäft" der Psychiatrie. Verschiedene Gruppen wie Suchtkranke, Neurotiker, Demente usw. sollten in ambulanten bzw. Spezialkliniken behandelt werden, um wieder Raum und Kapazitäten für die schweren psychiatrischen Erkrankungen wie etwa die manische Depression oder die Schizophrenie zu schaffen. Die Überzeugung, dass andere Krankheitsgruppen einer anderen Behandlung zugänglich seien, zeigt außerdem einen ausdifferenzierten Wissens- und Komplexitätsgrad, der entsprechende Handlungen und Erweiterungen der Psychiatrie anleitete. Allerdings wurden die als chronisch krank eingestuften Patientinnen und Patienten auch bei der Psychiatriereform kaum berücksichtigt.[90] Da gleichzeitig die internationalen Diagnoseschlüssel mehr Einheitlichkeit und gemeinsame Referenzpunkte in die Klassifikationsdebatten brachten, kann man davon sprechen, dass die Psychiatrie zu Beginn der siebziger Jahre – auch wenn die Sozialpsychiater sie in einem desolaten Zustand sahen – eine stärkere gesellschaftliche Position aufweisen konnte als noch in den fünfziger Jahren; ihre sozialwissenschaftliche Öffnung verschaffte ihr zusätzlichen politischen Einfluss und ihrem Expertentum die Möglichkeit einer gesundheits- und sozialpolitischen Einflussnahme.

Die disziplinierende Psychiatrie

Neben der Rede von der rückständigen Psychiatrie gab es noch eine weitere Erzählweise der Psychiatrie, die die Bedrohung, die vom Wahnsinn ausging, gewissermaßen umdrehte und auf die Psychiatrie selbst überschrieb. Im Narrativ der *disziplinierenden* Psychiatrie wurde die Psychiatrie als mächtiger Akteur im gesellschaftlich und staatlich organisierten Zugriff auf das Indiviuum entworfen. Insbesondere wurden psychiatrische Einweisungs- und Behandlungsmethoden beschrieben und deren Gewalt- und Zwangscharakter hervorhoben. So berichtete *Der Spiegel* 1967 beispielsweise von einem Anwaltsassessor, der eines Morgens auf dem Weg zum Krefelder Hauptbahnhof von zwei Polizisten ergriffen und mit Verdacht auf Schizophrenie in die geschlossene Abteilung eines Landeskrankenhauses gebracht worden war, was der Artikel deutlicher Kritik unterzog: Ein Wutausbruch, wilde Blicke und das Abstreiten paranoider Stimmungen genügten scheinbar für die Diagnose Schizophrenie, die in der Folge einen Raum für gewalttätige Handlungen freigab: In der Heilanstalt geriet Müller in eine gewalttätige Auseinandersetzung mit zwei Pflegern, bei der ihm ein Brustwirbel gebrochen

[90] Hans-Ludwig Siemen, Die chronisch psychisch Kranken im „Abseits der Psychiatriereform". Das Beispiel Bayern, in: Franz-Werner Kersting (Hrsg.), Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre, Paderborn 2003, S. 273–286.

wurde. Der seitdem querschnittsgelähmte Müller beschrieb, wie sich die Pfleger auf ihn stürzten und ihn schlugen; diese erklärten, sie hätten lediglich „sanfte Gewalt" angewandt.[91]

Ganz ähnliche Zustände von Brutalität wurden auch vom Landeskrankenhaus Eickelborn in Westfalen berichtet, wo Kranke misshandelt wurden, in eisiger Kälte stramm stehen mussten und ein Arzt zugab, dass jeder Neuankömmling erst einmal bis zu 24 Stunden „nackt in eine vergitterte Isolierzelle gesperrt" werde.[92] Darüber hinaus wurden die Massenmorde der Psychiatrie in der NS-Zeit in der „Aktion T4" öffentlich und mit immer mehr Details bekannt.[93] Berichte über unzulässige Versuchsreihen, bei denen die Pflichten zur Aufklärung versäumt und die freiwillige Einwilligung des Probanden nicht eingeholt worden waren, legten nahe, dass diese Zeit nicht vorbei war, sondern „dass auch in der Bundesrepublik – kaum ein Menschenalter nach den Experimenten an KZ-Häftlingen im Dritten Reich – Patienten als Versuchskaninchen missbraucht werden".[94] Aber auch im Kontext von Berichten über Folter tauchten psychiatrisches Wissen und psychiatrische Behandlungsmethoden auf, etwa beim Einsatz von Elektroschocks und Medikamenten als Foltermethoden.[95]

Vor dem Hintergrund des Kalten Krieges und besonders in den fünfziger Jahren trat die Psychiatrie ebenso wie die Psychologie auch als dienstleistende Wissenschaft auf, deren besondere Fähigkeit darin zu bestehen schien, in ein fremdes Bewusstsein einzudringen und dem Individuum alles zu entlocken, was sie von ihm wissen wollten – und zwar auch gegen dessen Willen. Ebenso unbegrenzt schienen auch ihre manipulativen Fähigkeiten.[96] Die steigende Einnahme von Psychopharmaka in der Bevölkerung, wie sie Jürgen Stössel in seinem Buch „Psycho-Pharmaka – die verordnete Anpassung" darstellte, schien ebenso nur ein weiteres Zeichen dafür zu sein, wie leicht die Psychiatrie bzw. die Medizin immer mehr Bevölkerungsteile ruhigstellen konnte.[97] Auch die Psychochirurgie schien die Macht zu haben, mit einem chirurgischen Eingriff am Gehirn eine umfassende Veränderung der Persönlichkeit auszulösen; von Anfang an wurde sie auch zur Disziplinierung aufmüpfiger bzw. krimineller Bürger eingesetzt.[98] Individuen, die von der disziplinierenden Psychiatrie erreicht wurden, wurden zu deren Opfern,

[91] o. V., Hund gesund, in: Der Spiegel, Nr. 14 vom 27. 3. 1967, S. 63.
[92] o. V., Eickelborn. Zeugen aus 9I, in: Der Spiegel, Nr. 29 vom 15. 7. 1968, S. 42–45, hier S. 45.
[93] Siehe etwa o. V., Die Kreuzelschreiber, in: Der Spiegel, Nr. 19 vom 3. 5. 1961, S. 35–44; anlässlich des „Euthanasie-Prozesses" die Titelgeschichte o. V., Handvoll Asche, in: Der Spiegel, Nr. 8 vom 19. 2. 1964, S. 28–38.
[94] o. V., Bittere Pille, in: Der Spiegel, Nr. 30 vom 21. 7. 1969.
[95] Carola Stern, Wo gefoltert wird. Wer schweigt, wird mitschuldig, in: Die Zeit, Nr. 50 vom 15. 12. 1972, S. 12 f.
[96] Siehe o. V., Wahrheitsserum. Einbruch ins Bewusstsein, in: Der Spiegel, Nr. 17 vom 27. 4. 1950, S. 39 f.; o. V., Gehirnwäsche. Blockade der Sinne, in: Der Spiegel, Nr. 24 vom 13. 6. 1956, S. 43–45.
[97] o. V., Schluckimpfung gegen Depression, in: konkret, Nr. 21 vom 17. 5. 1973, S. 13.
[98] o. V., Charakter unterm Messer. Säge für den Kopf, in: Der Spiegel, Nr. 52 vom 22. 12. 1949, S. 39 f.; Jochen Obermayer, Streit um Operationen im Gehirn, in: Die Zeit, Nr. 48 vom 23. 11. 1973, S. 66.

wobei das Erfahrungsspektrum vom sozialen Tod durch die Zwangseinweisung bis zum physischen und psychischen Leiden durch Zwangsbehandlungen reichte. Jakob Tanner sprach in diesem Zusammenhang davon, dass die „historische Darstellung der psychiatrischen Einschließung […] zur heterotopischen Horrorerzählung" wurde.[99]

Besondere Form nahm die disziplinierende Psychiatrie an, als bekannt wurde, dass in der Sowjetunion Mittel der Psychiatrisierung eingesetzt wurden, um politische Dissidenten in Anstalten und Krankenhäuser einweisen zu lassen. Besondere Aufmerksamkeit erregte der „Fall Pljuschtsch", über den ausführlich berichtet wurde.[100] Der Mathematiker Leonid Pljuschtsch (andere Schreibweise Pljušč) wurde 1972 verhaftet, erhielt von dem Moskauer Psychiater Andrej Shneschnewski die Diagnose einer Schizophrenie und wurde anschließend für mehrere Jahre in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen. Durch seine Frau wurde der Fall im Westen bekannt gemacht, wo sich massiver Protest organisierte. Im Jahr 1976 erschien eine Dokumentation des Falls auch in deutscher Übersetzung.[101] Nach seiner Entlassung und Ausweisung in den Westen schrieb Pljuschtsch eine Autobiografie, die unter dem Titel „Im Karneval der Geschichte" auch auf Deutsch erschien und seine Erfahrungen schilderte.[102] Aber er war nicht der Einzige. Bereits 1971 hatte Amnesty International auf die sowjetische Internierungspraxis in psychiatrischen Anstalten hingewiesen.[103] Wladimir Bukowskij, der ebenfalls wiederholt inhaftiert war, gelang es, eine Dokumentation zusammenzustellen, die den Einsatz der Psychiatrie nachwies, und diese 1971, im Jahr des Weltkongresses der Psychiatrie in Mexiko, in Frankreich zur Veröffentlichung zu bringen.[104] Durch diese Veröffentlichung wurde auch der Name von Pjotr Grigorenko, einem sowjetischen General, bekannt, der ebenfalls zu den Inhaftierten zählte.[105]

Mit diesem Nachweis erreichte die Nachricht von der methodischen Psychiatrisierung politischer Gegner in der Sowjetunion auch die offizielle und inter-

[99] Jakob Tanner, Ordnungsstörungen. Konjunkturen und Zäsuren in der Geschichte der Psychiatrie, in: Marietta Meier/Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 271–306, hier S. 272. Siehe zum Thema Zwangseinweisungen außerdem Cornelia Brink, Zwangseinweisungen in die Psychiatrie, in: Ulrich Herbert (Hrsg.), Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration, Liberalisierung 1945–1980, Göttingen 2002, S. 467–507.

[100] Siehe z. B. Alexander Korab, Drei Jahre im Irrenhaus. Leonid Pljuschtsch gab nicht auf, in: Die Zeit, Nr. 4 vom 16. 1. 1976, S. 7; o. V., Spritzen gegen Reformen, in: Der Spiegel, Nr. 4 vom 19. 1. 1976, S. 75–76; o. V., Der Fall Pljuschtsch, in: Der Spiegel, Nr. 48 vom 26. 11. 1979, S. 173.

[101] Tania Mathon/Jean-Jacques Marie, Die Affäre Pljuschtsch. Der Psychoterror in der Sowjetunion, Wien/München/Zürich 1976.

[102] Leonid Pljuschtsch, Im Karneval der Geschichte. Ein Leben als Dissident in der sowjetischen Realität, Wien/München/Zürich 1981.

[103] Amnesty International, Die Internierung sowjetischer Dissidenten in psychiatrischen Anstalten, Hamburg 1971.

[104] Jean-Jacques Marie (Hrsg.), Opposition. Eine neue Geisteskrankheit in der Sowjetunion? Eine Dokumentation von Wladimir Bukowskij, München 1973. Siehe auch den *Spiegel*-Bericht o. V., Uniform unterm Kittel, in: Der Spiegel, Nr. 45 vom 1. 11. 1971, S. 128–130.

[105] Anlässlich seiner Entlassung siehe o. V., Hinter der Maske, in: Der Spiegel, Nr. 27 vom 1. 7. 1974, S. 59–61.

nationale Ebene der Psychiatrie. Die sowjetischen Praktiken wurden allgemein verurteilt, es dauerte jedoch bis zum Weltkongress 1977 auf Hawaii, bis international verbindliche Prinzipien der psychiatrischen Praxis verabschiedet wurden, und noch einmal bis 1983, bis ein Antrag auf Ausschluss der sowjetischen Psychiater aus dem Weltverband angekündigt wurde. Diesem kam die Sowjetunion mit ihrem Austritt jedoch zuvor. Erst 1989 wurde sie wieder in den Weltverband aufgenommen.[106] Die ostdeutschen Psychiater verhielten sich in dieser Situation solidarisch mit den sowjetischen Psychiatern und versuchten wiederholt, für sie in die Bresche zu springen, letztlich allerdings ohne Erfolg. Vor allem der Psychiater Karl Seidel war bestrebt, sich politisch angemessen zu verhalten und erklärte die Missbrauchsvorwürfe von vornherein für unhaltbar und politisch vom gegnerischen System angeleitet.[107] In ihrem Werk „Dissident oder geisteskrank?" von 1978, das bis heute als Standardwerk zählt, arbeiteten Sidney Bloch und Peter Reddaway die psychiatrischen Prozesse und Strukturen heraus, die eine Diagnostizierung auf so breiter Ebene überhaupt ermöglichten.[108] In diesem Kontext analysierten sie auch das von Andrei Sneschnewski entwickelte sowjetische Schizophreniemodell, das im Vergleich mit anderen Auffassungen von Schizophrenie deutlich weiter gefasst war, die Form der „schleichenden Schizophrenie" kannte und damit für eine politische Instrumentalisierung besonders geeignet war: Bereits bei leichten Symptomen ermöglichte es die Diagnose der Schizophrenie, deren Verlauf als unaufhaltsam und unheilbar eingestuft wurde.[109] Jede Form abweichenden Verhaltens, so auch die Darstellung im *Spiegel*, konnte in der Sowjetunion bereits als Geisteskrankheit betrachtet werden und entsprechend schnell in die psychiatrische Anstalt führen.[110] Mit den Berichten von der Möglichkeit einer so raschen und frühen Einweisung in eine Anstalt und einer Diagnose, die man nie mehr los wurde, wurde der Extremfall einer disziplinierenden, politisch instrumentalisierten Psychiatrie vor Augen geführt. Zugleich bedeutete dieser Kontext für das Schizophreniemodell, dass das Vertrauen in seine wissenschaftliche Richtigkeit weiter abnahm.

Die uneindeutige Psychiatrie

Während die Rede von der rückständigen Psychiatrie auf die Schwachstellen der modernen Gesellschaft hinwies und die disziplinierende Psychiatrie Macht, Zwang und Gewalt repräsentierte, stand die Psychiatrie auch immer wieder selbst

[106] Siehe zu diesem Überblick Süß, Politisch missbraucht?, S. 27–32.
[107] Süß, Politisch missbraucht?, S. 584–606.
[108] Sidney Bloch/Peter Reddaway, Dissident oder geisteskrank? Mißbrauch der Psychiatrie in der Sowjetunion, München 1978.
[109] Bloch/Reddaway, Dissident oder geisteskrank?, S. 205–208. Darauf hatten sie auch bereits im Jahr zuvor in einem Artikel in der *Zeit* hingewiesen, siehe Sidney Bloch/Peter Reddaway, Wie Abweichler zu Irren gestempelt werden. Im Dienste der Partei – Die Methoden der sowjetischen Psychiatrie, in: Die Zeit, Nr. 35 vom 26. 8. 1977, S. 16.
[110] o. V., Schleichender Irrsinn, in: Der Spiegel, Nr. 28 vom 11. 7. 1983, S. 148 f.

vor Gericht: Als *uneindeutig* und unklar in ihren eigenen Wissensbeständen erschien die Psychiatrie insbesondere in gutachterlichen Kontexten. Gerade die Nähe zur Macht in ihrer justiziellen Form war dabei besonders heikel, entschied doch der Gutachterspruch über individuelle Zurechnungsfähigkeit und Verantwortlichkeit, über Gefängnis oder Psychiatrie. Besonders spektakulär präsentierte Verbrechen und die sich teilweise über Monate hinziehenden Verhandlungen generierten der Psychiatrie mehr Aufmerksamkeit, als ihr in diesem Kontext lieb sein konnte.

Große Aufmerksamkeit erregte etwa 1950 in Hamburg der Prozess gegen den Arzt Martin-Heinrich Corten, dem vorgeworfen wurde, seine Frau in den Jahren 1947 und 1948 mehrfach absichtlich und zu Unrecht in psychiatrische Kliniken gebracht zu haben. Der Psychiater Hans Bürger-Prinz vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf hatte bei ihr eine Schizophrenie diagnostiziert. Im Lauf des Prozesses freilich wurde deutlich, dass jeder der behandelnden Ärzte eine leicht andere Diagnose gestellt hatte – was das Vertrauen in die Psychiatrie als Wissenschaft deutlich untergrub. Zudem wurde Schizophrenie in der Öffentlichkeit als unheilbar verstanden, es gab also in der öffentlichen Wahrnehmung nur die Möglichkeit, dass die Ehefrau zu Unrecht eingewiesen worden war, nicht aber die Möglichkeit, dass sie zum Zeitpunkt der Behandlung krank gewesen und nun, zum Zeitpunkt des Prozesses, wieder stabil war. Wie Thorsten Noack hervorhebt, wurde bei diesem Prozess vor allem die Einweisungspraxis diskutiert, das heißt vor allem „der Schutz des Gesunden vor der fälschlichen Internierung und Entmündigung", worin sich die „Angst vor dem sozialen Tod" als „ein wichtiges Motiv für die mediale Infragestellung der tradierten Einweisungspraxis" ausdrückte.[111] Die Angst, zu Unrecht in der „Schlangengrube" zu landen, wurde dadurch verstärkt.

Mitte der sechziger Jahre sorgte ein weiterer Prozess, der „Taximörder-Prozess", für Aufsehen. *Die Zeit* prophezeite ihm sogar das Potential, „zu einem Markstein in der Diskussion um Berechtigung und Bedeutung, Beweiskraft und Fragwürdigkeit, Wert und Unwert psychiatrischer Gutachten bei Strafprozessen" zu werden.[112] Die beiden Angeklagten, Manfred Tragert und Dino-Dieter Hoffmann, waren angeklagt, im Oktober 1964 einen Bonner Taxifahrer ermordet zu haben. Der Gerichtspsychiater Josef Gierlich erklärte den Angeklagten Manfred Tragert für voll verantwortlich und schuldfähig, das Gericht forderte aber ein zweites Gutachten ein. Mit diesem Gutachten wurde der Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Bonn, Hans Jörg Weitbrecht, betraut. Dessen Urteil lautete: schleichende paranoide Schizophrenie – die schon zum Tatzeitpunkt vorhanden gewesen sei.

111 Thorsten Noack, Über Kaninchen und Giftschlangen. Psychiatrie und Öffentlichkeit in der frühen Bundesrepublik Deutschland, in: Heiner Fangerau/Karen Nolte (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 311–340, hier S. 324. Siehe zu diesem Prozess auch Brink, Grenzen der Anstalt, S. 374–379.

112 Peter Stähle, Mord, Betrug, Nachrede. Bonner Prozesswelle: Merten, Deutsch und zwei Taximörder, in: Die Zeit, Nr. 41 vom 8. 10. 1965, S. 14.

Brisant wurde der Fall jedoch durch die Aussage des zweiten Angeklagten, Dino-Dieter Hoffmann, der plötzlich erklärte, Tragert sei ein Simulant, der ihm schon früher erklärt habe, dass er sich im Notfall als Verrückter ausgeben werde: „Er wisse, wie man verrückt spiele. Man müsse immer nur das Gegenteil von dem tun, was erwartet werde."[113] Das Gebaren Tragerts vor Gericht wurde vom Gerichtsreporter entsprechend beschrieben: „Tragert trumpfte in der zweiten Verhandlungsperiode nochmals mit großem Irrsinn auf: Eine ‚innere Stimme' habe ihm, als er im Taxi saß, den Mord am Fahrer befohlen. Schuld an der Tat sei ‚zu fünfzehn Prozent Hoffmann und für den Rest dessen Vorgesetzte'. Hoffmann sei nämlich die Relaisstation der irdischen Macht ‚fünfdimensionaler Wesen', von der er die Befehle bekam und an ihn, Tragert, weitergab. Sodann begrüßte Tragert den ‚Tod durch den Henker', dem er sich schon überantwortet sah, weil er ihm schneller ‚das ersehnte Leben im Jenseits' ermögliche. ‚Hier auf der Erde', so belehrte Tragert das Schwurgericht, ‚habe ich nur mein lächerliches Leben von 60 bis 80 Jahren. Aber wenn in 100 Milliarden Jahren Ihre Sonne längst verlöscht ist, dann werde ich noch da sein.'"[114]

Wenig überraschend angesichts eines solchen Verhaltens hatte Hans Jörg Weitbrecht erklärt, Tragerts sei schizophren; und „Wahnkranke vom Typ Tragerts" seien besonders „unberechenbar und gefährlich für ihre Umgebung".[115] Die Aussage des Komplizen gab dem Fall nun jedoch eine neue Wendung und ließ Weitbrechts Expertise nicht besonders günstig aussehen. In einem Dialogwechsel gab der Artikel die Nachfragen des Vorsitzenden des Schwurgerichts und die Antworten der Psychiater wieder und vermittelte damit das vor Gericht bewiesene psychiatrische Wissen bzw. zutage tretende Nicht-Wissen an die Leserschaft weiter. So erfuhr man, dass bei Schizophrenie nur geringe Heilungschancen bestünden, die Verläufe zudem sehr unterschiedlich seien und es keineswegs ausgeschlossen werden könne, dass ein anderer Gutachter zu einem späteren Zeitpunkt eine andere Diagnose stelle, dass es jedoch fast unmöglich sei, Geisteskrankheit zu simulieren. Der erste Gutachter schloss sich Weitbrechts Diagnose sogar an und erklärte seinen Sinneswandel mit dem nun völlig veränderten, wohl massiv fortgeschrittenen Krankheitsbild Tragerts. In der Vertagung des Prozesses und der Einforderung eines neuen Gutachtens bündelte sich die Ratlosigkeit des Gerichtes, das sich „nun nicht mehr in der Lage" sah, ein eindeutiges Ergebnis zu ermitteln.[116] Ein drittes Gutachten wurde eingeholt. Der Hamburger Psychiatrieprofessor Albrecht Langelüddeke schlug sich jedoch weder auf die eine noch auf die andere Seite und erklärte stattdessen, Tragert sei eine psychopathische Persönlichkeit.[117] Entnervt von den drei Meinungen der drei Gutachter, so berichtete *Die Zeit*, erklärte der

[113] Peter Stähle, Nicht hörig, sondern schizophren? Überraschende Wendungen im Bonner Taximord-Prozess, in: Die Zeit, Nr. 22 vom 28. 5. 1965, S. 21.
[114] Stähle, Nicht hörig, sondern schizophren.
[115] Stähle, Nicht hörig, sondern schizophren.
[116] Stähle, Nicht hörig, sondern schizophren.
[117] Wilhelm Weyen, „Macke" schützt vor Zuchthaus nicht. Dritte Auflage des Bonner Taxi-Mord-Prozesses endete mit zweimal lebenslänglich, in: Die Zeit, Nr. 2 vom 7. 1. 1966, S. 6.

Vorsitzende: „Wir sind bald kein Volk von Dichtern und Denkern mehr, sondern ein Volk von Gangstern und Killern, wenn wir fortfahren, unsere deutsche Strafjustiz nach den Gutachten der Psychiater auszurichten."[118]

Ganz ähnlich orientierte sich die Berichterstattung im bereits erwähnten Fall des amerikanischen Soldaten, der in Bayreuth wegen der Ermordung einer jungen Frau vor Gericht stand. Der Kriminalbeamte, vor dem Werner sein Geständnis abgelegt hatte, hatte ihn recht zugänglich und vergnügt gefunden, so konnte man in der *Zeit* lesen, ebenso der erste medizinische Sachverständige, der ihm jedoch trotzdem eine gewisse verminderte Zurechnungsfähigkeit zugestehen wollte (dass das Urteil des Polizisten sicher jedes medizinischen Sachverstandes entbehrte, wurde nicht thematisiert). Ein anderer Gutachter dagegen, der Heidelberger Psychiater Hans Joachim Rauch, sah eine seinen Aussagen zufolge zwar schwer zu erkennende, aber von ihm mit großer Sicherheit diagnostizierte schleichende Schizophrenie vorliegen. Das dritte Gutachten wurde von einer Gruppe von Psychiatern unter der Leitung von Hans Bürger-Prinz, dem Direktor der Hamburger Klinik, verfasst. Dieser sah einen „plötzlichen Spannungs- und Ausnahmezustand", begleitet von großer Zerstörungswut, möglicherweise auch erste Symptome einer Schizophrenie, und kam deshalb zu dem Schluss, Werner könne strafrechtlich nicht verantwortlich gemacht werden.[119]

Das Verständnis der Bevölkerung für den entsprechenden Urteilsspruch und die Einweisung in eine Psychiatrie war – vorsichtig gesagt – begrenzt. Ausführlich wurden die Reaktionen der Bayreuther Bürger wiedergegeben, die zwischen Empörung und Entsetzen schwankten und das Vertrauen in die deutsche Justiz erschüttert sahen.[120] Es wurde Revision eingelegt, und der Fall landete vor dem Bundesgerichtshof. Die Versuche der Rechtsanwälte, den Psychiatern – vor allem Bürger-Prinz – Befangenheit und Einflussnahme vorzuwerfen und Fehler im Verfahren zu finden, liefen jedoch ins Leere. Das Urteil wurde bestätigt.[121] Dennoch war ein weiteres Mal zutage getreten, dass die Psychiatrie keine Wissenschaft war, deren Urteile so eindeutig und einheitlich gesprochen wurden, wie man es im juristischen Kontext erwartete: „Die Verwirrung war groß, das Gericht ratlos: Lustmord, Epilepsie, Schizophrenie, Absatz 1 und Absatz 2. Die Sachverständigen widersprachen sich exakt."[122]

Ungefähr zur selben Zeit fand in einer anderen Stadt ein weiterer Prozess statt, der dem *Spiegel* die Bezeichnung „Affäre" wert war, und bei dem es sich ebenfalls erweisen sollte, „ob der Angeklagte bei Verstand und die Justiz bei Vernunft"

118 Weyen, „Macke" schützt vor Zuchthaus nicht.
119 Woldert, Die Bluttat von Bayreuth.
120 Siegfried Woldert, „Hängt ihn auf!". Der Freispruch für die „Bestie von Bayreuth" erregt die Gemüter, in: Die Zeit, Nr. 44 vom 28.10.1966, S. 15. Manche witterten etwa ein politisches Urteil, das mit Rücksicht auf Werners amerikanische Staatsbürgerschaft milde ausgefallen sei.
121 Nettelbeck, Recht in höchster Instanz.
122 Nettelbeck, Recht in höchster Instanz.

sei.[123] In der „Affäre Weigand" ging es zwar nicht um Schizophrenie, sondern um „Querulantentum", aber auch hier trat die Psychiatrie keineswegs einig auf – im Gegenteil. Der Verdacht lag nahe, dass hier ein unbequemer Bürger weggesperrt werden sollte. Alle großen überregionalen Wochen- und Tageszeitungen berichteten, und die Aufmerksamkeit für die Gerichtspsychiatrie war danach so groß, dass ein an sich recht banaler, aber ähnlich undurchsichtiger Fall kurz darauf ebenfalls einen Pressebericht erhielt.[124]

Der Machtanspruch der Psychiatrie hatte in der Öffentlichkeit des Gerichtssaals der sechziger Jahre einen deutlich spürbaren Einbruch erlitten: Wissenschaftlich gesicherte, eindeutig nachvollziehbare und objektiv überprüfbare Diagnosen schien sie nicht liefern zu können. Weitere Presseartikel mussten nicht einmal mehr Bezug auf Fälle verschiedener Gutachten nehmen: Die Meinung, dass die Psychiatrie in sich uneinig und auf psychiatrische Gutachten wenig Verlass sei, war bereits zum Allgemeinplatz geworden, die besonders der Gerichtsreporter des *Spiegel*, Gerhard Mauz, bediente. So erklärte er anlässlich des Hanzlicek-Prozesses 1970, die Psychiatrie sei „heute weniger denn je ein Fach, in dem eine Meinung regiert". Es verhalte sich so, dass „in heiklen Fällen ein Psychiater – stets kein Psychiater" sei.[125] Anlässlich eines Eifersuchtsdramas erläuterte er die unterschiedlichen Auffassungen der Gutachter, die darin begründet seien, dass der eine mehr, der andere weniger psychoanalytisch denke.[126] Und im Wittmann-Prozess erläuterte er die Schulstreitigkeiten der Psychiatrie: „Die Psychiatrie hat sich in ihren internen Richtungskämpfen selbst massakriert. In ewige Schulstreitigkeiten verstrickt, finden die prominenten Vertreter der verschiedenen Richtungen heute in den großen Strafsachen immer schwerer Gehör."

Zugleich sind diese Reportagen auch ein Beispiel dafür, wie sich in verschiedensten Kontexten und eben auch dem der Gerichtsreportage Wissen ausbreitete und als „neues Wissen" gegenüber überholten Fragen in Stellung gebracht wurde: „Krank *oder* gesund", so Mauz, „das ist keine Fragestellung mehr, wäre dem Gericht und der Öffentlichkeit zu sagen, genauso wie mitzuteilen wäre, dass man nicht mehr von der Folgewirkung von Anlage *oder* Umwelt sprechen kann". Die hinter dem modernen Wissensstand zurückgebliebene Gesellschaft würde dies aber nicht begreifen, und eine solche Differenzierung statt des üblichen Schwarz-Weiß-Denkens würde von Öffentlichkeit und Gericht sicher als „totale Auflösung" aufgefasst werden: Die Gesellschaft kenne nur ein Entweder-Oder, Gefängnis oder Anstalt.[127] Wenn sich etwa in Coburg die Empörung darüber freien Lauf

[123] Gerhard Mauz, „…bis auf Weiteres in einer Anstalt verwahrt". Die Affäre Weigand, in: Der Spiegel, Nr. 5 vom 27. 1. 1965, S. 32–40.

[124] Siehe Nina Grunenberg, Münster – und kein Ende. Eine Stadt, die durch ihre Prozesse berühmt wurde, in: Die Zeit, Nr. 13 vom 26. 3. 1965, S. 15.

[125] Gerhard Mauz, „Um seine Frau nicht zu verlieren". Spiegel-Reporter Gerhard Mauz zum Abbruch des Hanzlicek-Prozesses in Frankfurt, in: Der Spiegel, Nr. 23 vom 1. 6. 1970, S. 89 f.

[126] Gerhard Mauz, „Eine besonders kränkbare Persönlichkeit". Spiegel-Reporter Gerhard Mauz zum Hanzlicek-Prozess in Frankfurt, in: Der Spiegel, Nr. 26 vom 21. 6. 1971, S. 71 f.

[127] Gerhard Mauz, „Geistig und körperlich gesund". Spiegel-Reporter Gerhard Mauz zur Verurteilung von Manfred Wittmann in Coburg, in: Der Spiegel, Nr. 52 vom 20. 12. 1971, S. 66 f.

ließ, dass die Schuldfähigkeit eines Angeklagten aufgrund von „Abnormität" herabgemindert werden sollte, zeige sich, dass die Bevölkerung noch kein Verständnis habe für die Differenzierung zwischen abnorm und krank, die aber dringend notwendig sei.[128] In einem anderen Bericht über den in Jerusalem wegen Brandstiftung an der Al-Aksa-Moschee vor Gericht stehenden Denis Michael Rohan wurde die – in diesem Fall einmütig diagnostizierte – Schizophrenie des Angeklagten als „Erbteil seiner Familie" vorgestellt, ohne Hinweise auf soziologische oder psychologische Faktoren; dafür wurde jedoch seine Lebensgeschichte und die innere Entwicklung bis zum Tag der Tat erzählt, wodurch Empathie erzielt wurde und das, was zuvor als spektakulärer, religiöser Wahnsinn erschienen war, als Tat eines einsamen, verlorenen Menschen begreifbar wurde, „über den man allenfalls lächelt, mit dem man höchstens Mitleid hat. […] Gottes Gehilfe war nur ein kranker, einsamer Vagabund".[129] Bei einem anderen Prozess wartete *Die Zeit* dagegen mit einer psychologischen Lehrstunde über die Rolle der Mutter und die Bedeutung der Sexualität hinsichtlich des Umgangs mit individuellen Triebbedürfnissen auf. Die Mutter des wegen mehrfachen Mordes angeklagten Franz-Josef Ludy sei „dominierend und energisch" gewesen, habe den Sohn „beherrscht und beherrscht ihn wohl heute noch". Er hätte versucht, seine Sexualität zu unterdrücken, abzuspalten, und so sei es zu einem „Bruch in der Persönlichkeit" gekommen, „ein Teil von ihm" habe die Taten begehen wollen, „der andere Teil" nicht. Mit der „Bewusstseinsspaltung, mit Schizophrenie", so wurden die Leser belehrt, habe dies aber nichts zu tun.[130]

Die Prozessberichte und Gerichtsreportagen verbreiteten die Streitigkeiten und Uneinigkeiten der Psychiater und schufen ein Bewusstsein für die mangelhaften Fähigkeiten der Diagnosestellung. Ebenso aber brachten sie auch psychiatrisches Wissen, insofern es im Gerichtssaal präsentiert wurde, in die Öffentlichkeit und vermittelten etwa durch Erklärungen und Kommentare zwischen Bevölkerung und Urteilsspruch. Dennoch blieb Schizophrenie ein besonderes Problem für die Glaubwürdigkeit der Psychiatrie. Die potentielle Drohung, dass eine Diagnose wie Schizophrenie auch Gesunde treffen und dann kein Entkommen mehr aus der Institution Psychiatrie sein könnte, blieb im Raum stehen. Und schließlich kam 1973 aus den USA ein Bericht aus der Psychologie selbst, der das Misstrauen gegenüber der Psychiatrie noch weiter zu bekräftigen schien. Im sogenannten Rosenhan-Experiment hatten acht Personen in über fünf Bundesstaaten verteilten psychiatrischen Anstalten vorgesprochen und angegeben, Stimmen zu hören. Sie waren daraufhin mit der Diagnose Schizophrenie aufgenommen und zwischen sieben und über fünfzig Tage nicht entlassen worden. Bis zum Schluss wurden sie

[128] Gerhard Mauz, „Anzeichen ohne Krankheitswert". Spiegel-Reporter Gerhard Mauz zur strafrechtlichen Verantwortung des Mörders Wittmann, in: Der Spiegel, Nr. 49 vom 29. 11. 1971, S. 52–54.

[129] Dietrich Strothmann, Der Brandstifter hinter Panzerglas. Gerichtstag in Jerusalem: Denis Michael Rohan erwartet sein Urteil, in: Die Zeit, Nr. 49 vom 5. 12. 1969, S. 2.

[130] Werner Birkenmaier, Von der Mutter verfolgt? Ludy-Prozess: An der Grenze zwischen gesund und krank, in: Die Zeit, Nr. 8 vom 25. 2. 1972, S. 11.

nicht enttarnt. *Die Zeit* schrieb: „Der Alptraum, man sei einer vorübergehenden seelischen Unpässlichkeit wegen in eine Nervenheilanstalt eingewiesen worden und komme nun, obwohl geistig gesund, nicht wieder heraus – er kann eine sich häufig wiederholende wahre Geschichte sein. Wahrscheinlich werden psychiatrische Kliniken zum Teil von Patienten bevölkert, die völlig normal sind, deren geistige Gesundheit jedoch in der besonderen Umwelt einer solchen Anstalt nicht erkannt wird."[131] Und die Zeitschrift *konkret* erklärte ob der Tatsache, dass nicht die Ärzte und Pfleger, sondern nur die anderen Patienten den Schwindel rasch erkannt hatten: „Die Frage, wer denn nun in den ‚Irrenhäusern' geisteskrank ist, scheint nach dem Rosenhan-Experiment schwieriger denn je beantwortbar zu sein."[132]

In besonderer Weise war die Psychiatrie also damit konfrontiert, ihr Wissen zum Einsatz zu bringen und gleichzeitig die Bereiche des Nichts-Wissens auszubalancieren, wo immer die gesellschaftlichen Konstellationen sichtbar wurden, für die das Wissen produziert wurde und in denen es sich als Wissen behaupten musste. Nach Carsten Reinhardt muss Wissen in modernen Gesellschaften den Ansprüchen der Objektivität, der Anwendbarkeit und der Einsetzbarkeit als „Mittel zur Lösung technischer, politischer und juristischer Aufgaben" entsprechen und sich einpassen.[133] Diese Eigenschaft trifft für das psychiatrische Schizophreniewissen insofern zu, als es stets danach strebte, diesen Ansprüchen zu genügen, aber auch immer wieder damit konfrontiert wurde, hinter den Erwartungen zurückzubleiben. Als „Regulierungsinstanz" zur Einhegung auffälliger oder straffälliger Individuen war es jedoch im öffentlichen Diskurs genauso wichtig wie als „Innovationsinstanz",[134] die den Transport der Schizophrenie in neurochemische Modelle oder sozialpsychiatrische Umgebungen erledigte.

Psychiatrische Perspektiven

Das Sprechen über Schizophrenie und Psychiatrie enthielt gleichzeitig Bedrohungsszenarien und Fortschrittsgeschichten und vermittelte ganz unterschiedliche Wissensinhalte und Wissensstände. Auffallend sind die Extreme und Gegensätzlichkeiten: Schizophrene traten als Täter ebenso wie als Opfer auf, Psychiater als Helfende wie als Strafende. Insgesamt erweiterte und differenzierte sich die Berichterstattung, vor allem durch die sozialpsychiatrischen Themen und Sensibilisierungen. Gleichzeitig war es der Psychiatrie wichtig, ihr Verhältnis zur Gesellschaft und die gesellschaftlichen Vorstellungen von Psychiatrie und psychischen Krankheiten nicht nur von gesellschaftlichen Wahrnehmungsweisen bestimmen

131 Thomas von Randow, Fragwürdige Diagnosen der Seelenärzte. Experiment mit Pseudopatienten erbrachte ein alarmierendes Ergebnis, in: Die Zeit, Nr. 6 vom 2. 2. 1973, S. 46.

132 o. V., Die falschen Irren, in: konkret, Nr. 25 vom 14. 6. 1973, S. 15.

133 Carsten Reinhardt, Historische Wissenschaftsforschung, heute. Überlegungen zu einer Geschichte der Wissensgesellschaft, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 33/1 (2010), S. 81–99, hier S. 84.

134 Die beiden Begriffe nach Reinhardt, Historische Wissenschaftsforschung, heute, S. 85.

zu lassen, sondern aktiv daran mitzuwirken, auch, um den negativen und kritischen Darstellungsweisen Argumente entgegenzusetzen oder die Notwendigkeit der ergriffenen Behandlungsmaßnahmen zu erklären. Vor allem Autobiografien von etablierten Psychiatern und populärwissenschaftliche Bücher waren ein beliebtes Mittel, psychiatrisches Wissen und individuell vertretene Ansätze in die Öffentlichkeit zu tragen und ihnen damit breite Anerkennung zu verschaffen, während Studien und Umfragen den geringen Wissensstand der Bevölkerung und weiteren Aufklärungsbedarf – und damit den Ausbau der psychiatrischen Informationsnetze – dokumentieren sollten. Dazwischen ging es stets auch darum, welches Wissen überhaupt Akzeptanz finden sollte, und welche gesellschaftlichen Vorstellungen – aus psychiatrischer Sicht – als nicht annehmbar galten.

Die erfolgreichste der Autobiografien stammte von dem bereits mehrfach erwähnten Leiter der Psychiatrischen Klinik am Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hans Bürger-Prinz.[135] Schon vor dem Erscheinen seiner auflagenstarken Autobiografie, die an die Spitze der Bestsellerliste schoss, war er als Gutachter aus diversen Gerichtsverfahren bekannt geworden. *Die Zeit* porträtierte ihn 1967 im Rahmen ihrer Reihe „Spaziergänge" als einen energischen, lockeren, wenn auch ein wenig pompösen Mann, der eine Zigarette nach der anderen rauchte und biografische Anekdoten ebenso gekonnt erzählte wie fachliche.[136] Derselbe Stil prägte auch seine als persönlicher Rückblick angelegte Autobiografie, die eine präzise Sezierung der Psychiatrie mit anekdotenhaften Schilderungen besonderer Fälle verband. Man erfuhr etwas über Jaspers Psychopathologie – sie sei klar und logisch, vergesse aber die Biologie –, die Einführung der Insulinschock- und Eletroschocktherapien – erstere sei prinzipiell sinnvoll gewesen, zweitere sollte nur bei schweren Fällen angewandt werden –, über die unterschiedlichen Atmosphären an den verschiedenen Kliniken, an denen er gearbeitet hatte, und über die Psychiater, von denen er ausgebildet worden war und die sich wie das Who's who der deutschen Psychiatrie lasen. Welche Bedeutung er der Psychoanalyse im Verhältnis zur Psychiatrie beimaß, klärte er gleich zu Beginn seiner Aufzeichnungen: Therapeutisch mochte die Psychoanalyse vielleicht Sinn machen, ihre Theoriebildung aber ging ihm zu weit. Als Beleg zitierte er die Erfahrung mit einer Analyse, die er einmal begonnen hatte, die ihn aber nicht überzeugt hatte; für sein Selbstverständnis hätten „vier Jahre Westfront […] mehr vermocht".[137]

Im Krankheitsverständnis von Bürger-Prinz tritt deutlich zutage die Vorstellung von der Schicksalshaftigkeit einer Erkrankung, die plötzlich kommen und ebenso plötzlich – und mitunter auch ganz ohne psychiatrischen Einfluss – wieder

[135] Zu Bürger-Prinz siehe Karl Heinz Roth, Großhungern und Gehorchen. Das Universitätskrankenhaus Eppendorf, in: Angelika Ebbinghaus/Heidrun Kaupen-Haas/Karl Heinz Roth (Hrsg.), Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich, Hamburg 1984, S. 109–135, zu Bürger-Prinz in der NS-Zeit S. 130–135.

[136] Ben Witter, Mit Hans Bürger-Prinz vor der Psychiatrie. „Ich benötige dieses Gerüst da mit seiner Füllung", in: Die Zeit, Nr. 34 vom 25. 8. 1967, S. 34.

[137] Bürger-Prinz, Ein Psychiater berichtet, S. 6.

abklingen konnte.[138] Seine Darstellung der Schizophrenie und der Patientinnen und Patienten entsprach dabei exakt den Beschreibungen der traditionellen Lehrmeinung.[139] Den Beruf des Psychiaters schilderte er als ständige Auseinandersetzung mit den Rätseln der Psychosen und verflocht seinen wissenschaftlichen Positonsbezug mit Fingerzeigen auf offene Fragen: „Denn ich darf wiederholen: diese im psychischen Bereich ablaufende Krankheit entsteht ohne erkennbare äußere Anlässe, sie ist möglicherweise biochemisch gesteuert, und dann müsste man gegenüber dem gesunden Zustand wohl von einer Art biochemischer Fehlsteuerung oder Entgleisung sprechen. Aber hinter jeder Vermutung stehen drei Fragezeichen; den Krankheitsprozess aktiv heilend abzukürzen vermag man wie gesagt bis heute nicht, nur zu mildern, erträglicher zu machen."[140] Die Leserin oder der Leser erhielt so nicht nur psychiatrisches Wissen über Schizophrenie an die Hand, sondern konnte in dem knapp über 370 Seiten starken Buch auch die Denkfiguren und Fragestellungen der psychiatrischen Wissenschaft, die Herausforderungen der alltäglichen Praxis und das Selbstverständnis der psychiatrischen Profession nachvollziehen. Im Kern kreiste die Autobiografie um die eine Frage: Was ist normales Verhalten, was pathologisch? Wo ist die Grenze, und was weiß die Psychiatrie über diese Grenze, die Symptome, die Krankheiten selbst? Deutlich machte Bürger-Prinz, dass es gerade nicht die gängigen Vorstellungen von seltsamen oder „kuriosen" Verhaltensweisen seien, die einen Geisteskranken auszeichnen würden – tatsächlich gebe es, so scherzte er, aus Medizinersicht nichts Verrückteres als den ganz gesunden Menschen.[141] Die Informationen, die er seinem Publikum zukommen ließ, bettete er ohne längere theoretische Erklärungen in die Darstellung von alltäglichen klinischen Ereignissen und Beobachtungen ein. Dabei behielt er einen einfachen Stil ohne viele Fachworte bei, machte aber wiederholt klar, dass er die fachliche Autorität der Psychiatrie für indiskutabel hielt.[142]

Seinen Wissensvorsprung demonstrierte er auch in den Schilderungen zahlreicher Situationen, in denen er die Unerfahrenheit seiner Studenten im Umgang mit den Patienten und der Symptomdeutung beschrieb. Auch der „Fall Corten"[143] diente ihm als Beleg für die irrigen Vorstellungen der Öffentlichkeit: „Es lief also doch immer wieder darauf hinaus, dass ich für die Richtigkeit unserer Diagnose Beweise erbringen sollte, die landläufigen Vorstellungen entsprachen. Und da es solche Beweise kaum gibt, weil diese landläufigen Vorstellungen nun einmal falsch sind, war es nicht möglich, den Verdacht auszuräumen, dass unsere Pati-

138 Bürger-Prinz, Ein Psychiater berichtet, S. 14.
139 Siehe etwa den Hinweis auf eine angeblich abgebrochene Kontaktfähigkeit, Bürger-Prinz, Ein Psychiater berichtet, S. 101.
140 Bürger-Prinz, Ein Psychiater berichtet, S. 69 f.
141 Bürger-Prinz, Ein Psychiater berichtet, S. 190.
142 So etwa sein Hinweis, dass die Angehörigen die Entscheidungen und Bedenken der Ärzte natürlich nicht immer nachvollziehen und verstehen könnten, dass es sich aber bei psychiatrischen Krankheiten eben oft anders verhalte, als man allgemein glaube und wisse, siehe Bürger-Prinz, Ein Psychiater berichtet, S. 16 f.
143 Zum „Fall Corten" ausführlich Brink, Grenzen der Anstalt, S. 372–379.

entin gar nicht krank gewesen sei und es für ihr Verhalten eine ganz ‚gesunde' Erklärung gäbe. Wir Ärzte und die pflegenden Schwestern hätten also am Ende den Wald vor Bäumen nicht gesehen, absichtlich oder vorgeblich."[144] Auch andere Psychiater schrieben ihre Erinnerungen und Erfahrungen auf, einen ähnlichen Erfolg erreichten sie jedoch nicht.[145] Die Einblicke in die Innenwelt von Verbrechern, die der medial bereits bekannte Bürger-Prinz bot, waren sicher auch ein Grund für den Absatz, den das Buch fand.

Das in der Autobiografie deutlich werdende Selbstverständnis von Hans Bürger-Prinz war nicht untypisch für eine weit verbreitete Haltung in der Psychiaterschaft, die zwischen einer „richtigen", einsichtigen Wahrnehmungsweise und einer fehlinformierten, laienhaften Wahrnehmungsweise der psychiatrischen Wissenschaft und Krankheiten unterschied. Wie die Historikerin Cornelia Brink zurecht betont hat, verbarg sich dahinter das „hierarchische Modell der Popularisierung fachlichen Wissens, das davon ausgeht, Informationen flössen nur in eine Richtung von den Experten zu den Laien", und weiter, dass diese Vorstellung vor allem etwas über die Wissenschaftler aussagte, denn: „So berechtigt die ärztliche Klage über Nicht-Wissen und Ignoranz der medizinischen Laien in vielem sein mochte, so wenig erklärt sie das regelmäßige Scheitern psychiatrischer Bemühungen um öffentliche Aufmerksamkeit und Unterstützung."[146] In den öffentlichen Äußerungen der Psychiater artikulierte sich ebenso das Selbstverständnis von ihrer Rolle in der Gesellschaft wie auch ihre Auffassung von Wissensverbreitung bzw. mangelndem Wissen von psychiatrischen Angelegenheiten und Fragen in der Bevölkerung. Sie verstanden sich als Aufklärer und Verbreiter eines Wissens, das helfen sollte, Vorurteile gegenüber psychisch Kranken, aber auch gegenüber der Psychiatrie selbst abzubauen.

Dass die Gesellschaft, die Familien oder gar die Betroffenen selbst ein eigenes Krankheitswissen bzw. ein Wissen über den Umgang mit der Erkrankung haben sollten, glaubten die Psychiater eher weniger: So wie die psychiatrischen Behandlungsmethoden und Zustände der Krankenhäuser und Anstalten im öffentlichen Sprechen als rückständig bezeichnet wurden, so erklärten umgekehrt die Psychiater, die Gesellschaft halte mit den neuen therapeutischen Möglichkeiten nicht Schritt.[147] Die Kritik an den Zuständen in den psychiatrischen Anstalten wurde so direkt an die Gesellschaft zurückgegeben. Beklagt wurde auf Seiten refor-

144 Bürger-Prinz, Ein Psychiater berichtet, S. 188.

145 Siehe beispielweise Kurt Kolle, Wanderer zwischen Natur und Geist. Das Leben eines Nervenarztes, München 1972; Max Müller, Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte. 1920–1960, Berlin/Heidelberg/New York 1982; Erich Adalbert Wulff, Irrfahrten. Autobiografie eines Psychiaters, Bonn 2001.

146 Cornelia Brink, „Keine Angst vor dem Psychiater". Psychiatrie, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1960–1980), in: Heiner Fangerau/Karen Nolte (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 341–360, hier S. 342.

147 Siehe das Zitat von Walter Schulte, es halte „die Gesellschaft mit dem, was heutzutage therapeutisch erreicht werden kann, nicht Schritt". Walter Schulte, Psychopharmakologie und Psychotherapie im Dienst der Wiederherstellung der Unbefangenheit zu leben, in: Der Ner-

merischer Psychiater, dass die Gesellschaft noch nicht dafür bereit sei, die Tore der Anstalten wirklich zu öffnen und die Kranken in die Gesellschaft zurückzubringen bzw. in der Gesellschaft zu behandeln. Dass die durch die modernen pharmakologischen Therapien möglich gewordenen Rehabilitationsbemühungen sich im Großen und Ganzen als schwieriger gestalteten, als es den Psychiatern vorschwebte, lastete etwa Walter Schulte doch zu großen Teilen auch dem mangelnden Verständnis und Wissen der Bevölkerung an: „Wenn die Wiedereingliederung von wenigstens partiell genesenen seelisch Kranken und Abnormen in Beruf und Familie heutzutage zu einem Problem geworden ist, das schwerer zu lösen ist als die unmittelbare Therapie der Psychosen und Neurosen, so liegt das nicht nur an der Befangenheit der Betroffenen, sondern auch an der Einstellung der Gesellschaft ihnen gegenüber. Wir stehen vor dem Faktum, dass die Toleranzgrenze so niedrig liegt, dass die Gesellschaft mit dem, was therapeutisch erreicht werden kann, nicht Schritt hält. Zöge sich die Gesellschaft dadurch aus der Affäre, dass sie sich allein auf Versorgung und Unterbringung womöglich in großen Mammutanstalten alten Stils beschränkte, so würde sie, auch wenn sie sanitär noch so gut eingerichtet wären, an zusätzlich gesetzten Hospitalisierungsschäden mitschuldig werden. Die Patienten würden dann so verwöhnt, so verwundbar und fremdhaltbedürftig werden, dass sie mit der Zeit, auch ohne dass die Krankheit noch alarmierender in Erscheinung tritt, außerhalb des Rahmens der Anstalt oder Klinik tatsächlich nicht mehr existenzfähig erschienen."[148]

Die sich in der Psychiatrie bildenden Bestrebungen, die Institution der Psychiatrie aufzulockern und neu zu organisieren, ambulante Angebote einzurichten und mehr Arbeitsmöglichkeiten für Patienten zu schaffen, hob er lobend hervor, erklärte jedoch: „Was nützen aber alle noch so differenzierten Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen, wenn die Bereitschaft und Fähigkeit der Gesellschaft, Menschen, welche aus Gründen seelischer Krankheit störten oder versagten, auffällig, anfällig oder hinfällig geworden waren, zu behalten, wieder aufzunehmen oder wieder einzugliedern, sichtlich im Sinken begriffen ist? Hier pflegt ein ganzer Wall von *Voreingenommenheiten* aufgerichtet zu sein, die ganz unabhängig von den Auswirkungen der seelischen Krankheit den Rückweg der Einzelnen so außerordentlich erschweren und die mit allen Mitteln abzutragen, vordringlichste Aufgabe aller in der Öffentlichkeit wirkenden Kräfte sein sollte."[149]

Da die gesellschaftlichen Vorstellungen von psychischen Krankheiten als mögliches Problem für die Reformierung und Deinstitutionalisierung der Psychiatrie identifiziert worden waren, wurde versucht, mit wissenschaftlichen Methoden der Sozialforschung mehr darüber zu erfahren. In einer Umfrage unter 350 Kölner Studenten versuchte etwa Wolfgang Stumme von der Psychiatrischen Klinik der Universität Düsseldorf – wo Caspar Kulenkampff Direktor war –, im Jahr

venarzt 37 (1966), S. 203–209, hier S. 209. Vgl. zur gegenseitigen Schuldzuweisung von Psychiatrie und Medien bzw. Öffentlichkeit Brink, Grenzen der Anstalt, S. 461.

148 Schulte, Psychopharmakologie und Psychotherapie, S. 204 f.

149 Schulte, Psychopharmakologie und Psychotherapie, S. 205.

1970 mehr über die auch in anderen Studien bereits deutlich gewordenen Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber „Geisteskranken" herauszufinden.[150] Die Befragten sollten auf den Fragebögen verschiedene Begriffe in Reihenfolgen bringen oder danach gewichten, wie schwer die psychische Störung sei, auf die sie sich bezögen. Während Stumme vor allem auf die Frage abzielte, ob der Begriff der Geisteskrankheit aus Sicht der Bevölkerung mit dem der psychischen Störung identisch sei oder ob er nicht viel eher zur Bezeichnung eines allgemeinen, nur vage begriffenen abweichenden Verhaltens verwendet wurde, werfen die abgedruckten Tabellen der Rangfolgen auch ein Licht auf die gesellschaftliche Wahrnehmung und Einordnung von Schizophrenie. Mit den Begriffen „geisteskrank" bzw. „umnachtet", „irr" und „geistesgestört" siedelte sich der Begriff „schizophren" am untersten Ende einer Skala an, die ausgehend von „normal" und „gesund" eine Gewichtung der unterschiedlichen Schwere psychischer Störungen aufzeigen sollte. Die gesellschaftliche Assoziation zu „Schizophrenie" war also die einer der schwersten und extremsten psychischen Störungen. Interessant war jedoch, dass die genauere Kenntnis der Entwicklung der Krankheit, der Lebensumstände und Lebensgeschichte der erkrankten Person der Verwendung der negativ konnotierten Begriffe entgegenwirkte. Konfrontiert mit einer konkreten Fallgeschichte, verwandte kaum einer der Befragten den Begriff „geisteskrank" oder „geistesgestört" zur Beurteilung (7 Prozent); lediglich bei einer Fallgeschichte eines paranoiden Patienten verwendeten 30 Prozent diese Bezeichnung.

Solche und ähnliche Umfragen ergaben für die Psychiater das Bild eines aus Unwissenheit und vagen Vermutungen gespeisten gesellschaftlichen Wahrnehmungs- und Vorstellungsmusters von psychiatrischen Krankheiten und Schizophrenie. Es wurde daher von der Psychiatrie zunehmend als ihre eigene Aufgabe wahrgenommen, die Öffentlichkeit zu informieren, aufzuklären und mit psychiatrischem Wissen auszustatten. Auch im Umfeld der Psychiatrie-Enquete entstand das Vorhaben, die Gesellschaft mit Öffentlichkeitsarbeit und gezielter Information bereit zu machen für die Öffnung der Psychiatrie sowie Reintegrations- und Rehabilitierungsprogramme.[151] Das Wissen, das die Vorurteile entkräften sollte, stammte dabei wie selbstverständlich aus der Psychiatrie selbst. So veranstaltete beispielsweise Heinz Häfner ein zweitägiges Symposium über Gemeindepsychiatrie, zu dem auch an die zwanzig Journalisten kamen. Diese wurden dort – so berichtete Hans Krieger für *Die Zeit* – unter anderem sensibilisiert für die Bedeutung, die einer klischeehaften Sprache in der Berichterstattung über „Geisteskranke" hinsichtlich der Verbreitung von Vorurteilen beizumessen sei.[152] Jedoch sprachen auch die Psychiater selbst offen an, wo sie sich der Unzulänglichkeiten ihrer Institutionen und Wissenschaft bewusst waren, um daraus die Legitimation ihrer Reformpläne abzuleiten. Gerade in ihrer sozialpsychiatrischen Ausrichtung

[150] Wolfgang Stumme, Was heißt „Geisteskrankheit"?, in: Der Nervenarzt 41/6 (1970), S. 294–298.
[151] Siehe Brink, Grenzen der Anstalt, Kapitel 12.2, S. 426–461.
[152] Krieger, „Gemeingefährliche Irre" gibt es nicht.

sei die Psychiatrie „ein weites Feld des Unbekannten mit ein paar Inseln des Wissens". Mit dem fachlichen Unwissen über Schizophrenie wurde in der Folge betont offen umgegangen. Krieger berichtete von einem sozialpsychiatrischen Versuch mit Laienhelfern: „Dr. Kluge erzählte später, dass seine Laienhelfer bis zum letzten Tag nicht erfahren, was eine Schizophrenie ist, und fügte hinzu: ‚Ich weiß es selber übrigens auch nicht genau.' (Andere Psychiater wissen es auch nicht, aber nicht alle geben es so offenherzig zu.)"[153]

Der Journalist Hans Krieger ist ein gutes Beispiel dafür, welche wichtige Rolle Journalisten bei der Verbreitung von Wissen und der kritischen Diskussion unterschiedlicher Wissensinhalte und Wissensbereiche spielten. Er war es auch, der über die „Antipsychiatrie" berichtete, wie etwa über den italienischen Psychiater Franco Basaglia und dessen Buch „Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen". Unter dem Titel „Die mutigen Ärzte von Görz" lenkte Krieger den Blick darauf, dass selbst die progressivsten Psychiater „Agenten" der Öffentlichkeit seien: „Was wir wissen ist: diese Kranken verhalten sich in einer Weise, die von der Umwelt als abnorm erlebt wird. Die Umwelt reagiert mit Sanktionen der Ausgrenzung, die in der Einweisung in eine Heilanstalt gipfeln, der letzten Konsequenz der Verweigerung des Kontaktes."[154] Medizinische Aufklärungsbestrebungen, die Schizophrenie als eine Krankheit wie jede andere auch etablieren wollten, seien letztlich nur „das wissenschaftliche Alibi der gesellschaftlichen Ächtung".[155]

Im Versuch, die psychiatrischen Denk- und Behandlungsweisen der Bevölkerung näherzubringen und für die psychiatrische Sicht zu werben, entstanden, wie zu Beginn erwähnt, auch für eine breite Öffentlichkeit gedachte Publikationen. Der Münchner Psychiatrieprofessor Kurt Kolle veröffentlichte beispielsweise ein Buch mit dem Titel „Verrückt oder normal?" in der Reihe „Buch der öffentlichen Wissenschaft" der Deutschen Verlags-Anstalt von 1968, das Kolle selbst im Vorwort als „eine Art Werbeschrift für die viel geschmähte, zu oft missverstandene Psychiatrie" bezeichnete.[156] Zu Beginn des Buches nahm Kolle die Verunsicherung auf, die sich durch divergierende wissenschaftliche Meinungen und ihr Bekanntwerden in Gerichtsprozessen verbreitet habe. Er teilte die Vorstellung, dass die Vorurteile gegenüber der Psychiatrie auf einem Mangel an Wissen und Missverständnissen beruhten, und sah sich deshalb in der Pflicht, sein Fachwissen anschaulich und verständlich mitzuteilen. Er erklärte seinen Lesern etwa, dass „Schizophrenie" eigentlich eine Gruppe von Schizophrenien sei, und nicht, wie es auch in Zeitungen oft geschrieben werde, eine einheitliche Krankheit; die Bezeichnung der „endogenen Psychosen", so erklärte er, solle deutlich machen,

153 Krieger, „Gemeingefährliche Irre" gibt es nicht.
154 Hans Krieger, Die mutigen Ärzte von Görz. Ein Versuch, die Institution Irrenanstalt aufzuheben, in: Die Zeit, Nr. 39 vom 24. 9. 1971, S. 23.
155 Krieger, Die mutigen Ärzte von Görz. Zur „Antipsychiatrie" siehe das folgende Kapitel.
156 Kurt Kolle, Verrückt oder normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis, Stuttgart 1968, S. 7.

„dass diese Psychosen aus inneren, ihrem Wesen nach unbekannten Ursachen entstehen" und eine besondere Veranlagung der Grund der Erkrankung sei.[157]

Auch Kolle gab, seiner sonstigen fortschrittsgeschichtlichen Erzählung zum Trotz, zu, dass die Psychiatrie noch nicht am Ende ihrer Wissenschaft sei, sondern erst einen vorläufigen Wissensstand und „Kennerschaft" habe, wobei er diese Kennerschaft vor allem an die Erfahrung des Arztes – also auf einen für Anfänger oder Laien uneinholbaren Vorsprung – gebunden sah: „Je kenntnisreicher der Psychiater ist, um so weniger wird er sich an ein Diagnosen-Schema klammern, das als notwendiges Gerüst diesem schweren Geschäft eine gewisse Stütze gibt, aber nicht überfordert werden darf. An welchen Merkmalen unterrichtet sich der kundige Psychiater? Er durchforstet vorsichtig die Familiengeschichte: Sind da schon mehrfach ernste Psychosen aufgetreten? Er versucht sich ein Bild zu machen vom Kranken in gesunden Tagen (von der praemorbiden Persönlichkeit). Er mustert kritisch die Lebensbahn, die der Kranke bis dahin durchlaufen hat. Schließlich versucht er, auch in die innere Lebensgeschichte des Kranken einzudringen. Mit einer gewissen List schleicht er sich nicht nur an die innersten Geheimnisse heran, sondern auch an die Verwicklungen, die den Kranken mit seiner Umwelt in Konflikt gebracht haben könnten."[158]

Dass der Psychiater laut Kolle mit „List" vorgehen musste, damit der Kranke ihm etwas mitteilte, sprach nicht gerade dafür, dass er von einem vertrauensvollen Verständnis auf Augenhöhe ausging, sondern vielmehr eine hierarchisch aufgebaute Wissens- und Deutungshoheit auch hinsichtlich der Subjektivität und Lebensgeschichten der Patientinnen und Patienten beanspruchte. Der therapeutische Pragmatismus, der aus den obigen Zeilen spricht, bestimmte auch seine Darstellung anderer psychiatrischer Strömungen. So lautete seine Beschreibung der Daseinsanalyse, sie sei zwar, weil sie einen Zugang zur psychotischen Welt verheiße, eine „Bereicherung […], aber doch kein echter Fortschritt".[159] Dagegen würdigte er die Psychoanalyse mit einem eigenen Kapitel und gestand ihr zu, Wertvolles für die Psychiatrie geleistet zu haben, indem sie Licht ins Dunkel der menschlichen Seele gebracht habe. Vor allem Freud, Jung und Adler zeichnete er derart aus. Für die Therapie von Psychosen sei sie allerdings, so bilanzierte er, nicht geeignet und bis auf wenige partielle Ergebnisse „reine Spekulation".[160] Für den Psychiater sei sie daher ebenso wenig wie die Daseinanalyse oder die neue „Socio-Psychiatrie" als Grundlage geeignet; Fortschritt sei aus dieser Richtung kaum zu erwarten.

Demnach ist auch seine Aufforderung, die Grenze zwischen verrückt und normal weniger als klare Trennlinie denn vielmehr als Übergangsbereich zu verstehen und sich klar zu machen, dass das fremd anmutende Verhalten der Kranken in jedem schlummere, nicht als Aufforderung zur Depathologisierung zu verste-

[157] Kolle, Verrückt oder normal?, S. 30.
[158] Kolle, Verrückt oder normal?, S. 53–55.
[159] Kolle, Verrückt oder normal?, S. 90.
[160] Kolle, Verrückt oder normal?, S. 103.

hen. Deutlich wird dies auch im Kapitel „Im Nervenkrankenhaus". Die Äußerungen von Patientinnen und Patienten, mit denen er in diesem Kapitel arbeitete, setzte er in den Rahmen von Explorationen und Diagnosegesprächen, so dass von vornherein die symptomatischen Eigenheiten hervorgehoben, beschrieben und im Kontext eines Krankheitsbildes erklärt wurden.[161] Für die Notwendigkeit der psychiatrischen Einweisung argumentierte er mit dem Schutz der Kranken, die vielleicht nicht selbst gefährlich seien, aber doch Gefahr liefen, dem Spott ihrer „normalen Mitmenschen" ausgesetzt zu sein und von ihnen „verhöhnt, missachtet zu werden".[162] Die psychiatrische Anstalt bzw. das psychiatrische Krankenhaus verstand Kolle also gerade nicht als einen Ort der Disziplinierung, sondern als Raum der Ruhe vor gesellschaftlichen Anfeindungen.

Zusammenfassend zeigen die autobiografischen, informierenden und populärwissenschaftlichen psychiatrischen Unternehmungen die zahlreichen Versuche der Psychiatrie, auf die Darstellung und Wahrnehmung von Psychiatrie und psychischen Krankheiten Einfluss zu nehmen. Aufklärungsinitiativen sollten Vorurteile abbauen und an die Stelle von traditionellen Vorstellungen wissenschaftlich geleitetes Wissen setzen und damit vordergründig eine größere Toleranz für psychisch Kranke, letztlich aber ebenso ein größeres und vertrauensvolleres Entgegenkommen gegenüber der Psychiatrie anstoßen. Psychologische, philosophisch orientierte oder gar psychoanalytische Ansätze, die auf ein aus dem emotionalen Erleben abgeleitetes Verständnis der Erkrankten setzten, fanden von diesen in die Öffentlichkeit tretenden Protagonisten ihres Fachs wenig Zustimmung. Stattdessen wurde den traditionellen, medizinischen Ansätzen und Behandlungen das Argument der Wissenschaftlichkeit zugesprochen, während andere Deutungen als verwirrungsstiftende „Spekulation" abgetan wurden. Vor allem aber wurde wiederholt betont, dass allein die Psychiatrie das Wohl der Patientinnen und Patienten vollständig im Blick habe und ihnen – im „Schutz" der psychiatrischen Anstalten und Krankenhäuser – die notwendige und angemessene Behandlung zukommen lassen könne, womit der alleinige Behandlungsanspruch der Psychiatrie als Hintergrund dieser Argumentationen deutlich zum Ausdruck kommt.

[161] Auch wo es um die Darstellung der Zeit des Nationalsozialismus ging, stand nicht das Leiden der Patientinnen und Patienten, sondern die Situation der Psychiater im Vordergrund. So lenkte Kolle den Blick auf die Entscheidungsnöte, in die die Psychiater geraten seien, und den Schaden, den die Psychiatrie selbst von dieser Zeit genommen habe; es seien aber, so versicherte er, nach seiner auf „gewissenhaften Studien der einschlägigen Dokumente" basierenden Information nicht mehr als „höchstens ein bis zwei Dutzend Psychiater" an den Massenmorden beteiligt gewesen, siehe Kolle, Verrückt oder normal?, S. 79.

[162] Kolle, Verrückt oder normal?, S. 118.

3. Die große Schizophreniekritik der sechziger und siebziger Jahre

Zu bestimmten Zeiten stehen bestimmte Krankheiten medial und öffentlich im Fokus. In den sechziger und sienziger Jahren war die Schizophrenie das öffentliche Gesicht der Psychiatrie. Keine Auseinandersetzung mit der Psychiatrie kam ohne eine Diskussion der Schizophrenie aus. Zum einen hing dies mit den bisher geschilderten Narrativen zusammen, in denen Schizophrenie dazu diente, stellvertretend wesentliche Charakteristika der Funktionsweise und des Wissensstandes der Psychiatrie deutlich zu machen. Erheblichen Anteil an der Verbreitung der Thematik hatte aber auch die Psychiatriekritik, deren Protagonisten Schizophrenie zum Angriffspunkt dafür machten, um das System, die Institution und die Wissenschaft der Psychiatrie zu hinterfragen.

Als Bezeichnung für diese zeitspezifische Psychiatriekritik etablierte sich rasch der Begriff der „Antipsychiatrie". Bei diesem Begriff handelt es sich eigentlich um einen Quellenbegriff, der von dem Psychiater und Psychiatriekritiker David Cooper stammt. Der Begriff wurde von den Rezipienten seiner Bücher aufgegriffen und fortan zur Bezeichnung psychiatriekritischer Ideen verwendet, wie sie von David Cooper, dem britischen Psychiater Ronald D. Laing, dem Soziologen Erving Goffman, dem amerikanischen Psychiater Thomas Szasz oder dem italienischen Psychiater Franco Basaglia entwickelt wurden. Diese Auflistung markiert bereits, dass es sich bei der „Antipsychiatrie" um eine transnationale Bewegung handelte.[163] Damit ist dieser Begriff zuerst einmal kein analytischer Begriff (auch wenn er sich analytisch anwenden und auf Vorläufer hin untersuchen lässt)[164], sondern ein zeitgenössischer Quellenbegriff, der verschiedenste Autoren mitsamt ihren unterschiedlichen Ansätzen subsumierte und sie als „anti", also als Gegner der Psychiatrie darstellte.

Sieht man sich jedoch die originäre Verwendung des Begriffes bei David Cooper an, so wird deutlich, dass ihn dieser als einen stärkeren Ausdruck für eine „Idealpsychiatrie" verwendete, die freilich mit der Psychiatrie nicht mehr viel gemein haben sollte. So hieß es in „Psychiatrie und Anti-Psychiatrie": „Wir haben viele schöne Träume über die ideale psychiatrische oder vielmehr anti-psychiatrische Gemeinschaft geträumt."[165] Anti-Psychiatrie bedeutete laut Cooper, eine Psychiatrie zu schaffen, die die „wahre Natur psychiatrischer Verrücktheit"[166] erkannte und Voraussetzungen für die Integration der Verrückten in die Gemeinschaft schuf. Bedeutete also „Antipsychiatrie" nicht einfach eine Gegnerschaft zur

[163] Benoit Majerus, Mapping antipsychiatry. Elemente für die Geschichte einer transnationalen Bewegung, in: Themenportal Europäische Geschichte 2010, URL: www.europa.clio-online.de/Portals/_Europa/documents/B2010/E_Majerus_Mapping_antipsychiatry.pdf, letzter Zugriff am 30.10.2017.

[164] Siehe z. B. Schmiedebach, Eine „antipsychiatrische Bewegung" um die Jahrhundertwende.

[165] David Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Original: Psychiatry and Anti-Psychiatry [1967], Frankfurt am Main 1971, S. 124.

[166] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 124.

Psychiatrie, sondern eine spezifische Auseinandersetzung mit ihr, so ist ein weiteres Problem des Begriffes, dass sich die allgemein als Antipsychiater Bezeichneten keineswegs als Teil einer „Antipsychiatrie" sahen oder sich mit dem Begriff identifizierten. Der Begriff suggeriert somit eine Geschlossenheit, die es nicht gab. Thomas Szasz zum Beispiel kritisierte die Antipsychiatrie – worunter er hauptsächlich Ronald D. Laing verstand – deutlich. In seinem Werk „Schizophrenie" schrieb er, dass die Antipsychiatrie der gleichen Logik wie die Psychiatrie folge und sie wie die Psychiatrie ein „geistiges" und „moralisches Unrecht" darstelle, da auch sie, nicht anders als die Psychiatrie, letztlich die Anpassung, Genesung, Verwandlung des Patienten im Sinn habe.[167] Wiederholt wies Szasz auch auf den von ihm identifizierten Widerspruch in Ronald D. Laings Werk und Handeln hin, der zwar behaupte, es gebe keine Schizophrenie, sich aber gleichzeitig doch mit ihrer Behandlung beschäftige.[168]

Tatsächlich unterschieden sich die Ansichten und Auffassungen von Szasz und Laing deutlich. Für Thomas Szasz war das, was Schizophrenie genannt wurde, nur ein psychiatrisch installiertes Wort für die Bezeichnung der sozial Abweichenden. Für Ronald D. Laing war Schizophrenie ein Selbstwerdungsprozess und eine eigene innere Welt; seine Vorstellung folgte einem emanzipatorisch-kritischen Ansatz, von dem Thomas Szasz' Hervorhebung der individuellen Freiheit als liberaler Ansatz unterschieden werden kann.[169] Weiter führt der Begriff insofern in die Irre, als er den psychiatrischen Hintergrund der damit bezeichneten Autoren und ihre unterschiedlichen Positionen nicht deutlich macht. Szasz etwa definierte sich zunehmend als außenstehend, Laing blieb zwar Therapeut und Psychiater, wurde aber doch als abseits der Mainstreampsychiatrie verortet, ähnlich wie Cooper, der sich jedoch zunehmend politisierte.

Eine Verwendung des Begriffes „Antipsychiatrie" im Kontext einer Psychiatriekritikanalyse läuft also Gefahr, von vornherein von diesem Begriff nahegelegten Deutungsmustern und Abgrenzungen zu folgen und die unterschiedlichen Schriften der darunter versammelten Autoren vor allem daraufhin zu untersuchen, was das Spezifische, was die Gemeinsamkeiten und was die Unterschiede gewesen seien. Der Satz „Anti-psychiatry has perhaps been defined more by the reaction of mainstream psychiatry than the protagonists themselves"[170] trifft auch auf geschichtswissenschaftliche Definitionen und Beschreibungen der „Antipsychiatrie" zu. Würde man einen differenzierenden Begriff suchen, würde sich, so

[167] Thomas S. Szasz, Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Frankfurt am Main 1982, S. 80. Im Original war es 1976 erschienen, die erste deutsche Übersetzung lag 1979 vor, siehe Thomas S. Szasz, Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie. Original Schizophrenia. The Sacred Symbol of Psychiatry [1976], Wien/München/Zürich 1979.

[168] Szasz, Schizophrenie, S. 71.

[169] Siehe diese Einteilung nach Michael Dellwing, „Wie wäre es, an psychische Krankheiten zu glauben?". Wege zu einer neuen soziologischen Betrachtung psychischer Störungen, in: Michael Dellwing/Martin Harbusch (Hrsg.), Krankheitskonstruktion und Krankheitstreiberei. Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik, Wiesbaden 2013, S. 327–349.

[170] Duncan B. Double, Historical Perspectives on Anti-Psychiatry, in: Duncan B. Double (Hrsg.), Critical Psychiatry. The Limits of Madness, Basingstoke 2006, S. 19–39, hier S. 30.

hat Duncan B. Double herausgearbeitet, vor allem für Ronald D. Laing eher die Bezeichnung einer „critical psychiatry" anbieten.[171] Dennoch kann auch nicht ignoriert werden, dass sich „Antipsychiatrie" als Label für die Psychiatriekritik der sechziger und siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts etabliert hat. Der Vorteil des Begriffes ist daher vor allem darin zu sehen, dass sich in ihm das Wissen über eine zeitlich spezifische Psychiatriekritik abgelagert hat, das mit seiner Verwendung auf- und abgerufen wird. Zudem bietet er sich dafür an, diese zeitlich spezifisch abgrenzbare und einzuordnende Psychiatriekritik von anderen psychiatriekritischen Strömungen und Bewegungen, die die Geschichte der Psychiatrie seit dem 19. Jahrhundert begleiten, zu unterscheiden.[172]

Zugleich muss sich eine geschichtswissenschaftliche Einschätzung der Antipsychiatrie bzw. der Psychiatriekritik der sechziger und siebziger Jahre ganz besonders der eigenen Vorannahmen und Methoden vergewissern, da die Psychiatriegeschichte von ähnlichen Annahmen und Argumenten getragen wird wie die Psychiatriekritik.[173] Wie der Psychiatriehistoriker Eric J. Engstrom bilanzierte, lässt sich in der Forschungsliteratur der letzten fünfzig Jahre „mühelos eine starke historiographische Tradition identifizieren, die die Geschichte der Psychiatrie als eine Geschichte der sozialen Diskriminierung, der Einschließung und Verwahrung und damit auch implizit als Psychiatriekritik schreibt".[174] Ebenso gehört es zu einer der Grundannahmen einer konstruktivistisch orientierten Geschichtsschreibung, dass Krankheiten nicht einfach entdeckt werden, sondern dass Wissen über Krankheiten in komplexen sozialen und kulturellen Macht- und Ordnungsgefügen hergestellt wird. Eben diese Überlegung begegnet jedoch auch in den psychiatriekritischen Quellen, so etwa bei Szasz, der darlegt, wie die Psychiater, inspiriert von der Entdeckung des Syphilis-Auslösers, Dementia praecox und Schizophrenie analog als biologische Krankheiten „entdecken" wollten, sie aber dabei doch eigentlich nur erfanden. Wesentliche Grundannahmen der Psy-

171 Der Begriff „critical psychiatry" wurde in diesem Kontext zuerst von David Ingleby verwendet. Duncan B. Double greift ihn auf und verwendet ihn in einem „post-anti-psychiatry"-Sinn, der die Ideen der sechziger und siebziger Jahre zwar aufgreift, aber reflektiert und von ihren rebellischen Untertönen bereinigt, siehe Duncan B. Double, Critical Psychiatry: Challenging the Biomedical Dominance of Psychiatry, in: Duncan B. Double (Hrsg.), Critical Psychiatry. The Limits of Madness, Basingstoke 2006, S. 3–15. Siehe außerdem die Diskussion des Begriffs Antipsychiatrie bei Nick Crossley, R. D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: a Socio-Historical Analysis, in: Social Science and Medicine 47/7 (1998), S. 877–889.

172 Siehe zur langen Tradition der Psychiatriekritik den Sammelband von Heiner Fangerau/Karen Nolte (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006.

173 Auf eine ähnlich gelagerte Problematik machten neulich Rüdiger Graf und Kim Christian Priemel hinsichtlich der Verwendung von sozialwissenschaftlichen Theorien und Methoden in der Zeitgeschichte aufmerksam, siehe Rüdiger Graf/Kim Christian Priemel, Zeitgeschichte in der Welt der Sozialwissenschaften. Legitimität und Originalität einer Disziplin, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 59/4 (2011), S. 479–508.

174 Eric J. Engstrom, Zur Geschichte der Psychiatriekritik im 19. Jahrhundert, in: Themenportal Europäische Geschichte 2011, URL: www.europa.clio-online.de/Portals/_Europa/documents/B2011/E_Engstrom_Psychiatriekritik.pdf, letzter Zugriff am 30. 10. 2017, S. 1.

chiatriegeschichte gehen auf ein konstruktivistisches, soziologisches Verständnis von Krankheit zurück, das sich im selben Zeitraum wie die Psychiatriekritik der „Antipsychiatrie" gebildet hat. Methode und Quellen teilen also gewissermaßen einige Grundannahmen. Auflösen lässt sich das Problem nicht, stattdessen muss besonders darauf geachtet werden, sich von den Quellen nicht vereinnahmen zu lassen und die Befunde der eigenen Wissenschaft stets nur als Produkte einer spezifischen Methode und eines spezifischen Denkstils zu verstehen.[175] Insbesondere von der Diskurs- und Wissensgeschichte kommen hier wichtige Impulse, indem sie den Blick darauf lenken, dass die Psychiatriekritik nicht anders als die Psychiatrie selbst zu historisieren und die Entstehung ihrer Annahmen und Aussagen nachzuvollziehen und einzuordnen ist.

Nach diesen begrifflichen und methodologischen Vorüberlegungen soll es im Folgenden darum gehen, welches Verständnis von Schizophrenie drei der prominentesten Psychiatriekritiker der sechziger und siebziger Jahre, nämlich Ronald D. Laing, Cavid Cooper und Thomas Szasz, aufwiesen. Der Ausgangspunkt dafür ist die bisher in der Forschung zu wenig thematisierte Beobachtung, dass ihre Psychiatriekritik zu weiten Teilen eine Kritik der psychopathologischen Schizophrenielehre war. Die Gründe dafür, dass ausgerechnet das psychiatrische Schizophreniekonzept der Ausgangspunkt der Psychiatriekritik war, erschließen sich aus den bisherigen Ausführungen über die Uneinigkeit innerhalb der Psychiatrie, die Daseinsanalyse, Existentialismus, Phänomenologie und Psychoanalyse in den vierziger und fünfziger Jahren ans Tageslicht gebracht hatten. Wurde die „Antipsychiatrie" bisher vor allem vor dem gesellschaftlichen und kulturellen Hintergrund ihrer Epoche, den sozialen Bewegungen und gesellschaftlichen Umbrüchen von 1968, analysiert,[176] so hat in letzter Zeit ihre Einordnung in einen wissenschaftshistorischen, psychiatriegeschichtlichen Hintergrund an Aufmerksamkeit gewonnen.[177] Eine Analyse des „antipsychiatrischen" Schizophreniedis-

[175] Zur Notwendigkeit, den „verfremdenden Blick" auch auf die eigenen Paradigmen anzuwenden, siehe Thomas Schlich, Zeitgeschichte der Medizin. Herangehensweisen und Probleme, in: Medizinhistorisches Journal 42/3/4 (2007), S. 269–298, hier S. 282 f.

[176] Siehe zu „1968" die beiden Werke Wolfgang Kraushaar, 1968 als Mythos, Chiffre und Zäsur, Hamburg 2000, sowie Wolfgang Kraushaar, Achtundsechzig. Eine Bilanz, Berlin 2008.

[177] Zum Beispiel Gerald N. Grob, der sie vor dem Hintergrund des Niedergangs der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychiatrie und dem Aufstieg der biologischen Psychiatrie in den USA einordnet, siehe Gerald N. Grob, The Attack of Psychiatric Legitimacy in the 1960s. Rhetoric and Reality, in: Journal of the History of the Behavioral Sciences 47/4 (2011), S. 398–416, sowie Cathrine Fussinger, die sie mit dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft kontextualisiert, siehe Cathrine Fussinger, 'Therapeutic Community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 146–163. Nicolas Henckes am Beispiel Frankreichs ausgeführte Analyse sieht die Reformpsychiatrie und die antipsychiatrische Bewegung in der Mitte des 20. Jahrhunderts sogar als Höhepunkt einer seit Ende des 19. Jahrhunderts sich entwickelnden Serie von Reformbewegungen, siehe Nicolas Henckes, Reforming Psychiatric Institutions in the Mid-Twentieth Century: a Framework for Analysis, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 164–181, hier S. 166. Gelungen ist sein Ansatz einer Historisierung des Konzeptes und Begriffes „Reform".

kurses der sechziger Jahre vor dem Hintergrund des psychiatrischen Eingeständnisse des Nicht-Wissens in den fünfziger Jahren bietet damit auch einen neuen Blick auf Psychiatrie und „Antipsychiatrie" und ihre Beziehungen untereinander. Damit wird auch ein genuin „antipsychiatrisches" Narrativ aufgebrochen, wonach die „Antipsychiatrie" einen deutlichen Bruch mit der zeitgenössischen Psychiatrie bedeutet habe bzw. sich radikal gegen die Psychiatrie gestellt habe.[178] Zugleich kann sichtbar gemacht werden, wie die Psychiatriekritik auf spezifische Weise an der Verbreitung eines Wissens über Schizophrenie und der Herstellung einer Vorstellung eines schizophrenen Selbst beteiligt war. Im Folgenden werden daher ihre Hauptakteure Ronald D. Laing, David Cooper und Thomas Szasz mit ihren jeweiligen Hintergründen, Thesen und Beiträgen im Hinblick auf Deutungen und Wissen von Schizophrenie vorgestellt sowie die näheren Umstände von Michel Foucaults historisierendem Ansatz erläutert.

Die Entdeckung des schizophrenen Selbst

Über den schottischen Psychiater Ronald D. Laing schrieb Douglas Kirsner, Professor für Philosophy and Psychoanalytic Studies und in den siebziger Jahren Mitbewohner einer der von der Philadelphia Association getragenen Häuser, „Laing did for the psychotic what Freud did for the neurotic."[179] Auch wenn sich dieser Vergleich diskutieren lässt, so ist doch festzuhalten, dass R. D. Laing, wie er meistens abgekürzt wurde und wird, zu den schillerndsten und bekanntesten Psychiatern und Autoren der sechziger Jahre gehörte. Er hatte seine Laufbahn – nach Abschluss des Studiums in Glasgow – als Armeepsychiater am Royal Victoria Hospital in Netley begonnen, bevor er nach Stationen am Catterick Military Hospital in Yorkshire und nach seinem Austritt aus der Armee 1953 am Southern General Hospital in Gartnavel schließlich 1956 an der Tavistock Clinic in London landete. Die Tavistock Clinic war eine zentrale Institution für die psychoanalytische Psychotherapie. Unter John D. Sutherland, John Bowlby und Charles Rycroft erhielt Laing dort seine psychoanalytische und psychotherapeutische Ausbildung und war selbst bei Rycroft in Analyse. Obwohl an der Tavistock Clinic der einzelne Patient wesentlich mehr im Vordergrund stand als in den anderen Kliniken, empfand Laing doch zunehmend Unzufriedenheit mit der analytischen Theorie. Er wollte stattdessen phänomenologische und existentialistische Aspekte stärken. In seiner Londoner Zeit intensivierte er seine Arbeit an einem Werk, das 1960 schließlich unter dem Titel „The Divided Self" erschien.[180] Laings erklärte

[178] Vgl. auch Fussinger, 'Therapeutic Community', Psychiatry's Reformers and Antipsychiatrists, S. 147.

[179] Douglas Kirsner, Laing's *The Divided Self* and *The Politics of Experience.* Then and now, in: M. Guy Thompson (Hrsg.), The Legacy of R. D. Laing. An Appraisal of His Contemporary Relevance, London/New York 2015, S. 69–79, hier S. 70.

[180] Zur Biografie von Laing siehe Daniel Burston, The Wing of Madness. The Life and Work of R. D. Laing, Cambridge, Mass. 1996, zu den hier zitierten Angaben besonders S. 21–53. Die deutsche Übersetzung von „The Divided Self" erschien 1972.

Absicht war, wie er im Vorwort notierte, „den Wahnsinn und den Prozess des Wahnsinnigwerdens verständlich zu machen".[181]

Die klinischen Studien, die in das Werk eingeflossen waren, hatte er bereits 1956 beendet. Wie er in seiner Autobiografie „Weisheit, Wahnsinn, Torheit" deutlich machte, hatte er bereits in dieser Zeit begonnen, an der psychiatrischen Auffassung der Psychosen zu zweifeln. Er habe sich über den gesamten Zeitraum seiner Tätigkeit als Psychiater unwohl gefühlt, so schilderte er es in seinen Erinnerungen: „Als junger Psychiater in allgemeinen Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken habe ich Leute in geschlossene Abteilungen gesteckt und Drogen und Injektionen ebenso verordnet wie Gummizellen und Zwangsjacken, Elektroschocks und Insulinschocks und was es da sonst noch alles gibt. Bei Lobotomien hatte ich ein ungutes Gefühl, wusste aber nicht recht, warum. Gewöhnlich wurden diese Behandlungsmethoden gegen den Willen der Betroffenen angewandt. Ich hatte einen weißen Mantel an, und in den Taschen steckten – wie bei jedem anderen Arzt – Stethoskop, Reflexhammer und Augenspiegel. Und wie jeder andere Arzt untersuchte ich Patienten klinisch. Ich ließ Blut- und Urinproben und Rückenmarksflüssigkeit im Labor analysieren, machte Elektroenzephalogramme und so fort. Alles glich der sonstigen Medizin, und doch war es anders. Ich war verwirrt und beunruhigt. Kaum einer meiner Psychiatrie-Kollegen schien verwirrt oder beunruhigt zu sein. Und das verwirrte und beunruhigte mich erst recht."[182] Dieses Zitat zeigt in verdichteter Form den wesentlichen Erzählinhalt von Laings Erinnerungen. Laing erzählte darin die Geschichte eines Arztes, der an den fachwissenschaftlichen Wahrheiten zweifelte und sich in der ihm zugedachten Rolle nicht wohl fühlte, aber nicht aus einer wissenschaftlichen Begründung heraus, sondern weil seine eigenen Erfahrungen, Überzeugungen, Wahrnehmungen und Gefühle dazu nicht passen wollten. Nicht von ungefähr brechen die Erinnerungen 1957 ab, also zu der Zeit, in der Laing das Wissenssystem der traditionellen Psychiatrie hinter sich ließ und seine eigenen Ansätze zu formulieren und zu erproben begann. Diese Erinnerungen beschreiben nicht die Zeit seiner zunehmenden Bekanntheit und seiner großen Schriften, sondern vielmehr die Entwicklung und den Weg hin zu den Überzeugungen, die fortan sein Schaffen leiteten.

In den Begegnungen mit seinen Patientinnen und Patienten entdeckte Laing, so notierte er am Beginn von „Das geteilte Selbst", dass „die Möglichkeit, Menschen zu verstehen, die als psychotisch diagnostiziert sind, viel größer ist, als gewöhnlich angenommen wird".[183] Er habe zu ahnen begonnen, dass den Vorgän-

[181] Ronald D. Laing, Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. Original: The Divided Self. An existential Study in Sanity and Madness [1960], Köln 1972, S. 9.

[182] Ronald D. Laing, Weisheit, Wahnsinn, Torheit. Der Werdegang eines Psychiaters 1927–1957. Original: Wisdom, Madness and Folly. The Making of a Psychiatrist [1985], Köln 1987, S. 12 f. Zu diesem Zeitraum siehe auch die Studie von Allan Beveridge, Portrait of the Psychiatrist as a Young Man. The Early Writing and Work of R. D. Laing. 1927–1960, Oxford 2011.

[183] Laing, Das geteilte Selbst, S. 11.

gen auf der Station, den unverständlich und autistisch scheinenden Handlungen der Patientinnen und Patienten ein Sinn zugrunde lag.[184] Zunehmend bewegte er sich daher im phänomenologisch-existentiellen Bereich. Dass es ein Phänomen wie Schizophrenie gab, stand für ihn fest. Er verstand dieses Phänomen jedoch nicht als Krankheit, sondern als einen besonderen Zustand. Um ein wirkliches Verständnis der Schizophrenie zu erlangen, waren die medizinischen Methoden der Psychiatrie seiner Meinung nach ungeeignet: „Es ist eben möglich, eine gründliche Kenntnis zu haben von dem, was an vererbten oder familiären Bedingungen manisch-depressiver Psychose oder Schizophrenie entdeckt wurde, um leichter schizoide ‚Ego-Verzerrung' und schizophrene Ego-Defekte plus den verschiedenen ‚Störungen' des Denkverlaufes, des Gedächtnisses, der Perzeption usw. zu erkennen, tatsächlich all das zu wissen, was über die Psychopathologie der Schizophrenie oder die Schizophrenie als Krankheit gewusst werden kann, ohne auch nur einen einzigen Schizophrenen verstehen zu können. Diese Daten sind lauter Möglichkeiten, ihn nicht zu verstehen. Einem Patienten zuzusehen und zuzuhören und ‚Symptome' der Schizophrenie (als einer ‚Krankheit') zu sehen und ihm zuzusehen und zuzuhören einfach als einem menschlichen Wesen, sind so radikal verschiedene Weisen des Sehens und Hörens, wie wenn man erst die Vase, dann die Gesichter im doppeldeutigen Bild sieht."[185]

Laing hob das Postulat der Fremdheit zwischen Gesundem und Psychotiker nicht auf, sondern versuchte eher, dieser Fremdheit eine andere Deutung zu entlocken. Dabei nahm er Bezug auf die Entdeckung des Unterbewusstseins durch Freud, die er als eine Begebenheit mythologischen Ausmaßes beschrieb: „Der größte Psychopathologe war Freud. Freud war ein Held. Er stieg in die ‚Unterwelt' und traf dort auf bloße Schrecken. Er brachte mit sich seine Theorie wie ein Haupt der Medusa, das diese Schrecken in Stein verwandelte. Wir, die Freud folgen, ziehen den Nutzen aus dem Wissen, das er mitbrachte und uns übermittelte. Er überlebte. Wir müssen sehen, ob wir jetzt überleben können, ohne eine Theorie zu benutzen, die gewissermaßen ein Instrument der Verteidigung ist."[186] Laing ging es jedoch weniger um eine theoretische Deutung der Schizophrenie als darum, einen Prozess der Verständigung und der Begegnung mit dem oder der Schizophrenen anzustoßen. Grundlage war die Annahme von einer eigenen Welt des oder der Schizophrenen, die es zu akzeptieren und zu respektieren gelte. Statt Symptome zu erfassen, so die Forderung von Laing, sollte sich der Therapeut auf die Welt der oder des Schizophrenen einlassen. Er hielt es für eine Notwendigkeit, dass der Therapeut sich in die andere, fremde Sicht der Welt seiner Patientin oder seines Patienten begebe, weil er oder sie nur so wirklich kennengelernt werden könne. Darüber hinaus gab Laing kaum Vorschläge für die Gestaltung der Sitzungen an die Hand. Die Fälle, von denen er erzählte, dienten weitgehend der Illustration und Veranschaulichung seiner abstrakten Ausführungen. Der Fokus

184 Laing, Weisheit, Wahnsinn, Torheit, S. 178.
185 Laing, Das geteilte Selbst, S. 40.
186 Laing, Das geteilte Selbst, S. 29.

lag ganz auf der Erlebniswelt der Erkrankten, ihren Gefühlen und Gedanken, biografische Hintergründe und Informationen über den Beginn und den Ausgang der Psychose dagegen fehlten weitgehend. Laing ging es eben nicht um eine Darstellung der Krankengeschichte vor einem lebensgeschichtlichen Hintergrund, sondern um die Darstellung des Erlebens der Angst und des Selbstverlustes, den er bei den Schizophrenen zu erkennen glaube.

Seiner Auffassung nach handelte es sich dabei um einen komplexen Prozess, in dem das Selbst sich aus der Realität zurückzog, durch seinen Rückzug aber langsam „starb", da es sich nur in der Beziehung zu anderen als real erfahren konnte. Insbesondere das Körperverhältnis litt unter dieser Entwicklung, indem es als dissoziiert, also als vom Selbst getrennt und daher „tot", empfunden wurde. Als Auslöser dieses Prozesses sah Laing die Bemühung, sich vom eigenen Selbst zu befreien, um sich damit auch von abgewehrten Gefühlen oder Inhalten wie Angst zu befreien. Die Aufgabe der Therapie war es daher, einen Kontakt herzustellen zu dem „ursprünglichen ‚Selbst' des Individuums", das Laing zumindest als Möglichkeit für noch vorhanden hielt.[187]

Warum dieser Prozess der Selbstdissoziierung begann, ließ Laing im Dunkeln. Er lieferte keine Erklärung außer Hinweise auf die ontologische Erfahrung des Selbst, die Erfahrung des eigenen Selbst in Beziehung zu Anderen und zur Realität und die Möglichkeit, dass das Selbst diese Erfahrung zu unterbinden suchte. Schizophrenie war seiner Auffassung nach ein Extremzustand, der als solcher nicht verurteilt, sondern anerkannt werden sollte. Die Figur des Schizophrenen war ein Verdammter, ein Inbegriff der Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit: „Der Schizophrene ist ein Mensch ohne Hoffnung. Ich habe niemals einen Schizophrenen gekannt, der sagen konnte, dass er geliebt wurde, als ein Mensch, von Gott dem Vater oder von der Mutter Gottes oder von einem anderen Menschen. Er *ist* entweder Gott oder der Teufel oder in der Hölle gottentfremdet. Wenn jemand sagt, er sei ein unwirklicher Mensch oder er sei tot, mit aller Wahrhaftigkeit in radikaler Form die nackte Wahrheit seiner Existenz, wie er sie erfährt, ausdrückend, ist das – Verrücktheit. Was wird von uns gefordert? Ihn zu verstehen? Der innerste Kern der Erfahrung des Schizophrenen von sich selbst muss für uns unbegreiflich bleiben. Solange wir gesund sind und er verrückt ist, wird das so bleiben. Aber Verständnis als ein Bemühen, ihn zu erreichen und zu fassen, während wir in unserer eigenen Welt bleiben und ihn mit unseren eigenen Kategorien beurteilen, wodurch er unvermeidlich zu kurz kommt, das ist es nicht, was der Schizophrene wünscht oder nötig hat. Wir müssen die ganze Zeit seine Eigenheit und Verschiedenartigkeit, sein Getrenntsein und seine Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit erkennen."[188]

In „Das geteilte Selbst" arbeitete Laing viel mit Patientinnenbiografien. Indem er lange direkte Zitate abdruckte und aus ihnen wesentliche Aspekte der Selbsterfahrung rekonstruierte, gab er diesen viel Raum. Dabei räumte er ein, dass es

[187] Laing, Das geteilte Selbst, S. 196.
[188] Laing, Das geteilte Selbst, S. 46.

mitunter notwendig sei, die psychotische Sprache zu übersetzen, wolle man nicht einen „Bericht in Schizophrenesisch" geben.[189] Dies war etwa der Fall bei der im letzten Kapitel präsentierten Geschichte einer Patientin namens Julie, die Laing im klinischen und biografischen Kontext als Fallgeschichte präsentierte. Als Laing die 26-jährige Julie kennengelernt hatte, war diese bereits seit neun Jahren Patientin in dem psychiatrischen Krankenhaus und galt als chronisch schizophren. Bei ihrer Einweisung hatte Julie gesagt, ein Kind sei ermordet worden, das möglicherweise sie selbst gewesen sei. Sie sei leer und nichts wert und denke, anderen zu schaden. In ihrer Kindheits- und Jugendgeschichte entdeckte Laing verschiedene Faktoren, die seiner Meinung nach eine Rolle spielten für Julies Entwicklung: Hatte sie zuerst nicht gelernt, Hunger, Gier, Wünsche und Sehnsüchte zuzulassen und zu artikulieren – was von ihren Eltern als „braves" Verhalten akzeptiert wurde –, so schlug dieses Verhalten um, als sich zunehmend das Gefühl einstellte, keine Identität und folglich keine Existenz zu haben: durch aggressives und „böses" Verhalten versuchte Julie, „Existenz zu erlangen".[190] Allerdings gelang es ihr nicht, so Laing, sich – oder die dominante Mutter – mit diesen „bösen" Anteilen zu identifizieren, was zum Ausbruch der Psychose beitrug. In seiner Deutung arbeitete Laing die existentiellen Aspekte von Julies Schizophrenie heraus: „Julies Selbst-Sein war derart zu Fragmenten reduziert worden, dass sie am besten beschrieben werden konnte als jemand, der eine *Tod-im-Leben-Existenz, die sich chaotischer Nicht-Entität nähert*, lebt."[191] Ihrem Sein fehlte die Einheit, so Laing, sie bestand nurmehr aus Montagen und Teilsystemen. Da sie aber kein Gefühl der eigenen Identität hatte, drohte jede Wahrnehmung sie zu überwältigen; sie wusste nicht zu unterscheiden zwischen Selbst und Nicht-Selbst. Nur in ihrem schizophrenen Selbst, erklärte Laing, schien es noch so etwas wie einen Kern oder einen Punkt zu geben, der einen Rest von ihr zusammenhielt.

In den folgenden Jahren nach der Veröffentlichung von „The Divided Self" war Laing extrem produktiv. „The Divided Self" verkaufte sich gut, und das im darauffolgenden Jahr veröffentlichte „Self and Others" festigte Laings Ruf als existentialistischer Denker, während es den Blick von der inneren Welt der Schizophrenen auf die interpersonalen Beziehungen erweiterte. 1962 wurde Laing zum Direktor der Langham Clinic ernannt, gleichzeitig betrieb er weiter seine Privatpraxis und führte an der Schizophrenia and Family Research Unit an der Tavistock Clinic seine Familienforschungen weiter. 1964 mündeten die Ergebnisse dieser Forschungen in dem gemeinsam mit Aaron Esterson verfassten „Sanity, Madness and the Family", ein Werk, das sich ausschließlich auf die Familienverhältnisse schizophrener Patientinnen – auf die Familie als „System" – konzentrierte und die Idee von Schizophrenie als Selbstheilung vernachlässigte. Für „Sanity, Madness, and the Family" suchten Laing und Esterson die Familien der Patientinnen zuhause auf und nahmen stundenlange Interviews mit ihnen auf.

189 Laing, Das geteilte Selbst, S. 218.
190 Laing, Das geteilte Selbst, S. 237.
191 Laing, Das geteilte Selbst, S. 240.

Dadurch wollten sie die Patientinnen in eben der sozialen Umgebung beobachten, die ihrer Meinung nach an der Entstehung der Schizophrenie mitbeteiligt war.[192] Im Jahr darauf erzielte Laing schließlich Fortschritte hinsichtlich seines Zieles, eine nach seinen Vorstellungen funktionierende therapeutische Einrichtung zu schaffen. Am 8. April 1965 gründete Laing gemeinsam mit David Cooper, Aaron Esterson und anderen die Philadelphia Association (P. A.); am 1. Juni 1965 übernahmen sie das Gebäude Kingsley Hall.

Wenn auch Laing bereits im Dezember 1966 wieder auszog und die Gemeinschaft von Kingsley Hall danach schrittweise zerbrach, waren es doch genau diese Jahre von 1966 bis 1969, in denen Laing die Idealisierung des Wahnsinns bzw. des oder der Wahnsinnigen betrieb, mit der er später vor allem verbunden wurde. In den siebziger Jahren sollte er diese Phase wieder hinter sich lassen. 1967 erschien „The Politics of Experience", eine Sammlung von Essays, in denen Laing sich als leidenschaftlicher und empörter Kritiker der Gesellschaft und als Theoretiker einer Gegenkultur zeigte. Insbesondere die Ausgaben des Penguin Verlages machten Laing zum Bestsellerautor.[193] In Deutschland erschien das Buch unter dem Titel „Phänomenologie der Erfahrung" 1969 – und damit als erstes von Laings Büchern in deutscher Übersetzung – im Suhrkamp Verlag. Noch deutlicher als in „Das geteilte Selbst", das 1972 in deutscher Übersetzung erschien, formulierte Laing sein Verständis von Schizophrenie als einer Heilungsreise, das er im Lauf der sechziger Jahre entwickelt hatte. Seine Distanzierung vom psychiatrischen Krankheitsverständnis drückte er auch durch die Markierung des Wortes Schizophrenie mit Anführungszeichen aus.[194]

Am Ende des fünften Kapitels, einer überarbeiteten Version eines bereits 1964 beim Internationalen Kongress für Sozialpsychiatrie in London gehaltenen Vortrags und im *International Journal of Social Psychiatry* veröffentlichten Aufsatzes, brachte er dieses Verständnis deutlich auf den Punkt und verknüpfte es zugleich mit einer Kritik an der zeitgenössischen Gesellschaft: „Keine Zeit in der Geschichte der Menschheit hat vielleicht so sehr den Kontakt mit dem natürlichen *Heil*prozess verloren, der *manche* Leute einbezieht, die wir als schizophren bezeichnen. Keine Zeit hat ihn so abgewertet, keine ihn so behindert und zurückgehalten wie unsere eigene."[195] Anstelle der Anstalten brauche es Orte, „an denen weitergereiste und also vielleicht verlorenere Leute als Psychiater und andere Gesunde ihren Weg finden können – weiter hinein in den inneren Raum und die innere Zeit und wieder zurück".[196] Statt eines „*Degradierungs*zeremoniells" brauche es ein „*Initiations*zeremoniell", unterstützt und durchgeführt „von Leuten, die

[192] Ronald D. Laing/Aaron Esterson, Sanity, Madness and the Family, London 1964; in deutscher Übersetzung Ronald D. Laing/Aaron Esterson, Wahnsinn und Familie. Familien von Schizophrenen, Köln 1975.

[193] Vgl. Double, Historical Perspectives on Anti-Psychiatry, S. 22.

[194] Diesen Hinweis verdanke ich Marina Lienhard.

[195] Ronald D. Laing, Phänomenologie der Erfahrung. Original: The Politics of Experience [1967], Frankfurt am Main 1969, S. 116.

[196] Laing, Phänomenologie der Erfahrung, S. 116.

bereits dort gewesen und zurückgekehrt sind", also ehemaligen Patienten. Diese Reise sollte gehen „I. von außen nach innen, II. vom Leben in eine Art von Tod, III. vom Vorgehen zum Zurückgehen, IV. von zeitlicher Bewegung zu zeitlichem Stillstand, V. von irdischer Zeit in äonische Zeit, VI. vom Ego zum Selbst, VII. von außerhalb (postnatal) zurück in den Schoß aller Dinge (praenatal); und danach eine Rückreise 1. von innen nach außen, 2. vom Tod ins Leben, 3. von einer Rückwärtsbewegung wieder zu einer Vorwärtsbewegung, 4. von der Unsterblichkeit zurück zur Sterblichkeit, 5. von der Ewigkeit zurück zur Zeitlichkeit, 6. vom Selbst zu einem neuen Ego, 7. von kosmischer Fötalisierung zur existentiellen Wiedergeburt."[197] Diese Gedankengänge entwickelte Laing nicht, wie es vielleicht auf den ersten Blick scheinen mag, aus esoterischen Schriften, sondern aus der zeitgenösssichen psychiatrischen Literatur heraus: Er zitierte eine Sammlung von Eigenberichten von B. Kaplan („The Inner World of Mental Illness", New York und London 1964), Schriften der Palo-Alto-Gruppe, das von Gregory Bateson neu herausgegebene, aus dem 19. Jahrhundert stammende „Perceval's Narrative" (1961) und Aufsätze aus Fachzeitschriften, aber auch Werke von Thomas Szasz und Erving Goffman.

Laing hielt jedoch nicht unbedingt jede Schizophrenie für eine solche Reise. Insbesondere die äußeren Umstände konnten seiner Auffassung nach eine solche Erfahrung verhindern. Deshalb formulierte er den Wandlungsprozess nur als eine Möglichkeit: „Verrücktheit muss nicht unbedingt Zusammenbruch sein. Sie kann auch Durchbruch sein. Sie ist potentiell so sehr Befreiung und Erneuerung wie Versklavung und existentieller Tod."[198] Auf jeden Fall aber, so erklärte er am Schluss der „Phänomenologie der Erfahrung", war sie eine Erfahrung, die dem Menschen aus seiner Entfremdung zurückhalf. „Erkennen wir nicht," so fragte er rhetorisch, *„dass diese Reise nicht etwas ist, von dem wir geheilt werden müssten, sondern dass sie selbst ein natürlicher Weg zur Heilung aus unserem schrecklichen Zustand der Entfremdung ist, den wir ‚Normalität' nennen?"*[199] In Laings Vorstellung von Schizophrenie drückte sich die Vorstellung von passageren Zuständen aus, wie sie zeitgleich der Anthropologe Victor Turner in seinem Konzept liminaler und liminoider Zustände formulierte.[200] Laing beschrieb Schizophrenie als einen Prozess der Selbstwerdung vom Ego zum Selbst, als Weg zu einem wahreren Selbst. Die Deutung von Schizophrenie als Reise strebte den schizophrenen Zustand jedoch nicht als Idealzustand und Ziel an, sondern verstand ihn als Durchgang auf dem Weg der Selbstentdeckung. Mit dieser Beschreibung der Schizophrenie hatte Laing den Nerv der um die Entdeckung und Befreiung des authentischen Selbst kreisenden sechziger Jahre eindeutig getroffen und in der

[197] Laing, Phänomenologie der Erfahrung, S. 117.
[198] Laing, Phänomenologie der Erfahrung, S. 122.
[199] Laing, Phänomenologie der Erfahrung, S. 152.
[200] Siehe Victor Turner, The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual, Ithaca 1967, darin das Kapitel Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites of Passage.

Fortführung und Abstrahierung zu einer „Politik der Erfahrung" gleichzeitig ihre allgemeingültige Bedeutung vorgeführt.

In diese für Laing so produktiven Jahre fiel auch sein Zusammentreffen mit David Cooper. Noch vor dem Erscheinen von „The Divided Self" hatte Laing im Jahr 1958 den aus Südafrika stammenden Psychiater kennen gelernt. Die von diesem 1962 eröffnete und bis 1965 bestehende Villa 21 diente Laing später als Modell für Kingsley Hall.[201] Wenn Laing und Cooper auch manche Grundanschauungen und Interessen teilten – wie beispielsweise für die Existentialphänomenologie oder den Marxismus, was sich am deutlichsten in ihrem gemeinsamen Buch „Reason and Violence: A Decade of Sartre's Philosophy"[202] niederschlug –, so unterschieden sie sich doch in wesentlichen Punkten. Vor allem die Bedeutung der einzelnen Beziehung zwischen Therapeut und Patient wurde von ihnen unterschiedlich eingeschätzt. Während Laing nach seiner analytischen Ausbildung nur noch einzeltherapeutische Verfahren, unter Umständen unterstützt von Medikamenten, gelten ließ, stand Cooper psychiatrischen Behandlungen und Psychiatrie als Institution der Unterdrückung allgemein zunehmend ablehnend gegenüber und orientierte sich eher an den Vorstellungen eines *empowerments*. Dass Cooper die von ihm ausgerufene „antipsychiatrische" Haltung nicht nur sich, sondern ebenso Laing attestierte, nahm Laing ihm lange übel.[203]

Cooper war angetrieben von der Idee, Verbindungen zwischen individueller Selbstbehauptung, psychologischer Gesundung und einer gleichberechtigten Gemeinschaft zu finden. Coopers „Psychiatrie und Anti-Psychiatrie" war eine Mischung aus kommunikationstheoretischen Positionen, existentialistisch geprägter Selbstermächtigungsphilosophie und anthropologischen Versatzstücken. Er zitierte Thomas Szasz' Studie zur Hysterie und die *double-bind*-Theorie, aber auch Claude Lévi-Strauss' „Traurige Tropen". Vor allem aber arbeitete er mit philosophischen Konzepten des Existentialismus, insbesondere von Jean Paul Sartre. Er wollte die „dialektische Komplexität menschlicher Realität" erkennbar machen, „den Kern jeder menschlichen Existenz, den Plan, nach dem jeder Mensch sich selbst in der Welt definiert".[204]

Die Mischung seiner Ansätze macht es schwer, ihn auf einen Standpunkt festzulegen. Auch sprachlich wechselte er zwischen einem wissenschaftlich-nüchternen Stil und pathetischen Bildern: „Ich entsinne mich, einst geglaubt zu haben,

[201] Zur Villa 21 siehe Oisín Wall, The Birth and Beath of Villa 21, in: History of Psychiatry 24/3 (2013), S. 326–340.

[202] Ronald D. Laing/David Cooper, Reason and Violence. A Decade of Sartre's Philosophy 1950–1960, London 1964; in deutscher Übersetzung Ronald D. Laing/David Cooper, Vernunft und Gewalt. Drei Kommentare zu Sartres Philosophie 1950–1960, Frankfurt am Main 1973.

[203] Zu Laings Arbeit in den sechziger Jahren sowie Coopers und Laings Kennenlernen, ihren Differenzen und Gemeinsamkeiten siehe Burston, The Wing of Madness, S. 58–62, zu „Sanity, Madness and the Family" S. 67–74, zu „The Politics of Experience" S. 98–105 und zu Kingsley Hall S. 77–92. Kingsley Hall spielt nochmals eine Rolle in Kapitel V., wenn Mary Barnes Bericht „Meine Reise durch den Wahnsinn" thematisiert wird.

[204] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 48.

dass die Schizophrenen die erdrosselten Dichter unserer Zeit seien. Vielleicht ist es an der Zeit, dass wir, die wir Heiler sein sollen, unsere Hände von ihrem Hals nehmen."[205] In seiner Definition von Schizophrenie orientierte sich Cooper vor allem an den kommunikationstheoretischen und soziologischen Studien aus dem Umfeld von Laing. In der Vergabe des Etiketts Schizophrenie sah er eine „subtile psychologische, mythische, spirituelle Gewalt" am Werke, die er herausarbeiten wollte.[206] Ausgangspunkt war die Frage, ob es möglich sei, aus der Stereotypie des linear vorgegebenen Lebenslaufes und den „Boxen", in denen man sein Leben verbringe, auszubrechen und ein autonomes Leben zu verbringen, ohne dass man als verrückt bezeichnet werde. Er begriff Schizophrenie über die Vorstellung von Familie als einer Gruppe, deren Priorität darauf liegt, ihre Intaktheit zu sichern.

Cooper ging es nicht allein darum, aufzuzeigen, dass die Naturwissenschaftlichkeit der Psychiatrie nicht genügte, um eine so komplexe Situation wie die eines psychiatrischen Patienten zu analysieren. Seine Analyse der Familie bezog sich vielmehr auf das Maß an Autonomie und Entfremdung, das der Einzelne innerhalb einer Familie entwickelte. In Anlehnung an Hegel, Marx und Sartre formulierte Cooper außerdem kultur- und gesellschaftsphilosophische Überlegungen, die für ihn auf folgende Identifikation des Einzelnen mit dem Schizophrenen in der Autonomiebehauptung gegen Widerstände und Drohungen hinauslief: „Stellt man das Schizophrenieproblem auf diese Weise, nämlich im Sinne der Existenz eines Menschen, der durch andere aus sich herausgelöst oder durch sich selbst ausgepresst wird (in liebender Anerkennung der raubgierigen Verschlingung durch die anderen), so dass schließlich nichts von ihm für ihn selbst übrigbleibt, weil er nur noch für den anderen da ist, dann müssen wir folgern, dass es zwar ein besonderes Schicksal ist, in die Anstalt eingeliefert zu werden, dass aber die Schizophrenie nichts anderes ist als unser aller Los."[207]

Herzstück der Arbeit war die Krankengeschichte eines jungen mit Schizophrenie diagnostizierten Mannes, Eric V., im Kapitel „Eine Familie wird untersucht". Dafür waren über 30 Gespräche mit Eric und den anderen Familienmitgliedern geführt worden, in denen Cooper vor allem einen Eindruck gewonnen hatte: Eric war es nie gelungen, eine eigenständige Persönlichkeit zu entwickeln, alles, was er tat, war von einem „System elterlicher Anordnungen"[208] angeleitet. Seine Eltern hatten *double-bind*-Situationen geschaffen, in denen er sich nicht anders zu helfen wusste als mit den irrationalen Akten der Selbstsabotage, die zu der Schizophreniediagnose geführt hatten. In den therapeutisch angeleiteten Gesprächen jedoch veränderten sich die innerfamiliären Positionen nach und nach, so dass Eric eine zunehmende Unabhängigkeit von seiner Familie erlangte und eine selbständige Form der Lebensführung entwickelte. Von diesen Beobachtungen innerfamiliärer Konflikte ausgehend, formulierte Cooper die Aufforderung, Schizophrenie nicht

[205] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 130.
[206] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 26.
[207] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 61.
[208] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 75.

als etwas zu betrachten, „das im Menschen vorgeht, sondern vielmehr als etwas, das sich zwischen Menschen abspielt".[209] Hier wurde die Anlehnung an die amerikanische Familienforschung besonders deutlich.

Seine Auffassung, dass ein psychotisches Erlebnis „unter richtiger Führung zu einem reiferen menschlichen Zustand führen" könne, entwickelte Cooper jedoch nicht nur aus der zeitgenössischen Kommunikations- und Familienforschung, sondern lud sie mit ethnokulturellen Elementen auf und betonte die Parallelen zu älteren kulturellen Praktiken. So setzte er die Schizophrenie in Analogie zu schamanischen Stammesritualen.[210] Schizophrenie war laut Cooper ein Ausweg aus einer extremen Situation; in einem kleineren Rahmen und partiell und zeitlich begrenzt sah Cooper ganz ähnliche Vorgänge im Konsum von bewusstseinserweiternden Drogen, im Rausch und der Kunst und Musik. Auch er begriff Schizophrenie also als einen von vielen möglichen liminoiden Zuständen, wie Victor Turner sie beschrieben hatte. Abgeleitet von der Bedeutung der Schizophrenie als Zusammenbruch und Durchbruch und von der Interpretation des Verrücktwerdens als ein „in Stücke gehen" und als Sehnsucht nach einer neuen Identität, sollte die Psychiatrie nach Coopers Vorstellung den Schlüssel zur „Erfindung einer Auflösungsmethode" der Identität liefern, so dass der schizophrene Zustand überflüssig werden würde.[211] Das Bild des „In-Stücke-Gehens" als Umschreibung des Verrücktwerdens war nicht nur wichtig für das Verständnis der Betroffenen, sondern auch für den Umgang mit ihnen. Patienten sollten nicht behandelt, sondern der Heilung näher gebracht werden, was bedeute, „Menschen wieder zu sich selbst zu bringen, die mehr oder weniger gebrochen waren".[212] Der Zusammenbruch war die Bedingung, um einen Erneuerungsprozess entstehen zu lassen.

Coopers Augenmerk galt unentwegt den Bestrebungen des Einzelnen nach Autonomie und Selbstwerdung. Schizophrenie verstand er als spezifische, oft familiären Situationen geschuldete Krise und Zusammenbruch. Durch das Auseinanderbrechen der Identität konnte jedoch auch ein Selbsterneuerungprozess eingeleitet werden – vorausgesetzt, die entsprechende Umgebung wurde bereitgestellt. In der zeitgenössischen, an Behandlung interessierten Psychiatrie sah Cooper eine solche Umgebung nicht gewährleistet. Deshalb schuf er mit der Villa 21 eine eigene Gemeinschaft, die er als Ideal und Modell verstand. Dort sollte psychotischen Zuständen ein Raum der Achtung gegeben und den Betroffenen dabei geholfen werden, sich wieder „zusammenzufinden" und ein eigenständiges Leben in der Gesellschaft vorzubereiten.

Die im Vergleich zu Laing größere Radikalität Coopers spiegelte sich auch in den deutschen Berichten über die britischen „Antipsychiater". Als ebenso „faszinierend wie irritierend" bezeichnete *Die Zeit* die psychiatrischen bzw. psychiatriekritischen Schriften von Laing, für den die Welt des Geisteskranken die

[209] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 92.
[210] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 97.
[211] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 98.
[212] Cooper, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie, S. 128.

„Antwort auf eine irre Welt" sei, die ihm Normalität vorschreibe.[213] Auch wenn der Verfasser des Artikels mit den Ansichten Laings hinsichtlich Entfremdung und allgemein verrückten zeitgenössischen Verhältnissen sympathisierte und die These von der „Protestflucht in den Irrsinn" nicht anzweifeln wollte, notierte er doch auch das Fehlen einer „unerlässliche[n] Definition von Krankheit und Gesundheit, ohne die jegliches psychotherapeutisches oder überhaupt medizinisches Einschreiten seine Legitimation verliert". Man stehe schließlich verwirrt vor dem Problem, dass es doch ganz offensichtlich so etwas wie Schizophrenie gebe: „Wenn es aber heißt: ‚*Es gibt keinen Zustand wie Schizophrenie; das Etikett ist ein soziales Faktum und das soziale Faktum ein Politikum…*', und wenn weiter gesprochen wird von einer Koalition und ‚*Verschwörung*' von Familie, Arzt, Beamten des Gesundheitsamtes, Krankenschwestern, dann wird man doch unruhig und fragt sich – vergebens, denn Antwort wird nicht erteilt –, was es denn nun einmal mit der Schizophrenie, die da und dort wohl auch jeder Laie schon in ihren Auswirkungen hat beobachten können, auf sich hat und wie man es anstellen soll, dem Übel, das vielleicht von einer üblen Welt verursacht wurde, gleichwohl aber ein Übel bleibt, abzuhelfen."[214] Selbst wenn die Geisteskrankheit ihre eigene Heilung schon mitbringe, brauche es doch eine Umgebung, die in irgendeiner Form hilfreich und unterstützend tätig werde.

Wurde Laing als Arzt, Philosoph und Kritiker beschrieben, so wurde David Cooper dagegen als „krasse[r] Außenseiter" mit Rockstar- und Guruattitüden inszeniert. Über seine mit Laing zusammen entwickelte Auffassung von Schizophrenie konnte man lesen, dass diese „von den bisherigen Ansichten über die Ursachen und Behandlung geistiger Erkrankungen so radikal abweicht, dass der hierfür gewählte Name ‚Anti-Psychiatrie' wie ein *understatement* wirkt. Schizophrenie wird danach als eine Abwehrreaktion des Individuums betrachtet, das unter dem Druck der Umwelt in eine ausweglose Situation geraten ist. Nicht er, der Symptome von Geistesstörung zeigt, ist dem Wahnsinn verfallen; die Welt selbst ist toll geworden, diese Menschheit des zwanzigsten Jahrhunderts, die intensiv damit beschäftigt ist, immer extremere Grade der Brutalität der Erniedrigung, der Banalität zu erreichen."[215] Der Artikel berichtete von der Idee, eine Prostituierte ins Personal aufzunehmen, vom gleichberechtigten Zusammenleben in Kingsley Hall und der Villa 21 und von Coopers heftigem Widerspruch gegen die Behauptung von Psychologie und Soziologie, die Familie sei die regenerierende kleinste Zelle der Gemeinschaft: Tatsächlich sei sie, so Cooper, „die Quelle allen Übels". Die Darstellung Coopers als Kommunarde mit großem Alkoholkonsum legte den Fokus eindeutig auf ihn als Person, weniger auf seine Thesen; diese wurden lediglich als Teil seines antibürgerlichen Weltbildes eingeflochten.

213 Jean Améry, Die Welt der Irren und die irre Welt. So faszinierend wie irritierend: die Aufsätze des Psychiaters Ronald D. Laing, in: Die Zeit, Nr. 9 vom 27. 2. 1970, S. 21.

214 Améry, Die Welt der Irren und die irre Welt.

215 Robert Lucas, Der Feind ist die Familie. Begegnung mit dem krassen Außenseiter David Cooper, in: Die Zeit, Nr. 30 vom 23. 7. 1971, S. 37.

Dennoch vermittelten beide Artikel die Idee von Schizophrenie als Flucht oder Abwehr, die inmitten einer verrückten Gesellschaft nötig wurde.

Anders als Laing und Cooper baute Thomas Szasz seine Psychiatrie- und Schizophreniekritik nicht auf einer anthropologischen Interpretation von Schizophrenie, sondern darauf auf, die Psychiaterschaft als eine Gruppe zu verstehen, die sich durch Rituale, Symbole und gemeinsame Ideen definierte, nicht anders als eine Religionsgemeinschaft. Diese Beleuchtung der Psychiatrie und des psychiatrischen Konzeptes von Schizophrenie ließ beide in einem unwissenschaftlichen Licht erscheinen. In „The Myth of Mental Illness“[216] dekonstruierte Szasz die psychiatrischen Krankheiten als reine Mythen; im Vorwort seiner Schrift „Schizophrenie“ machte Szasz deutlich, dass er die Psychiatrie kaum über einen magisch-religiösen Zustand hinausgekommen sah: „Das Symbol, das die Psychiater am deutlichsten als Mitglieder einer besonderen Ärztegruppe ausweist, ist das Konzept der Schizophrenie; und das Ritual, das am klarsten diesem Zweck dient, ist die Diagnostizierung dieser Krankheit bei Personen, die nicht ihre Patienten sein wollen. Wenn ein Priester Wasser segnet, dann wird es zu Weihwasser – und damit zum Träger wohltätiger Kräfte. In vergleichbarer Weise wird ein Mensch, der von einem Psychiater verflucht wurde, zu einem Schizophrenen – und damit zum Träger böser Kräfte. Ebenso wie ‚göttlich‘ und ‚dämonisch‘ ist ‚schizophren‘ ein Begriff, der inhaltlich ebenso vage ist, wie seine Implikationen schrecklich sind. In diesem Buch werde ich zu zeigen versuchen, wie die Schizophrenie zum Gekreuzigten wurde, den die Psychiater anbeten und in dessen Namen sie in den Kampf ziehen, um den klaren Verstand der Trübung, den gesunden Geist dem Wahnsinn zu entreißen; wie die Ehrerbietung vor diesem Konzept zum Kennzeichen psychiatrischer Orthodoxie und der Mangel an Ehrerbietung davor zum Kennzeichen psychiatrischer Ketzerei wurde; und schließlich, dass wir sowohl die Psychiatrie als auch die Schizophrenie besser verstehen werden, wenn wir diese ‚Diagnose‘ so betrachten, als handle es sich dabei um ein religiöses Symbol und nicht um eine medizinische Krankheit.“[217]

Der Begriff der Schizophrenie war, so erklärte Szasz, nicht viel mehr als der Name Coca-Cola: ein Name, der ein Produkt bezeichnete, mit dem nach Monopolisierung und Kontrolle eines Marktes gestrebt wurde.[218] Statt Medizin, Forschung und Wissenschaft sah Szasz vor allem politische Erwägungen hinter der Entstehung des Schizophreniekonzeptes stehen. Er akzeptierte Schizophrenie schlichtweg nicht als Krankheit. Bleulers Erfindung der Schizophrenie sei nur eine „Rechtfertigung“ gewesen, „um den Psychiater als Arzt, den Schizophrenen als Patienten und das Gefängnis, in welches der Erstere den Letzteren sperrt, als Krankenhaus zu betrachten“.[219] Zugrunde lag der Diagnose Schizophrenie, so

[216] Thomas S. Szasz, The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct, London 1962.
[217] Szasz, Schizophrenie, S. 8 f.
[218] Szasz, Schizophrenie, S. 10.
[219] Szasz, Schizophrenie, S. 18.

Szasz, der an den Patienten gerichtete Vorwurf der Unverständlichkeit, des unverständlichen Redens. Dieser Vorwurf erklärte aus Sicht von Szasz jedoch nicht, warum man zum Mittel der Hospitalisierung und Behandlung greifen musste. Aus seiner Sicht ging es daher nicht um Krankheiten, sondern um die Kontrolle von Nicht-Angepassten, die in ein medizinisches Gewand gehüllt und mit einem eigenen Vokabular versehen wurde. So wurde die Kontrolle ermöglicht und gleichzeitig als Behandlung verschleiert; die psychiatrischen Theorien und Krankheitskonzepte ließen zudem die Behandlung als Notwendigkeit erscheinen.[220] Der modernen Psychiatrie, so Szasz, lägen also zwei entscheidende Irrtümer zugrunde: Sie verwechsle „Krankheit mit Meinungsverschiedenheit" und „Patienten mit Gefangenen".[221]

Für seine Analyse zog Szasz Schriften von Thomas S. Kuhn, Michel Focault, Henri Ellenberger, John Searle und Darstellungen der Geschichte der Psychiatrie heran. Vor allem aber sezierte er zeitgenössische Texte der amerikanischen Psychiatrie mit der Absicht, die Inhaltsleere und Unklarheit der Schizophreniedefinition vorzuführen. Diese hielt er für „so vage, dass in Wirklichkeit dieser Terminus auf fast jede Art von Verhalten angewandt wird, welches der, der ihn ausspricht, missbilligt".[222] Die Krankheit, die der Begriff bezeichnen sollte, lasse sich weder nachweisen noch irgendwie objektiv demonstrieren. Die Psychiatrie säße einem Irrtum auf, wenn sie so tue, als beschäftige sie sich mit einer Krankheit und als sei Schizophrenie die Bezeichnung dieser Krankheit; tatsächlich seien all die psychiatrischen Texte nur „*Rechtfertigungen* […], die das legitimieren sollen, was die *Psychiater* mit ihnen tun".[223] An europäischen Autoren zitierte er vor allem die klassischen Größen ihres Faches, also Emil Kraepelin, Eugen Bleuler, Sigmund Freud und Carl Gustav Jung sowie Franz Josef Kallmann und António Egas Moniz. Die Behandlungsmethoden von Insulinschock über ruhigstellende Medikamente bis zur Lobotomie sah er ebenfalls allein einer Logik folgen: dem Ziel, eine Krankheit zu beweisen, wo ein störendes Verhalten vorlag. Der eigentliche Grund, warum Menschen in Psychiatrien zwangsweise eingewiesen werden, sei aber doch, „weil sie den anderen zur Last fallen".[224] Angesichts der immer neuen therapeutischen Versuche und Handlungsmethoden konstatierte Szasz: „Wäre das menschliche Elend, das diese modernen Schlangenölhändler auszubeuten suchen, nicht so tragisch, könnte man sich über das Bild, das die ‚Behandlung der Schizophrenie' gegenwärtig bietet, köstlich amüsieren. Die Psychiater wissen nicht, was Schizophrenie ist, und wissen nicht, wie man sie diagnostiziert. Gleichzeitig behauptet eine Gruppe von Psychiatern, sie heilen zu können, indem sie den ‚Patienten' riesige Dosen von Vitaminen verabreicht, während eine andere Gruppe empfiehlt, ihnen jegliche Nahrung vorzuenthalten. Es ist schwer

220 Vgl. Szasz, Schizophrenie, Kapitel 1, v. a. S. 23, S. 36 und S. 42.
221 Szasz, Schizophrenie, S. 39.
222 Szasz, Schizophrenie, S. 83.
223 Szasz, Schizophrenie, S. 84.
224 Szasz, Schizophrenie, S. 92.

einzusehen, wie beide Behauptungen richtig sein können, hingegen ist es leicht einzusehen, dass beide falsch sind."[225]

Für Szasz war Schizophrenie nur ein Label, mit dem ein gewisses Verhalten bezeichnet wurde, um es kontrollierbar und behandelbar – im Sinne von beeinflussbar – zu machen. Psychiatrie war eine Institution, die eine medizinische Farce aufführte, während sie eigentlich mit der Überwachung und der Ausübung von Zwang auf auffällige Individuen beschäftigt war. Schizophrenie war das Produkt dieser Psychiatrie, und gäbe es die Psychiatrie nicht, so gäbe es auch keine Personen, die als schizophren bezeichnet würden. Die Vorstellung von Schizophrenie sah Szasz daher unauflösbar an die Institution der Psychiatrie geknüpft: „Und wenn es keine Psychiatrie gibt, kann es auch keine Schizophrenen geben. Mit anderen Worten, ob ein Mensch schizophren ist, hängt von der Existenz eines gesellschaftlichen Systems der (institutionalen) Psychiatrie ab. Wird die Psychiatrie abgeschafft, verschwinden somit die Schizophrenen."[226] Dass diese Menschen sicher weiterhin „untauglich oder egozentrisch sind oder ihre ‚wirklichen' Rollen ablehnen oder ihre Mitmenschen auf andere Weise stören", sei zweifellos möglich. Aber es gebe eben keine Institution mehr, die sie als schizophren bezeichne.[227] Zur Untermauerung seiner These wies Szasz auf die Sklaverei hin: Auch Sklaven könne es nur geben, wenn es ein gesellschaftliches System der Sklaverei gebe; und werde die Sklaverei abgeschafft, so erlangten die Sklaven damit ihre Freiheit, nicht aber automatisch Bildung und Selbständigkeit. Dieser Vergleich kam nicht von ungefähr. Tatächlich ging es Szasz im Kern um eine Befreiungsideologie und um die Abschaffung von Zwangsmethoden, Kontrolle, Überwachung und Einsperrung. Am Schizophreniekonzept sah er den gesellschaftlich ausgeübten Zwang am deutlichsten sichtbar werden: weil ihre Definition weder allgemein verbindlich war noch wissenschaftlich einheitlich verwendet wurde, weil die biologische Grundlage nicht gefunden wurde, weil Behandlungsmaßnahmen und Annahmen über die Krankheit in keinem Verhältnis standen.

Die Gemeinamkeit und Grundlage von Laing, Szasz und Cooper war letztlich ihre Kritik der Psychopathologie und deren in ihren Augen objektivierendes medizinisches System. Während sie vor allem mit Gegenwartsanalysen und grundsätzlicher Systemkritik aufwarteten, hatte eine historische Archäologie und Entstehungsgeschichte der Psychiatrie der französische Philosoph Michel Foucault im Jahr 1961 unter dem Titel „Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique" vorgelegt, in der deutschen Übersetzung als „Wahnsinn und Gesellschaft" im Jahr 1969 erschienen.[228] Auch Foucaults Überlegungen hatten ihren Ausgang von der Psychiatrie und dem psychiatrischen Diskurs der fünfziger Jahre selbst genommen. Insbesondere die phänomenologischen und daseinsanaly-

[225] Szasz, Schizophrenie, S. 110.
[226] Szasz, Schizophrenie, S. 127 f.
[227] Szasz, Schizophrenie, S. 128.
[228] Die Tilgung der „déraison" fand auch in der englischen Übersetzung statt, ebenso in einer späteren französischen Ausgabe, die als „Historie de la Folie" erschien, siehe Ian Hacking, Déraison, in: History of the Human Sciences 24/4 (2011), S. 13–23.

tischen Ansätze innerhalb des psychiatrischen Diskurses, also etwa von Ludwig Binswanger, Edmund Husserl oder Karl Jaspers, waren die Basis, auf der der in Psychologie und Psychiatrie tätige junge Foucault seine ersten Gedanken über die Notwendigkeit der historischen Betrachtung der Psychiatrie und des Wahnsinns entwickelte.[229] Während er sich zu Beginn mit seiner Schrift „Maladie mentale et personnalité"[230] von 1954 noch innerhalb des psychiatrischen Diskurses bewegte – wenn er auch dort bereits historischen und sozialen Themen mehr Raum einräumte, als dies in den phänomenologischen und daseinsanalytischen Ansätzen üblich war –, unterscheiden sich seine späteren Arbeiten davon durch ihre Analysen der Macht und ihre Bewegung aus dem psychiatrischen Diskurs hinaus.[231] Diese Bewegung trat in dem Moment ein, als, wie Wolfgang Schäffner bemerkte, Foucault „no longer explains pathological facts through real conflicts; instead, he analysis psychiatric knowledge in its institutional, theoretical and practical dimensions. Foucault thereby turns Minkowski's and Binswangers's transcendental question about madness into a question about the historical a prioris, the conditions of possibility of psychiatry itself: These are not to be found in the lived experiences of subjects meeting in asylums, but in complex procedures which extend far beyond psychiatric discourse and it is these alone that make possible the particular historical shape of psychiatry and madness."[232] Dieser Bruch in Foucaults Denken beschrieb den Vorstellungswandel des Wahnsinns von einer individuellen Erlebniswelt eines Patienten zu einem von verschiedenen Dispositiven strukturierten Raum der Macht.[233]

Mit „Wahnsinn und Gesellschaft" legte schließlich Foucault ein Werk vor, das immer wieder auch als „eine Abrechnung"[234] mit der Psychologie und der

[229] Vgl. dazu Jean-François Bert/Elisabetta Basso (Hrsg.), Foucault à Münsterlingen. A l'origine de l'Histoire de la folie, Paris 2015.

[230] Michel Foucault, Maladie mentale et personnalité, Paris 1954. Diese erste Auflage enthielt auch ein größeres Kapitel zu Pawlows Theorie der höheren Nerventätigkeit, das Foucault in der zweiten und überarbeiteten Auflage, die unter dem Titel *Maladie mentale et psychologie* erschien, kommentarlos strich. Nur diese zweite Auflage wurde ins Deutsche übersetzt, Michel Foucault, Psychologie und Geisteskrankheit, Frankfurt am Main 1968. Zu den frühen Schriften von Foucault und zur Genese von *Wahnsinn und Gesellschaft* und seiner Rezeption siehe Burkhart Brückner/Lukas Iwer/Samuel Thoma, Die Existenz, Abwesenheit und Macht des Wahnsinns. Eine kritische Übersicht zu Michel Foucaults Arbeiten zur Geschichte und Philosophie der Psychiatrie, in: NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin 25/1 (2017), S. 69–98.

[231] Wolfgang Schäffner, From Psychiatry to History of Madness. Michel Foucault's Analysis of Power Technologies, in: Eric J. Engstrom/Matthias M. Weber/Paul Hoff (Hrsg.), Knowledge and Power: Perspectives in the History of Psychiatry. Selected Papers from the Third Triennial Conference of the European Association for the History of Psychiatry (EAHP), 11–14 September 1996, Munich, Germany, Berlin 1999, S. 13–23.

[232] Schäffner, From Psychiatry to History of Madness, S. 19.

[233] Schäffner, From Psychiatry to History of Madness, S. 19. Siehe zum Wandel in Foucaults Denken außerdem Brückner/Iwer/Thoma, Die Existenz, Abwesenheit und Macht des Wahnsinns, sowie Enric J. Novella, Der junge Foucault und die Psychopathologie. Psychiatrie und Psychologie im frühen Werk von Michel Foucault, Berlin 2008.

[234] Sarasin, Michel Foucault zur Einführung, S. 18.

Psychiatrie verstanden wurde. Indem er die Genealogie der Psychiatrie und ihrer Gegenstände nachzeichnete, zeigte er auf, dass eben diese Gegenstände nicht zeitlose, überhistorische, natürlich gegebene Krankheitseinheiten waren, sondern sich mit der für sie zuständigen Wissenschaft zugleich entwickelt hatten. Foucault ging noch weiter: Vernunft und Wahnsinn selbst und die Ziehung der Grenze zwischen ihnen wurden zu historischen Problemen und Produkten, die nur in ihren historischen Diskursen denkbar und für den Historiker beobachtbar sind. Damit entzog Foucault der Vernunft ihre Metaebene und dem „ich denke also bin ich" von Descartes seine Unanzweifelbarkeit und hinterfragte radikal die Sicherheit, mit der Vernunft und Wahnsinn scheinbar voneinander getrennt werden konnten. Er erinnerte an die Existenz des Wahnsinns als eine Möglichkeit des Menschseins, die aber von der Vernunft verneint und zum Schweigen gebracht worden sei, indem der Wahnsinn zur Krankheit gemacht worden sei.

In der Fachsprache der Psychiatrie sah Foucault daher einen Monolog der Vernunft über den Wahnsinn, die das weder Syntax noch Grammatik gehorchende, stammelnde, assoziierende Sprechen des Wahnsinns als unvernünftig und unverständlich abtat. Damit lenkte er den Blick auf die Entstehung des Wahnsinns unter dem psychiatrischen Blick, das heißt die Entstehung des Wahnsinns als Gegenstand der Wissenschaft in einem Prozess der Entfremdung. „Foucault wollte zeigen", so der Historiker Philip Sarasin, „dass der Wahnsinn selbst, unter dem Regime der strafenden Vernunft zuerst im sogenannten ‚klassischen Zeitalter' […], dann durch die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts und schließlich auch durch die Psychoanalyse Freuds ‚entfremdet' wurde".[235] Erst durch diese Entfremdung, so Foucaults These, sei der Wahnsinn für die Psychologie, Psychoanalyse und Psychiatrie beobachtbar geworden, und erst damit seien diese Disziplinen überhaupt möglich geworden. Zugleich entdeckte Foucault in der psychiatrischen Betrachtung des Wahnsinns aber nicht nur den Blick in den Abgrund des Anderen. Er wies darauf hin, dass der Wahnsinn der Ort der Wahrheit sei, wo der Mensch sich radikal, subjektiv und frei zeige, und vertrat die Auffassung, dass sich im Wahnsinn das Menschsein zeige. In diesen Auffassungen und Vorstellungen war Foucaults Denken nicht weit entfernt von den phämonenologischen, existentialistischen und anthropologischen Denkstilen.

Die Psychiatriekritik, so lässt sich zusammenfassen, hatte sich auf ganz unterschiedliche Arten an den psychiatrischen Vorstellungen und dem psychiatrischen Wissen von Schizophrenie abgearbeitet. Auf jeden Fall hatte sie dafür gesorgt, dass Schizophrenie als Konstruktion bzw. als Produkt gesellschaftlicher Prozesse sichtbar gemacht und die „Wahrheit" der psychiatrischen Wissenschaft dekonstruiert wurde. Gleichzeitig wurden schizophrene Patientinnen und Patienten als Subjekte in einem Geflecht der sie umgebenden Technologien und Praktiken gezeigt. Stellvertretend für alle wurden Einzelne von ihnen als fühlendes, denkendes, handelndes Selbst sichtbar gemacht; die Flucht in die Schizophrenie wurde nahezu zu einem Akt der Selbstbestimmung. In diesem Ausnahmezustand konn-

[235] Sarasin, Michel Foucault zur Einführung, S. 20.

te es heilen und sich rekonstituieren. In dieser Vorstellung funktionierte Schizophrenie als ein Weg zum authentischeren, freieren und bewussteren Selbst, wenn nicht die psychiatrische Intervention diesen Weg versperrte. Diese Vorstellung konstituierte sich als Gegenwissen zum klinisch-psychiatrischen Wissen und lehnte Schizophrenie nicht an Krankheitsdefinitionen, sondern an individuelle Entwicklungspotentiale und Freiräume an. Einige dieser Denkweisen der „Antipsychiatrie" stammten aus der Psychiatrie selbst und waren keine Laienkritik, sondern beruhten auf einer professionell-kritischen Durchdringung und Reflexion des psychiatrischen Wissens. Genau diese Kenntnis des psychiatrischen Wissens machte sie für die Psychiatrie zu einem schwierigen Gegner.

Rezeption der „Antipsychiatrie" und Reaktionen

Schizophrenie wurde von Laing, Cooper, Szasz und Foucault nicht als Krankheit begriffen, sondern als Daseinszustand oder Existenzweise, als gesellschaftliche Zuschreibung oder als Ergebnis einer historischen Trennung des Wahnsinns von der Vernunft. In unterschiedlichen Ausprägungen wurde ein schizophrenes Selbst beschrieben, das mit spezifischen Ängsten, Erlebnisweisen und Emotionen ausgestattet war oder auch, wie bei Szasz und Foucault, eine radikale Infragestellung der Gesellschaft und eine ebenso radikale Subjektivität verkörperte. Besonders Laings Schizophrenieverständnis, aber auch Foucualts Beschreibungen des Wahnsinns hatten daseinsanalytische, phänomenologische und anthropologische Schizophrenievorstellungen aufgenommen. Sie formulierten damit zwar ein Gegenwissen, Wissen und Argumentation aber kamen von psychiatrischen Denkstilen und Denkwelten.

Eine Psychiatriekritik in der deutschen Psychiatrie, die mit diesen Ansätzen vergleichbar war, kam von dem seit 1966 in Hannover tätigen Psychiater Karl Peter Kisker, dem Verfasser des Werks „Erlebniswandel des Schizophrenen". Mit den zwei Schriften „Dialogik der Verrücktheit" von 1970 und „Mit den Augen eines Psychiaters" von 1976 legte Kisker eine eigene Form der Zeit-, Gesellschafts- und Psychiatriekritik vor, die zwar nicht dieselbe Aufmerksamkeit und Bekanntheit erhielt wie die Vertreter der „Antipsychiatrie", aber dennoch ein weiteres, westdeutsches Schlaglicht wirft auf die Entwicklung einer Psychiatriekritik aus einer phänomenologisch-anthropologischen Haltung heraus. In diesen Schriften abstrahierte und radikalisierte Kisker Thesen, die er bereits hinsichtlich der seiner Meinung nach ganz spezifischen Art des schizophrenen Erlebens, das durch den Erlebniswandel ausgelöst wurde, formuliert hatte, und verknüpfte sie mit dem zeitgenössischen Diskurs.

In der „Dialogik der Verrücktheit" etwa eignete sich Kisker Michel Foucaults These der Entfremdung des Wahnsinns von der Vernunft an und übertrug sie in eine zwischen psychiatrischen und philosophischen Gedanken wechselnde anthropologische Auseinandersetzung mit der Figur des Verrückten. Wie Foucault begriff er die Zeit seit dem 18. Jahrhundert als eine, die das Abwegige und Dunkle aus sich ausschließen wollte; er bemerkte aber auch einige Zeichen der Verände-

rung in diesem Verhältnis, die er an den Studien Laings, an dem neuen Interesse für die Werke schizophrener Dichter oder auch an der sozialpsychiatrischen Strömung abzulesen meinte.[236] Im Gegensatz zu einer Moderne, die die Verrücktheit als andere Seite der Vernunft verleugnen wollte, träumte Kisker von einem nachbarschaftlichen Verhältnis von Vernunft und Verrücktheit. Im Vorwort der noch kritischeren Schrift „Mit den Augen eines Psychiaters" machte sich Kisker dann zum Vertreter einer Riege von „Psychiatern mit Gefühl" – ein Begriff von Hemmo Müller-Suur –, die sich als „Advokaten" ihrer Patienten verstünden.[237] Dabei nahm er mögliche Kritik, seine Gedanken seien spekulativ und antipsychiatrisch, mit dem Argument vorweg, solche Kritik wüsste nichts über die „Spannweite der Psychiatrie und das, was in ihr von Menschen gewirkt und gedacht werden kann".[238]

Seine Kritik zielte insbesondere auf die positivistischen, das heißt strikt naturwissenschaftlichen Wissens- und Systemanteile der Psychiatrie, vor allem, wo sie zusätzlich den Blick auf die Lebenswelt und Lebensgeschichte durch Vorannahmen und Vorurteile verstellte. Die erste Auseinandersetzung mit einem schizophrenen Menschen, das erste Hinhören, müsse ein „vorklinisches, gewissermaßen naives" sein, das akzeptiere, was sich ihm in der Lebenswelt des Gegenüber auftue; erst dann dürfe und müsse es sich auf die innere und äußere Situation des Kranken beziehen.[239] Kiskers Meinung zufolge hatten die medizinischen und psychosozialen Modelle von Verrücktheit vor allem eine Entlastungsfunktion für Ärzte und Wissenschaftler ebenso wie für die Patienten oder „Devianten".[240] Die Pathologisierung des Verrücktseins beschrieb er als einen Versuch, die angesichts des Wahnsinns sich einstellende Irritation zu neutralisieren, wobei er die damit bezweckte „Säkularisierung und Entzauberung von Verrücktheit" nicht für gelungen hielt: In den „mythischen Formeln der Unterbringungsgesetze, der Sozialhilfeverordnungen usw." entdeckte Kisker „weiterhin, wiewohl bürokratisch verdeckt, das blanke Entsetzen vor dem Verrückten. Er wird darin anders wahrgenommen als der Schwachkopf, der Krüppel und der Verkalkte. Die Gesellschaft hält ihn auf Distanz und duldet ihn ängstlich-argwöhnisch erst dann in der Nähe, wenn er das therapeutische Umerziehungs-Programm der öffentlichen Institutionen passierte und bereit scheint zu beginnen, als ob nichts gewesen wäre."[241]

Woher aber rührte diese Angst vor den „Verrückten"? Kisker meinte sie damit zu begründen, dass in ihnen die „Ahnung der Möglichkeit unseres eigenen Verrücktwerdens" begegne: der Verrückte als „Grenzfall unsresgleichen".[242] Angst vor dem Wahnsinn als Motiv hinter der Psychiatrisierung war ein beliebtes Erklä-

[236] Karl Peter Kisker, Dialogik der Verrücktheit. Ein Versuch an den Grenzen der Anthropologie, Den Haag 1970, S. 16 f.
[237] Karl Peter Kisker, Mit den Augen eines Psychiaters, Stuttgart 1976, S. VI.
[238] Kisker, Mit den Augen eines Psychiaters, S. IV.
[239] Kisker, Mit den Augen eines Psychiaters, S. 14.
[240] Kisker, Mit den Augen eines Psychiaters, S. V.
[241] Alle Zitate Kisker, Mit den Augen eines Psychiaters, S. 46 f.
[242] Kisker, Mit den Augen eines Psychiaters, S. 47 f. und S. 49.

rungsmotiv, das auch Ronald D. Laing in seinen Erinnerungen ausgemacht hatte, als er die Angst der Psychiater vor dem „persönlichen Bereich" ihrer Patienten als Antrieb der Verwissenschaftlichung beschrieben hatte. Die Psychiater hätten, so Laing, nicht weniger Angst vor dem persönlichen Wahnsinn als die Patienten; daher ihr Streben nach Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Unpersönlichkeit auf einem Gebiet, das doch „höchst persönlich und subjektiv" sei und „mit unseren persönlichsten und privatesten Gedanken und Sehnsüchten zu tun" habe.[243]

Auch Kisker kritisierte also die gesellschaftlichen Funktionen des psychiatrischen Systems, die er vor allem als Abwehrhandlungen gegen Ängste und Irritationen interpretierte. Die Verwissenschaftlichung des Wahnsinns bewertete er als misslungenen Versuch, eine vielfältige Erlebnispalette in ein einziges Logiksystem einzubinden. Gleichzeitig wies Kiskers Kritik auch darauf hin, dass, solange die Psychiatrie bestand und an ihre Ursprünge und Funktionen erinnerte, die Angst vor dem Wahnsinn auch nicht aufgehoben werden konnte, sondern vielmehr immer wieder neu beschworen und hergestellt wurde. Anschlussfähig waren besonders die wissenschaftskritischen Aspekte seiner Ausführungen, die von Teilen der Psychiaterschaft geteilt wurden. In einer über zweiseitigen Rezension des Werkes durch Hubert Tellenbach, einem daseinsanalytisch und phänomenologisch geprägten Heidelberger Psychiater, stellte Tellenbach heraus, Kiskers Protestieren gegen „das Verdeckende der Wissenschaftssprache" sei durchaus „berechtigt". Wenn Kiskers Schrift in ihrer Parteinahme für das Verrückte von einigen Kritikern sicher als „abwegig" bezeichnet werde, so prophezeite Tellenbach, so werde sie doch genauso Befürworter finden: „Sollte man darum des Autors ernstes Spiel für närrisch halten, so werden es am Ende doch nicht ganz wenige sein, die bereit sind, sich in diese Zunft der Narren aufnehmen zu lassen. Und dann wäre der Rezensent der erste, der bereit wäre, den Trampelpfad der psychiatrischen ‚Vernunft' mit der Schellenkappe des Autors zu tauschen."[244]

Wie aber fielen die sonstigen Reaktionen innerhalb der Psychiatrie auf die „antipsychiatrischen" Angriffe und deren spezifische Weiterentwicklung phänomenologischer und sozioanalytischer Denkstile aus, in einer Zeit, in der sozialpsychiatrische Bewegungen selbst versuchten, die Psychiatrie Reformen zu unterziehen? In den Fachjournalen lässt sich keine große Debatte über die „Antipsychiatrie" im engeren Sinne feststellen, nach Möglichkeit ignorierte man die Kritik, die als Anfeindung von außen wahrgenommen wurde. Rezensionen einzelner Werke oder Theorien waren die Ausnahme, auch, weil man ihnen bewusst keinen Raum geben wollte. In einer in dieser Ausführlichkeit seltenen Diskussion von „Laings Negativmodell des Irreseins" erklärte Uwe Henrik Peters, der Direktor der Neuro-Psychiatrischen Klinik der Universität Mainz, im Jahr 1977:

[243] Laing, Weisheit, Wahnsinn, Torheit, S. 220 f.

[244] Hubert Tellenbach, Das Unbehagen am Behagen in der Psychiatrie. Paralegomena zu K. P. Kiskers „Dialogik der Verrücktheit. Ein Versuch an den Grenzen zur Anthropologie", in: Der Nervenarzt 43 (1972), S. 376–379, hier S. 379. Dass die Sprache verdeckend sei, darin klang auch die Ende der fünfziger Jahre von Gustav Bally angestoßene Diskussion über Psychotherapie und Diagnostik an, siehe Kapitel II.3.

„Die Psychiater haben bisher in der Auseinandersetzung mit der Antipsychiatrie große Langmut gezeigt, indem deren Vorstellungen auf die innerpsychiatrische Diskussion kaum einen Einfluss hatten. Dies zeigt einerseits, dass man die Antipsychiatrie als eine außerpsychiatrische Bewegung begreift, die sich nicht an den Bedürfnissen der psychisch Kranken orientiert. Andererseits zeigt die freundliche Geduld der Psychiater auch eine erfreuliche Sicherheit in den eigenen Erkenntnissen und Theorien."[245]

Tatsächlich war die psychiatrische Wissenschaft, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, Ende der siebziger Jahre in ihrer Selbsteinschätzung deutlich stabiler als noch in den fünfziger Jahren. Als potentielles Problem wurde dennoch die große öffentliche Aufmerksamkeit eingestuft, die die „Antipsychiatrie" erhielt, wie Peters ausführte: „In der Öffentlichkeitsdiskussion sind aber die antipsychiatrischen Modelle vorherrschend geworden (z. B. die fast wöchentlich erscheinenden Artikel in der ‚Zeit'). Die psychiatrischen Vorkenntnisse der Studenten und auch von Ärzten, die ihre nervenärztliche Fachausbildung beginnen, werden mehr und mehr durch antipsychiatrische Modelle geprägt. Selbst Gerichtsentscheidungen werden zunehmend durch sie beeinflusst." Um die fachwissenschaftliche Position klar zu machen und weiter von der Antipsychiatrie abzugrenzen, ermahnte er daher zur Vorsicht: „Es erscheint aber sinnvoll, darauf achtzugeben, dass einem in Diskussionen nicht psychische Krankheitsmodelle untergeschoben werden, die man nicht meinen kann, wozu oft noch kommt, dass diese Modelle gleich für objektive Realität genommen werden."[246]

Peters' Hauptkritikpunkt an Laings Theorie war der Nachweis von Fehlern in der Übersetzung der Kraepelin-Texte, auf die Laing sich bezogen hatte. Diese Fehler erklärte Peters zu den entscheidenden Schwachstellen und ordnete die Psychiatriekritik Laings geradezu als durch ein Missverständnis begründet ein. Als Unterschied zwischen den Ansätzen von Laing und Kraepelin arbeitete Peters zwei unterschiedliche Erkenntnisziele heraus: Während Kraepelin eine Krankheit psychopathologisch anschaulich machen und abgrenzen wollte, sei das Anliegen von Laing, den verborgenen Sinn dahinter zu entdecken, wobei er Kraepelins Ausführungen jedoch zu einem „Negativmodell" verkürzt habe.

Abgesehen von solchen vereinzelten, konkreten Auseinandersetzungen mit einzelnen Theorien und Autoren, setzte die Psychiatrie weiter auf die Strategie, mit Veröffentlichungen für ein breiteres Publikum die eigenen Standpunkte klarzumachen. Eine solche Veröffentlichung war das 1976 erschienene Taschenbuch „Standorte der Psychiatrie" mit dem Untertitel: „Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft".[247] Der Münchner Psychiater Hanns Hippius und der Hamburger Psychiater Hans Lauter hatten die Schrift mit Beiträgen von unter

[245] Uwe Henrik Peters, Laings Negativmodell des Irreseins, in: Der Nervenarzt 48 (1977), S. 478–482, hier S. 481.
[246] Peters, Laings Negativmodell des Irreseins, S. 481.
[247] Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976.

anderem Walter von Baeyer, Asmus Finzen, Jan Foudraine, Caspar Kulenkampff und Paul Matussek im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde herausgegeben.

Hervorgegangen war sie aus einem Panel des Psychiatriekongresses vom 12. Oktober 1974, das sich mit der Psychiatriekritik auseinandergesetzt hatte. Allein dass ein solcher Punkt aufs Programm gesetzt worden war, zeigt, dass Diskussionsbedarf bestanden hatte. Als Anlass beschrieben Hippius und Lauter in ihrer Einleitung die kritische Situation, in der die Psychiatrie sich ihrer Meinung nach befand: Zwar würden die sozial- und reformpsychiatrischen Anliegen von der breiten öffentlichen Aufmerksamkeit und dem neu erwachten Interesse an den Zuständen in den Anstalten und Kliniken profitieren, gleichzeitig ginge dieses Interesse aber zu einem großen Teil „auf fortwährende und sachlich wenig fundierte, letztlich nur destruktive“[248] oder sogar ideologisch motivierte Kritik zurück. Eine offen geführte Auseinandersetzung mit den öffentlichen Vorwürfen, aber auch der Kritik aus den eigenen Reihen hielten sie deshalb ebenso für notwendig wie eine Stellungnahme über die Position der Psychiatrie.

Deutlich wird in dieser Zielsetzung nicht nur die Bedeutung, die der öffentlichen Meinung für die Akzeptanz der Psychiatrie eingeräumt wurde, sondern auch die Überzeugung, dass sich die öffentliche Meinung durch eine Offenlegung der wissenschaftlichen Bemühungen und eine Schilderung der – durch die Psychiatrie-Enquete seit 1971 konkreten – Reformbestrebungen beeinflussen ließe. Die Beiträge beschäftigten sich dezidiert mit den unterschiedlichen, von der Psychiatriekritik thematisierten Vorwürfen und Problemen: Caspar Kulenkampff beschrieb selbstkritisch die Reformprozesse und -ergebnisse,[249] Paul Matussek und Walter von Baeyer setzten sich mit den Vorwürfen der psychiatrischen Ideologisierung bzw. ideologischen Indienstnahme auseinander[250] und Detlev von Zerssen, Leiter der Psychiatrischen Abteilung am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, analysierte den Topos der psychiatrischen Krankheit als Mythos.[251] Wenn die Beiträge auch auf eine umfassende Rechtfertigung der Psychiatrie hinarbeiteten, gingen sie in der Analyse der Probleme durchaus selbstkritisch vor. Zu einem großen Teil stammten sie von Verfassern, die selbst seit längerer Zeit auf

[248] Hanns Hippius/Hans Lauter, Vorwort der Herausgeber, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. V–X, hier S. VIII.

[249] Caspar Kulenkampff, Kritisches bei der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. 1–12.

[250] Paul Matussek, Die Ideologieanfälligkeit der Psychiatrie, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. 119–130; Walter von Baeyer, Psychiatrie im Dienst politischer Ideologien, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. 131–144.

[251] Detlev von Zerssen, Psychisches Kranksein – Mythos oder Realität?, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. 79–118.

Veränderungen in der Psychiatrie drängten und zu den Wegbereitern eines erweiterten Wahnverständnisses gehörten. Ihnen ging es um die Formulierung und Abgrenzung ihres eigenen Standpunktes, der zwischen der traditionellen Psychiatrie und der öffentlichkeitswirksamen „Antipsychiatrie" angesiedelt war.

Deutlich weniger selbstkritisch, aber von persönlicherem Zuschnitt war der Band „Psychiatrie in Selbstdarstellungen", der 1977 von dem Psychologieprofessor Ludwig G. Pongratz herausgegeben wurde. In der Einleitung merkte Pongratz an, gegen die voreilige Kritik der „Antipsychiatrie" an der Psychiatrie biete der Band „authentisches Material", um „ein rechtes Bild der Psychiatrie und ein zutreffendes Urteil über sie" zu gewinnen. Er hob hervor, dass alle Autoren auf ihre medizinische und therapeutische Arbeit stolz sein könnten, die sich durch ihr Verantwortungsbewusstsein und Verständnis für die Patienten sowie ihr „unermüdliches Ringen um die Erweiterung des Wissens und eine selbstkritische Grundhaltung" auszeichne.[252] Wollte man Pongratz Glauben schenken, dann hatten die versammelten Autoren die Psychiatrie in den vergangenen Jahren entscheidend beeinflusst und nach vorne getrieben. Sei es die Sozialpsychiatrie, die Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse, die Erweiterung des rein biologischen Krankheitsbegriffes um soziale und psychologische Dimensionen oder das existenzphilosophische Verständnis der Psychose, Pongratz' Darstellung bediente das fortschrittsgeschichtliche Narrativ ohne jede Einschränkung.

Dem Elan des Vorworts entsprachen die meistens recht nüchtern abgefassten Beiträge nicht ganz, hielten sich die Verfasser doch mit umfassenden Deutungsansätzen zurück und berichteten stattdessen größtenteils chronologisch über die unterschiedlichen Stationen ihrer Arbeitsbiografien. Einige nahmen jedoch auch direkt Bezug auf das psychiatriekritische Klima, in dem sie ihre Beiträge verfassten, und gaben dadurch Einblicke in die teilweise auch sehr persönlichen Betroffenheiten und Reaktionen. Der Psychiater Hans-Jörg Weitbrecht etwa gab sich gekränkt angesichts der „Tendenzen", mit denen die Schwere und die Bedeutung der Psychiatrie – Wissenschaft und Ärzte – „verkannt und verächtlich gemacht" und als Handlanger denunziert werden würden.[253] Es genüge eben nicht, so erklärte er, dem Kranken verstehend zu begegnen, wie es gerade modisch sei. Man müsse vielmehr „die entsetzliche […] Krankheit" der Schizophrenie „mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln […] bekämpfen".[254]

Ausgewogener fielen die Stellungnahmen der Psychiater aus, die selbst für ein größeres Bemühen um mehr Verständigung mit den Patientinnen und Patienten eingetreten waren. Naheliegend war die Bezugnahme zur psychiatriekritischen Öffentlichkeit bei dem Heidelberger Walter von Baeyer, der, noch ganz unter dem Eindruck der jüngsten Ereignisse stehend, seine unmittelbare Betroffenheit

[252] Ludwig J. Pongratz, Vorwort des Herausgebers, in: Ludwig J. Pongratz (Hrsg.), Psychiatrie in Selbstdarstellungen, Bern 1977, S. 7 f., hier S. 7.

[253] Hans-Jörg Weitbrecht, o. T., in: Ludwig J. Pongratz (Hrsg.), Psychiatrie in Selbstdarstellungen, Bern 1977, S. 422–469, hier S. 422.

[254] Weitbrecht, o. T., S. 435.

durch die Geschehnisse rund um das Sozialistische Patientenkollektiv darstellte. Seine Kritik am „reinen Irrationalismus im Umgang mit psychisch Kranken" der antipsychiatrischen Bewegung notierte er jedoch nicht vor dem Hintergrund dieser jüngsten Ereignisse, sondern im Kontext seiner eigenen kritischen Haltung gegenüber der traditionellen Psychiatrie, die ihn zur Phänomenologie und Anthropologie getrieben hatte.[255] So nahm er zwar Bezug auf gemeinsame kritische Wurzeln, betonte aber zugleich in aller Deutlichkeit den Unterschied zwischen dem „Irrationalismus" der „Antipsychiatrie" und seiner eigenen, trotz aller kritischen Auseinandersetzung stets wissenschaftlichen und begrifflich sauberen Herangehensweise.

Noch deutlicher wurde der Schweizer Psychiater Roland Kuhn von der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, der die Antipsychiatrie als Auftritt des „sogenannte[n] ‚gesunde[n] Menschenverstand[s]'"[256] bezeichnete, der sich in die Wissenschaft einmische und ein negatives Bild von ihr male, ohne ihre Zwänge und Verhältnisse wirklich zu verstehen, und der Kausalzusammenhänge konstruiere, wo eine differenzierte Analyse notwendig sei.[257] Die Vorstellung, die Psychiatrie würde als Agentin einer repressiven Gesellschaft real gar nicht existierende Geisteskranheiten fabrizieren – ein Seitenhieb auf Szasz –, bezeichnete er schlicht als naiv und selbst nicht mehr ganz gesund. Unter dem Begriff der Antipsychiatrie, so Kuhn, vermischten sich „tatsächliche und bloß vermeintliche Bemühungen […] mit mangelnder Sachkenntnis, unbewussten und bewussten persönlichen Interessen materieller, ehrgeiziger oder politischer Art". Man könne sich oft des Eindrucks nicht erwehren, „dass die Ideen einzelner Psychiatriegegner durch psychopathologische Wesenszüge ihrer eigenen Persönlichkeit entscheidend geprägt" seien.[258]

Das Besondere an Kuhns Attacken auf die „Antipsychiatrie" war aber nicht allein ihre Heftigkeit, sondern noch mehr, dass er sie in einer Textpassage ausführte, in der er die Bedeutung der Daseinsanalyse erläuterte und die Ansätze von Ludwig Binswanger darstellte. Auch Kuhn war sich der gemeinsamen Wurzeln der Ansätze bewusst. Tatsächlich, so räumte Kuhn ein, habe die Daseinsanalyse Fragen nach dem Sein des Kranken aufgeworfen und Probleme des Krankheitsbegriffes deutlich gemacht, die aus derselben „existentiellen Problematik" wie die Antipsychiatrie heraus entstanden seien.[259] In der Kritik am Positivismus der Psychiatrie sah Kuhn Antipsychiatrie und Daseinsanalyse daher sogar Seite an Seite stehen. Als entscheidenden Unterschied schrieb er jedoch der Daseinsanalyse eine konstruktive und kritische Auseinandersetzung mit der Psychopathologie und den verschiedenen therapeutischen Verfahren zu, während die Antipsych-

255 Walter von Baeyer, o. T., in: Ludwig J. Pongratz (Hrsg.), Psychiatrie in Selbstdarstellungen, Bern 1977, S. 9–34, hier S. 14.
256 Roland Kuhn, o. T., in: Ludwig J. Pongratz (Hrsg.), Psychiatrie in Selbstdarstellungen, 1977 Bern, S. 219–257, hier S. 241.
257 Vgl. Kuhn, o. T., S. 244.
258 Beide Zitate Kuhn, o. T., S. 241.
259 Kuhn, o. T., S. 247.

iatrie „im Negativ-Polemischen stecken" geblieben sei. Um wirkliche Kritik an der Psychiatrie zu üben, so erklärte Kuhn, verfüge die „Antipsychiatrie" weder über genug Sachkenntnis noch könne sie die wahre „Größe und Schwierigkeit" der Aufgabe ermessen.[260]

Am ausführlichsten hatte sich aber bereits zwei Jahre zuvor der Mainzer Psychiater Johann Glatzel in einer Abhandlung mit dem Titel „Die Antipsychiatrie. Psychiatrie in der Kritik" mit dem Thema auseinandergesetzt. Er begann mit dem Hinweis, was unter Antipsychiatrie zu verstehen sei, wisse niemand so genau, was die Einschätzung, wer überhaupt dazu gehöre, schwierig mache. Auch Glatzel attestierte den Akteuren der „Antipsychiatrie" „munter unkritische[n] Eklektizismus und fehlende Originalität",[261] beschrieb sie als polemisch und feuilletonistisch und letztlich als nichts anderes als eine spätromantische Bewegung. Gegen die Kritik der Antipsychiatrie warf er nicht nur die zahlreichen Studien, ausgewogenen Urteile und die Differenzierungen der Psychopathologie in die Waagschale, sondern vor allem, dass die „notwendige Kritik am Jaspersschen Prozessbegriff […] schon vor Jahrzehnten von Binswanger, in der jüngeren Vergangenheit von Häfner, Kisker und vielen anderen ungleich kenntnisreicher, fundierter und angemessener vorgetragen worden" sei.[262] Besonders deutlich wird hier wie auch bei Kuhn oder von Baeyer der Versuch, das psychiatrische Erbe aus den Händen der „Antipsychiatrie" zu retten und den eigenen Anspruch darauf als den legitimen, weil kontinuierlich wissenschaftlichen durchzusetzen.

Die mit anderen Akteuren konkurrierende Situation der Psychiatrie wird auch an anderer Stelle in Glatzels Text deutlich, vor allem hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Psychiatrie bzw. Psychopathologie einerseits und Soziologie andererseits. Er räumte ein, dass das psychiatrische Wissen hinsichtlich der biologischen Ursachen „höchst unzulänglich" sei,[263] wehrte sich jedoch gegen die psychiatriekritische Theorie, wonach die Psychopathologie nur der Deckmantel sei, um soziale Abweichung zu bestrafen. Die Psychiatrie orientiere sich in ihren Urteilen keineswegs nur an gesellschaftlichen Normen, so Glatzel, und ob ein Verhalten als angepasst oder abweichend beurteilt werde, bezeichne noch keine Geisteskrankheit: „Die Abweichung ist ein soziologisches, kein psychiatrisches Problem. Soziale Anpassung ist vom psychiatrischen Standpunkt aus kein Zeichen seelischer Gesundheit, sie ist vielmehr psychopathologisch durchaus neutral. So wie mangelhafte Anpassung eine Geisteskrankheit demaskieren kann, so kann umgekehrt auch der Konformismus pathologisch bedingt sein."[264] Deutlich wird hier ein Subjektverständnis, das, wie Glatzel selbst ausführte, für eine normale Entwicklung gerade nicht ein passives Einfügen in die gesellschaftliche Umwelt voraussetzt, sondern ein kreatives und eigenständiges Aufbauen und Erneuern der

[260] Beide Zitate Kuhn, o. T., S. 248.
[261] Johann Glatzel, Die Antipsychiatrie. Psychiatrie in der Kritik, Stuttgart 1975, S. VI.
[262] Glatzel, Die Antipsychiatrie, S. 33.
[263] Glatzel, Die Antipsychiatrie, S. 28.
[264] Glatzel, Die Antipsychiatrie, S. 53.

Umgebung verlangt. Als Argument gegen die Theorie, wonach Schizophrenie nur ein Label für ein abweichendes Verhalten sei, wurden der beobachtbare Erlebniswandel und die wirkliche Veränderung der Persönlichkeit in der Schizophrenie angeführt, die sich in den sozialen Bedeutungen und soziologisch erfassbaren Faktoren Glatzels Meinung nach nicht auflösen ließen.

Auch in der ostdeutschen Psychiatrie wurden das westlich-transnationale Phänomen der Psychiatriekritik und „Antipsychiatrie" sehr genau wahrgenommen und beobachtet. Eine eigene, in ihrer öffentlichen Aufmerksamkeit vergleichbare Auseinandersetzung gab es zwar nicht, Auseinandersetzungen mit dem Krankheitsbegriff und -verständnis fanden aber ebenfalls verstärkt statt. Im Jahr 1976 lieferte der Leipziger Philosoph Achim Thom in der Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* einen detaillierten Überblick über die wesentlichen Teilnehmer und Akteure der Psychiatriekritik und „Antipsychiatrie", die er außerdem als unterschiedlich politisiert einordnete. Er unterschied zwischen Reformern (dazu zählte er Caspar Kulenkampff, Heinz Häfner, Hanns Hippius und Walter Theodor Winkler), Antimedizinern (darunter Thomas Szasz, aber auch, wenn auch in anderer Ausprägung, der Kreis um Gregory Bateson, David Cooper und Ronald D. Laing),[265] Revolutionären (wie Franco Basaglia) und Sozialpsychiatern (wie der Gütersloher Psychiater Klaus Dörner oder Erich Wulff von der Medizinischen Hochschule Hannover).[266]

Vor allem mit Letzteren verbanden Thom einige gemeinsame Anhaltspunkte. Bereits 1973 hatten Thom und der Psychiater Klaus Weise sich unter dem Titel „Ist der Begriff der ‚psychischen Krankheit' ein Mythos?" (ein Verweis auf das „Myth of Mental Illness" von Szasz) in zwei Teilen mit der Thematik auseinandergesetzt, wobei sie die Gelegenheit nutzten, ein neues Krankheitsverständnis zu diskutieren und anzuregen. Vor allem ging es ihnen um eine Kritik am naturwissenschaftlichen bzw. medizinischen Krankheitsbegriff, den sie als zu eng gefasst beschrieben, weil er wesentliche soziale Aspekte nicht berücksichtigte. Daher schlugen sie vor, sich mehr am Begriff des „Psychischen" zu orientieren, worunter sie eine Art biopsychosoziales Modell verstanden: Das „Psychische" sollte den materiellen Träger ebenso umschließen wie die individuellen und subjektiven Gestaltungen. Nerventätigkeit, Erlebnisverarbeitung und soziale Beziehungen sollten darin abgebildet werden können. Mit einem solchen Modell, so die beiden Verfasser, ließen sich „weitere Kriterien für das Vorliegen von Krankheiten fixieren sowie das zunächst Unverständliche und Irrationale wissenschaftlich erklären, ohne es mit den gleichen schwerwiegenden Implikationen des Unheilbaren oder Gefährlichen zu belasten, die sich aus der bisherigen traditionellen Konzep-

[265] Achim Thom, Bedeutsame Differenzierungen der sozialpsychiatrischen Bewegung in der kapitalistischen Gesellschaft, Teil I, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 28 (1976), S. 14–20, hier S. 19.

[266] Achim Thom, Bedeutsame Differenzierungen der sozialpsychiatrischen Bewegung in der kapitalistischen Gesellschaft, Teil II. Aktivistische Ungeduld – Psychiatriereform als Revolution, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 28 (1976), S. 99–105, hier S. 99.

tion eines tiefgreifenden biologischen Destruktionsprozesses bei allen Formen ‚endogener Psychosen' ergaben".[267]

Dass in den objektivierenden und klassifizierenden Beschreibungen und Analysen der Psychiatrie sich immer auch das Verhältnis der Gesellschaft gegenüber den psychisch Kranken abbilde, hielten Weise und Thom für ein spezifisches Problem der Psychiatrie, das sich ihrer Meinung nach nie wirklich auflösen ließ. Anders als etwa Foucault, dessen Analyse sie als „relativistische Interpretation" beurteilten, hielten sie aber Erkenntnis und Wissensgewinn trotzdem für möglich.[268] Ein neuer Krankheitsbegriff sollte ihrer Meinung nach verstärkt vom erkrankten Individuum ausgehen und in den Blick nehmen, ob ein Mensch zur angemessenen Einschätzung der Wirklichkeit und zum sinnvollen Handeln fähig sei oder ob ein „Zustand der Hilfsbedürftigkeit" vorliege, in dem besonderer Schutz gewährt werden müsse und medizinische bzw. therapeutische Betreuung notwendig sei.[269]

An Thoms und Weises Analysen und Einschätzungen überraschend ist weniger, dass die „Antipsychiatrie" und die psychiatriekritischen Strömungen des Westens in Ostdeutschland wahrgenommen und besprochen wurden. Die gesellschafts- und kapitalismuskritische Haltung, die in den politisierten Formen der „Antipsychiatrie" eine große Rolle spielte, machte sie auch für sozialistische Systeme interessant und anschlussfähig. Allerdings spielte, wie Thoms Analyse der unterschiedlichen psychiatriekritischen Bewegungen zeigte, der Grad marxistischen oder sozialistischen Denkens in der Beurteilung eine geringere Rolle als die psychiatrische Anschlussfähigkeit und die Durchführbarkeit, konkret also die Reformorientierung und therapeutische Ideen. Die Sozialpsychiater Klaus Dörner oder Erich Wulff standen Thom und Weise näher als etwa die Revolutionäre der italienischen Antipsychiatrie. Hier zeigt sich die gemeinsame Entwicklung der sozial- und reformpsychiatrischen Ideen, die in Ost- wie in Westdeutschland ein Thema war, ebenso wie die Abgrenzung von den radikalen psychiatriekritischen Bewegungen – wenngleich dies in der ostdeutschen Psychiatrie nicht mit demselben Nachdruck geschah, da sich das Problem der Psychiatrie mit ihren Kritikern vor allem im Westen und nicht im eigenen Land abspielte. Dennoch war auch Thom und Weise wichtig, die Unterscheidung zwischen der „antipsychiatrischen" Psychiatriekritik und ihren sozialpsychiatrischen Kollegen im Westen deutlich zu machen. In der westdeutschen Psychiatrie, so haben die vorherigen Beispiele gezeigt, war das Anliegen der Abgrenzung noch stärker dadurch motiviert, dass in

[267] Achim Thom/Klaus Weise, Ist der Begriff der „psychischen Krankheit" ein Mythos? Über Wert und Grenzen des medizinischen Krankheitsmodells für die Psychiatrie unserer Gesellschaft, 1. Teil, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 25 (1973), S. 641–646, hier S. 646.

[268] Achim Thom/Klaus Weise, Ist der Begriff der „psychischen Krankheit" ein Mythos? Über Wert und Grenzen des medizinischen Krankheitsmodells für die Psychiatrie unserer Gesellschaft, 2. Teil, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 25 (1973), S. 705–711, hier S. 706.

[269] Thom/Weise, Ist der Begriff der „psychischen Krankheit" ein Mythos?, S. 707 f.

phänomenologischen oder allgemein auf die subjektiven Aspekte der Schizophrenie bezogenen Linien gemeinsame Wurzeln bestanden.

Verbreitung und Politisierung der Psychiatrie- und Schizophreniekritik

Ihre Forderung, Schizophrenie nicht (nur) pathologisch zu betrachten, erarbeitete die Psychiatriekritik jedoch nicht nur über eine Wissenschafts- und Wissenskritik, sondern auch über eine Historisierung und Politisierung der Psychiatrie. Hatte bereits Foucaults Geschichte der großen Einschließung die Psychiatrie aus einer historischen Haltung heraus kritisiert, so führten immer mehr historische Arbeiten der Psychiatrie ihre Vergangenheit und Entstehungsgeschichte kritisch vor Augen. Eine Sozialgeschichte der Psychiatrie wie beispielsweise „Bürger und Irre" (1969) von Klaus Dörner, dem Leiter des Landeskrankenhauses Gütersloh, formulierte in aller Klarheit die Absicht, mit der historischen Analyse der soziologischen Bedingungen der Psychiatrie und ihres Wissens zur Selbstaufklärung beizutragen.[270] Es blieb aber nicht allein bei der kritischen Durchleuchtung der Vergangenheit der Psychiatrie, die die Entstehung der Machtstrukturen ausleuchtete und im Unterschied zur älteren, ontologisch und teleologisch geprägten Psychiatriegeschichte die Frage aufwarf, ob es nicht auch anders hätte kommen und anders hätte gestaltet werden können. Die Herausarbeitung der Elemente von Zwang und Ohnmacht, wie sie die kritische Psychiatriegeschichte vornahm, unterstützte den Protest und das Aufbegehren gegen diesen Zwang und das hierarchische Gefälle innerhalb der Psychiatrie.

Gleichzeitig mit der Historisierung der Psychiatrie vollzog sich daher auch ihre Politisierung. Damit wurde auch die Schizophrenie aus dem Referenzsystem und Feld der Psychiatrie herausgelöst und in einen neuen Kontext gestellt, in dem andere als psychopathologische Aspekte hervorgehoben bzw. ihr zugeschrieben wurden. Die Vorstellungen und das öffentliche Wissen von Schizophrenie veränderten sich, vor allem in den westlichen Ländern. Die Schizophrenie war nicht mehr nur psychiatrisches Konzept und Krankheitsbild, sondern tauchte in unterschiedlichen Kontexten auf und wurde mit verschiedenen Bedeutungen aufgeladen. Damit erweiterte sich ihr diskursives Feld aus dem psychiatrischen in politische, sozialwissenschaftliche, gesellschaftstheoretische und revolutionäre Kontexte. Aus der Krankheit sollte eine Waffe werden, so das Heidelberger „Sozialistische Patientenkollektiv", das aufgrund seiner Radikalisierung prominenteste Beispiel der politisch aufgeladenen Initiativen, in denen sich der Kampf gegen das Establishment und der Kampf gegen die Psychiatrie verbanden. Das „Sozialistische Patientenkollektiv" verfolgte andere Ziele als die Reform- und Sozialpsychiater: Nicht die Reform der Anstalten und Kliniken, sondern die Überwindung der Klassengesellschaft und aller damit verbundener Widersprüche und Probleme

[270] Siehe Dörner, Bürger und Irre.

war sein Ziel.[271] Im „langen Sommer der Theorie" (Philipp Felsch) entwickelte sich das „Sozialistische Patientenkollektiv" (SPK) , das als „therapeutische Gemeinschaft" und eine der ersten großen Selbsthilfegruppen der deutschen Psychiatrie begonnen hatte, damit zu einer aktionistischen Gruppierung, die sich in zunehmend heftige Auseinandersetzungen mit der Universität Heidelberg und den – eigentlich liberalen und reformbereiten – Psychiatern der Universitätsklinik begab, was schließlich 1971 zur erzwungenen Auflösung des Kollektivs führte.[272]

In westdeutschen Zeitschriften wie *Kursbuch* oder *konkret* und ihrer Aneignung der Schizophreniekritik war es vor allem der Topos vom Wahnsinn als sich „den Zwängen der Vernunft, dem Gesetz der Sprache und dem Gefängnis der Moral"[273] entziehender Ausdruck von Freiheit und Subjektivität, der rezipiert wurde. Begleitet wurde er vom Topos der Psychiatrie als Disziplinarmaschine, die das Subjekt für seine Subjektivität bestrafte. In diesem Sinne beschäftigte sich auch das *Kursbuch 28* mit dem, so der Titel, „Elend der Psyche". In der Juli-Ausgabe des Jahres 1972 nahmen sich Renate Wolff und Klaus Hartung die Psychiatrie und ihre politischen Verstrickungen vor. Dabei war es ihr selbsterklärtes Anliegen, „die Psychiatrie selbst reden [zu] lassen".[274] Mit Zitaten aus psychiatrischen Lehrbüchern zeigten sie die Sprache und Denkweise der Psychiatrie auf, sprachen ihr aber den Anspruch auf eine wissenschaftliche Auseinandersetzung ab. Stattdessen sahen sie die Patienten im Status von Kämpfern: „Die Patienten sind zwar rechtlos, haben damit aber noch nicht ihre Menschlichkeit verloren, d. h. sie kämpfen um ihr Glück. – Es gilt also die Kampfbedingungen zu beschreiben, denen sich die Patienten – seien sie nun in die Hände der orthodoxen oder der reformistischen Psychiatrie geraten – gegenüber sehen."[275] Als Ausweg aus der „totalen Institution" präsentierten die Autoren die „negierte Institution", wie sie Franco Basaglia beschrieben hatte. Mit dem Abdruck einiger Auszüge aus Basaglias Dokumentation sollte ein Eindruck vermittelt werden, wie „einst für immer zum Vegetieren verurteilte Patienten" ein selbständiges Leben in Freiheit zurückerlangen konnten.[276] Mit durchaus positiven Bewertungen wurden die

[271] Zum SPK siehe Cornelia Brink, Radikale Psychiatriekritik in der Bundesrepublik. Zum Sozialistischen Patientenkollektiv in Heidelberg, in: Franz-Werner Kersting (Hrsg.), Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre, Paderborn 2003, S. 165–179, und Cornelia Brink, Psychiatrie und Politik. Zum Sozialistischen Patientenkollektiv in Heidelberg, in: Klaus Weinhauer/Jörg Requate/Heinz-Gerhard Haupt (Hrsg.), Terrorismus in der Bundesrepublik. Medien, Staat und Subkulturen in den 1970er Jahren, Frankfurt am Main 2006, S. 134–153.

[272] Zu dieser neueren und auf zahlreichen Zeitzeugeninterviews basierenden Deutung siehe Christian Pross unter Mitarbeit von Sonja Schweitzer und Julia Wagner, „Wir wollten ins Verderben rennen". Die Geschichte des Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg, Köln 2016.

[273] Sarasin, Michel Foucault zur Einführung, S. 38.

[274] Renate Wolff/Klaus Hartung, Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie, in: Kursbuch 28 (Juli 1972), S. 1–90, hier S. 1.

[275] Wolff/Hartung, Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie, S. 1.

[276] Wolff/Hartung, Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie, S. 86.

psychiatrischen Verhältnisse in der Sowjetunion und in China geschildert, wo die bestehenden Widersprüche des Kapitalismus erkannt und bekämpft würden.

Wie ein solches Vorgehen und eine sozialistisch motivierte Therapiegemeinschaft aussehen könnten, zeigte der zweite Teil dieser *Kursbuch*-Nummer. Als „Dossier" gekennzeichnet, wurden verschiedene Dokumente und Texte des Sozialistischen Patientenkollektivs und des Informationszentrums Rote Volksuniversität abgedruckt. Auch die Darstellung eines Einzelschicksals fehlte nicht. Unter der Überschrift „Autobiographie eines Entkommenen" wurde die Geschichte eines ehemaligen italienischen Psychiatriepatienten in deutscher Übersetzung abgedruckt. Diese beschrieb die Odyssee eines Waisenjungen durch Pflegeheime und Anstalten, bis er nach verschiedenen Anläufen endlich als Erwachsener „draußen" Arbeit findet und nicht mehr in die Anstalt zurückkehrt. Seine Geschichte, in der er auch von Folterungen durch Stromstöße berichtete, endete mit den Worten: „Alles was ich euch hier erzählt habe ist nichts weiteres als die Geschichte eines Jungen der lange Zeit in einer Anstalt eingesperrt war. Und dort hat er alle möglichen Grausamkeiten mitangesehen. Ihr werdet es vielleicht nicht glauben. Aber es ist das wahre Leben einer Waise. Die Pflegeeltern haben ihn dorthin gebracht. Weil sie nicht genug Zuneigung für ihn übrig hatten. Ich hoffe dass ihr es jetzt begreifen könnt. Was es heißt eingesperrt zu sein. Und die glücklichen Leute denken nicht daran einem zu helfen und sie drehen sich nicht nach den Vielen [sic] Verlorenen um und sehen nicht was mit denen passiert. Und sie wissen nicht wie denen ihr Leben vergeht und wann sie sterben."[277]

Die Ausgabe vom September, das *Kursbuch 29*, setzte sich auf ähnliche Art und Weise mit der Psychoanalyse auseinander: Der Psychiater Erich Wulff diskutierte den Charakter von Psychoanalyse als „Herrschaftswissenschaft", andere Beiträge prüften, ob die Psychoanalyse sich für eine gesellschaftliche Revolution eignete oder diese verhinderte.[278] Die Politisierung der Themen war allgemein nicht untypisch für das Kursbuch, das Henning Marmulla zufolge einen „Kommunikationsraum" konstituierte, „in dem Themen politisert und die Wahrnehmungen verschiedener Akteure synchronisiert wurden".[279] Ganz ähnlich wie in anderen psychiatriekritischen Schriften, wurde auch im *Kursbuch* Schizophrenie als Paradebeispiel für die Unterdrückungsmechanismen der Psychiatrie herangezogen. Ein ganzes Kapitel wurde der Schizophrenie in der Juli-Ausgabe gewidmet, keine andere Krankheit wurde so ausführlich dargestellt. Wolff und Hartung erklärten dies selbst: „Wenn wir uns auf ‚die Schizophrenie' konzentrieren, dann deswegen, weil sie der gebräuchlichste Titel ist, unter dem der psychische Widerspruch

277 o. V., Autobiographie eines Entkommenen, in: Kursbuch 28 (Juli 1972), S. 150–164, hier S. 164.

278 Erich Wulff, Psychoanalyse als Herrschaftswissenschaft?, in: Kursbuch 29 (September 1972), S. 1–22. Zur Diskussion der Psychoanalyse innerhalb der Studentenbewegung siehe Anthony D. Kauders, Drives in Dispute: The West German Student Movement, Psychoanalysis, and the Search for a New Emotional Order, 1967–1971, in: Central European History 44 (2011), S. 711–731.

279 Henning Marmulla, Enzensbergers Kursbuch. Eine Zeitschrift um 68, Berlin 2011, S. 260.

zu den herrschenden Lebensverhältnissen der staatlichen Kontrolle unterworfen wird."[280] Die Beschreibung des Verhältnisses zwischen Psychiater und Patient als gesellschaftlich bedingtes Unterdrückungsverhältnis zog sich durch das gesamte Kapitel und mündete schließlich in einem Aufruf zur „Solidarität ganz unten".[281] Die schizophrenen Patienten wurden als unterdrückte Revoltierer, Rebellen und Widerständige dargestellt, deren Vergehen es war, sich nicht der gesellschaftlichen Ordnung entsprechend verhalten zu haben. Insbesondere die ihnen zugeschriebene Radikalität übte einen großen Reiz auf die Autoren aus. Mit Zitaten von Eugen Bleuler, Helm Stierlin, John N. Rosen, Sigmund Freud, Kurt Schneider und vielen anderen wurde ein Panoptikum des Sprechens über Schizophrenie aufgebaut, das die Machtmechanismen darstellen sollte. Die amerikanischen Studien über die Epidemologie der Schizophrenie wurden ebenfalls vorgestellt, allerdings mit dem Urteil, sie seien auf halber Strecke stecken geblieben, da sie einer reformerischen und nicht einer antikapitalistischen Haltung anhingen. Ganz ähnlich fiel auch die Darstellung der Familienforschung, der *double-bind*-Theorie und der Antipsychiatrie aus. Diesen Ansätzen wurde vorgeworfen, den Klassencharakter der seelischen Leiden ebenso wie die Zusammenhänge mit der kapitalistischen Gesellschaft zu verkennen. Auch in den restlichen Kapiteln des *Kursbuch*, die sich mit Therapie und Reformpsychiatrie beschäftigten, blieb der Konflikt zwischen Psychotiker und den gesellschaftlichen Verhältnissen das zentrale Thema.

Vom *Kursbuch* aus wanderte die Auseinandersetzung mit der Schizophrenie auch in die Zeitschrift *konkret* hinein. Im Oktoberheft von 1972 nahm sich Michael Schneider das *Kursbuch 28* vor, um die darin enthaltene „abenteuerliche, aber einleuchtende These", wonach Schizophrenie eine Folge der kapitalistischen Gesellschaft sei, einer genaueren Prüfung zu unterziehen. Er kam zu dem Schluss, dass das Heft allen „Psychiatern, Psychoanalytikern, Ärzten, Pädagogen und Sozialarbeitern" sowie „all denen, die psychische Krankheit noch immer für ein privates Problem halten", besonders zu empfehlen sei.[282] Für das Sozialistische Patientenkollektiv dagegen hatte die Zeitschrift *konkret* nur gemischte Sympathien. Zwar teilte man die Annahme, dass hinter den psychischen Krankheiten gesellschaftliche Probleme steckten und das psychiatrische System nur damit beschäftigt war, diesen Sachverhalt zu vertuschen; der Aktionismus, der zu Haftstrafen und damit zum Ende des Unterfangens führte, wurde jedoch als politisch unklug vezeichnet.[283] Andererseits wurde in der *konkret* aber auch mit der radikalen Antipsychiatrie sympathisiert und sozialreformerische Ansätze, wie sie etwa der Tübinger Psychiater Asmus Finzen vertrat, wurden als zu wenig weitreichend und als „Holzweg" kritisiert.[284]

[280] Wolff/Hartung, Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie, S. 18.
[281] Wolff/Hartung, Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie, S. 43.
[282] Michael Schneider, Ist Schizophrenie kapitalistisch?, in: konkret, Nr. 24 vom 26. 10. 1972, S. 44–45.
[283] o. V., Die Irren von Karlsruhe, in: konkret, Nr. 27 vom 16. 11. 1972, S. 46 f.
[284] Elio Tilmann Dorn, Einmal Wahnsinn und zurück, in: konkret, Nr. 41 vom 1. 11. 1973, S. 50–52.

Neben der Beschäftigung mit der Thematik in Zeitschriften trugen auch Einzelpublikationen zu einer Verbreitung der psychiatriekritischen Haltungen und des Bewusstseins für die besondere Rolle der Schizophrenie bei. So machte sich der Schriftsteller Wolfram Reisch in seiner Schrift „Jenseits der Vernunft. Der Wahn und die Gesellschaft" bereits 1969 für eine Stärkung der Position all derer stark, die einen Ausweg aus der gesellschaftlichen Situation suchten. „Jenseits der Vernunft" verortete er nicht nur Geisteskranke, sondern auch die Selbstmörder und Alkoholiker, also Reisch zufolge alle die, die „nach einem utopischen Punkt außerhalb der Wirklichkeit, dem Leben, dem Leiden, und dem gesellschaftlichen Zwang suchen".[285] Psychoanalytischen und psychodynamischen Modellen entlehnte er die Annahme, das Individuum werde zwischen den verschiedenen Kräften, Wünschen, Normen, Geboten und Verboten hin- und hergeworfen, und schloss sich der Vorstellung von Schizophrenie als einer „Flucht in die Krankheit" aus einer ausweglosen Situation an.[286] In Kapiteln mit Überschriften wie „Die Weisheit des Wahnsinns oder ‚Das Dilemma der Vernunft'", „Psychiatrie oder ‚Eine Revolution genügt nicht'" oder „Schizophrenie oder ‚Die Welt der Dissonanzen'" verknüpfte Reisch philosophiegeschichtliche Lektionen über die Vernunft, Reflexionen der politischen und gesellschaftlichen Situation, psychiatriegeschichtliche Darstellungen und Zitate aus der modernen Literatur zu einer Kritik der bestehenden Verhältnisse und Diskurse über psychische Krankheiten. Zwar ging es ihm eher um eine Reformierung der Psychiatrie, eine Überwindung der therapeutischen Hilflosigkeit und eine Stärkung der Psychoanalyse, und seine Vorstellungen von Schizophrenie fußten zum einen auf psychoanalytischen, zum anderen auf den sozial- und umweltpsychologischen Erklärungsansätzen. Dennoch zeigte auch Reischs Buch bereits Tendenzen der Politisierung: In der Schizophrenie erkannte er Zeichen des unterdrückten Protestes und Rebellion gegen die soziale und sexuelle Repression, Protestzeichen, die ihn an Formen des Protestes im politischen Kampf wie Hungerstreik und Selbstvernichtung erinnerten.[287] Nicht anders als bei der Einnahme von LSD oder bei Suizidhandlungen handle es sich auch bei Schizophrenie um eine Form der „Flucht aus der Gesellschaft", so der Titel des zweiten Teils des Buches.

Die mit der Psychiatriekritik verbundene Gesellschaftskritik richtete sich also nicht nur an eine Gesellschaft, die die psychiatrische Institution mit Macht zur Sanktionierung „abweichenden" Verhaltens ausstattete, sondern vielmehr an ein gesellschaftliches System, das durch die Ausbeutung und Entfremdung des Einzelnen „krank machte". Ebenso, wie sich die Psychiatriekritik politisierte, machte sich auch im psychiatrischen Diskurs als Reaktion auf die öffentlichen Vorwürfe eine Politisierung der Debatte bemerkbar. Die Politisierung der Krankheitsursachen spielte jedoch kaum eine Rolle. Stattdessen setzte sich die Psychiatrie mit

[285] Wolfram Reisch, Jenseits der Vernunft. Der Wahn und die Gesellschaft, Bergisch Gladbach 1969, S. 15.
[286] Reisch, Jenseits der Vernunft, S. 16.
[287] Reisch, Jenseits der Vernunft, S. 127.

den Vorwürfen auseinander, sie sei das Produkt einer autoritären und disziplinierenden Staats- und Gesellschaftsordnung. Dabei nahm sie, ob bewusst oder als Reaktion auf den Sprachduktus der Angriffe, selbst eine politisierte Sprache und Denkweise ein, wie das Beispiel der Antrittsvorlesung des Psychiaters Helmut Krüger an der Medizinischen Hochschule Hannover im Juli 1971 zeigt, in der sich dieser mit unterschiedlichen, politisch hergeleiteten Führungsstilen in der Psychiatrie und ihrer jeweiligen Bedeutung für das Behandlungskonzept auseinandersetzte. So beschrieb er zum einen einen autoritären oder dominativen Führungsstil, der die psychiatrische Anstalt hierarchisch ordne und eine paternistische, protektive Behandlung anleite, zum anderen einen freiheitlich-demokratischen Führungsstil, der eine rekreative, aktivierende Therapie in einer als Gemeinschaft verstandenen Institution mit flachen Hierarchien lanciere. Der Psychotherapie räumte er im sozialpsychiatrischen Zeitalter nur noch eine zweitrangige Bedeutung ein, weil sie als „Individualtherapie" keinen gesellschaftlichen Einfluss und für die Situation des Einzelnen keinen Sinn habe sowie den Ansprüchen, eine gesamte Gesellschaft psychiatrisch zu versorgen, nicht gerecht werden könne.[288]

Allerdings hielt Krüger ebenso wenig davon, Krankheiten allein aus einer gesellschaftpolitischen Haltung heraus zu betrachten, wie er dies in den „antipsychiatrischen" Befreiungslehren und den marxistischen Strömungen innerhalb der Sozialpsychiatrie praktiziert sah. Vor allem warf er ihnen vor, das „psychotische Phänomen" zu ignorieren und so zu tun, als sei es etwas „Progressives" und „das eigentliche Gesunde der Krankheit", womit dem Gesamtphänomen aber nicht entsprochen werde. Gemeinschaftstherapeutischen Modellen attestierte Krüger „Aktionismus" ohne wirkliche Ergebnisse, weil es durch den Abbau von Hierarchien und die „Demokratisierung" der Strukturen zu Verwirrung, Rivalitäten und Konflikten unter allen Beteiligten komme. Das Ergebnis des Verzichts auf eingreifendes Handeln sei eine „Narrenfreiheit", die jede Form von Verhalten akzeptiere. Daher sei dieses Modell ebenso wenig wie das politisch indoktrinäre Kollektiv geeignet, dem Patienten wirkliche Hilfestellung zu leisten: „In beiden Fällen werden die Patienten – je nach Akzentuierung – mit einer mehr revolutionär-aktionistischen oder mehr psychodynamisch-permissiven ‚Freistil-Therapie' für eine non-existente Gesellschaft vorbereitet, in der, wie man sich vorstellt, etwa das Privateigentum aufgehoben ist, in der kollektive und kommunale Produktions- und Existenzformen gegeben sind und wo der pathogene Gegensatz zwischen Patiententum und Therapeutentum durch einen emanzipatorischen Prozess so weit getrieben ist, dass keine Therapeuten mehr benötigt werden, weil es keine Patienten mehr gibt."[289]

Die gesellschaftliche und politische Demokratisierung wurde mit den Strukturen innerhalb der Psychiatrie überblendet, wobei nach Strategien gesucht wurde, eine ausbalancierte Position zwichen politischer und psychiatrischer

[288] Helmut Krüger, Führungsstile und Behandlungskonzepte in der Sozialpsychiatrie, in: Der Nervenarzt 43/4 (1972), S. 181–188, hier S. 183.

[289] Alle Zitate Krüger, Führungsstile und Behandlungskonzepte in der Sozialpsychiatrie, S. 184.

Kultur zu finden. Demokratie ja, aber nicht zu viel, so ließe sich diese Haltung zusammenfassen. So erklärte Krüger: „Unsere Zeit steht unter dem Zeichen eines historischen Pendelschlags von absoluter Befehlshierarchie zu absoluter Abstimmungsdemokratie."[290] Gegen den freiheitlich-demokratischen Führungsstil und das Modell geteilter Führerschaft trat Krüger für einen gemäßigten „sozialintegrativen" Ansatz ein, der auf Expertentum, Informationsweitergabe und Delegation beruhen und gleichzeitig die Gruppe als Entscheidungsgremium ernst nehmen sollte. Erst wenn die Balance zwischen Demokratisierung, gesellschaftlicher Reflexion und Therapie hergestellt sei, so Krüger, werde die Sozialpsychiatrie ihrem eigenen Anspruch gerecht, Voraussetzungen für einen Wandel der „dem Geisteskranken feindlich gegenüberstehenden Gesellschaft" zu schaffen.[291] Eine Umgestaltung der Psychiatrie, so wird hier deutlich, sollte eine positivere Haltung gegenüber psychisch Kranken und den Maßnahmen der Psychiatrie und damit einen gesellschaftlichen Wandel bezwecken, nicht aber eine Abschaffung psychischer Krankheit und der Psychiatrie gleich mit.

Dabei beschäftigte die Thematik, wie die Psychiatrie in einer modernen, demokratischen Gesellschaft gestaltet sein und wie ihr Verhältnis mit der Gesellschaft aussehen sollte, die westdeutsche ebenso wie die ostdeutsche Sozialpsychiatrie. Durch den Austausch unter den Sozialpsychiatern kam es auch hinsichtlich der zukünftigen Aufgaben der Psychiatrie zu gemeinsamen Diskussionen. Kurz nach Krügers Antrittsvorlesung hielt Karl Peter Kisker am am 1. Oktober 1971 auf dem Kongress der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Dresden ein Referat, das in ausgearbeiteter Form im *Nervenarzt* abgedruckt wurde. Unter dem Titel „Eine Prognose der psychiatrischen Therapeutik" enfaltete Kisker Zukunftsmöglichkeiten und Zukunftsbedrohungen der Psychiatrie bis zum Jahr 2000. Im Kern ging es jedoch um die Gegenwart und die vielen „Eisberge", die die Psychiatrie gefährdeten, konkret um den Umbau ihrer Aufgaben und Funktionen.

Dass es überhaupt zur Psychiatrie gekommen sei, führte Kisker historisierend zurück auf einen „Beschluss, mit dem die Gesellschaft uns um 1800 die Versorgung der Abwegigen übertrug", und der, so mahnte er, jederzeit wieder rückgängig gemacht werden könne, wenn sich die Psychiatrie der zunehmenden Anzahl gerade ihrer sozialen Aufgaben nicht gewachsen zeige. Nur die „Domäne des Verrückten"[292] sei wirklich „durch Gewohnheitsrecht" so etwas Ähnliches geworden wie der Besitz der Psychiatrie.[293] Mit allen anderen Bereichen dagegen könnten jederzeit andere Professionen beauftragt werden. Deshalb sei es von höchster Bedeutung, so Kisker, die Herausforderungen der Gegenwart und die neuen gesellschaftlichen Erwartungen ernst zu nehmen: „Die Zeit will den Psychiater

290 Krüger, Führungsstile und Behandlungskonzepte in der Sozialpsychiatrie, S. 187.
291 Krüger, Führungsstile und Behandlungskonzepte in der Sozialpsychiatrie, S. 188.
292 Karl Peter Kisker, Eine Prognose der psychiatrischen Therapeutik, in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 184–194, hier S. 184.
293 Kisker, Eine Prognose der psychiatrischen Therapeutik, S. 185.

aber auch als ‚Facilitator' und Konfliktstrategen für alle möglichen Probleme innerhalb ihrer stets unübersichtlicher werdenden Sozialordnung; sie will ihn als raffinierten Individual-Psychotherapeuten ebenso wie als cleveren Manager von Gruppen. Und dieser Zug der Sozietät zur Psychiatrisierung ihrer selbst – man mag ihn bedenklich oder förderlich finden – er wird mit der anlaufenden Bevölkerungsexplosion und der Desintegration der Städte, mit der Aktivität parasozialer Gruppen, mit der Umschichtung ständischer Ordnungen im Rahmen der Automation, mit der Bildung neuer unterprivilegierter Populationen und Bildungsgefälle nur zunehmen. Der klinische Dornröschenschlaf der Psychiatrie ist vorüber, und ihr wird die Gretchenfrage gestellt werden, ob sie sich auf eine Schmalspurkompetenz für internierte Verrückte zurückziehen oder eine *Psychiatrie der Gesellschaft* werden will."[294]

Was Kisker vorschwebte, war also gerade nicht eine Psychiatrie, die nur für den engeren Kreis der „Geisteskranken" – womit hauptsächlich Schizophrenie gemeint war – bestand, da diese Entwicklung einen enormen Bedeutungsverlust für die Psychiatrie bedeutet hätte. Stattdessen sprach er sich für eine Erweiterung der psychiatrischen Aufgaben in die Gesellschaft hinein aus. Die politisch motivierte Kritik an der Psychiatrie wurde damit umgelenkt: Der kritische Vorwurf, dass die Psychiatrie gesellschaftspolitische Funktionen einnehme und nicht nur reine medizinische Wissenschaft sei, wurde positiv umformuliert zu einer bewussten Wahrnehmung der gesellschaftlichen Verantwortung und Aufgaben, die Kisker in der Mitarbeit an Demokratisierung und Repressionsabbau sah.

Er warnte jedoch davor, von der Demokratisierung ein Allheilmittel gegen psychische Leiden zu erwarten. Als letztes Beurteilungskriterium der psychiatrischen Therapeutik rief er daher nicht die Politik, sondern das Individuum in seiner jeweiligen spezifischen therapeutischen Situation auf: „Wer psychiatrisches Handeln politisiert, ist am Ende mit seiner Therapie und steht am Anfang der Indoktrination. Wer Politik nicht mit der Psychiatrie sondern für sie, aber für sie als Plateau der Patientenbedürfnisse macht, wird möglicherweise dem Einfahren neuer Versorgungsstrategien und rationeller therapeutischer Techniken voranhelfen. Möglicherweise, denn die Frage, wann und bei welchen Behinderten eine Therapie vorwiegend ein Anpassungsverhalten an bestehende Sozialordnungen zu begünstigen hat, wann sie sich in einem versagungs- und erwartungsarmen therapeutischen Feld vollziehen kann, ob sie die triebdynamischen Karten eines Patienten aufblättert oder verdeckt, ob sie ihn abseits lässt und dafür einen ihm nahestehenden Anderen in die Rolle als Patient bringt, ob sie ihn austanzen kann als biologischen Anonymus oder ihn mitsamt seiner sozialen Sippschaft ergreift – diese Fragen beantworten weder eine fatale politisierte Psychiatrie noch eine förderliche psychiatrische Politik. Die Antwort auf sie ergibt sich vielmehr unabschiebbar aus der jeweiligen Situation zwischen Patient und Therapeut." Der Psychiater der Zukunft müsse und werde deshalb ein anderer sein als der der Vergangenheit: „Die Zukunft wird einen gewandelten Typ des Psychiaters sehen

[294] Kisker, Eine Prognose der psychiatrischen Therapeutik, S. 185.

und brauchen: weniger geheimnisumwittert, weniger selbstherrlich, delikat Therapeuten untereinander und mit ihren Patienten vermittelnd, einen Funktionär des Inter-Agierens, einen Poeten dessen, was in und zwischen den Menschen Leid mindert."[295]

Die Psychiater wehrten sich durchaus, so zeigen diese Beispiele, gegen die gesellschaftspolitische Kritik, gingen gleichzeitig aber auch auf das Argument ein, dass die Rolle der Psychiatrie in der Gesellschaft eine spezifische, gesellschaftlich begründete war, über deren Ausübung die Gesellschaft Rechenschaft einforderte. Letztlich trugen die politische Kritik an der Psychiatrie und die Politisierung des psychiatrischen Diskurses dazu bei, dass die Psychiatrie ihre Zuständigkeit für die psychisch Kranken nicht mehr allein aus ihrem Selbstverständnis als medizinische Wissenschaft ableitete, sondern auch mit ihrer Rolle als Vermittlerin zwischen den psychisch Kranken bzw. Menschen mit psychosozialen Problemen und der Gesellschaft begründete. Durch diese positive Bekräftigung gelang der Psychiatrie ein Schritt in die Richtung, historische und politische Argumente, die kritisch gegen sie angelegt waren, selbst mitzugestalten und dadurch umzudeuten.

Die im Kontext der „Antipsychiatrie" formulierte Kritik an der kapitalistischen und repressiven „krankmachenden" Gesellschaft schien den Weg, den die sozialistischen Länder politisch und gesellschaftlich eingeschlagen hatten, zu bestätigen. Angesichts der Kritik am psychiatrischen Denkmodell und der radikalen Hinterfragung des Krankheitsmodells, die der Psychiatrie vorwarf, eine bürgerliche Ideologie und Bestandteil der kapitalistischen Gesellschaft zu sein, hielt Achim Thom als Vertreter eines sozialistischen Landes eine Stellungnahme zu diesem Punkt für notwendig.[296] Er hatte sich intensiv mit den Schriften von Thomas Szasz, Michel Foucault, Klaus Dörner, Cavid Cooper und anderen psychiatriekritischen Autoren auseinandergesetzt. Sein Gesamturteil über die westliche Psychiatriekritik kann als ein großes „insofern" bezeichnet werden: Er hielt die

[295] Alle Zitate Kisker, Eine Prognose der psychiatrischen Therapeutik, S. 192. Als Anmerkung zu Kiskers Beitrag wurde ein Leserbrief abgedruckt, in dem sich M. Janke, ein niedergelassener Nervenarzt, mit dem von Kisker leicht abfällig bezeichneten „Einmannverfahren" und den entsprechenden Therapien auseinandersetzte. Auf die politischen und theroretischen Aspekte ging er jedoch nicht ein. In seiner Antwort erklärte Kisker, damit nicht die niedergelassenen Ärzte, sondern vielmehr dogmatische Schulpsychiater gemeint zu haben, die allein einem Therapiestil anhingen. Er machte jedoch auch nochmals deutlich, dass er die bisherige Aufteilung der Psychiatrie und Neurologie in Niedergelassene und Kliniken für überholt hielt: „Akzeptieren Sie dann bitte auch, dass eine Hochschulklinik nicht mehr traditionelle Versammlungsstätte differentialdiagnostisch heikler Patienten sein will. Nach meiner Einschätzung ist nicht die Diagnostik das schwierigste Geschäft der Psychiatrie, sondern das Durchhalten eines einmal gefassten therapeutisch-rehabilitativen Ansatzes." Karl Peter Kisker, Antwort zur Diskussionsbemerkung von Herrn M. Janke [diese Z. 44, 441], in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 501. Dieses Zitat verdeutlicht auch den in Kapitel II. aufgezeigten Wandel von der konzeptionell-nosologischen zur pragmatisch-therapeutischen Psychiatrie.

[296] Achim Thom, Psychiatrie und gesellschaftliche Mächte. Kritische Anmerkungen zu einer aktuellen Diskussion und ihren Konsequenzen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 25 (1973), S. 577–590.

Kritik an der Psychiatrie in gewissem Grade für berechtigt, führte aber auch ihre Paradoxien, Einseitigkeiten und Verengungen auf. Die Gefahr der Einseitigkeit sah er dort gegeben, wo die Psychiatriekritik die naturwissenschaftliche Medizin ausschließlich als bürgerliche Ideologie brandmarkte. Eine solche Kritik ließ nach Meinung Thoms außer Acht, dass der Mensch als biologisches Wesen eben auch mit naturwissenschaftlichen Methoden behandelt werden müsse.[297] David Coopers Konzept kritisierte er als „bürgerliche Illusion", die der Vorstellung des Menschen „als einem für-sich-seiendem Subjekt, dem die Gesellschaft in der Regel als lästiges Hindernis seiner freien Entfaltung" entgegentrat, folge.[298] Eine ausgewogene Berücksichtigung der kapitalistischen Lebensverhältnisse, ergänzt mit soziologischer und historisch-materialistischer Kritik, hielt er der Einschätzung der Situation für dienlicher. Die Psychopathologisierung der Gesellschaft und die Gleichsetzung von psychischen Krankheiten und gesellschaftlichen Mängeln hielt er für eine naive Vereinfachung und eine Fehleinschätzung psychischer Krankheiten, und die Vorstellung, im Rahmen von Therapie zur Demokratisierung der Gesellschaft beizutragen, bewertete Thom kritisch. Aufklärung im Rahmen der Therapie könne zwar, so Thom, das Bewusstsein verändern, „nicht aber den realen sozialen Status"; außerdem würde Therapie hauptsächlich sich mit der bürgerlichen Gesellschaft Identifizierende, nicht aber die unter Ausbeutung und politischer Abhängigkeit am meisten Leidenden ansprechen.[299]

Eine Demokratisierung der therapeutischen Situation hielt er dagegen in einem gewissen Rahmen für sinnvoll, soweit diese dann selbständige statt autoritätsgläubige Persönlichkeiten hervorbringen würde. Einer Politisierung der Therapie als Mittel im Kampf gegen gesellschaftliche und politische Ungleichheiten und Widersprüche lehnte er jedoch ab. Statt dessen, so riet er, sollten sich die zum Wandel bereiten Psychiater auf „jenes entscheidende Kampffeld" konzentrieren, „in dem sie auch unter den Bedingungen einer kapitalistischen Gesellschaft am wirksamsten und umfassendsten für die Rechte und Interessen der ihnen anvertrauten Kranken eintreten können, nämlich auf den Bereich der grundlegenden Reformierung des psychiatrischen Krankenhauswesens und der Gesundheitspolitik".[300] Auch in der bereits erwähnten Auseinandersetzung mit der Antipsychiatrie und Psychiatriekritik aus dem Jahr 1976 machte Thom die Auswirkungen der „Politisierung der Psychiatrie" für das Selbstverständnis der westlichen Sozialpsychiatrie nochmals deutlich. Sozialpsychiatrische Fragen und Forschungen, so Thom, seien ein wichtiger Bestandteil der Psychiatrie und zeigten, dass eine Umstrukturierung der Psychiatrie notwendig sei. Auch Krankheitsbegriff und -verständnis müssten noch weiter ausgearbeitet und präzisiert werden, nachdem der medizinische allein nicht mehr gültig sei.

297 Thom, Psychiatrie und gesellschaftliche Mächte, S. 580.
298 Thom, Psychiatrie und gesellschaftliche Mächte, S. 581.
299 Thom, Psychiatrie und gesellschaftliche Mächte, S. 586.
300 Alle Zitate Thom, Psychiatrie und gesellschaftliche Mächte, S. 587.

Was die Psychiatriekritik über die verschiedenen Lager hinweg verbunden hatte, war letztlich eine Kritik an der Psychopathologie und deren in ihren Augen objektivierendem medizinischem System. Dass vor allem die Protagonisten der „Antipsychiatrie" ein großes Echo erhielten, zu Bestsellerautoren und im Falle Ronald D. Laings zu einer Kultfigur der sechziger Jahre wurden, erschließt sich aus dem gesellschaftspolitischen und kulturellen Kontext der späten sechziger Jahre mit seiner Aufbruchsstimmung und den sozialen Bewegungen, vor allem aber dem neu erwachten Interesse an der Entdeckung des Selbst. Die Rezeption der Psychiatriekritik in der Psychiatrie selbst war gemischt, auch aufgrund des Dilemmas, das sie für die Sozialpsychiatrie bedeutete.[301] Während manche den Wissens- und Behandlungsanspruch der Psychiatrie unterstrichen, nutzten andere die kritische Atmosphäre, um die gesellschaftliche Bedeutung der Psychiatrie neu zu überdenken. Auf Diskussionen über die psychopathologische Ordnung und die Klinik der Psychiatrie ließ sich jedoch unter den Psychiatern – ob in Ost- oder Westdeutschland – kaum jemand ein, und das medizinische, mit psychologischen und sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen verstärkte Fundament wurde nicht wirklich zur Debatte gestellt. Im gleichen Maß, in dem die Psychiatriekritik die Wahrheit des biomedizinischen Wissens bestritt, bekräftigten die Ärzte und Psychiater diese Wahrheit umso energischer.[302]

Langfristig konnte sich die Psychiatrie- und Schizophreniekritik der sechziger und siebziger Jahre im wissenschaftlichen Bereich als Denkstil nicht halten. Der Aufstieg der Neurobiologie seit den achtziger Jahren liest sich wie eine Gegenbewegung zur Psychiatriekritik, stärkte die Neurobiologie doch gerade den psychopathologischen und biologischen Zugriff und nicht den subjekt- und therapiebezogenen Ansatz. Wie Daniel Burston in seiner Biografie von Ronald D. Laing bemerkt hat, waren die auf subjektive Erfahrung und interpersonale Beziehungen setzende phänomenologische oder existentialistische Psychiatrie mit den neuen, als objektiv und wissenschaftlich geltenden Kriterien und Verfahren wie Quantifizierung und Standardisierung nicht zu erfassen.[303] Dieser Befund deckt sich mit der hier vertretenen These, dass das Aufgehen der analytischen und philosophischen sowie pathologiekritischen Strömungen der fünfziger und sechziger Jahre in der Sozialpsychiatrie und die Verwissenschaftlichung der Psychotherapie in den siebziger Jahren ebenso miteinander zusammenhängen wie die Wandlung von der Lebensgeschichte zur Umwelt. Die Aufmerksamkeit der Psychiatrie verlagerte sich vom Innen der Patientinnen und Patienten zum Außen; statt

[301] Vgl. auch Brink, Radikale Psychiatriekritik in der Bundesrepublik, S. 178.

[302] Terry Lynch, der Autor des Buches „Beyond Prozac", erklärt diese Unfähigkeit der Psychiatrie, etwas anderes als die biomedizinische Erklärung zuzulassen, damit, dass sie wie ein Glaubenssystem funktioniere, siehe Terry Lynch, Understanding Psychiatry's Resistance to Change, in: Duncan B. Double (Hrsg.), Critical Psychiatry. The Limits of Madness, Basingstoke 2006, S. 99–113, besonders S. 101.

[303] Burston, The Wing of Madness, S. 236. Weiter spezifiziert hat Burston dies in einer Arbeit aus dem Jahr 2000, in der er die Psychiatriekritik Laings und den zurückgehenden Einfluss des psychotherapeutischen Denkens untersuchte, Daniel Burston, The Crucible of Experience. R. D. Laing and the Crisis of Psychotherapy, Cambridge, Mass. 2000.

Deutung und Verstehen des Erlebens und Fühlens der Erkrankten gewannen die Einordnung in den sozialen Kontext und die Professionalisierung der therapeutischen Methoden an Bedeutung. Auch die Psychiatriekritik vollzog diesen Wandel mit, betrachtet man die Entwicklung von Ronald D. Laings Studien über das schizophrene Selbst hin zu Thomas Szasz' befreiungstheoretischen Ansätzen oder der Politisierung der Psychiatriekritik in den siebziger Jahren. Im zeitgenössischen Kontext der sozialen Bewegungen und Reformen konnte sich die Psychiatriekritik im öffentlichen Raum mühelos entfalten, wobei die Radikalität der „Antipsychiatrie" die Strukturreformen der Sozialpsychiatrie im Licht der Medien ein wenig verblassen ließ.[304] Andererseits waren es eben die strukturellen und institutionellen Reformen, die für eine Dezentralisierung, gemeindenahe Angebote und einen Abbau der Grenzen zwischen Anstalt und Gesellschaft plädierten, die dafür sorgten, dass die Psychiatrie wieder mehr Vertrauen und Akzeptanz erhielt und damit die Fundamentalkritik der Antipsychiatrie „ins Leere laufen" ließen.[305] Langfristig erlangten die reformerischen und sozialpsychiatrischen Bewegungen daher mehr politischen Einfluss als die politisierten psychiatriekritischen Modelle.

Allerdings war die Kritik der Psychopathologie und der Schizophrenie als psychopathologisches Produkt nur die eine und offensichtlichere Seite der Psychiatriekritik. Festzuhalten bleibt, dass die Psychiatriekritik der späten fünfziger bis frühen siebziger Jahre bis heute als Referenzpunkt einer bestimmten Art und Weise der Deutung von Schizophrenie fungiert. In der Genese dieser anderen Art und Weise, über Schizophrenie zu sprechen, war die deutsche Psychiatrie, auch wenn sie keinen „Antipsychiater" von der internationalen Bedeutung eines Ronald D. Laing oder Thomas Szasz hervorgebracht hatte, keineswegs nur Rezipient internationaler Prozesse. Vielmehr bestand ein ideengeschichtlicher Zusammenhang zwischen der existentialphilosophischen, anthropologischen und phänomenologischen Psychiatrie und der Arbeit von Ronald D. Laing, David Cooper und anderen. Die öffentliche Schizophrenie- und Psychiatriekritik hatte ihre Wurzeln in der phänomenologischen Psychiatrie bzw. in der soziologischen Forschung. Die einer existentialistischen oder phänomenologischen Psychiatrie verpflichteten westdeutschen Psychiater waren dem Denkstil Laings, wie er ihn in „The Divided Self" entfaltet hatte, nicht fern. Sie bewegten sich nicht nur im selben daseinsanalytischen und phänomneologischen Wissensraum, sondern teilten auch das Ziel, mehr Wissen über die Erfahrung der oder des Schizophrenen zu erhalten. Als sich die Regeln der Wissensproduktion mehr und mehr in Richtung objektivierbarer, überprüfbarer und experimenteller Methoden verschoben, wurden diese

[304] Vgl. Cornelia Brink, „Keine Angst vor dem Psychiater". Psychiatrie, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1960–1980), in: Heiner Fangerau/Karen Nolte (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 341–360, hier S. 343.

[305] Jakob Tanner, Ordnungsstörungen. Konjunkturen und Zäsuren in der Geschichte der Psychiatrie, in: Marietta Meier/Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 271–306, hier S. 272.

Gebiete der Psychiatrie als wissenschaftlich nicht haltbar abqualifiziert. Sie waren dafür eingetreten, dem Subjekt und seiner eigenen Erfahrung und Wahrnehmung wieder mehr Bedeutung beizumessen, Schizophrenie als Erfahrung und Existenz ernst zu nehmen. Als solche zeigte diese spezifische Kritik vor allem Alternativen zu herkömmlichen psychiatrischen Denkstilen und Einrichtungen auf, war aber weniger, wie auch Burston anmerkt, an einer Reform des Bestehenden interessiert.[306] Diese Reform wurde breiter von der sozialpsychiatrischen, mit soziologischen Theorien argumentierenden Richtung getragen, die in der Schizophrenie eher nach gesellschaftlichen Faktoren als nach einem spezifischen existentiellen Zustand suchte und allgemein eine Verschiebung des Fokus vom Subjekt hin zu seiner gesellschaftlichen Umgebung bezeichnete.

Eben dieses Aufzeigen von zum Teil auch radikalen Alternativen, die Auslotung und Durchführung von in der psychiatrischen Logik undenkbar Scheinendem wie etwa der Verzicht auf die Rollen „Therapeut" und „Patient" oder auf in den Krankheitsprozess eingreifende Behandlungen machte die „Antipsychiatrie" bemerkenswert. Das Besondere an ihr waren, worauf Andrew Pickering hinweist, die performativen Aspekte: Sprache in Kingsley Hall war weniger der Träger von Information als vielmehr ein Mittel sozialer Interaktion, die Vermittlung von Erfahrung war wichtiger als die Bildung eines theoretischen Modells. Kingsley Hall und Villa 21 schufen Räume, in denen die gängigen Praktiken, Normen und Abläufe außer Kraft gesetzt waren und eine ganz eigene Form von sich der Moderne widersetzender oder entziehender Performativität entstand: eine Art „of ground-zero approach to therapy, centered on performance and dances of agency – non-linguistic, noncognitive, performative actions and interactions – and thus as non-modern, in the sense of lying outside the space of Enlightenment West".[307] Darin wiesen Laings Ansätze erstaunliche Paralellen zur Gegenkultur der sechziger Jahre auf.[308]

Von Bedeutung war auch, dass die Schizophrenie durch die theoretischen und performativen Gemeinsamkeiten von Psychiatriekritik und Gesellschaftskritik bzw. Gegenkultur aus dem psychiatrischen Diskurs heraustrat und, wie Shoshana Felman schrieb, Wahnsinn zum „common place" wurde.[309] In diesem Sinne nahm sich auch sechs Jahre nach den *Kursbuch*-Nummern von 1972 der *Tintenfisch* dem „Alltag des Wahnsinns" in einer Sammlung von Gedichten, kurzen Prosastücken, Dialogen, Zitaten aus psychiatrischen Lehrbüchern und philosophischen Reflexionen an.[310] Wer von den Autoren Künstler, Schriftstel-

[306] Burston, The Wing of Madness.

[307] Andrew Pickering, Laing beyond Words. Antipsychiatry as Performance, in: M. Guy Thompson (Hrsg.), The Legacy of R. D. Laing. An Appraisal of his Contemporary Relevance, London/New York 2015, S. 59–68, Zitat S. 62.

[308] Vgl. Andrew Pickering, The Cybernetic Brain. Sketches of another Future, Chicago/London 2010.

[309] Shoshana Felman, Writing and Madness, Ithaca 1985, S. 13.

[310] Hans-Jürgen Heinrichs/Michael Krüger/Klaus Wagenbach (Hrsg.), Tintenfisch 13. Thema: Alltag des Wahnsinns, Berlin 1978.

ler, Patient, Verrückter, Arzt oder ganz Normaler sei, war nicht auf den ersten Blick ersichtlich. Die Texte kreisten nicht um Psychiatrie, Krankheit, Wahnsinn oder Schizophrenie, sondern waren teilweise auch kurze Ironiestücke, die die Gegenwärtigkeit unsinniger Momente im Alltag vorführen sollten. Schizophrenie erschien so als eine Variation unter vielen möglichen. Die Fluidität, die das Sprechen über Schizophrenie im psychiatrischen Diskurs auszeichnete, übertrug sich auf das öffentliche Sprechen über Schizophrenie. Die schizophrene Person als von der Gesellschaft ausgegrenztes und unangepasstes Individuum wurde zu einer Imaginationsfläche, in der die Stigmatisierung „echter" psychisch Kranker jedoch nicht aufgehoben wurde. Viel eher handelte es sich um einen kulturellen Aneignungsprozess, in dem ein psychiatrisches Krankheitskonzept aus seinem „Unterdrückungskontext" herausgeholt und als Weg zur Freiheit stilisiert wurde. Von der Dämonisierung und Bedrohung, mit der Schizophrenie im öffentlichen Sprechen sonst verbunden wurde, war dieses Bild des schizophrenen Selbst weit entfernt. Erhalten blieb jedoch die Vorstellung, dass es sich bei Schizophrenie um etwas handelte, das den Anspruch der Psychiatrie und Wissenschaft, Wissen und Erklärungen zu schaffen, und damit die Vorstellung eines wissenschaftlichen Fortschritts, immer wieder unterlief, begleitet von dem Hinweis, dass Schizophrenie, wie es oft auch in den psychiatrischen Quellen selbst hieß, in diesem oder jenem Konzept „nicht aufginge".

V. Rettungsversuche und Selbstwerdungen

1. Neue Subjektivität und tragische Enden

Das in der Öffentlichkeit zirkulierende Wissen über Schizophrenie wurde jedoch nicht nur in Diskursen und Auseinandersetzungen der Psychiatriekritik bestimmt und verhandelt, sondern ebenso und vielleicht noch mehr in literarischen Texten. Diese machte das schizophrene Selbst noch einmal anders sichtbar als es die theoretischen und wissenschaftlichen Rahmentexte ermöglichten und setzte es auf ganz unterschiedliche Weisen in Bezug zu seiner Erkrankung, zu Gesellschaft, Familie und Psychiatrie. Zahlreiche Theaterstücke, Romane und Erzählungen lieferten jeweils eigene Sichtweisen auf Schizophrenie.

Dabei lässt sich diese Beschäftigung in einen größeren Kontext der Auseinandersetzung mit Krankheit in der Literatur der siebziger und achtziger Jahre einordnen, die wie der psychiatriekritische Diskurs eine gesellschaftskritische Stoßrichtung hatte. In einer umfangreichen Studie zum Einsatz der Kategorie „Krankheit" in der Literatur der siebziger und achtziger Jahre hat der Literaturwissenschaftler Thomas Anz herausgearbeitet, wie die Rede von Krankheit einerseits abwertend zur Gesellschaftskritik eingesetzt wurde – die „kranke Gesellschaft" –, andererseits das kranke Individuum aufgewertet und als Opfer und Repräsentant dieser kranken Gesellschaft gedeutet wurde. Damit war Krankheit nicht mehr – wie im moralisierenden Diskurs des 18. Jahrhunderts – Schuld eines Einzelnen, sondern vielmehr auf das Wirken der Gesellschaft und ihrer Systeme, Institutionen, Prozeduren und Einrichtungen auf das Individuum zurückzuführen.[1] Aus einer normalitäts- und zivilisationskritischen Haltung heraus wurden dem Kranken verstärkt positive Eigenschaften zugesprochen, und vor allem der Geisteskranke fungierte, zumindest solange er von seiner Verrücktheit noch nicht beherrscht wurde, „als Wunschfigur höchster Geistespotenz",[2] da er besser und genauer als die „Normalen" und „Gesunden" zu verstehen schien, was vor sich ging.

Die Beschäftigung mit Krankheit und Wahnsinn zeigte, dass die Grenzen zwischen dem Literaturfeld und anderen Feldern wie Psychologie, Kulturwissenschaft, Psychiatrie, Soziologie durchlässig waren. Konkret sichtbar wurde dies daran, dass zahlreiche Ärzte, Psychiater und Psychologen in die Rolle des Schriftstellers wechselten und ihr psychopathologisches und therapeutisches Wissen zu Reflexionen über Krankheit und Subjekte verwandelten. Dazu zählten Heinar Kipphardt, Ernst Augustin und Rainald Goetz, aber auch Helmut Eisendle („Der Narr auf dem Hügel", 1981), der Österreicher Hermann Friedl („Heilverfahren oder Das Fernglas", 1980; „Aufzeichnungen eines wahnsinnigen Beamten", 1981)

[1] Zu diesem Abschnitt siehe Thomas Anz, Gesund oder krank? Medizin, Moral und Ästhetik in der deutschen Gegenwartsliteratur, Stuttgart 1989, S. 129–133.

[2] Anz, Gesund oder krank?, S. 168. Diese Beobachtung konkretisiert Anz etwa an den Figuren Thomas Bernhards, v. a. in „Wittgensteins Neffe" (1982).

oder der Schweizer Walter Vogt („Schizogorsk", 1977; „Vergessen und Erinnern", 1980). Auch der österreichische Schriftsteller Gerhard Roth, Verfasser von „die autobiographie des albert einstein" (1972) und „Landläufiger Tod" (1984), hatte ein Medizinstudium absolviert. Leo Navratil dagegen blieb stets als Psychiater sichtbar, verstand sich aber als Vermittler von schizophrener Kunst und Literatur. Mit der Grenze zwischen Literatur und Dokumentation spielten auch Krankheitsgeschichten wie Dieter Spaziers „Der Tod des Psychiaters" (1982) oder Tilmann Mosers „Gottesvergiftung" (1976). Sichtbar wurde der neue Trend in der Literatur aber auch daran, dass Dichter und Künstler, die als verrückt galten bzw. zu früheren Zeiten als verrückt gegolten hatten, als literarische Themen neue Aufmerksamkeit erlangten. Vor allem die beiden Dichter Jakob Michael Reinhold Lenz und Friedrich Hölderlin erlebten ein Revival, am bekanntesten in den Romanen „Lenz" (1973) von Peter Schneider und Peter Härtlings „Hölderlin" (1976).[3]

Diese zu Krankheit und Wahnsinn hingewandte Literatur zeichnete sich dabei durch die Bezugnahme auf psychiatrisches, psychologisches und therapeutisches Wissen und durch die Inszenierung einer starken Subjektivität aus. Dabei verlagerte sich das Interesse von politischen Auseinandersetzungen hin zu den Themen Subjektivität und Introspektion, wobei die dunklen Seiten innerer Wahrnehmung nicht ausgespart wurden und den Auswirkungen psychischer bzw. physischer Krankheit auf das Innenleben des Subjekts intensiv nachgegangen wurde. Der politisch-soziale Kontext wurde in dieser Wendung zum Subjekt jedoch nicht aufgehoben, sondern vielmehr an seinen Auswirkungen auf das Subjekt beobachtet. Für diese Beobachtungen bot die Psychiatrie ein geeignetes Setting, da sich an ihr die diskursive Produktion von Subjekten ebenso wie die Allgegenwärtigkeit von Macht vorführen ließ.[4]

So finden sich im Referenzwerk der „Neuen Subjektivität", Karin Strucks „Klassenliebe", zahlreiche Referenzen an psychoanalytisches, psychologisches und psychiatriekritisches Wissen; vor allem David Coopers „Der Tod der Familie" (seit 1972 in deutscher Übersetzung vorliegend) wurde angeführt.[5] Bei Struck bleibt die Auseinandersetzung mit dem Wahnsinn allerdings bei der Möglichkeit, verrückt zu werden, und der Darstellung eines zwischen den Klassen zerrissenen Selbst stehen; eine behandlungsbedürftige Psychose bricht nicht aus. Nach Thomas Anz zeigt kaum ein anderer Text so gut, warum medizinische und psychopathologische Themen bei den Schriftstellern dieser Generation ein solches Interesse erzeugten: „Im literarischen Diskurs über Krankheit konnte man etwas von dem alten Anspruch auf soziales und politisches Engagement bewahren und zugleich den neuen Forderungen nach Subjektivität, Sensibilität und Konkretheit genügen."[6] Da Krankheit den neuen wissenschaftlichen Erklärungsansätzen der

[3] Siehe zu diesem Überblick Anz, Gesund oder krank?, S. 61–63.

[4] Vgl. auch die Analyse von Simon Schleusener, „The Ward is a Factory": Macht und Normalisierung in Ken Keseys „One Flew Over the Cuckoo's Nest", in: Amerikastudien/American Studies 51/4 (2006), S. 539–566.

[5] Anz, Gesund oder krank?, S. 69–74.

[6] Anz, Gesund oder krank?, S. 70.

multifaktoriellen Genese zufolge auch mit gesellschaftlichen Zuständen zusammenhing, ließen sich, so dachte man im Umkehrschluss, von Krankheit Verbindungen zu anderen gesellschaftlichen Themen und Rückschlüsse auf Probleme ziehen. Viele dieser Texte spiegelten ein „Bewussstsein vom Wahnsinn", womit ein Bewusstsein vom eigenen Wahnsinn ebenso wie ein Bewusstsein vom Wahnsinn der Umgebung gemeint ist.[7] Dabei trug die Literatur einen großen Teil dazu bei, auf die Subjektivität der Kranken und von psychischen Problemen betroffenen Figuren aufmerksam zu machen. Dies traf beispielsweise auf einen Text wie Ernst Augustins „Raumlicht. Der Fall Evelyne B." (1976) zu, in dem die schizophrene Patientin von ihrem Therapeuten durch ihr Leben und ihre Therapie begleitet und damit vielleicht in Reminiszenz an psychiatrische Fallgeschichten als „Fall" angekündigt wird, während der Text jedoch einen hohen Grad an Subjektivität aufweist.

Literatur kann sich, folgt man dem von dem Amerikanisten Hubert Zapf vorgestellten Modell, als kulturkritischer Metadiskurs, imaginativer Gegendiskurs oder reintegrativer Interdiskurs mit bekannten Ideen auseinandersetzen, manche von ihnen verwerfen und andere zusammenführen, Defizite und Widersprüche aufzeigen, Diskurse über das Marginalisierte und Unsichtbare führen und neue Ideen einbringen.[8] Dadurch ist sie am gesellschaftlichen und kulturellen Austauschprozess entscheidend beteiligt. Angewandt auf die in der Einleitung ausgeführten Überlegungen zum Verhältnis von Wissenschaft, Wissen und Literatur bedeutet dies auch eine in den literarischen Texten stattfindende Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Theorien und Wissensbeständen. Diese werden – nicht nur, aber auch – durch und in Literatur verbreitet, diskutiert, in neue Zusammenhänge gesetzt und auf ihre soziokulturelle Tragfähigkeit, Plausibilität und Bedeutung überprüft. Damit spielen literarische Texte als historische Quellen eine wichtige Rolle bei der Frage, welches Wissen über Schizophrenie in welchen Kontexten angeführt wurde, wie es inszeniert oder kritisiert wurde und in welches Verhältnis es zu den Figuren oder Subjekten gesetzt wurde. Aufgrund ihrer Verständigung über normative Ordnungen kommt narrativen Texten zudem die Möglichkeit zu, „Grenzüberschreitungen und Verstöße gegen die als normal geltenden Verhaltensmuster zu domestizieren und neue Erfahrungen zu assimilieren", das heißt „an Neues zu gewöhnen bzw. sie [die Leser, Anm. d. Verf.] damit vertraut zu machen".[9] Nichts anderes taten die Erzählungen, Autobiografien und Berichte über persönliche Erfahrungen mit Schizophrenie: Sie vermittelten der Leserschaft die Erfahrung des schizophrenen Erlebens, erklärten die Hintergründe „nicht normaler" Verhaltensweisen und machten das Publikum mit dem schizophrenen Selbst vertraut.

[7] Philipp Reisner, Das Bewusstsein vom Wahnsinn. Psychopathologische Phänomene in der deutschsprachigen Literatur der 1970er und 80er Jahre, Würzburg 2014.

[8] Vgl. Hubert Zapf, Literatur als kulturelle Ökologie. Zur kulturellen Funktion imaginativer Texte an Beispielen des amerikanischen Romans, Tübingen 2002, S. 63–68.

[9] Nünning, Wie Erzählungen Kulturen erzeugen, S. 43.

„Einer flog über das Kuckucksnest"

In Ost- wie in Westdeutschland spielte sich Mitte der 1970er Jahre ein amerikanischer Spielfilm des tschechischen Regisseurs Milos Forman auf den Zuschauerlisten nach vorne: „Einer flog über das Kuckucksnest", eine Verfilmung des gleichnamigen Romans von Ken Kesey von 1962, mit Jack Nicholson in der Hauptrolle (für die er den Oscar erhielt). Der wesentliche Unterschied von Film und Roman lag in der eingenommenen Erzählperspektive: Der Film übernahm zwar weitgehend die Handlung, nicht aber den spezifischen, „psychotischen" Erzählstil, und setzte den Fokus damit auf die Spannungen zwischen Individuum und psychiatrischer Umgebung.[10] 1976 lief der Film in den westdeutschen, 1978 schließlich auch in den ostdeutschen Kinos an. Rasch wurde er zum Gesprächsthema Nummer eins: „Wo der Film läuft, kriegt man kaum Karten. Kommt in Kneipen die Rede darauf, weiß meist jeder, worum es geht, jemand will ein Irrenhaus verrückt machen. Da sind schon Leute, die entschieden ablehnen reinzugehen, weil ‚das ist sone [sic] schwierige Problematik'. Und die fragen dann jeden, der drin war, wies war und lassen sich die Geschichte immer wieder erzählen. Da muss ein Nerv getroffen sein, bloß welcher?", so berichtete Burkhard Mauer in der Zeitschrift *konkret*.[11]

Erzählt wird in „Einer flog über das Kuckucksnest" die Geschichte des Kriminellen Randle Patrick McMurphy, der in die Psychiatrie kommt, dort verschiedene Versuche der Umgestaltung der Institution und der Rebellion unternimmt, und schließlich, nachdem er mit einer Lobotomie „diszipliniert" worden ist, von einem Mitpatienten aus Mitleid erstickt wird.[12] Was die Verfilmung von Keseys Roman auszeichnete, war ein Sinn für Komik und Satire als Mittel der Kritik, der jedoch unterschiedlich aufgenommen und bewertet wurde. Die ostdeutsche Presse bezeichnete die Darstellung als realistisch, reflektierte insbesondere die psychiatrie- und gesellschaftskritischen Inhalte und sah in ihm eine „scharfe Anklage der kapitalistischen Gesellschaft", „in der die Würde des Menschen nicht

[10] Zum Einsatz einer „(Rollen-)Sprache der Verrücktheit" in Texten, in denen der fiktive oder autobiografische Erzähler wahnsinnig ist, siehe Anz, Gesund oder krank?, S. 189–194. Anz macht darauf aufmerksam, dass in der modernen Literatur trotz der Imitation eines „‚abweichenden' Sprachverhaltens" die „phonologischen, syntaktischen oder orthographischen Regeln der Sprache weitgehend unangetastet" blieben. Der Abbruch der Kommunikation wird also zwar thematisiert; zu einer „Kommunikationsverweigerung" – dem Leser gegenüber – kommt es aber nicht, ebd., S. 193. Anz sieht dies auch den Fall bei „März" von Heinar Kipphardt und „Hunger nach Wahnsinn" von Maria Erlenberger.

[11] Burkhard Mauer, „Einer flog über das Kuckucksnest", in: konkret, Nr. 6 vom 26. 5. 1976, S. 47.

[12] Siehe zur zeitgenössischen Kritik an der Psychochirurgie sowie anderen erzählerischen Darstellungen von Lobotomie (Michael Crichtons „The Terminal Man", William Arnolds „Shadowland" und Janet Frames „Faces in the Water" sowie „An Angel at My Table") den Beitrag von Dominik Groß/Gereon Schäfer, Der psychisch Kranke im Spiegel der Literatur: Das Beispiel Psychochirurgie, in: Dominik Groß/Sabine Müller/Jan Steinmetzer (Hrsg.), Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin, Berlin 2008, S. 333–350.

hoch im Kurs steht".[13] Manipulation, „Machtmissbrauch" und die Zerstörung des Menschen seien in diesem Unterdrückungsapparat" an der Tagesordnung.[14] Die *Neue Zeit* erklärte ihn zum „humane[n] Gleichnis"; das wirklich Schockierende sei die Entlarvung der Psychiatrie als „Abbild eines repressiven Systems, in dem über Rechtlose und Entmündigte ein autoritäres Regime errichtet ist".[15] Die Figur des von Jack Nicholson verkörperten McMurphy wurde zur Protestfigur gegen eben diese kapitalistische Ordnung aufgebaut, zur Verkörperung von Würde und Individualität, die es in dieser antihumanistischen Ordnung nicht geben durfte und die darum den „Rebellen" mit einer Gehirnoperation unschädlich machte.[16] Die *Neue Zeit* frohlockte: „Dieser Neuankömmling passt sich nicht an, er opponiert, er protestiert, er rebelliert. Er bringt etwas Vergessenes mit – Lebensfreude, Eigenverantwortung. Sein Beispiel lässt die Apathischen und Resignierten erwachen. Und wenn er selbst auch an der Übermacht der Institution kaputtgeht, er hat etwas bewirkt – eine Besinnung auf Menschenwürde, Freiheit, Möglichkeiten des Andersseins."[17]

Die positive ostdeutsche Rezeption der Figur McMurphys als Rebell und Protestfigur war darauf zurückzuführen, dass sich sein Protest gegen die amerikanische Gesellschaft richtete und damit Grundannahmen einer sozialistisch verfassten Gesellschaft bestärkte. Die USA-kritische Rezeptionsweise war auch der Grund dafür, warum der Roman „Einer flog über das Kuckucksnest" im Jahr 1979 im Verlag Volk und Welt erschien, wie die beiden Gutachten aus dem Jahr 1978 zeigen. Das externe Gutachten hatte als seine Besonderheit hervorgehoben, dass der Roman die „angeblich liberale amerikanische Sozietät, in der jeder seine Chance haben und die von Mitmenschlichkeit auf der Basis von größtmöglicher individueller Freiheit bestimmt sein soll", im Symbol der Anstalt so spiegle, dass ihre „sinistre, repressive Seite" ebenso hervortrete wie die „menschenfeindliche Umwelt, die auf nichts anderes ausgerichtet ist als auf funktionierende Menschen".[18] Der Roman zeige die psychische Manipulation, die Gewalt und den Psychoterror, der Gesunde wie Kranke gleichermaßen treffe, ende aber doch mit einem Hoffnungsschimmer „auf eine Welt ohne willkürliches Herrschaftsstreben".[19] Das geradezu hymnische Verlagsgutachten, das in der Romanhandlung mythische Strukturen entdeckte und dem Roman den Status von Weltliteratur zusprach, rückte McMurphy in die Nähe Thoreaus und sah in seiner Figur „Züge des mythischen Volksheldens", der seine Mitmenschen aus ihrer Un-

[13] Horst Knietzsch, Zähmung eines Rebellen auf amerikanische Art. Zum Film „Einer flog übers Kuckucksnest" (USA), in: Neues Deutschland vom 7.11.1978, S. 4.
[14] Knietzsch, Zähmung eines Rebellen auf amerikanische Art.
[15] H. U., Charakteristisches aus Hollywood präsentiert. Während der Tage des USA-Films in der DDR notiert, in: Neue Zeit, Nr. 119 vom 23.5.1978, S. 4.
[16] Knietzsch, Zähmung eines Rebellen auf amerikanische Art; ein anderer Artikel kündigte die Filmhandlung als einen „Kampf um die Menschenwürde" an, o. V., Tragik, Komik, Satire, in: Neue Zeit, Nr. 265 vom 9.11.1978, S. 4.
[17] H. U., Charakteristisches aus Hollywood präsentiert.
[18] BArch DR 1/2370, Gutachten von Karl-Heinz Berger, S. 64–67, hier S. 64.
[19] BArch DR 1/2370, Gutachten von Karl-Heinz Berger, S. 67.

terdrückung befreite. Der Roman sei zudem so durch und durch amerikanisch, dass man von den „Klimmzügen" eines Nachwortes, also einer Anleitung der Leserschaft, wie der Text zu verstehen sei, absehen könne; mit der versteckten Kritik an kommunistischen Systemen müsse man sich abfinden.[20]

Während die ostdeutsche Rezeption die gesellschaftskritische Stoßrichtung des Romans also genau angemessen fand, war die westdeutsche Rezeption durchaus gemischt. In der Wochenzeitung *Die Zeit* warf Wolf Donner dem Film – ebenso wie dem Roman – vor allem seine Überzeichnung vor: Vereinfachungen, Emotionalisierung und dauernde Gags würden auf bloße Effekthascherei und Unterhaltung zielen; die Psychiatrie sei bloße „Staffage", die „nie ernst genommen, nur ausgeschlachtet" werde. Für McMurphys Kampf gegen das System hatte Donner nicht viel übrig: „[…] da tritt […] wieder einmal der einzelne gegen die Institutionen an; der letzte Individualist gegen das ‚System'; der Superman und Erlöser gegen Macht, Zwang, Autorität und Administration; der Mensch ‚als solcher' gegen die Regeln und Ausgeburten der modernen Industriegesellschaft; das Prinzip Lebensfreude, Spiel, Humor gegen den Terror der konservativen Psychiatrie; und schließlich, im Film stärker als im Roman, die vitale, heterosexuelle Potenz gegen Kastrationsängste und eine fast geschlechtslose Sterilität, der rebellische Sohn gegen die Herrschaft der Mutter. McMurphy ist der personifizierte Ersatzpenis dieser entwürdigten, quasi-entmannten Geisteskranken […]."[21] Auch Burkhard Mauer kritisierte in seiner Besprechung des Films in der Zeitschrift *konkret* die Machart, die den Zuschauer „sofort in die Rolle des gierigen Beobachters" hineinziehe, und vor allem die Darstellung der Patientinnen und Patienten: „Eine Ballung von Klischees, perfekt in Fleisch gesetzt. Man sitzt im Kinosessel und sieht es sich aus der kühlen Schlüssellochperspektive eines falschen Irrenarztes an. […] Besetzung und Mache sind perfekt und peinlich." Auch für das Ende des Films, in dem die Figur des Indianers seine Freiheit erlangt, hatte er nichts übrig, weil es seiner Meinung nach an den realen Gegebenheiten vorbeiging: „Jeder, der will, kann frei sein, lügt der Film."[22] Die Kritik an der amerikanischen Gesellschaft, die in der ostdeutschen Rezeption aufgegriffen und geteilt wurde, war aus westdeutscher Sicht überzogen.

„März"

Im selben Jahr, als „Einer flog über das Kuckucksnest" in die westdeutschen Kinos kam, veröffentlichte Heinar Kipphardt den Roman „März".[23] Nicht von ungefähr nahm sich der 1959 aus der DDR nach Westdeutschland übergesiedelte Schriftsteller, der Bekanntheit vor allem durch das Theaterstück „In der Sache J. Robert

[20] BArch DR 1/2370, Gutachten von Hans Petersen, S. 68–72.
[21] Wolf Donner, Irrenhaus als Zirkus, in: Die Zeit, Nr. 13 vom 19. 3. 1976.
[22] Mauer, „Einer flog über das Kuckucksnest", S. 47.
[23] Original 1976. Im Folgenden wird die Rowohlt-Werkausgabe verwendet, Heinar Kipphardt, März. Roman und Materialien, neu durchgesehene und um einen Anhang ergänzte Ausgabe, Reinbek bei Hamburg 1987.

Oppenheimer" erlangt hatte, des Themas an. Bis um Beginn seiner schriftstellerischen Tätigkeit Anfang der fünfziger Jahre hatte Kipphardt eine Laufbahn als psychiatrischer Arzt verfolgt; zudem hatte er sich schon länger mit den von Leo Navratil veröffentlichen Gedichten von Ernst Herbeck beschäftigt.

Zuerst als Film, dann als Roman und schließlich als Theaterstück umgesetzt, nutzte Kipphardt verschiedene Medien für die Verarbeitung seines Stoffes. Die Handlung von „März" ist rasch zusammengefasst: Alexander März ist seit vielen Jahren Patient in der Anstalt Lohberg, die der Leitung des traditionell eingestellten Dr. Feuerstein unterstellt ist; sein behandelnder Arzt ist der progressive Dr. Kofler, der März zum Niederschreiben seiner Gedanken und Erinnerungen auffordert und therapeutische Neuerungen einzuführen versucht. März lernt eine Patientin namens Hanna kennen, sie verlieben sich und fliehen gemeinsam. Nachdem sie einige Zeit zurückgezogen auf einer Alm gelebt haben, stellen sich bei Hanna – die zwischenzeitlich schwanger geworden ist – wieder Wahnsymptome ein. März und Hanna kehren zurück und suchen zuerst Zuflucht bei Dr. Kofler, werden jedoch entdeckt, voneinander getrennt und wieder in die Anstalt eingewiesen. Danach verweigert März jeden Kontakt, bis er sich schließlich eines Abends, in einem Baum stehend und an den gekreuzigten Christus erinnernd, vor den Augen von Dr. Kofler verbrennt.

Über die Montage verschiedener Stimmen und insbesondere die des behandelnden Arztes Dr. Kofler beleuchtete der Roman ein soziales, politisches und familiäres Umfeld, in dem März aufgewachsen und verrückt geworden war. Wie Tilman Fischer in einer ausführlichen Analyse des März-Textes und einem Abgleich mit den darin eingeflossenen Texten gezeigt hat, ist „März" „so eng wie kaum ein anderer literarischer Text an den Schriften der Antipsychiatrie-Debatte als Quellentexten orientiert".[24] Kipphardt arbeitete mit Texten der neueren, kritischen Schizophrenieforschung und der Psychiatriekritik, etwa von Ronald D. Laing, Franco Basglia, Erving Goffman, David Cooper, Michel Foucault, Thomas Szasz, Gilles Deleuze und Felix Guattari sowie der Palo-Alto-Gruppe um Gregory Bateson. Auch aus Leo Navratils Publikationen und besonders den von Navratil veröffentlichten Gedichten des schizophrenen Dichters Ernst Herbeck floss viel in den März-Text ein. Fischer referierte auf das Bild eines „Steinbruchs", aus dem Kipphardt „Bruchstücke", also „einzelne Sätze", zusammensammelte, mitunter leicht abwandelte und in einen neuen Kontext einpasste.[25] Durch diese Arbeit mit

[24] Tilman Fischer, „Gesund ist, wer andere zermalmt". Heinar Kipphardts März im Kontext der Antipsychiatrie-Debatte, Bielefeld 1999, S. 13.

[25] Fischer, „Gesund ist, wer andere zermalmt", S. 41. Dies betraf besonders die Navratil-Publikationen und die Gedichte von Ernst Herbeck (Pseudonym Alexander Herbrich). Navratil reagierte empört über Kipphardts Vorgehen und warf ihm Plagiieren vor. Hier ist nicht der Ort für eine Debatte über die Legitimität eines solchen Vorgehens und die Gestaltungsfreiheit von Literatur im Umgang mit ihren Quellen, besonders bei einem Montageverfahren, verwiesen sei jedoch darauf, dass diese Diskussion in beinahe jeder Beschäftigung mit „März" zumindest angeschnitten wurde, siehe dazu v. a. Fischers Studie sowie aktuell die Analyse und Überlegungen von Hans-Edwin Friedrich, Authentizität – Dokument – Plagiat. Zu Kipphardts Umgang mit dem Tatsächlichen in seiner März-Lyrik, in: Sven Hanuschek/Laura

bereits vorhandenen Texten und ihre Zusammenführung und Abwandlung in einem neuen Text entstand der spezifische Charakter von „März" als Dokumentation und Kritik der Psychiatrie zugleich. Das Montageverfahren und die Veränderungen der Texte verdichteten deren Aussagen, setzten besondere Pointen und ließen so immer wieder Sinn im „zunächst scheinbar Sinnlosen"[26] aufblitzen, schufen also in den irritierenden Patiententexten kleine „Sinninseln",[27] die die Rätselhaftigkeit der schizophrenen Äußerungen nicht aufhoben, aber ihren prinzipiellen Sinngehalt deutlich machten. Die Ansätze der neueren Schizophrenieforschung, die oben genannt wurden, wurden von Kipphardt dazu eingesetzt, um die hermeneutischen Deutungen Navratils, die er ausgesprochen kritisch sah, durch gesellschafts- und familientheoretische Aspekte abzuändern.[28] Der Roman folgte diesen Modellen aber nicht so weit, dass er ihre Erklärungen der Schizophreniegenese aus dem familiären und gesellschaftlichen Umfeld heraus übernommen hätte, vielmehr ließ er Kofler diese wiederholt reflektieren. Damit nahm der Roman eine differenzierende und sich eines abschließenden Urteils weitgehend enthaltende Haltung ein, die, wie Tilman Fischer richtig bemerkt hat, mit dem Prädikat „antipsychiatrisch" unzureichend gekennzeichnet ist.[29]

Mit seinem Hinweis, dass März im familientheoretischen Modell eine Erklärung für seine Schizophrenie findet und damit ein „aus der rückblickenden Selbstinterpretation gewonnenes Bewusstsein" zugesprochen bekommt, hat Fischer eine erste Spur in Richtung Fragen von (Ent-)Subjektivierung gelegt.[30] Diese verläuft nicht eindeutig und nicht losgelöst von Zuschreibungen und Inszenierungen. Die Selbstinszenierung von März als Christus-Figur spielt ebenso eine Rolle wie die Gestaltung seiner Figur als „Prototyp des schizophrenen Dichters".[31] März als Subjekt wird jedoch immer dann sichtbar, wenn seine eigenen Äußerungen wiedergegeben werden, etwa in der Beschreibung seines Lebenslaufes, in den notierten Erinnerungen an seine Kindheit und Jugend, den Auseinandersetzun-

Schütz (Hrsg.), Stören auf lustvolle Weise. Heinar Kipphardt zum Neunzigsten, Hannover 2014, S. 211–227. Durchgesetzt hat sich in diesen Studien eine kritische Haltung, die Montage, Abwandlung und Kontextualisierung als ästhetische Verfahren versteht (und nicht als Frage der Moral).

[26] Fischer, „Gesund ist, wer andere zermalmt", S. 48.

[27] Fischer, „Gesund ist, wer andere zermalmt", S. 48.

[28] Fischer, „Gesund ist, wer andere zermalmt", S. 50. Navratils Deutungsmuster lässt sich tatsächlich, wie Yvonne Wübben gezeigt hat, in der Tradition der Sprachdiagnostik lesen, siehe Yvonne Wübben, Verschlüsselte Gegenposition. Literarische Schizophasie als Formsprache des Protests in Heinar Kipphardts Roman März, in: Sven Hanuschek/Laura Schütz (Hrsg.), Stören auf lustvolle Weise. Heinar Kipphardt zum Neunzigsten, Hannover 2014, S. 155–191, besonders S. 158–166. Kipphardt brach mit dieser Tradition, indem er die literaturpsychologischen Tendenzen auf- und März Gedichte aus diesem Kontext herauslöste, siehe ebd., S. 166.

[29] Vgl. Fischer, „Gesund ist, wer andere zermalmt", S. 127, sowie S. 89 f. und S. 122–132. Dies liegt jedoch auch daran, dass der Begriff „antipsychiatrisch", wie bereits erläutert wurde, allgemein kein geeigneter Begriff ist, um einer heterogenen, vielfältigen und teils auch wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Psychiatrie und Schizophrenie gerecht zu werden.

[30] Fischer, „Gesund ist, wer andere zermalmt", S. 90.

[31] Wübben, Verschlüsselte Gegenposition, S. 185.

gen mit der psychiatrischen Umgebung und seiner Krankheit sowie gegen Ende in der Liebesbeziehung mit Hanna und den Notizen, die er auf der Alm verfasst. Koflers Notizen reflektieren den Wissensstand und kritisieren die Mechanismen der Psychiatrie; in den Notizen von März bekommen diese Beobachtungen eine zusätzliche subjektive Innenperspektive oder werden konterkariert. Wenn etwa Kofler anmerkt, dass der Patient bei seiner Einlieferung eine Rolle zugewiesen bekomme und ihm sein Menschsein aberkannt werde, stehen die nachfolgenden Erinnerungen von März, die „Rekonstruktion einer vorklinischen Karriere", in Kontrast zu seiner Rolle als Patient. Ebenso darf März über die psychiatrischen Prozeduren reflektieren, wenn er sagt: „Was ich in dieser Anstalt sage, sagt manchmal auch die Anstalt."[32]

Ein Echo dieses Satzes hallt in Koflers kritischer Beobachtung wider, dass es der Psychiatrie darum gehe, die „falschen, subjektiven Perspektiven des Patienten in die richtigen, objektiven des Therapeuten zu verwandeln".[33] Innerhalb der Anstaltsmauern wird März trotz Koflers Bemühungen keine Möglichkeit zur Selbstentwicklung geboten – ein Topos, der vom Ende von „Einer flog über das Kuckucksnest" bekannt ist. Erst nach seiner Flucht mit Hanna notiert März „Ich empfinde, was ich tue", und „Wahnsinn muss nicht Zusammenbruch sein, Wahnsinn kann der Durchbruch sein zu sich, Durchbruch der Mauer und Scheitern des Durchbruchs".[34] Sein Suizid am Ende des Romans ist daher vor allem als ein Akt des Aufbegehrens zu verstehen. Koflers Reformbemühungen können, so legt es der Roman nahe, am System der Psychiatrie selbst nichts ändern – eine resignierte Haltung, die weite Teile der Stimmung der bundesrepublikanischen Psychiatriekritik und Reformpsychiatrie Ende der siebziger Jahre widerspiegelt.[35]

Während sich das psychiatrische Setting und die Abläufe der Anstalt im Lauf des Romans kaum verändern, bezieht die Geschichte ihren Handlungsantrieb vor allem aus der Personenentwicklung des Alexander März. In der westdeutschen

[32] Kipphardt, März, S. 54. Zu einer Analyse der Verflechtung von Raum bzw. Architektur der Anstalt mit den sozialen Macht- und Kontrollmechanismen und -praktiken siehe Lotti Wüest, Psychiatrie als gebauter Diskurs. Architektur der Klinik in Texten von Alfred Döblin, Friedrich Glauser, Heinar Kipphardt und Rainald Goetz, in: Rudolf Käser/Beate Schappach (Hrsg.), Krank geschrieben. Gesundheit und Krankheit im Diskursfeld von Literatur, Geschlecht und Medizin, Bielefeld 2014, S. 201–221, hier S. 213–215.

[33] Kipphardt, März, S. 148.

[34] Kipphardt, März, S. 213.

[35] Vgl. Carol Poore, „Reportagen der Innenwelt": The Example of Heinar Kipphardt's März, in: The German Quarterly 60/2 (1987), S. 193–204, hier S. 199–202. Die Figur des März fächerte, wie Carol Poore gezeigt hat, verschiedene Ebenen des Bezugsfelds Schreiben – Psychose auf. So wies sie auf Verbindungen zwischen der Psychose und unbewussten Quellen der Kreativität und auf die Rolle des Schreibens als therapeutische Methode hin, durch die Ansiedlung innerhalb der Anstalt aber auch auf mangelnde Ausdrucksmöglichkeiten des schreibenden Individuums innerhalb der Gesellschaft. Durch lange, repetierende Passagen entstand ein Gefühl von Gefangenschaft und Auf-der-Stelle-Treten. Neben der Reflexion der Rolle des Autors beinhaltete *März* „tensions between feelings of melancholy, inertia and hopelessness on the one hand, and, on the other, efforts to depict characters struggling against these feelings", S. 198.

Öffentlichkeit wurde „März" denn auch als Geschichte einer Katastrophe, die sich „fast friedlich"[36] nähere, als „Geschichte des verzweifelten Verstummens"[37] und die Figur des März als „Chriffre für die Ohnmacht des Ich"[38] beschrieben.[39] Wo dieses individuelle Schicksal zugunsten der gesellschaftskritischen Elemente in den Hintergrund rückte, wie etwa bei der Uraufführung des März-Stücks in Düsseldorf, wurde dies kritisch moniert.[40] Wie Wolf Biermann in der Zeitschrift *konkret* anmerkte, war es gerade die Verbindung der individuellen Geschichte mit den großen Fragen der Schizophrenie, die die besondere Dramatik der Geschichte ausmachte: „[W]oran krankt der Schizo, an seiner Biologie oder an seiner Umwelt? ist sein Leiden organisch oder politisch? wie verkleidet sich das eine als das andere? liefert die normale Gesellschaft das barbarische Modell für die Anstalt, für den Knast? sind die Verrückten nicht vielleicht die einzig Normalen, weil sie zumindest fähig sind, an dieser Gesellschaft noch kaputt zu gehen?"[41]

Während Biermann 1976 noch zweifelte, ob „März" mit „ebensolcher schönen Radikalität und ohne ideologischen Krampf"[42] in der DDR mit ihren Zensurprozessen hätte geschrieben werden können, erschien der Roman 1978 mit einer Erstauflage von 15 000 Stück im Aufbau-Verlag auch in Ostdeutschland. Diese Veröffentlichung ist angesichts der Umstände – Kipphardt war aus Ostdeutschland in den Westen übergesiedelt und galt als „republikflüchtig" – keineswegs selbstverständlich. Auch hier war es jedoch wieder, wie bei „Einer flog über das Kuckucksnest", die gesellschaftskritische Richtung, die den Ausschlag zugunsten des Werks gab. Zugrunde lag der Veröffentlichung seine Interpretation als Beitrag zur Rettung des Humanismus und als gesellschaftskritisches Stück über die Zustände in der westdeutschen Psychiatrie und Gesellschaft. In einem der Publikationsgutachten wurde der Roman als „Diagnose eines gesellschaftlichen Zustandes" gewürdigt, die der „gelernte[…] Psychiater" Heinar Kipphardt erreiche, weil er die Ursachen der Schizophrenie eben nicht, wie für die „spätbürgerliche" Gesellschaft typisch, im „Biologisch-Individuellen" suche, sondern sie auf die „gesellschaftlichen Ursachen zurückführt[e]".[43] Die Lebensgeschichte von März zeige die Geschichte einer Entfremdung vom eigenen Ich, begonnen in der väterlichen Erziehung, fortgesetzt von Schule und Industriearbeit. „März", so das Re-

[36] o. V., Zeit zum Leiden, in: Der Spiegel, Nr. 26 vom 23. 6. 1975, S. 114.
[37] Hans Krieger, Talfahrt durch das eigene Ich. Zwei Romane über Schizophrenie, in: Die Zeit, Nr. 32 vom 30. 7. 1976, S. 33. Krieger wies bereits auf die Einflüsse der psychiatriekritischen Literatur (Laing, Deleuze und Guattari) hin.
[38] Krieger, Talfahrt durch das eigene Ich, S. 33.
[39] Auch über den „echten" März, den Dichter Ernst Herbeck, wurde berichtet. Er wurde als scheuer, zurückgezogener, sensibler Mann geschildert, der von den Auseinandersetzungen um sein Werk nicht viel mitbekam, siehe Fritz Rumler, „Ich kann mich nicht einordnen". SPIEGEL-Reporter Fritz Rumler über den schizophrenen Lyriker Ernst Herbeck, genannt „Alexander", in: Der Spiegel, Nr. 49 vom 28. 11. 1977, S. 236–238.
[40] Helmut Schödel, Der Schatten der Freiheit, in: Die Zeit, Nr. 44 vom 24. 10. 1980.
[41] Wolf Biermann, Der Umweg über die Hauptstraße, in: konkret, Nr. 9 vom 26. 8. 1976, S. 49 f.
[42] Biermann, Der Umweg über die Hauptstraße.
[43] BArch DR 1/2113, Gutachten von Heinz Plavius, 4. 11. 1976, S. 8–12, hier S. 8.

sümee, sollte daher „[a]ls Roman über den inneren Zustand der spätbürgerlichen Gesellschaft" zugänglich gemacht werden.[44] Das zweite Gutachten hob vor allem den Informationsgehalt des Romans hervor, der den „Übelstand" der westdeutschen Psychiatrie vor Augen führe und gleichzeitig zeige, dass es die Gesellschaft sei, die dieses „massenhaft[e] psychische[…] Elend" hervorbringe.[45] Mit einer für diese Zeit typischen Umwidmung der Kategorie der Krankheit erklärte das Gutachten: „Die Psychiatrie, die in der BRD praktiziert wird, und die uns Kipphardt vor Augen führt, ist selbst krank, die Methoden sind ‚unmenschlich' und die Krankenhäuser ähneln mehr Gefängnissen." Der Einsatz des behandelnden Arztes lehre den Leser jedoch, den Kranken als Menschen zu entdecken und ernst zu nehmen, und so werde der Roman letztlich zum „Prüfstein für die Humanität des Einzelnen, des Lesers".[46] Die Rezeption in den Zeitungen fiel ganz ähnlich aus. Die *Neue Zeit* präsentierte „März" als dreifachen Einblick: in die „Welt der Schizophrenen", in die Psychiatrie und schließlich auch in eine kapitalistische, „kranke Gesellschaft", in der ein an den Menschen interessierter Arzt wie Kofler verzweifelt.[47] Im Kontrast zu Westdeutschland bestimmten also weniger die subjektiven Züge der März-Figur als vielmehr die Kritik an Gesellschaft und Behandlungssystem die ostdeutsche Rezeption des Romans. Wie das „Kuckucksnest", fand „März" vor allem deshalb Zuspruch, weil er die sozialistische Kritik an der westlichen Gesellschaft zu bestätigen schien. Damit verbunden war ein Akt der Abgrenzung, der die geschilderten Probleme und Missstände ausschließlich den westlichen Gesellschaften zuschrieb; weder fühlten sich die Kritiker und Gutachter von den Schilderungen angesprochen, noch wurde hinterfragt, wie es im Vergleich um die Psychiatrie in Ostdeutschland bestellt sei.

„Flucht in die Wolken"

Während die ostdeutsche Öffentlichkeit noch damit beschäftigt war, die kritischen Schilderungen der Psychiatrie und Gesellschaft in „März" lobend hervorzuheben, bahnte sich im DDR-Verlag Der Morgen ein hauseigenes Problem an. Dort war zu Beginn des Jahres 1978 ein Manuskript mit dem Titel „Flucht in die Wolken" eingegangen. Wie „März", so war auch „Flucht in die Wolken" die Erzählung einer mit dem Selbstmord der psychiatrisierten Hauptfigur tragisch endenden Geschichte.[48] Ähnlich war auch der Montagecharakter, wobei „Flucht in die Wolken" eine ungleich höhere dokumentarische Authentizität aufwies. Aus Tagebucheinträgen, Briefen, Gedichten, Zeichnungen und Fotografien zusammengesetzt und von der Erzählung der Mutter, der bekannten DDR-Journalistin Sibylle Boden-Gerstner, eingebettet, entwickelte „Flucht in die Wolken" die Le-

[44] BArch DR 1/2113, Gutachten von Heinz Plavius, 4.11.1976, S.12.
[45] BArch DR 1/2113, Gutachten Schlosser, 20.1.1977, S.5–7, hier S.6.
[46] BArch DR 1/2113, Gutachten Schlosser, 20.1.1977, S.7.
[47] H.U., Einblicke in eine kranke Gesellschaft. Aufbau-Verlag edierte „März" von Heinar Kipphardt, in: Neue Zeit, Nr.61 vom 13.3.1978, S.4.
[48] Sibylle Muthesius, Flucht in die Wolken, Berlin 1981a.

bensgeschichte eines Mädchens namens „Pony" von ihrem 11. Lebensjahr bis hin zu ihrem Suizid im Alter von 19 Jahren.

Dass das Buch in der DDR erschien, war allein aufgrund der Suizidthematik keineswegs selbstverständlich, war diese doch ebenso wie öffentliche Kritik an den Zuständen des Gesundheitswesens und der Gesellschaft in der DDR lange ein Tabu gewesen.[49] Zumindest eine literarische Beschäftigung mit Selbsttötung war Ende der siebziger Jahre jedoch „kein verbotenes Thema mehr".[50] Seit den sechziger Jahren zeichnete sich in der DDR-Literatur außerdem eine Thematisierung der Krise des Subjekts ab, die die literarischen Figuren in Konflikte „zwischen sozialistischer Realität und Utopiedenken, zwischen Selbstverwirklichung und Gesellschaftszwang"[51] führte, ohne diese Konflikte aufzulösen. Vor allem das Werk von Christa Wolf und insbesondere ihre „Kassandra" spiegelten das Subjekt als literarisches Thema, auch unter dem Einsatz psychoanalytischer Denkfiguren.[52] Es war daher nicht das Suizidthema, sondern vor allem die von Seiten Sibylle Boden-Gerstners deutlich artikulierte Kritik der ostdeutschen Psychiatrie und der mangelnden Berücksichtigung tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Ansätze, die das Buch „gefährlich" machte. Die in „Flucht in die Wolken" dargestellte Lebensgeschichte von Sonja war nicht nur die Entwicklungsgeschichte eines jungen Mädchens, sondern auch und vor allem eine Geschichte der Auseinandersetzung mit der Psychiatrie.

In seiner nach der Wende erschienenen Autobiografie „Sachlich, kritisch, optimistisch" schilderte der Vater, der Journalist Karl-Heinz Gerstner, in einem eigenen Kapitel die unvermittelt ausbrechende Erkrankung Sonjas, die anschließende Odyssee durch die verschiedenen Kliniken, die emotionale und psychische Belastung für die Familienangehörigen.[53] Seine Erinnerungen ermöglichen einen ersten Einblick in die Zeit nach Sonjas Suizid und in die Phase des Schreibprozesses von „Flucht in die Wolken" inklusive der Auseinandersetzungen zwischen

[49] Zur Zensur siehe Simone Barck/Martina Langermann/Siegfried Lokatis, „Jedes Buch ein Abenteuer". Zensur-System und literarische Öffentlichkeiten in der DDR bis Ende der sechziger Jahre, Berlin 1997, zur Kontrolle der Literatur durch die Stasi Joachim Walther, Sicherungsbereich Literatur. Schriftsteller und Staatssicherheit in der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin 1996.

[50] Udo Grashoff, „In einem Anfall von Depression…". Selbsttötungen in der DDR, Berlin 2006, S. 464.

[51] Evelyna Schmidt, Die Leiden des Neuen Menschen. Zum Wahnsinns-Diskurs in der Literatur der DDR und der Volksrepublik Polen, Osnabrück 2012, S. 70. Allgemein zur DDR-Literatur siehe das Standardwerk von Wolfgang Emmerich, Kleine Literaturgeschichte der DDR, erw. Neuausg., Berlin ^{4}2009, sowie den pointierten Aufsatz Claudia Albert, „Zwei getrennte Literaturgebiete"? Neuere Forschungen zu „DDR" und „Nachwende"-Literatur, in: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur (IASL) 34/1 (2009), S. 184–223.

[52] Siehe Nikolaos-Ioannis Koskinas, „Fremd bin ich eingezogen, fremd ziehe ich wieder aus." Von Kassandra, über Medea, zu Ariadne: Manifestationen der Psyche im späten Werk Christa Wolfs, Würzburg 2008. Vgl. zu dieser Thematik außerdem, wenn auch etwas unkritisch, Irmgard Nickel-Bacon, Schmerz der Subjektwerdung. Ambivalenzen und Widersprüche in Christa Wolfs utopischer Novellistik, Tübingen 2001.

[53] Siehe Karl-Heinz Gerstner, Sachlich, kritisch und optimistisch. Eine sonntägliche Lebensbetrachtung, Berlin 1999.

Autorin, Verlag und Ministerien, die der Publikation vorausgingen. Bis das Buch schließlich erschien, waren seit der Fertigstellung des Manuskripts vier Jahre vergangen, was auch der Lektor des Verlags als „ein außergewöhnlich arbeitsintensives und langwieriges Projekt" bezeichnete.[54] Es ist daher besonders spannend, die Publikationsgeschichte von der Einreichungs des Manuskriptes bis zur Druckgenehmigung nachzuvollziehen, nicht nur, weil sie Einblicke in die verlegerischen Entscheidungs- und Kompromissfindungsprozesse gewährt, sondern auch, weil sie das Aufeinanderprallen der unterschiedlichen Sichtweisen von Psychiatrie und Angehörigen auf eine psychiatrisch diagnostizierte Erkrankung und die psychiatrischen Praktiken spiegelt.

Nachdem das Manuskript beim Verlag eingegangen und vom Lektor bei Cheflektor und Verlagsdirektor bereits zur Annahme empfohlen worden war, wurden im Lauf des Jahres 1978 verschiedene Gutachten eingeholt. Dafür wurden als psychiatrische Fachgutachter Kurt Höck, der Ärztliche Direktor der Psychotherapie im Haus der Gesundheit Berlin, und Dagobert Müller, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, sowie zur literarischen Qualitätssicherung die Literaturwissenschaftlerin und Schriftstellerin Sigrid Damm beauftragt. Außerdem wurde „aufgrund der Kompliziertheit und Neuartigkeit des Manuskripts"[55] das Ministerium für Gesundheitswesen um ein Gutachten gebeten. Während die Gutachten von Höck, Müller und Damm zwar einige Kritikpunkte aufwiesen und einige Umarbeitungen anregten, sich aber ansonsten für die Veröffentlichung dieses als authentisch und berührend bezeichneten Schicksals aussprachen,[56] fiel das – als persönliche Stellungnahme bezeichnete und formulierte – Gutachten des Gesundheitsministeriums abschlägig aus. Der zuständige Beamte, Bodo Barleben, lehnte die Veröffentlichung aus gesellschafts- und gesundheitspolitischen Gründen ab.[57] Die Darstellung der Psychiatrie schien ihm verzerrt und falsch, die psychoanalytischen Deutungsversuche unangebracht, und auch wenn ihn, wie er einräumte, die Lektüre gefesselt hatte, wog dies für ihn nicht das Risiko eines durch die Publikation entstehenden massiven Vetrauensverlustes auf. Interessanterweise hatten sich die Gutachten von Kurt Höck und Dagobert Müller gerade auch mit gesundheitspolitischen Argumenten für die Veröffentlichung ausgespro-

[54] BArch DR 1/2322b, Verlagsgutachten „Flucht in die Wolken" von Joachim Walther (Lektor), S. 327–336, hier S. 327.

[55] BArch DR 1/2322b, Verlagsgutachten „Flucht in die Wolken" von Joachim Walther (Lektor), S. 328.

[56] BArch DR 1/2322b, Gutachten von Kurt Höck zum Buch von S. C. Muthesius: „Flucht in die Wolken" 8. 5. 1978, S. 367–371; BArch DR 1/2322b, Gutachten von Sigrid Damm zu dem Buchverlag der [sic] Morgen vorgelegten Manuskript „Flucht in die Wolken" von S. Gerstner 28. 7. 1979, S. 362–366; BArch DR 1/2322b, Dagobert Müller, Begutachtung des Manuskriptes von Frau Gerstner: „Flucht in die Wolken", 14. 3. 1979, S. 372–375.

[57] BArch DR 1/2322b, MR Dr. B. Barleben, Ministerium für Gesundheitswesen, Hauptabteilung (HA) Medizinische Betreuung, an den Buchverlag „Der Morgen", Herrn Dr. Tenzler 1. 12. 1978, S. 357–361. Barleben war 1970 mit einer Arbeit über paranoid-halluzinatorische Psychosen promoviert worden und seit 1972 erst als wissenschaftlicher Mitarbeiter und dann als Abteilungsleiter in der HA Medizinische Betreuung des MfG tätig, siehe Süß, Politisch missbraucht?, S. 178.

chen, da sie die angesprochenen Probleme der psychiatrischen Versorgung gesellschaftspolitisch für wichtig hielten und ihnen die Aufbereitung der Thematik besonders für die Öffentlichkeit geeignet schien.

Auch wenn das Gutachten von Barleben nur als persönlicher Standpunkt und nicht als offizielle Linie des Gesundheitsministeriums formuliert war, reichte es doch, um die Publikationsprozesse vorerst zum Stillstand zu bringen. Dass es zur Veröffentlichung kam, lag, wie auch der Psychiatriehistoriker Thomas Müller bereits bemerkte, nicht zuletzt an der privilegierten Stellung des Elternpaars, insbesondere des Vaters.[58] Karl-Heinz Gerstner war Journalist bei der *Berliner Zeitung*, moderierte die Fernsehsendung *Prisma* und hatte von 1955 bis 1988 wöchentlich einen Kommentar im Berliner Rundfunk. Sibylle Boden-Gerstner war ebenfalls Journalistin; nach der Gründung der Modezeitschrift *Sibylle* und dem Rücktritt von der Chefredaktion war sie als Bühnenbildnerin bei der DEFA und als Dolmetscherin tätig. Für die ersten Gutachten war diese Identität einsehbar; erst im späteren Schriftverkehr wurde das Pseudonym „Sibylle C. Muthesius" konsequent verwendet.

Nach dem negativen Bescheid vom Gesundheitsministerium sprach das Paar direkt bei Ludwig Mecklinger, dem Gesundheitsminister, und Klaus Höpcke, dem stellvertretenden Kulturminister, vor. Auch wenn durch diese Kontaktaufnahme wieder Bewegung in das Verfahren kam, wurde das Manuskript nicht einfach durchgewunken. Stattdessen einigten sich Verlag und Gesundheitsministerium darauf, ein weiteres Gutachten von einem vom Gesundheitsministerium zu benennenden Gutachter einzuholen; damit wurde der Psychiater Harro Wendt beauftragt. Auf Klaus Höpckes persönliche Einflussnahme ist es außerdem zurückzuführen, dass Sibylle Boden-Gerstner nach längeren Auseinandersetzungen schließlich in die als Voraussetzung dargestellte Umarbeitung des Manuskriptes einwilligte.[59]

Trotz seines psychotherapeutischen und psychoanalytisch aufgeschlossenen Ansatzes, von dem man Unterstützung für das Anliegen des Manuskriptes und seinen Vorwurf, es gebe zu wenig Psychotherapie und Psychoanalyse, hätte erwarten können, zeigte Wendt in seinem Gutachten wenig Verständnis für die Laienperspektive der Verfasserin – ganz anders als Höck, der in seinem Gutachten diese zwar angemerkt hatte, aber für nachvollziehbar gehalten hatte. Die kritischen Urteile über die psychiatrische Wissenschaft und über die Behandlungsmethoden, die das Manuskript enthielt, nahm Wendt kategorisch auseinander. Manchen wies er inhaltliche Unstimmigkeit nach, andere, auf den Erlebnissen der Verfasserin beruhende Schilderungen bezeichnete er dagegen als „so kaum vorstellbar" oder „unwahrscheinlich", als Missinterpretationen oder „subjektive

[58] Thomas R. Müller, „Flucht in die Wolken" – Ein außergewöhnliches Kapitel der DDR-Psychiatriegeschichte, in: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 12 (2006), S. 427–439, hier S. 435 f.

[59] Siehe BArch DR 1/2322b, Verlagsgutachten „Flucht in die Wolken" von Joachim Walther (Lektor), S. 329.

Annahmen".[60] Die Elektroschocktherapie rechtfertigte er mit dem Hinweis, sie sei unentbehrlich und werde „von der aus der kapitalistischen Welt kommenden Welle der ‚Antipsychiatrie' als ‚Elektroschockfolter' u. d. gl. zu Unrecht diffamiert", da der Patient dabei nichts spüre.[61] Darstellungen wie die der Autorin würden „Angst und Schrecken" bei den Patienten hervorrufen.[62] Auch die psychoanalytischen Deutungen und Erklärungen, die die Verfasserin entwickelte, fanden in seinen Augen keine Gnade; vielmehr bezeichnete er sie als „allerlei Irrwege".[63] Darüber hinaus deutete er gelegentlich an, dass er die Kritik der Verfasserin an den psychiatrischen Methoden und dem weiten Feld des psychiatrischen Nichts-Wissens für eine Form der Aggression hielt, die sich gegen die Ärzte und die Psychiatrie wendete, wo sie sich aber eigentlich auf die Verfasserin selbst und ihren Beitrag zur Erkrankung ihrer Tochter – Stichwort (früh-)kindliche Entwicklung – richten sollte.[64] Jedoch könne, wie er abschließend erklärte, „die persönliche aggressive Abreaktion der Autorin als Mutter […] die Veröffentlichung sicher nicht ausreichend rechtfertigen".[65] Da er zudem von der Veröffentlichung die Gefahr ausgehen sah, ein den „Modeströmungen im kapitalistischen Ausland" entsprechendes „antipsychiatrisches" Buch in der DDR frei zugänglich zu machen und dadurch die Angst vor der Psychiatrie zu vergrößern, nahm er von einer Empfehlung der Veröffentlichung in der vorliegenden Form Abstand.[66]

Nachdem Harro Wendt im November 1979 sein Gutachten an den Verlag geschickt und darin „detailliert Hinweise, wie möglicher Schaden verhindert werden müsste und könnte", gegeben hatte, kam es im Dezember 1979 zu einem Treffen zwischen Cheflektor, Lektor und Verfasserin. Bei diesem wurde der Autorin „zur Kenntnis gegeben", dass „der Lektor nunmehr auf der Grundlage aller vorliegender Gutachten" das Manuskript bearbeiten würde, bevor sie es zur nochmaligen Durchsicht und eigenen Verbesserung erhielt.[67] Wie die Auflistungen des Lektors deutlich machen, wurden tatsächlich umfangreiche Veränderungen in stilistischer, inhaltlicher und dramaturgischer Hinsicht vorgenommen, wobei gleichzeitig in einem Balanceakt darauf geachtet werden sollte, die subjektive Perspektive, die übereinstimmend als Stärke des Manuskriptes wahrgenommen

[60] BArch DR 1/2322b, Harro Wendt, Gutachten zu S. C. Muthesius: Flucht in die Wolken 13. 11. 1979, S. 338–356, hier S. 342.
[61] BArch DR 1/2322b, Harro Wendt, Gutachten zu S. C. Muthesius: Flucht in die Wolken 13. 11. 1979, S. 344.
[62] BArch DR 1/2322b, Harro Wendt, Gutachten zu S. C. Muthesius: Flucht in die Wolken 13. 11. 1979, S. 354.
[63] BArch DR 1/2322b, Harro Wendt, Gutachten zu S. C. Muthesius: Flucht in die Wolken 13. 11. 1979, S. 348.
[64] BArch DR 1/2322b, Harro Wendt, Gutachten zu S. C. Muthesius: Flucht in die Wolken 13. 11. 1979, S. 345.
[65] BArch DR 1/2322b, Harro Wendt, Gutachten zu S. C. Muthesius: Flucht in die Wolken 13. 11. 1979, S. 353.
[66] BArch DR 1/2322b, Harro Wendt, Gutachten zu S. C. Muthesius: Flucht in die Wolken 13. 11. 1979, S. 354.
[67] BArch DR 1/2322b, Verlagsgutachten „Flucht in die Wolken" von Joachim Walther (Lektor), S. 330.

worden war, nicht abzuschwächen. In mehreren Schlaufen wurde das Manuskript im Verlauf des Jahres 1980, auch unter Hinzuziehung der Hauptverwaltung Verlage und Buchhandel, weiter überarbeitet; Ort und Personen wurden anonymisiert und verfremdet, Beschreibungen psychiatrischer Behandlungsverfahren auf ihre Richtigkeit überprüft, Aufrufe zur Selbsthilfe gestrichen. Gleichzeitig wurde Kurt Höck um ein Nachwort gebeten, das den Text kontextualisieren und in einen größeren Zusammenhang einordnen sollte.

1981 erschien das Buch mit dem Titel „Flucht in die Wolken" schließlich in einer aufwändig gestalteten Ausgabe unter dem Pseudonym „Sibylle Muthesius". Bereits im Jahr darauf erschien es zudem als Lizenzausgabe im S. Fischer Verlag auch in Westdeutschland. Die Gestaltung unterschied sich in einigen Details wie Schriftbild (die DDR-Ausgabe verwendete jeweils unterschiedliche Schriftarten für Ponys Tagebücher und die Erzählung der Mutter) und Anordnung der Bilder. Ebenso unterschieden sich Klappentext und Nachwort. Der ostdeutsche Klappentext hob hervor, dass es sich um ein „erschütterndes Dokument" handle, das die Geschichte eines psychisch erkrankten Mädchens aus Sicht der Mutter als unmittelbar Betroffener erzähle. Der Klappentext des S. Fischer Verlags dagegen wies das Buch als Geschichte einer schweren seelischen Krise aus, die exemplarisch die Probleme Jugendlicher darstellte. Gemeinsam war beiden Texten die Bezugnahme auf Ponys Hilferuf nach Verständnis als Grund für die Entstehung des Buches.

Die unterschiedliche Benennung als psychische Erkrankung einerseits, als seelische Krise andererseits zeichnete auch die beiden Nachworte aus. Beide vertraten jedoch einen psychologischen Ansatz. Das Nachwort der ostdeutschen Ausgabe besorgte, wie bereits erwähnt, Kurt Höck, für das Nachwort der westdeutschen Ausgabe war Margarete Mitscherlich gewonnen worden. Mitscherlichs Nachwort war im Wesentlichen eine psychologische Deutung, die Ponys seelischem Erleben und ihrer zunehmenden „Wendung nach Innen" sowie der mangelnden Aufmerksamkeit ihrer Umgebung nachspürte.[68] In Ponys Geschichte zeige sich, so Mitscherlich, dass die Psychiatrie in Ost *und* West nach wie vor eine „Wissenschaft ohne Menschlichkeit" sei, die dem seelischen Erleben keine Beachtung schenke und die Augenblicke der therapeutischen Zugänglichkeit zu nutzen versäume. Die Geschichte enpuppe sich als ein „tragischer, unaufhaltsamer Verlauf, in dem keiner der Beteiligten aus den ihnen offenbar vorgeschriebenen Rollen herauszutreten" vermochte.[69] Die Verdichtung der Geschichte als unaufhaltsam fortschreitender Prozess mit Zügen einer Tragödie fand sich auch bei Höck, der die Entwicklung der Geschichte und Ponys Flucht in eine irreale Welt als „erschreckend logisch ablaufenden Prozess" rezipierte.[70]

Höcks Text verriet jedoch noch deutlicher eine persönliche Betroffenheit, die er als ostdeutscher Psychiater angesichts der geschilderten Geschichte empfand.

[68] Margarete Mitscherlich, Nachwort, in: Sibylle Muthesius, Flucht in die Wolken, Frankfurt am Main 1982b, S. 411.
[69] Vgl. Mitscherlich, Nachwort, in: Muthesius, Flucht in die Wolken, S. 411–413.
[70] Kurt Höck, Nachwort, in: Muthesius, Flucht in die Wolken, S. 531–544, hier S. 533.

Sibylle Boden-Gerstner hatte ihn persönlich aufgesucht und ihm ihr Manuskript vorgelegt, weil sie erfahren hatte, dass er psychoanalytisch ausgebildet war und sie sich daher Interesse an ihrer Geschichte erhoffte. Höck berichtete, dass sie mit ihrem Werben für mehr Verständnis für psychisch Erkrankte bei ihm offene Türen eingerannt habe: Er habe die derzeitige Situation „schon oft bedauert" und es sei auch ihm ein Anliegen, das innere Erleben durch die Publikation von authentischen, persönlichen Dokumenten „nachvollziehbar, *miterlebbar*" zu machen.[71] Hier traf sich also Höcks Interesse, die Stellung des psychologischen Subjekts auszubauen, mit Boden-Gerstners Anliegen. Fachlich dominierte Höcks Ansatz eine Mischung aus tiefen-, umwelt- und verhaltenspsychologischen Elementen; er wies auf die Einflüsse in der Kindheit und die Spannungen und Unterschiede zwischen den Beziehungspersonen von Pony hin, aber auch auf die Unsicherheit und Umweltabhängigkeit von Ponys Persönlichkeit und schließlich die Ohnmacht und Enttäuschung im Umgang mit der psychischen Instabilität. Diese Problematik der Herausbildung einer reifen, gesunden und stabilen Persönlichkeit beschrieb Höck stellvertretend für die gesamte Jugend, und gerade dort sei die gesamte Gesellschaft dazu aufgefordert, an der Bewusstseinsbildung der Kinder und Jugendlichen, einer Neuorientierung an Werten und Normen mitzuwirken. Höck beschönigte die Enttäuschung der Angehörigen nach ihren Erfahrungen mit der Psychiatrie nicht, sondern hielt sie durchaus für verstehbar, wenn auch stark emotional eingefärbt. Er merkte jedoch an, dass gerade auf dem Grenzgebiet zwischen Neurosen und Psychosen in den letzten Jahren ein besseres Verstehen erzielt worden sei, so dass diese Krankheitserscheinung nicht schicksalhaft eintrete und keiner der Beteiligten der „Entwicklung hilflos ausgeliefert" sei, „sondern dass diese Symptomatik verstehbar, einfühlbar, überwindbar und heilbar" sei, indem der „Teufelskreis" mit einer geeigneten Therapie durchbrochen werde.[72] Die Voraussetzung dafür sei freilich – und dies war bei Ponys Geschichte nicht gegeben – ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis.

In den Tagebucheinträgen, den Briefen – vor allem an ihren Freund Peer –, den Gedichten und Bildern traten Ponys Gedanken, Gefühle, Erinnerungen und Hoffnungen deutlich zutage, aber erst die erklärenden und ergänzenden Anteile der Mutter als der eigentlichen Erzählerin betteten diese Ego-Dokumente in eine Erzählung ein. Aus der Ich-Perspektive heraus bot dieser Blick der Mutter auf die Entwicklung ihrer Tochter einen Blick von außen, der Ponys Erlebnisse und Verhalten in der Fremdwahrnehmung spiegelte. So lernte der Leser Pony einmal als erlebendes, fühlendes, denkendes, kreatives „inneres" Selbst in der Innenaufnahme, einmal als handelnde, kommunizierende, auf ihre Umwelt wirkende „äußere" Person in der Außenaufnahme kennen. Wie „März", so berichtete auch „Flucht in die Wolken" von einem Selbst, das mit sich selbst rang, und von den Versuchen, einen besseren Umgang mit der jeweiligen Situation zu finden. Der Kampf der Mutter spielte sich einerseits in der Familie und im direkten Kontakt

[71] Höck, Nachwort, S. 532.
[72] Höck, Nachwort, S. 542.

mit Pony ab; andererseits richtete er sich gegen eine Psychiatrie, die als wenig hilfreich wahrgenommen wurde. Die Erzählerin schildert etwa, wie sie sich auf die Suche nach Erklärungen machte, sich durch die wissenschaftliche Literatur der Psychiatrie las, immer wieder bei Freud landete, Pawlows Diktion als völlig ungeeignet empfand: „Bedingte Reflexe, Signalsystem, Stromkreis, Hemmung, Erregung, Materialismus… Mein Kind ist kein Hund. Ich will wissen, heute noch, denn morgen kann es zu spät sein, was ich ihm antworten soll, wenn es sagt: Du bist nicht meine Mutter! Soll ich sagen: Du hast einen bedingten Reflex? Oder: Du musst materialistisch denken?“[73] Die Suche nach Erklärungen für das Verhalten ihrer Tochter, die Wiedergabe psychiatrischer Theorien und die geschilderten Unterhaltungen mit Psychiatern vermittelten nicht nur die Kritik am psychiatrischen System, sondern boten einen breiten Überblick über das Feld des psychiatrischen Wissens. Hormon- und Hirnforschung, Psychologie und Psychoanalyse, Theorien von Pawlow und vom Unbewussten wurden in den Dialogen zwischen den Ärzten und der Mutter verhandelt, aber auch die psychiatrischen Behandlungsverfahren, Insulinkur, Elektroschock, Psychopharmaka und die jeweiligen Nebenwirkungen und Problematiken. Durch die ausführliche Schilderung von Gesprächen ohne letztliche Auskunft zeigte „Flucht in die Wolken“ den psychiatrischen Apparat im Bearbeiten des erkrankten Subjekts als zwar hoch produktiv, aber letztlich ohne Wissen.

Da Sibylle Boden-Gerstner alle Namen und Orte anonymisieren musste, war eine Rückführung der geschilderten Ereignisse auf die „realen“ Ärzte und Krankenhäuser nicht möglich. Im Abgleich von „Flucht in die Wolken“ mit Karl-Heinz Gerstners Autobiografie jedoch ist eine Zuordnung zumindest in Ansätzen möglich. Nachdem der Hausarzt geraten hatte, Sonja ins Krankenhaus zu bringen, hatten die Eltern sie in die Charité gebracht, wo Dagobert Müller – einer der späteren Gutachter des Manuskriptes – sie untersucht hatte. Da dieser ihren Zustand für akut – also vorübergehend – und pubertätsbedingt hielt, schickte er sie in die Herzklinik in Buch unter der Leitung von Professor Baumann, damit sie mit den dort angewandten Beruhigungstherapien behandelt werden könnte. In Buch trafen sie zwar vorerst nicht Baumann an, dafür aber den Psychologen Alfred Katzenstein, der sich umgehend um Sonja kümmerte. Nach einem Zwischenfall mit Baumann, der Sonja für psychotisch hielt, musste sie die Klinik jedoch verlassen. Katzenstein empfahl das Griesinger-Krankenhaus; aufgrund der dortigen „Irrenhausatmosphäre“ wollten die Eltern ihre Tochter dort aber nicht zurücklassen und brachten sie wieder in die Charité, wo sie längere Zeit blieb. Erst als einige Zeit später die Psychose zurückkehrte, wurde Sonja ins Griesinger-Krankenhaus gebracht.[74]

Sonja war also durchweg in den besten Krankenhäusern des Landes behandelt worden. „Flucht in die Wolken“ war so gleichzeitig Kritik an den herrschenden Verhältnissen wie Vorausnahme des sich abzeichnenden Wandels in der Psychiat-

[73] Muthesius, Flucht in die Wolken, S. 346.
[74] Gerstner, Sachlich, kritisch und optimistisch, S. 410–414.

rie: Die Odyssee durch die verschiedenen psychiatrischen Krankenhäuser und die letztlich erfolglose Suche nach einem verständnisvollen und gesprächsbasierten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren passte als Kritik an den traditionellen Behandlungsmethoden und an den institutionellen Verhältnissen gut in eine Zeit, in der auch die Psychiatrie selbst – allen voran Akteure wie Kurt Höck, Harro Wendt oder Klaus Weise – eine Wende hin zu einer subjektzentrierten und gemeindenahen Psychiatrie ansteuerte. Nach wie vor galten die Psychotherapieangebote aber nur begrenzt für Patienten mit der Diagnose Schizophrenie.

Die Besprechungen in den Medien waren in Ost- wie Westdeutschland durchwegs positiv und äußerten Betroffenheit angesichts des geschilderten Einzelschicksals. *Der Spiegel* stellte fest, „dass das Elend in der Psychiatrie gesamtdeutsch" sei, was er an der Beobachtung festmachte, dass es Ponys Eltern „trotz intensivster Bemühungen" nicht gelang, „einen Arzt aufzutreiben, der Pony anders als medikamentös behandelt hätte. Einmal als psychotisch abgestempelt, werden andere Behandlungsmethoden als unnütz angesehen." Eine Spitze gegen die sozialistische Gesellschaft konnte sich der Autor nicht verkneifen: Die Vorurteile gegenüber ehemaligen psychiatrischen Patienten seien „[i]n diesem Land, wo man offiziell daran glaubt, einen gesund funktionierenden Sozialismus geschaffen zu haben", nicht abgebaut, wohl deshalb, weil Krankheiten mit gesellschaftlichen Ursachen „nicht ins Bild" passten.[75]

Wenig überraschend, hielten sich die ostdeutschen Rezensenten diesmal mit psychiatrie- und gesellschaftskritischen Urteilen zurück und hoben stattdessen die Allgemeingültigkeit von Ponys Erfahrungen und die Tragik ihrer Lebensgeschichte hervor, so, wie es vom Verlag durch die Umarbeitungen bezweckt worden war. Ähnlich wie *Der Spiegel* anlässlich des „März"-Films beim Publikum Schmerzhaftigkeit und Scham festgestellt und eingefordert hatte,[76] so notierte nun Michael Schädlich in der *Neuen Zeit* die „wachsende[…] Anteilnahme, ja Erschütterung", mit der der Leser die Entwicklung von Ponys Lebensgeschichte begleite und erlebe: „Dass sie scheitert, ist tragisch im vollen Sinn des Wortes, es ist ein Untergang nach hartem Kampf. Tragisch besonders deshalb, weil die Mutter der rettenden Einsicht, dem richtigen Buch, dem helfenden Arzt immer nahe zu sein scheint, diese ihr aber immer wieder zerrinnen und entgleiten, die Tochter in tieferer Depression zurücklassend. Auf ihrem Leidensweg durch psychiatrische Stationen und Krankenhäuser gelingt es nicht, den einen verständnisvollen Arzt für sie zu finden, der sie auf dem schweren Weg aus den Tiefen der Krankheit in den hellen Tag des normalen Lebens begleitet. Zu viele Ärzte, zu unterschiedliche Methoden, zu wenig Kontinuität kennzeichnen die Behandlung."[77] Jedoch könne man, so räumte der Verfasser ein und zitierte einen Psychotherapeuten, wohl niemanden retten, indem man Entscheidungen für ihn treffe; man könne

[75] o. V., Deutsche Leiden, in: Der Spiegel, Nr. 30 vom 26. 7. 1982, S. 141 f.
[76] o. V., Zeit zum Leiden.
[77] Michael Schädlich, Energien für das Leben wecken. Gedanken zu dem Buch „Flucht in die Wolken", in: Berliner Zeitung, Nr. 228 vom 26. 9. 1981, S. 8.

nur „die heilende Kraft stärken, die in dem Kranken verborgen wirk[e]". Daraus leite sich für alle eine Mahnung „zur Liebe, zur Geduld, zum Verständnis für die Menschen, die dem Mädchen Pony gleichen", ab.[78] Ähnliche Töne stimmte auch Christel Berger in der *Berliner Zeitung* an, als sie die lange nach der Lektüre anhaltende Betroffenheit schilderte: „Schließlich geht es um die Art, wie wir miteinander umgehen, und darum, welche Möglichkeiten jeder von uns findet, im Leben zu bestehen."[79] Aufgrund der Verbindung von dokumentarischem Charakter und weiblichem Schicksal wurde „Flucht in die Wolken" auch des Öfteren in einem Atemzug mit Maxie Wanders Frauenprotokollen „Guten Morgen, du Schöne" genannt.[80] Auch Jahre später noch erinnerten sich Leser an das Buch als Medium der Popularisierung von Tiefenpsychologie und Psychoanalyse sowie der eindrucksvollen Darstellung individueller Angst.[81] In einer Gesellschaft, in der Psychoanalyse offiziell keine Rolle spielen durfte, markierte die Erscheinung von „Flucht in die Wolken" und seine offene Darstellung von psychoanalytischen Wissensinhalten und Deutungsangeboten am Beginn der achtziger Jahre einen deutlichen Bruch.

Eine Gemeinsamkeit von „Flucht in die Wolken" und Heinar Kipphardts Roman „März" war – neben dem jeweiligen Ende –, dass ihre Hauptfiguren als eigenständige, kreative, reflektierte, liebende und mit sich ringende Figuren agieren durften. Nicht nur in der Figur von März, sondern auch in der Figur von Pony repräsentierte sich, so ließe sich bilanzieren, „das Dysfunktionale, Zweckbefreite, Paradoxe im Handeln, Übersensible, das den subjektiven Perspektiven folgt anstatt den objektiven der Gesellschaft […]".[82] Das Scheitern des Selbst, wie es „März" und „Flucht in die Wolken" spiegelten, entsprach dem literarischen Krankheitsdiskurs der siebziger und achtziger Jahre, der „die allzu rigiden eingeschränkten Möglichkeiten zur ‚Selbstverwirklichung' als pathogen" darstellte und dabei auch auf den Rückhalt wissenschaftlicher Expertise zählen konnte.[83] Psychiatriekritik war kein nichtwissenschaftlicher Gegendiskurs zur Psychiatrie; vielmehr verschmolzen darin psychiatrische Fachliteratur, philosophische oder soziologische Auseinandersetzungen mit Geisteskrankheit und Gesellschaft sowie literarische Krankheitsdiskurse. Indem „März" und „Flucht in die Wolken" psy-

[78] Schädlich, Energien für das Leben wecken.

[79] Christel Berger, Auskünfte über ein Mädchenschicksal. Sibylle Muthesius' Buch „Flucht in die Wolken", in: Berliner Zeitung, Nr. 254 vom 28. 10. 1981, S. 7.

[80] Siehe Barbara Faensen, Erinnerung als Lebenshilfe. „Mein fremdes Gesicht" von Irene Oberthür, in: Neue Zeit, Nr. 292 vom 10. 12. 1984, S. 4, sowie Isa Speder, Bücher über alles, was alle gemeinsam angeht. Werkstattgespräch mit dem Verleger Dr. Wolfgang Tenzler, in: Berliner Zeitung, Nr. 62 vom 14. 3. 1987, S. 10. Diese Verbindung war auch bei der Manuskriptbesprechung im Verlag bereits hergestellt worden.

[81] Magret Wiek, Leserbrief: Nochmals zu Ängsten und dem Umgang mit ihnen, in: Neues Deutschland vom 10. 2. 1990, S. 4.

[82] Sabine Weingartner, Der Dichter, der Schizo, der Revolutionär. Kipphardts Selbstverständnis vor dem Hintergrund der künstlerischen europäischen Avantgarde der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts, in: Sven Hanuschek/Laura Schütz (Hrsg.), Stören auf lustvolle Weise. Heinar Kipphardt zum Neunzigsten, Hannover 2014, S. 193–208, hier S. 207.

[83] Anz, Gesund oder krank?

chiatrische Zwänge, Selbstentfremdungen, Krankheiten, Gefangenschaften, Wünsche und Hoffnungen von Betroffenen reflektierten, trugen sie zur Pluralisierung des Bedeutungskontextes von Schizophrenie bei; die traditionell Ausgegrenzten und Anderen wurden, so zeigt es die Rezeptionsgeschichte beider Werke, zu den eigentlichen Repräsentanten des Subjekts.

2. Schizophrenie als (weibliche) Selbstwerdungsgeschichte

„März" und „Flucht in die Wolken" stehen exemplarisch für die Erzählung der Psychose als unaufhaltsame Tragödie. Wie in den vorherigen Ausführungen gezeigt, wurde diese Erzählweise durchaus psychiatrie- und gesellschaftskritisch eingesetzt; in ihrem Aufbau ähnelte sie jedoch der psychiatrischen Lehrmeinung vom unaufhaltsam fortschreitenden Krankheitsprozess, die sie implizit bestätigte. Beide arbeiteten mit Zuschreibungen, wer „hinter" der Entwicklung der Krankheit stand – die Psychiatie bzw. Gesellschaft im einen Fall, der nahezu naturgesetzliche Krankheitsverlauf im anderen Fall –, während dem oder der Betroffenen die passive Rolle des Opfers – der gesellschaftlichen Umstände, der ablaufenden Krankheitsprozesse – zugeteilt wurde.

Eine differenziertere Geschichtsschreibung des Umgangs mit Schizophrenie wurde vor allem in von Betroffenen verfassten Erzählungen eingeübt. Diese hing eng zusammen mit den Deutungen der Schizophrenie, die Psychoanalyse, Daseinsanalyse und andere Strömungen in den vierziger und fünfziger Jahren entwickelt hatten. Sie begriffen Schizophrenie vor allem als eine Krisensituation des Selbst, die, unterstützt durch psychotherapeutische Begleitung und Deutung, von den Betroffenen gelöst werden konnte, und boten entsprechende *plots* an, mit denen sich schizophrene Symptome, Wahrnehmungen und Erlebnisse deuten und sinnvoll geordnet erzählen ließen. Bei der Vermittlung dieser neueren Deutungen und Perspektiven auf Schizophrenie spielten Erzählungen von ehemaligen Patientinnen über Erkrankung und Genesung eine besondere Rolle.

Ganz allgemein erlebten autobiografische Texte in den siebziger Jahren einen Aufschwung, darunter zahlreiche autobiografische Krankheits- und Lebensgeschichten. Dies lässt sich mit dem Interesse der 68er-Generation an therapeutischen Angeboten und Formen der Selbsterfahrung kontextualisieren, wonach Literatur als „Lebenshilfe fungieren sollte".[84] Die Autobiografie repräsentierte in diesem Kontext aufgrund des Zusammenfalls von erlebendem und berichtendem bzw. erzählendem Subjekt ein hohes Maß an Authentizität und psychologischem (Selbst)Verständnis. Die posthum veröffentlichte Autobiografie „Mars" (1977) des Schweizers Fritz Zorn etwa zeigte ungeschönt die Wut des an Krebs erkrankten jungen Mannes über ein sinnloses, von Depressionen beeinträchtiges, ungenutztes Leben und wurde zu einer der populärsten gesellschaftskritischen Krankheits-

[84] Anz, Gesund oder krank?, S. 65.

geschichten überhaupt. Im selben Jahr erschienen außerdem drei fiktionalisierte autobiografische Erzählungen von zum Teil schizophrenen Erfahrungen: „Hunger nach Wahnsinn" von Maria Erlenberger, „Der Mann im Jasmin" von Unica Zürn sowie „Schattenmund" von Marie Cardinal (dieses war bereits 1975 im französischen Original erschienen, 1977 lag die deutsche Übersetzung vor). Diese auffällige Häufung gibt einen ersten Hinweis auf die Bedeutung der autobiografischen Erzählung von Schizophrenie, auf die hier eingegangen wird.

Auffallend ist, dass die bekanntesten Schizophrenie-Geschichten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts von Frauen geschrieben wurden. Schon früh wurde – vor allem am Beispiel der Hysterie – darauf hingewiesen, dass Pathologisierungsprozesse und Krankheitsvorstellungen in einem bestimmten Verhältnis zu geschlechtsspezifischem Rollenverhalten und Vorstellungen von Weiblichkeit bzw. Männlichkeit standen und stehen.[85] 1985 reflektierte Elaine Showalter in ihrem grundlegenden Werk „The Female Malady. Women, Madness and English Culture" über die lange Geschichte der Verbindung zwischen Weiblichkeit und seelischen bzw. geistigen Krankheiten die gegenseitige Repräsentanz von Weiblichkeit und Wahnsinn: So wurde Wahnsinn einerseits als Unangepasstheit, Widerspruch und Rebellion wahrgenommen, andererseits aber auch als Inbegriff weiblicher, das heißt emotional-passiver und der männlichen Rationalität und Aktivität entgegengesetzter Natur.[86] Diese Tradition übrtrug sich auf die Schizophreniediagnose. Zwar war die Schizophrenie nicht wie die Hysterie per se geschlechtsspezifisch konnotiert, dennoch spielte das Geschlecht der Diagnostizierten für die kulturelle Darstellung der Schizophrenie eine wesentliche Rolle, und die Diagnose- und Behandlungssituation, in die der weibliche Körper und die weibliche Psyche gerieten, spiegelten, wie Showalter ausführt, auf spezifische Weise die unterlegene gesellschaftliche Rolle der Frau.[87]

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erlebte die „semantische Verknüpfung von Krankheit und Weiblichkeit" schließlich eine „auffällige Wiederkehr".[88] Autorinnen wie Sylvia Plath („The Bell Jar", 1963) oder Janet Frame („Faces in the Water", 1961) stellten die psychiatrischen Prozeduren und auch Schizophrenie

[85] Siehe Alan Krohn, Hysteria. The Elusive Neurosis, New York 1978; Regina Schaps, Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau, Frankfurt am Main 1983; Christina von Braun, Nicht Ich. Logik, Lüge, Libido, Frankfurt am Main 1985. Zur Geschichte der Hysterie ebenfalls Elisabeth Bronfen, The Knotted Subject. Hysteria and Its Discontents, Princeton 1998. Ein Standardwerk der jüngeren Zeit ist Nolte, Gelebte Hysterie.

[86] Elaine Showalter, The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830–1980, New York 1985, S. 3. Showalter warnte aber auch davor, dass man Wahnsinn ebenso wenig romantisieren dürfe, wie man ihn essentialisieren dürfe. Statt ihn als reine Unterdrückungsgeschichte zu lesen, seien die geschlechtskulturellen Kontexte der Definitionen und Behandlungen genau herauszuarbeiten, siehe ebd., S. 5.

[87] Showalter, The Female Malady, S. 213.

[88] Annika Nickenig, Devianz als Strategie. Aneignung und Subvertierung pathologisierter Weiblichkeit bei Autorinnen des 20. Jahrhunderts, Würzburg 2014, S. 1. Nickenig macht dies an einer Aktualisierung der Hysterie fest, bei der das Bild einer devianten Weiblichkeit in Prozessen der Aneignung und Transformation aufgegriffen wird.

selbst als extreme Form typischer weiblicher Erfahrungen dar,[89] während Doris Lessing Schizophrenie – besonders in „The Golden Notebook" (1962) – als eine Metapher des weiblichen Bewusstseins umsetzte: Die Erzählerin Anna Wulf führt verschiedene Notizbücher, die ihre verschiedenen Rollen und die verschiedenen Aspekte ihrer Persönlichkeit reflektieren; erst zum Schluss findet sie zur Einheit des goldenen Notizbuches. Aufgrund der in diesem und weiteren Werken Lessings zutage tretenden Vorstellung von Wahnsinn als „way of learning, of getting around or breaking through the paralyzing impasses of contemporary life" in eine authentischere Welt sowie als besondere Fähigkeit des weiblichen Bewusstseins beschrieb Elaine Showalter diese als literarisch-fiktionale Parallele zu den zeitgleich entstehenden Thesen R. D. Laings.[90] Diese Vorstellung und Erzählung von Schizophrenie als Auseinandersetzung mit dem eigenen Ich und der umgebenden Umwelt, die in einer Herausbildung eines stärkeren, selbstbewussteren, selbstbestimmten und authentischeren Ichs mündet, findet sich jedoch nicht nur bei Doris Lessing, sondern auch in vielen anderen literarischen Erzählungen. Dabei wandelte sich die erzählerische Auseinandersetzung von Autorinnen mit der Thematik „from deconstructive to empirical to utopian" und spiegelte damit die Entstehung eines weiblich besetzten, fiktionalen Schizophreniediskurses „by repositioning female articulation and experience of madness from marginal and silenced to central narrative positions".[91] Sich als Frau mit der Thematik des Wahnsinns auseinanderzusetzen, implizierte, die Marginalisierung des Wahnsinns und die (patriarchalen) symbolischen und kulturellen Verknüpfungen zwischen Wahnsinn und Weiblichkeit zu hinterfragen. Darüber hinaus entwickelte sich die „verrückte Frau" aber auch zu einer eigenen analytischen und repräsentationskritischen Figur, mit der sich Zusammenhänge von „Repräsentation, Geschlecht und kultureller Autorität" erschließen ließen.[92] Die literarische und autobiografische Auseinandersetzung mit dem Wahnsinn war also nicht nur ein kulturelles Phänomen, sondern ist vor dem Hintergrund des politischen und gesellschaftlichen Umbruchs einzuordnen. Im Kontext der neuen Frauenbewegung entstand eine neue Frauenliteratur, die politische, soziologische und philosophische Diskurse ebenso spiegelte wie Subjektivitätserfahrungen und die Entdeckung des eigenen Ichs.[93]

[89] Showalter, The Female Malady, S. 216–219.

[90] Showalter, The Female Malady, S. 238–241, Zitat S. 240. Siehe dazu auch ausführlicher Marion Vlastos, Doris Lessing and R. D. Laing: Psychopolitics and Prophecys, in: PMLA 91/2 (1976), S. 245–258.

[91] Monika Kaup, Mad Intertextuality. Madness in Twentieth-Century Women's Writing, Trier 1993, S. 23 f.

[92] Annette Schlichter, Die Figur der verrückten Frau. Weiblicher Wahnsinn als Kategorie der feministischen Repräsentationskritik, Tübingen 2000.

[93] Zur neuen Frauenliteratur der sechziger und siebziger Jahre im deutschen Raum siehe Sigrid Weigel, „Woman Begins Relating to Herself": Contemporary German Women's Literature (Part One), in: New German Critique/31 (1984), S. 53–94, und Sigrid Weigel, Overcoming Absence: Contemporary German Women's Literature (Part Two), in: New German Critique/32 (1984), S. 3–22. Zur neuen Dominanz von Frauenliteratur auf dem literarischen Markt Ende

Es ist aufschlussreich, diese Erzählungen zum einen auf ihre Aussagen über das schizophrene Selbst, zum anderen auf die Vermittlung von psychoanalytischem, psychiatrischem oder therapeutischem Wissen zu untersuchen.[94] An der Verbalisierung der Erfahrungen und der Darstellung der Psychose waren psychoanalytische, psychotherapeutische und psychiatrische Theorien wesentlich beteiligt: Sie lieferten die Begrifflichkeiten und Interpretationsräume, um überhaupt über Schizophrenie sprechen bzw. schreiben zu können. Gleichzeitig machten die literarischen Texte die psychotischen Erfahrungen nachvollziehbar und die erzählenden Subjekte sichtbar.[95] Wie Nikolas Rose in „Inventing Our Selves" analysiert, bot das Wissen der Psy-Disziplinen das Vokabular, die Information, die Geschichte und die Technik für das Selbstgouvernement des Individuums und die Sprache zur Selbstbeschreibung. Psychoanalyse bzw. in einem weiteren Sinn gesprächsbasierten Therapieangeboten kommt daher in modernen Gesellschaften auch eine Rolle als Technik der Selbststeuerung zu. Durch den Aufstieg der Psychoanalyse zu einer kulturellen Wissens- und Deutungsmacht gewann sie an Einfluss nicht nur auf die weibliche Sexualität, für die sie spezifische Theorien bereithielt, sondern ganz allgemein gesprochen auch auf Selbstverständnis und Selbstwerdung, auf Emanzipierung und Subjektivierung.

der siebziger Jahre und zur Präsenz von Schriftstellerinnen auf Bestsellerlisten siehe Sigrid Schmid-Bortenschlager, Emanzipation und literarischer Markt: Schriftstellerinnen auf den Bestsellerlisten. Ein Beitrag zu den amerikanisch-deutschen Kulturbeziehungen, in: Arbeiten aus Anglistik und Amerikanistik (AAA) 6/2 (1981), S. 289–300.

[94] Methodische Anhaltspunkte lassen sich dafür in Monika Kaups Studie „Mad Intertextuality" sowie in Evelyne Keitels literaturwissenschaftlicher Studie von 1986 finden, in der sie unter dem Begriff „Psychopathographien" literarische Darstellungen von Psychosen untersuchte und dabei zu dem Ergebnis kam, dass diese bei weitem nicht nur emotional an die Leserschaft appellierten, sondern durch die Darstellungsstruktur die Möglichkeit einer „Erfahrungsdimension" der Psychose anboten, die der Leser oder die Leserin in seinem oder ihrem eigenen Erfahrungsraum nicht machen konnte, vgl. Evelyne Keitel, Psychopathographien. Die Vermittlung psychotischer Phänomene durch Literatur, Heidelberg 1986. Der Begriff der Erfahrungsdimension fällt wiederholt. Um die Verbalisierung der Grenzerfahrung, wie sie die Psychose darstellt, zu schaffen, vermittelten die Texte Erfahrungen, die nicht nur aus einer „unreflektierten, naiven Umsetzung psychischer Krankheit" bestanden, Keitel, Psychopathographien, S. 16.

[95] Es geht hier also nicht darum, als „weiblich" ausgewiesene Erzählmuster, Themen, Verarbeitungen der Krankheit oder Perspektiven auszuloten, da in hohem Maße unklar ist, wie eine solche binär gedachte weibliche Erzählhaltung auszusehen haben sollte und wie der Unterschied zwischen der Konstruktion und der Subversion dieser Haltung entlarvt werden sollte, siehe dazu die Studie von Nicole Masanek, Männliches und weibliches Schreiben? Zur Konstruktion und Subversion in der Literatur, Würzburg 2005. Masanek zeigt außerdem deutlich die Widersprüche und Zirkelschlüsse auf, die entstehen, wenn die Literaturwissenschaft mit psychoanalytischen Interpretationen arbeitet, besonders bei Texten, die selbst mit dem Code der Psychoanalyse spielen, siehe dazu besonders die Auseinandersetzung mit Rita Morriens Studie „Weibliches Textbegehren", S. 154 f., sowie zum Spiel mit dem psychoanalytischen Code ebd., S. 278.

Von der Schlangengrube zum Rosengarten

Als zu Beginn der fünfziger Jahre der amerikanische Spielfilm „The Snake Pit" in den deutschen Kinos anlief, nahmen verschiedene Zeitungen dies zum Anlass, das Thema Psychiatrie näher zu beleuchten. Der *Stern* brachte 1950 eine Reportage von Michael-Heinze Mansfeld (Pseudonym von Eckart Heinze) über die Landesheilanstalt Eichberg (die 1952 einen Prozess nach sich zog, der für die Journalisten glimpflich ausging), und einen Undercover-Bericht des Journalisten Hasso Ziegler, der sich wegen angeblichem Morphinismus als Patient hatte einweisen lassen, aus den Wittenauer Heilstätten.[96] „The Snake Pit" erzählt die Geschichte einer jungen Frau, die aufgrund einer Erkrankung an Schizophrenie von ihrem Mann in die Anstalt gebracht wird. Dort wird sie erfolglos einer Elektroschocktherapie unterzogen; die Anstalt ist laut und überfüllt, die Krankenschwestern haben mehr Wärter- als helfende Funktionen. Erst der psychoanalytisch arbeitende junge Psychiater kann ihr helfen; die Geschichte endet mit ihrer Entlassung.

Reagiert wurde in der Öffentlichkeit vor allem auf die Darstellung der grausamen Anstaltsmethoden und der bedrückenden Atmosphäre einer Verwahrinstitution. In den USA nahmen insbesondere Vertreter der biologischen Richtung und Anwender der Elektrokrampftherapie den Film als Angriff auf ihre Behandlungsweise wahr, wobei sie die Angreifer nicht nur in der Reihe der Filmschaffenden, sondern auch direkt unter den psychoanalytischen Psychiatern und deren wachsendem Einfluss (der Vorsitzende der American Psychiatric Association war der psychoanalytisch arbeitende William Menninger, der Bruder von Karl Menninger) vermuteten.[97] In England griff die Zensurbehörde zur Schere und verpasste dem Film einen kommentierenden Vorspann.[98] In Deutschland reagierte der Direktor der Anstalt Gütersloh Wilhelm Schneider mit öffentlichen Führungen durch die Anstalt, die die Lage der Kranken und den Anstaltsalltag zeigen sollten; vor dem Hintergrund, dass in der NS-Zeit Anstaltsführungen durchgeführt worden waren, um der Bevölkerung eugenische Maßnahmen rechtfertigend zu verkaufen, eine eigenartige Maßnahme.[99] Nichtsdestotrotz markierte „Die Schlangengrube" einen mentalitätsgeschichtlichen Bruch in der Wahrnehmung von psychisch Kranken. Die ersten Artikel in der westdeutschen Presse nach dem Start des Films beschäftigten sich in hohem Maße mit den psychisch Kranken als „zur Identifikation einladende und bemitleidenswerte Opfer ihrer Erkrankung".[100] Auch in der ostdeutschen Presse wurden die Erschütterungen beschrieben, die der Film bei seinem Publikum auslöste: „angesichts des Furchtbaren", das dem psychiatrischen „Schreckenshaus[…]" innewohne, werde der

[96] Siehe Noack, Über Kaninchen und Giftschlangen, S. 311 und S. 317.
[97] Siehe Noack, Über Kaninchen und Giftschlangen, S. 313.
[98] Noack, Über Kaninchen und Giftschlangen, S. 313.
[99] Siehe dazu Brink, Grenzen der Anstalt, S. 376, zum Fall Corten und zu den Ereignissen um die „Schlangengrube" besonders S. 372–392.
[100] Noack, Über Kaninchen und Giftschlangen, S. 315.

Zuschauer von „der Menschheit ganzer Jammer“ ergriffen.[101] An anderer Stelle wurde jedoch auch bemängelt, dass der Film seine Kritik nicht stringent entfaltet und beispielsweise die „soziale und biologische Herkunft“ der „Irren“ nur unzureichend thematisiert habe.[102] Einen weiteren Bruch mit gängigen Vorstellungen und Wissensbeständen bedeutete die dargestellte Heilung einer Schizophrenie durch eine psychoanalytische Behandlung, die jedoch weniger thematisiert wurde als die Darstellung der „Irren“ und der psychiatrischen Anstalt selbst.

Interessanter für die Frage nach den neueren Deutungen und Erzählweisen von Schizophrenie ist jedoch der zugrundeliegende Roman, von dem der Kritiker der *Zeit* schrieb, es sei „nicht allein die präzise und feinfühlige Erzählweise“ der Autorin Mary Jane Ward, sondern auch die „fast zärtliche Güte“, ihr Witz und ihre Ironie, die aus der Hauptfigur Virginia Cunningham eine „zugleich rührende und faszinierende Gestalt“ machten.[103] 1946 im Original auf Englisch erschienen, wurde „Die Schlangengrube“ bereits 1948 in einer autorisierten deutschen Übersetzung im Zürcher Artemis-Verlag heausgebracht.[104] Beruhend auf den Erfahrungen Wards, die selbst einen mehrmonatigen Aufenthalt in einer Nervenheilanstalt hinter sich hatte, schilderte sie in fiktionalisierter Form ihre dortigen Erlebnisse, wobei sie ihre Protagonistin zu Beginn nur langsam realisieren lässt, dass sie in der Psychiatrie ist – eine Nebenerscheinung der Elektroschockbehandlung, bis die Erinnerung zurückkehrt: „Jetzt wusste sie es. Im Grund hatte sie es schon lange gewusst, aber jetzt musste sie sich endlich eingestehen, dass sie es wusste. [..] Alles wäre leichter zu ertragen gewesen, alles – außer der Wirklichkeit.“[105]

Der Roman begleitet Virginia von diesen Momenten an bis zu ihrer Entlassung als weitgehend genesen. Anschaulich werden die alltäglichen Situationen in der Klinik geschildert, die Medikamentenausgabe, das Putzen, das Essen und Schlafen, die gymnastischen Übungen und die Auseinandersetzungen mit den Schwestern und Ärzten. In diesen Szenen werden die Prozeduren und Ordnungen der Psychiatrie vermittelt, die jedoch durch Virginias ironische und distanzierte Haltung gebrochen werden; vieles erscheint ihr albern, komisch und sinnlos. Ihre Reflexionen und ihr Nachdenken über die eigene Situation spiegeln das Wissen einer „normalen“ Amerikanerin über „Verrückte“. Als sie ihre Situation begreift, durchforstet sie als Erstes gedanklich ihre Familie nach anderen Fällen: Sie weiß um das gehäufte Auftreten der Krankheit in bestimmten Familien, also die Erblichkeit. Sie erinnert sich, dass sie selbst einmal eine Novelle über den Nervenzusammenbruch eines Mannes verfasst und in diesem Kontext einige Bücher

101 o. V., Kranke hinter Gitterfenstern, in: Neue Zeit, Nr. 135 vom 14. 6. 1950, S. 2.
102 Herbert Ihering, Die Schlangengrube, in: Berliner Zeitung, Nr. 135 vom 14. 6. 1950.
103 L. H., Aufzeichnungen einer Patientin, in: Die Zeit, Nr. 48 vom 30. 11. 1950.
104 Mary Jane Ward, Die Schlangengrube. Einzige autorisierte Übertragung aus dem Englischen, Zürich 1948. 1950 erschien das Buch als Lizenzausgabe für Deutschland im Keyser-Verlag, siehe Mary Jane Ward, Die Schlangengrube, Heidelberg 1950. Im Folgenden wird zitiert nach der Ausgabe von 1978, siehe Mary Jane Ward, Die Schlangengrube, Bergisch Gladbach 1978.
105 Ward, Die Schlangengrube, S. 54.

über das Thema gelesen hat, die sie nun, nach ihren eigenen Erfahrungen, nur als „romantisch" bezeichnen kann.[106] Sie versucht, sich an die medizinischen Bezeichnungen zu erinnern, die das abbilden, worunter sie leidet, und vergleicht die Begriffe Dementia praecox und Schizophrenie, wobei sie das nahezu klassische Missverständnis des Begriffs „Spaltung" wiederholt: „Kopfleiden. Sie suchte nach wissenschaftlichen Ausdrücken. Es gab dementia praecox, aber das klang zu jung. Frühreif. Etwas anderes hieß manisch… irgendwie, aber man litt ziemlich sicher nicht an einer Manie. Es gab ferner Schizophrenie. Ein schönes Wort, so wie eine Photographie, die nicht ganz klar ist, manchmal sehr schön sein kann. Es bedeutet Bewusstseinsspaltung. […] Aber das kann nicht mein Leiden sein. Ich bin nur ich selber, Virginia Stuart Cunningham. Ich bin nur *ein* Wesen, und das hat genug für sich allein zu tragen, ich werde mich hüten, mich in zwei zu spalten!"[107]

Wie später ersichtlich wird, lautete ihre Diagnose tatsächlich auf Schizophrenie. Der Roman enthält allerdings nur wenige Schilderungen wahnhafter Zustände; es sind eher die Handlungen Virginias, die sie ihrem Umfeld als verrückt ausgewiesen haben. Deutlich wird, dass sie selbst die Initiative zu ihrer Einweisung ergriffen hat, wie sie überhaupt trotz der Passivität, die die Patientenrolle vorsieht, aktiv und handlungsorientiert präsentiert wird. Sie arbeitet sich selbst aus ihrer Erkrankung heraus, motiviert allem durch die Erfahrung, die sie macht, als sie auf die „schlimmste Station" – die titelgebende „Schlangengrube" – gebracht wird.[108] Im Anschluss erfindet sie ihre eigene Therapie, die aus selbst auferlegten Denkübungen besteht. Es ist eine besondere Ironie der Erzählung, dass Virginia das Privileg genossen hat, bei Dr. Kik in psychoanalytischer Behandlung zu sein, sich aber aufgrund der Elektroschocktherapie kaum daran erinnern kann.[109] Die Deutung von Dr. Kik, wie sie ihr von ihrem Mann übermittelt wird, läuft im Wesentlichen auf einen Schuldkomplex Virginias hinaus, weil sie nach dem Tod ihres ersten Verlobten Gordon dessen Freund Robert geheiratet hatte. Virginias Reaktion auf diese Deutung ist amüsiert bis ablehnend: Sie habe nicht gewusst, dass Dr. Kik Romantiker sei, und findet ihn „ein wenig dumm" und „vielleicht" mit einer „heimliche[n] Vorliebe für Schund".[110] Von ihr selbst wird ihre Erkrankung eher in Zusammenhang gebracht mit ihren finanziellen Sorgen sowie den gesellschaftlichen Ansprüchen, die sie als sehr hoch empfand, mit Einsamkeit und Überforderungsgefühlen. Ihre Deutung nimmt damit deutlich stärker auf die äußeren Umstände und gesellschaftlichen Erwartungen Bezug als auf die psychologischen Konflikte der ärztlichen Deutung.

Ungefähr zeitgleich mit der „Schlangengrube", aber mit einer anderen Ausrichtung und Konzeption, entstand in der Schweiz das bereits thematisierte „Tagebuch einer Schizophrenen" (Erstveröffentlichung 1950). Dieses war eigentlich, anders

106 Ward, Die Schlangengrube, S. 72.
107 Ward, Die Schlangengrube, S. 74.
108 Ward, Die Schlangengrube, S. 212.
109 Ward, Die Schlangengrube, S. 226.
110 Ward, Die Schlangengrube, S. 251.

als der Titel suggerierte, kein Tagebuch im strengen Sinne.[111] Vielmehr handelte es sich um den nach Abschluss der Psychotherapie verfassten Bericht von Marguerite Sechehayes Patientin Louisa Düss, Pseudonym in der Fallgeschichte „Renée", über ihre Kindheit, den Ausbruch der Psychose und die Erlebnisse während der Psychotherapie, der von Sechehaye mit eigenen Anmerkungen versehen herausgegeben wurde. Anders als „Die Schlangengrube" hatte das „Tagebuch" eine klare Mission. Es sollte zeigen, dass schizophrenen Patientinnen und Patienten weder ihre Intelligenz noch ihre Wahrnehmungsfähigkeit noch ihre Gefühle verloren gingen und dass ihre Persönlichkeit vorhanden und lebendig war. In der Einführung schrieb Sechehaye: „Der Schizophrene aber, auch wenn er sich in einem Zustand geistigen und physischen Verfalls befindet, der an Wahnsinn gemahnt, bleibt im Besitz einer Seele, einer Intelligenz und hat zuweilen sehr heftige Gefühle, die er jedoch nicht auszudrücken vermag. Sogar in Zeiten totaler Gleichgültigkeit oder Erstarrung, in denen er nichts mehr spürt, bleibt dem Kranken noch eine unpersönliche Hellsicht, die ihn nicht nur befähigt, wahrzunehmen, was um ihn herum vorgeht, sondern auch, sich über seinen Gemütszustand klarzuwerden. Oft ist es gerade diese äußerste Gleichgültigkeit, die ihn daran hindert, zu sprechen oder den Fragen zu antworten, die ihm gestellt werden. Aber das Registrieren dieser Tatsachen erlaubt es dem Kranken später, sich an die Etappen seiner Krankheit zu erinnern und sie gegebenenfalls zu erzählen. Und dann entdecken wir bei ihm ein ganzes Leben, bestehend aus Kämpfen, unsäglichen Qualen, armseligen Freuden, ein Gefühlsleben, das dem Anschein nach nicht zu vermuten war und das für den Psychologen äußerst aufschlussreich ist."[112]

Damit trat Sechehaye dem zu Beginn der fünfziger Jahre dominierenden Mainstream der Psychiatrie entgegen, der an den als schizophren diagnostizierten Patientinnen und Patienten bestimmte Symptome ablas und von diesen aus Rückschlüsse auf das Innenleben zog, es aber nicht für möglich hielt, ein wirkliches Gespräch mit ihnen zu führen. Sechehaye differenzierte zwischen der Wirkung, die die Patientin oder der Patient auf seine Umwelt haben mochte, und dessen eigener Wahrnehmung, und wies darauf hin, dass die Patientin oder der Patient nach wie vor ein wahrnehmendes und fühlendes Subjekt sei.[113] Die in der Diagnosestellung und den psychiatrischen Prozeduren objektivierten Patientinnen und Patienten sollten als Subjekte sichtbar werden. Mehr noch: Sie sollten den Psychologinnen und Psychologen von ihren Erfahrungen berichten, und diese sollten ihnen zuhören und daraus lernen.

111 Darauf hatten bereits Walter Bräutigam und Christian Müller hingewiesen, als sie einige berühmte Schizophreniediagnosen überprüft hatten, siehe Kapitel II.3. und Bräutigam/Müller, Zur Kritik der Schizophreniediagnose, S. 345.

112 Marguerite Sechehaye, Tagebuch einer Schizophrenen. Selbstbeobachtungen einer Schizophrenen während der psychotherapeutischen Behandlung, Frankfurt am Main 1975, S. 7 f.

113 Seine Affektivität sei beeinträchtigt, aber nicht seine Intelligenz. Sie verglich ihn mit einer Filmkamera, die alles registriere, was um ihn herum geschehe, vgl. Sechehaye, Tagebuch einer Schizophrenen, S. 9. An einer anderen Stelle betonte sie das „Kinohafte" von Renées Wahrnehmung.

Die Geschichte, wie sie Renée chronologisch erzählt, weist schon sehr früh Irritationen auf. Nach einem Ehebruch des Vaters treten Irrealitätsgefühle auf und sie verliert zunehmend ihren „Sinn fürs Praktische". Bis zu Beginn der Psychoanalye kämpft sie stark mit sich selbst und den entgleitenden Gefühlen, insbesondere einer zunehmenden und bedrohlichen Angst. Auch mit Beginn der Psychoanalyse hält dieser Kampf gegen die Angst und zunehmend gegen den Wahnsinn weiter an; sie wähnt sich in einer Wüste der Einsamkeit.[114] Alles scheint ihr künstlich, verlogen, falsch, theater- und komödienhaft, auch sie selbst fühlt sich verlogen und falsch. Das „System" erteilt ihr Befehle, wie beispielsweise, sich zu verbrennen, und schickt sie damit in unlösbare Dilemmata, die eine schreckliche Angst bei ihr auslösen.[115] In den Schilderungen des Wahnsinns verliert die Erzählerin kaum Worte über mögliche Deutungen, sondern verweilt in der Schilderung des Erlebten. Der Erzählbogen, der sich durch den ganzen Text spannt, ist der Kampf gegen die Irrealität, die sie schließlich ertragen und akzeptieren lernt, womit sie nach und nach die Realität zurückgewinnt. Auf dem Weg dorthin schwankt sie zwischen Momenten der Wehrlosigkeit und der starken Erregung, wünscht sich Hilfe, sieht aber keinen Ausweg. Einen Zusammenbruch beschreibt sie folgendermaßen: „Ganz plötzlich nahm der Gleichgültigkeitszustand, in dem ich bisher lebte, ein Ende, und an seine Stelle trat eine heftige, innere und äußere Erregung. Ich fühlte mich gedrängt, aufzustehen und herumzulaufen. Es war mir unmöglich, im Bett zu bleiben. Ich machte drei Schritte vorwärts, drei Schritte rückwärts und sang dabei in einem fort ein Requiem; dieser motorische Automatismus ermüdete mich sehr, und in meinem Innern wünschte ich, man würde mir helfen, ihn zu unterbrechen. Allein gelang es mir nicht. Denn ich fühlte mich gezwungen, jene Schritte zu vollführen, und wenn ich einige Augenblicke innehielt, fühlte ich mich schuldig. Im Übrigen hatte ich, sobald eine Handlung automatisch wurde, ein Schuldgefühl, wenn ich sie unterbrechen wollte. Doch niemand konnte ahnen, dass ich gerne aufhören wollte, denn wenn mich jemand an meinen stereotypen Gesten hinderte, fing ich kurz darauf nur um so heftiger wieder an."[116] Sie wirft Gegenstände in die Ecke des Raums, wo sie „das System" vermutet, hört lauten Lärm in ihrem Inneren, sieht Personen vorbeiziehen, verletzt sich selbst, schreit mitunter stundenlang. Diese Innenperspektive eines Verhaltens, das sonst nur durch psychiatrische Beschreibungen bekannt war, gab einem Symptom eine subjektive Empfindung.

Nach ihrer Entlassung vergeht einige Zeit, bis die Analyse fortgesetzt wird. Dann jedoch wird ein entscheidender Durchbruch erzielt, als ihre Analytikerin, die sie „Mama" nennt, ihr ein kleines Äffchen gibt, das symbolisch zu Renées „Doppelgänger" wird. Diese Entdeckung der Funktion von Symbolen lenkt die weitere Therapie. Renée wird in einer regressiven Phase nochmals zum Kind, und „Mama" übernimmt die Funktion, Sicherheit zu spenden und sie in der Realität

[114] Sechehaye, Tagebuch einer Schizophrenen, S. 31 f.
[115] Sechehaye, Tagebuch einer Schizophrenen, S. 43.
[116] Sechehaye, Tagebuch einer Schizophrenen, S. 70.

zu verankern. Zusätzlich gelingt es Renée über Verfremdungserfahrungen, die Realität ihres Körpers anzuerkennen und ihn sich anzueignen. Sie lernt, ihre Persönlichkeit abzugrenzen und sich mit ihrem Körper zu personifizieren, Körper und Geist wieder zu vereinigen.[117]

Das „Tagebuch einer Schizophrenen" zeigte ein erlebendes, wahrnehmendes, fühlendes und mit seiner Umwelt korrespondierendes schizophrenes Ich. Dabei ist Renées Erzählung vor allem der Darstellung ihrer Erfahrungen verpflichtet, die Deutungen und Analysen ihrer Handlungen und Gefühle bleiben Sechehaye vorbehalten. Daraus lassen sich zweierlei Schlüsse ziehen. Zum einen existierte die Form der psychobiografischen Erzählung noch nicht in der Form, wie spätere Erzählungen – wie beispielsweise „Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen" oder „Die Reise zum Morgenstern" – sie aufweisen, wo Psychowissen und eigene Erfahrungen ineinander übergeblendet werden und die Grenzen zwischen Fachwissen und Selbstwissen verschwimmen. Im „Tagebuch einer Schizophrenen" ist die Trennung zwischen der Erzählung der Schizophrenen und der Deutung durch die Analytikerin intakt, und der Fokus der Erzählung liegt weniger auf der Erklärung der Erlebnisse als vielmehr auf den Erlebnissen, Gefühlen, Wahrnehmungen und Gedanken selbst. Zum anderen ermöglichte die Differenzierung zwischen Renées Erzählung und Sechehayes Deutungen aber auch die Präsentation eines neu gewonnenen Wissens um psychotherapeutische Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten. Sechehayes Bericht von der Analyse beschrieb die Probleme und Besonderheiten, denen sie im Laufe der Behandlung begegnet war, und etablierte „den Fall Renée" als Fall einer bis dahin nicht für möglich gehaltenen Heilung einer Schizophrenen durch psychoanalytische Verfahren. Zusammen ergaben Renées Erzählung und Sechehayes Behandlungsbericht die neue Erzählweise von Schizophrenie: die Erzählung der im Wahnsinn gemachten Erfahrungen durch das Subjekt, das diese Erfahrungen gemacht hatte; und die Erklärung dieser Erfahrungen, also die Einbettung in einen logisch und interpretatorisch zugänglichen Kontext, durch die Analytikerin. Die Geschichte ist die einer Selbstwerdung, die von der Therapeutin begleitet und angeleitet wurde. Dahinter stand die Vorstellung, dass das Ich aufgrund des Mangels an Mutterliebe in einem infantilen Stadium stehengeblieben sei und die Entwöhnung von der Mutter nicht akzeptieren konnte.[118] Nachdem das Ich regressiv bis an seinen Ursprung zurückgeführt worden war, konnte es mit seiner Rekonstruktion beginnen und sich selbst und das Universum neu ausarbeiten.[119]

Im Jahr 1964 erschien in den USA ein Roman über eine psychoanalytische Behandlung, der wie „Die Schlangengrube" in seiner Verfilmung von 1977 ein Welterfolg werden sollte: „I Never Promised You a Rose Garden". In einer deutschen Übersetzung wurde das Buch unter dem Titel „Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Bericht einer Heilung" 1973 im Stuttgarter Radius-Verlag

[117] Sechehaye, Tagebuch einer Schizophrenen, S. 105 f.
[118] Siehe Sechehaye, Tagebuch einer Schizophrenen, S. 111 f.
[119] Sechehaye, Tagebuch einer Schizophrenen, S. 142.

veröffentlicht.[120] Rasch gingen die Zahlen der gedruckten Bücher in die Hunderttausende.[121] Unter dem Pseudonym „Hannah Green" beschrieb die ehemalige Chestnut-Lodge-Patientin Joanne Greenberg darin in fiktionalisierter Form ihre schizophrene Erkrankung und die psychotherapeutische Behandlung, die keine Geringere als Frieda Fromm-Reichmann vom Eintritt Greenbergs im September 1948 bis zu ihrer Entlassung im Jahr 1953 durchgeführt hatte. Die Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin war besonders; Frieda Fromm-Reichmann hielt Joanne Greenberg für eine außergewöhnliche, kreative und begabte Patientin, um deren Behandlung sie sich daher intensiv bemühte.[122] Als „I Never Promised You a Rose Garden" 1964 in den USA erschien, sieben Jahre nach dem Tod von Frieda Fromm-Reichmann, wurde es – obwohl die Kritiken durchwachsen ausfielen – innerhalb weniger Jahre zu einem Millionenbestseller und in Dutzende von Sprachen übersetzt. Wie die Biografin von Frieda Fromm-Reichmann, Gail Hornstein, hervorhebt, ist es vor allem die ausbalancierte Erzählweise, die das unter der Oberfläche im Inneren der Protagonistin verborgene Chaos auf eine Art und Weise schildert, in der es verständlich und nachvollziehbar scheint und zu einer Identitfikation mit der Hauptperson führt. Der Wahnsinn, so machte es den Anschein, war nicht das Entgegengesetzte der Vernunft; er hatte vielmehr seine ganz eigene Logik und seinen ganz eigenen Sinn. Gerade dass es Fiktion und nicht Autobiografie – also die Geschichte von einem konkreten anderen Selbst – war, erleichterte es, sich auf die Geschichte einzulassen und ihr zu folgen.[123] Die unklare und geheimnisvolle Identität der Autorin jedoch nährte in der Öffentlichkeit und unter der Leserschaft auch vielfältige Spekulationen. In zahlreichen Leserbriefen schütteten mit Schizophrenie diagnostizierte Frauen und Männer, Patientinnen und Patienten, aber auch der Psychiatrie fernstehende Personen ihr Herz aus, bis sich Joanne Greenberg schließlich für die Aufgabe des Pseudonyms entschied.[124]

Die erzählte Geschichte in „Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen" erstreckt sich vom Eintritt der Protagonistin Deborah Blau in die psychiatrische Klinik bis zu ihrer Genesung und dem langsamen Wiedereintritt in die Gesellschaft. Durch den Wechsel der Perspektiven zwischen Deborahs Eltern, Jacob und Esther Blau, der Therapeutin Dr. Fried und Deborah Blau selbst entsteht ein viel-

[120] Siehe Hannah Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Bericht einer Heilung, Stuttgart 1973. Im Folgenden wird zitiert aus der Ausgabe von 2000. Siehe für einen Überblick über den Kontext des Buches Svenja Hein/Dominik Groß/Jean-Philippe Ernst, US-amerikanische Psychiatriegeschichte im Spiegel des Romans „I Never Promised You a Rose Garden" von Joanne Greenberg, in: Dominik Groß/Axel Karenberg/Stephanie Kaiser/Wolfgang Antweiler (Hrsg.), Medizingeschichte in Schlaglichtern. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker", Kassel 2011, S. 303–328.

[121] Vgl. die bei Rowohlt erschienene Ausgabe von 1979 mit 116.–165.Tsd. gedruckten Exemplaren, Hannah Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Bericht einer Heilung, Reinbek bei Hamburg 1979. Die Neuausgabe im Jahr 2000 zählte 902.–916.Tsd. Stück.

[122] Hornstein, To Redeem One Person Is to Redeem the World, S. 223–238.

[123] Hornstein, To Redeem One Person Is to Redeem the World, S. 345–382, v. a. S. 346–348.

[124] Hornstein, To Redeem One Person Is to Redeem the World, S. 357. Zu den überwältigenden Leserbriefen und Rückmeldungen siehe ebd., S. 360–367.

seitiger Blick auf die Erkrankung. Während Deborahs Erzählabschnitte ihr Erleben und Leben in einer anderen, von ihr imaginierten und im Wahn realen Welt Yr schildern, beschreiben die Passagen aus der Perspektive von Dr. Fried ihren professionellen, aber auch mitfühlenden Blick auf Deborah sowie ihre Deutungen der Erkrankung. Große Teile des Romans nimmt die ausführliche Wiedergabe des therapeutischen Gesprächs ein. Dieses ist gekennzeichnet durch die einfühlsame Haltung der Therapeutin, aber auch ihre klare Positionierung im Kampf um Deborahs Gesundheit gegen die Mächte in deren Welt Yr. Das Ringen zwischen Deborahs imaginierten Yr-Figuren und der Therapeutin Dr. Fried bestimmt auch das Gelingen bzw. die Probleme des therapeutischen Gesprächs: Gewinnen die Regeln von Yr und die Bedrohlichkeit seiner Herrscher die Oberhand, zieht sich Deborah in sich zurück, sieht Dr. Fried hinter Gittern, bricht den Kontakt ab. Deborah ist in diesem Kampf jedoch keineswegs ein passives Objekt; wiederholt wird darauf hingewiesen, dass es ihre eigene Entscheidung sei, ob sie gesund werden oder weiter in Yr bleiben wolle. Dem therapeutischen Gespräch kommt daher ausschließlich die Funktion zu, die Krankheit zu erklären, nicht aber, sie abzunehmen.[125] Im Lauf der Therapie lernt Deborah daher vor allem, Autonomie zu entwickeln, Entscheidungen zu treffen und Herausforderungen anzunehmen, eine zu Beginn noch bedrohliche Vorstellung.[126] Am Schluss des Romans hat sie ihre Entscheidung schließlich getroffen, „trotz allem" – ihrer Kindheit, Hitler, der Atombombe – will sie wieder zur Welt gehören: „Ich werde zur Welt halten. Voll und ganz. Auf Wiedersehen, Vogelwesen. Auf Wiedersehen also, Anterrabae. Auf Wiedersehen, Yr."[127]

Durch die Wiedergabe der Gespräche zwischen Therapeutin und Patientin vermittelte „Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen" Wissen über gesprächsbasierte psychotherapeutische Verfahren. Im Nachdenken von Dr. Fried über die methodische Gestaltung der Therapie und die Hintergründe von Deborahs Erkrankung präsentierte es den psychotherapeutischen Denkstil mit seiner Durchdringung der Patientenbiografie hinsichtlich familiärer und emotionaler Konflikte. So ist für Dr. Fried gleich zu Beginn der Therapie die Einschätzung wichtig, „ob Deborahs Mutter während dieser Behandlung Verbündete oder Feind sein würde. Viele Eltern sagten – und glaubten sogar daran –, dass sie für ihre Kinder Hilfe wünschten, aber nur, um direkt oder indirekt deutlich zu machen, dass ihre Kinder Teil eines geheimen Plans seien, die Eltern zu ruinieren. Die Unabhängigkeit eines Kindes ist für das wackelige Gleichgewicht einiger Eltern ein zu großes Risiko."[128] Ihr Ansatz geht nicht von kausallogischen, eindeutigen Ursachen aus, sondern verfolgt vielmehr eine multiperspektivische Wahrheitssuche, die jedem Familienmitglied seine eigenen Erfahrungen zugesteht.[129] Deborahs Eltern

[125] Hannah Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Bericht einer Heilung, Reinbek bei Hamburg 2000, S. 121.
[126] Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen, S. 132.
[127] Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen, S. 280.
[128] Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen, S. 32.
[129] Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen, S. 33.

werden als verzweifelte, von Selbstvorwürfen gepeinigte Menschen geschildert, womit einseitige Schuldzuweisungen und Erklärungen im Sinne der „schizophrenogenen Mutter" vermieden werden. Stattdessen wird die Verstrickung der gesamten Familie in einen Kosmos von Unterdrückung und Ausgrenzung, von Bemühungen um Integration, Anerkennung und Selbständigkeit sowie nicht ausgesprochener Ängste deutlich. Durch den Hintergrund der jüdischen Religionszugehörigkeit der Familienmitglieder weist diese Erfahrung zudem über die private Dimension auf eine gesellschaftliche Problematik und historische Erfahrung hinaus, die Deborahs Geschichte einbettet und kontextualisiert.

Neben dem Aufspüren familiärer Konflikte gilt Dr. Frieds Bemühen dem Entdecken von Deborahs Lebensgeschichte und von Ereignissen, die Auskunft über die Gründe der Erkrankung geben. Dabei hat es stets den Anschein, dass die Therapeutin nur das ans Tageslicht holt, was Deborah bereits selbst spürt, aber nicht mitteilen kann. So wird bereits beim Krankenbericht über Deborahs erstes Gespräch mit einem Arzt in der Klinik deutlich, dass Deborah die als traumatisch empfundene Erfahrung einer Operation im Alter von fünf Jahren für das Verständnis ihrer jetzigen schizophrenen Erkrankung für wichtig erachtet. Im Gegenteil zum Urteil des Psychiaters, der keinen Bezug erkennen wollte,[130] werden die Erfahrungen und die Verknüpfungen, die sie zwischen ihnen herstellt, in der psychotherapeutischen Situation akzeptiert und emotional gespiegelt. Nach und nach arbeitet das therapeutische Gespräch heraus, wie Deborahs imaginäre Welt entstehen konnte. Antisemitische Angriffe im Sommercamp, so die vermittelte Erklärung, aber auch Berichte über den Holocaust zeigten ihr eine furchteinflößende Realität und veranlassten sie zum Rückzug in ihre eigene Welt, die jedoch im Lauf der Zeit mehr und mehr bedrohliche Züge annahm und durch ein eigenes Regelwerk die Kontrolle über sie und ihr Leben zu übernehmen suchte.[131] Der Aufbau von Wahnwelten, den Deborah vornahm, ist im psychotherapeutischen Verständnis der Ausdruck einer Sehnsucht nach Leben und eine Überlebensstrategie in einer Welt voller Angst und Terror.[132] Deborahs Rückzug von der Welt

[130] Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen, S. 16.

[131] Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen, S. 249. Die Erfahrung des Antisemitismus gilt auch für die Person der Dr. Fried, in deren Erinnerungen die Emigration aus dem nationalsozialistischen Deutschland einen großen Platz einimmt. Wie die Familie von Deborah trägt sie die Erfahrung von Flucht und Vertreibung in sich, hat daraus aber für sich die Erkenntnis gezogen, dass Normalität und Irrsinn nicht an der Grenze der Anstalt entlang verlaufen: „Sie arbeitete gern mit Patienten. Gerade durch ihre Krankheit wurden diese dazu gebracht Normalität einer Prüfung zu unterziehen, wie es nur wenige ‚normale' Leute konnten. Sie waren von Liebe, Anteilnahme und schlichter Kommunikation abgeschnitten und sehnten sich oft mit einer unverfälschten Leidenschaft danach, die sie persönlich als etwas Wunderbares empfand. Manchmal, dachte sie kläglich, ist die Welt so viel kränker als die Insassen dieser Anstalten. Sie erinnerte sich an Tilda, in der Klinik in Deutschland, damals, als auf der anderen Seite der Klinikmauern Hitler war. Und nicht einmal sie konnte sagen, welche Seite normal war." Ebd., S. 15. Bedenkt man, dass Greenberg am Manuskript arbeitete, während gleichzeitig der Eichmann-Prozess stattfand, erhält die Ausgestaltung des antisemitischen Motivs eine besondere zeitgeschichtliche Bedeutung.

[132] Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen, S. 66.

wird als „Tarnung“ erklärt, die sie gewählt hatte, um sich nicht mit der Wahrheit über sich selbst und über ihr Umfeld auseinandersetzen zu müssen.[133] Erst durch die Anwesenheit der Therapeutin und deren Gegenposition zu Deborahs Wahnwelt gelingt es Deborah, ihren Erfahrungen und Gefühlen ins Gesicht zu blicken; sie lernt, diese zu akzeptieren und zu integrieren, und entwickelt dadurch Stabilität und die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen.

Den hier vorgestellten autobiografischen bzw. autobiografisch beeinflussten Erzählungen von Schizophrenie waren verschiedene Aspekte gemeinsam, die sich entlang der Kategorien Wissen und Subjekt auffächern lassen. Sie vermittelten ein Wissen von psychoanalytischen Techniken und Ansätzen, die in der Anwendung an einem konkreten Subjekt sichtbar und beobachtbar gemacht wurden. Durch die Verbindung eines psychotherapeutisch bereitgestellten Wissens und der psychoanalytischen Deutung wurde ein Moment der „Wahrheit“ konstruiert, in dem Schizophrenie in ihre Zusammenhänge eingeordnet werden konnte: als Flucht, als Maske oder als Überlebensstrategie. Der Einfluss des psychotherapeutischen Wissens wurde dabei in unterschiedlichen Graden offengelegt. Während in „Die Schlangengrube“ die Skepsis gegenüber der Psychoanalyse dominierte und das Selbst seine Stärke allein aus sich selbst zog, wurde im „Tagebuch einer Schizophrenen“ ein analytisches Setting gezeigt, in dem das Selbst durch ein spezifisches Repertoire an Verhaltens- und Deutungsweisen (vor allem Regression und Symbolismus) an der Überwindung des Wahnsinns und der Neuerschaffung einer stärkeren Persönlichkeit mitarbeitete. In „Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen“ schließlich wurde die therapeutische Intervention erst durch die Schilderung der therapeutischen Gespräche und der Gefühle, die sie bei Deborah auslösen, beobachtbar gemacht. Gemeinsam war ihnen die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Rollenerwartungen und soziokulturell erwünschten Gefühls- und Verhaltensweisen, ebenso wie der Selbstentwurf als Subjekt, das eigene Deutungen entwickelte, Entscheidungen fällte und Eigensinn bewies. Auch die Rolle von Psychoanalyse und Psychotherapie fügte sich als Angebot, in einem Prozess der „Nachreifung“ emotional souverän und erwachsen zu werden, in die Geschichte der Selbstfindung ein. Die Erfahrung des schizophrenen Zusammenbruchs bedeutete in diesen Berichten eben nicht ein unaufhaltsames Abgleiten der Betroffenen in den Wahnsinn, sondern wurde vielmehr zum Ausgangspunkt einer tiefen Selbstreflexion, an deren Ende Selbsterkenntnis und Genesung in eins fielen.

Die Kronzeugin der Antipsychiatrie: Mary Barnes

„Die Schlangengrube“, das „Tagebuch“ und „Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen“ bilden gewissermaßen die Vorläufer der in den siebziger Jahren ansteigenden Beschäftigung mit dem eigenen Wahnsinn, wie sie in ihrer radikalsten Form von der britischen Künstlerin Mary Barnes, „Patientin“ in Ronald D. Laings

[133] Green, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen, S. 89.

Kingsley Hall, betrieben und beschrieben wurde. Die Geschichte von Mary Barnes ist eines der bekanntesten Beispiele für die Wandlung „from patients to persons", die Janet Vice beschrieben hat.[134] Thomas Szasz schrieb über sie in seinem Buch „Schizophrenie", sie sei das für die Antipsychiatrie, was der Wolfsmensch für die Psychoanalyse gewesen sei.[135]

Tatsächlich wird Mary Barnes und ihre gemeinsam mit dem Psychiater Joe Berke verfasste autobiografische Schrift „Two Accounts of a Journey through Madness"[136] vor allem im Kontext der „Antipsychiatrie" und als Beispiel für das – je nach Standpunkt unterschiedlich beurteilte – Gelingen oder Nichtgelingen der Umsetzung der „antipsychiatrischen" Vorstellungen gesehen.[137] „Meine Reise durch den Wahnsinn", so der Titel der 1973 erschienenen deutschen Übersetzung, lieferte eine literarische Umsetzung der von Laing entwickelten Theorie, in der Psychose kämpfe ein Ich um sein wahres Selbst, während es sich zugleich als falsches, von seinem Körper abgetrenntes Selbst empfinde.

Bereits seit längerer Zeit war Ronald D. Laing auf der Suche nach einem geeigneten Ort für die Form therapeutischer Gemeinschaft gewesen, die ihm vorschwebte. Als die von ihm und anderen Psychiatern zum Zweck der Schaffung therapeutischer Gemeinschaften gegründete Philadelphia Association das heruntergekommene Gebäude mit dem Namen Kingsley Hall zum 1. Juni 1965 zur Miete übernahm, war Mary Barnes mit ihrem Einzug im Juli eine der ersten Bewohnerinnen.[138] Seit ihrem ersten Kontakt zu Laing waren damals bereits fast zwei Jahre vergangen. Sie hatte Laing kennen gelernt, als sie auf die Suche nach einem Analytiker für ihren ebenfalls an Schizophrenie erkrankten Bruder Peter und sich selbst gegangen war. Beide hatten zu diesem Zeitpunkt bereits Aufenthalte in Nervenkliniken hinter sich. Zeitweise hatte Mary außerdem zurückgezogen in einem Kloster in Wales gelebt und dort von einer der Schwestern den Rat bekommen, sich in analytische Behandlung zu begeben, was Mary jedoch für ausgeschlossen hielt.[139] Die fortschreitende Erkrankung ihres Bruders hatte sie schließlich so sehr beunruhigt, dass sie begonnen hatte, nach weiteren therapeutischen Angeboten abseits der psychiatrischen Klinik zu suchen und sich intensiv mit Schizophrenie und der Möglichkeit zu psychoanalytischen Behandlungen auseinanderzusetzen; sogar Anna Freud, Sigmund Freuds Tochter, hatte

134 Janet Vice, From Patients to Persons. The Psychiatric Critiques of Thomas Szasz, Peter Sedgwick, and R. D. Laing, New York 1992.

135 Szasz, Schizophrenie, S. 67.

136 Mary Barnes/Joe Berke, Two Accounts of a Journey through Madness, London 1971.

137 Zu einer Einordnung vor dem Hintergrund der Antipsychiatrie siehe Svenja Hein/Dominik Groß/Jean-Philippe Ernst, Die „Antipsychiatrie" der 1960er und frühen 1970er Jahre im Spiegel der Autobiographie „Meine Reise durch den Wahnsinn" von Mary Barnes, in: Axel Karenberg/Dominik Groß/Mathias Schmidt (Hrsg.), Forschungen zur Medizingeschichte. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker", Kassel 2013, S. 321–350, zur kritischen Verwendung des Begriffs Antipsychiatrie siehe insbesondere S. 334.

138 Siehe Burston, The Wing of Madness, S. 77–81.

139 Mary Barnes, Meine Reise durch den Wahnsinn. Aufgezeichnet von Mary Barnes und kommentiert von ihrem Psychiater Joseph Berke, München 1973, S. 49.

sie kontaktiert, die ihr allerdings abschlägig geantwortet hatte.[140] Über James Robertson, einen an der Tavistock Clinic in London tätigen Psychoanalytiker und Mitbegründer der Bindungstheorie, gelangte sie schließlich an die Adresse von Laing. Zur Vorbereitung des Termins las sie „The Divided Self" und malte sich die therapeutische Situation akribisch aus: „Analytiker hatten eine Couch. Ich würde mich darauf legen. Ich würde oft hingehen. Ich würde regelmäßig Sitzungen haben. Er würde mich heilen. Ich würde ihm alle meine Gedanken anvertrauen. So wie sie kamen, alles, was in meinem Kopf vorging, würde ich sagen. Ich hatte viel darüber gelesen, wie man erzählen musste. Ich holte hervor, was ich je erlebt hatte. Alles, dessen ich mich schämte oder vor dem ich mich fürchtete, musste ich erzählen. Alles, über das ich zornig war, meine ganze Eifersucht, über die ich nicht nachdenken sollte."[141] Mit derselben Entschlossenheit begab sie sich in die therapeutische Behandlung im Richmond Fellowship Hostel, in dem Laing ihr einen Platz verschafft hatte, musste die Behandlung aber bald wieder abbrechen; Laing stellte ihr einen Platz in seiner neuen therapeutischen Gemeinschaft in Aussicht, wenn sie lange genug warten und durchhalten würde.

Die anschließenden Monate schildert Mary Barnes als einen einzigen Kampf gegen den völligen Ausbruch des Wahnsinns, bei dem ihr allein ihr Wunsch half, von Laing behandelt zu werden. Sie wusste schon vor der Behandlung, was bei einer Analyse von ihr erwartet werden würde, und verhielt sich dementsprechend. Ihre Lebensgeschichte beschrieb sie geprägt von unterdrückten und verleugneten Gefühlen, aber auch von Befreiung, Selbstakzeptanz und Erlösung. Sie beginnt in einer scheinbar ganz normalen, glücklichen und „abnorm nett[en]"[142] Familie mit mehreren Kindern, aus der aber schon bald ihr Bruder durch seine Erkrankung herausgelöst wurde: „Die übrige Familie galt als normal. Er war verrückt."[143] Kingsley Hall beschreibt sie als einen Ort, an dem sie sich ohne Widerstand dem Wahnsinn überlassen und „nach unten gehen" konnte, ihr Bild für ihre Rückkehr in die Kindheit, welche die Voraussetzung für ihren inneren Reifungs- und Selbstwerdungsprozess wurde. Unterstützt wird sie dabei von Joseph Berke, einem Psychiater und während Marys gesamter Zeit in Kingsley Hall ihr ständiger Begleiter, von dem auch die ergänzenden und erläuternden Passagen stammen, die Marys Bericht in drei Teilen unterbrechen: Ihre Lebensgeschichte bis zum Eintritt in Kingsley Hall im Alter von 42 Jahren, die Jahre „unten", also die Zeit des Wahns, und die Jahre „oben" ab 1968, als sie von der regressiven Phase überwechselt in ein produktives Künstlerleben. Wenn Marys Erzählung ihr

[140] Barnes, Meine Reise durch den Wahnsinn, S. 50 f. Anna Freud (1895–1982) war seit den zwanziger Jahren als Psychoanalytikerin tätig und hatte 1936 mit dem Buch „Das Ich und die Abwehrmechanismen" eine wichtige Arbeit der Ich-Psychologie veröffentlicht. 1938 emigrierte sie nach London und leitete ab 1952 die Hampstead-Klinik. Anna Freud vertrat nach Sigmund Freuds Tod eine Richtung der Psychoanalyse, während Melanie Klein und die Objektbeziehungstheorie für eine andere standen, siehe Ermann, Psychoanalyse in den Jahren nach Freud, S. 53–58.

[141] Barnes, Meine Reise durch den Wahnsinn, S. 52.

[142] Barnes, Meine Reise durch den Wahnsinn, S. 14.

[143] Barnes, Meine Reise durch den Wahnsinn, S. 16.

eigenes Wissen und ihr Verständnis ihrer Schizophrenie und die Therapie vermittelt, so stützen Berkes Ausführungen Marys Erzählung nochmals mit einer psychiatrischen Perspektive.

Zwar wollte das Miteinander in Kingsley Hall keine Hierarchien und Rollen, es sollte keine Patienten und keine Psychiater geben. Diese Vorstellung war aber auch unter den Mitarbeitern weder unumstritten noch einfach umzusetzen. In Berkes Bericht wird deutlich, dass die Begegnung zwischen den „Gesunden" und den „Schizophrenen" zwar auf psychiatrische Prozeduren verzichtete, dass sie aber deswegen nicht auf eine spezifische Wahrnehmung und Deutung von Schizophrenie verzichtete. Kingsley Hall und die dortigen Psychiater verband ein anderer Denkstil als die medizinischen Psychiater, woraus sich ein anderes Set von Techniken und Verfahren im Umgang mit einer Person wie Mary Barnes ergab. Wie dieses Setting aussah, wird dort ersichtlich, wo die Berichte von Joseph Burke und Mary Barnes auf dieselben Begebenheiten rekurrieren. Als beispielsweise Mary ihr Bett, die Wände und sich selbst mit Kot beschmiert, folgt sie einem aus ihrer Sicht normalen und verständlichen Impuls, und die Reaktionen ihres Umfelds und von Joe werden von ihr als Signal der (Selbst-)Akzeptanz gedeutet. Diese Wahrnehmung wird durch Berkes Bericht gebrochen, der einen Akt der Selbstüberwindung beschreibt, basierend auf der Überzeugung, dass es für Mary wichtig sei, nicht verstoßen zu werden.[144] Als therapeutische Technik wurde ein größtmögliches Bemühen um Verständnis und Akzeptanz eingesetzt, wobei davon ausgegangen wurde, dass dies das Gefühl sei, das Mary fehlte und das sie deshalb vermittelt bekommen musste.

Während Marys Erzählungen von ihren Zeiten „unten" die von ihr empfundene Normalität des Wahnsinns vermitteln, enthalten die Passagen von Joe Berke Erklärungsansätze und Deutungen von Marys Verhalten und Empfindungen – eine Teilung, die auch in Sechehayes „Tagebuch" vorgenommen worden war. Die irrationalen Verhaltensweisen wurden in diesen Passagen rational erklärt. Als Ursachen der Schizophrenie wurden nicht zugelassene oder nicht aufgelöste Gefühle beschrieben; die Schizophrenie selbst beschrieben beide als Phase der Regression, in der Mary eine positive Beziehung zu sich selbst aufbaute: „Aber ganz gleich, von wo aus man das Leben Marys betrachtet und welche Worte man benutzt, um zu beschreiben, was sie durchgemacht hat, immer wird deutlich, dass *ihre Geschichte nicht unverständlich ist*. Marys Handlungen, die dem uninformierten Beobachter ziemlich bizarr erscheinen mögen, beweisen sowohl innere Logik als auch äußere Voraussagbarkeit, wenn man sich einmal der Mühe unterzogen hat, Mary richtig kennenzulernen, ihre Geschichte, ihre Erfahrungen, ihren Freundeskreis und ihre Verwandten."[145]

Auch wenn Mary Barnes' Geschichte einen freien, nicht psychiatrisch regulierten Wahnsinn thematisierte, lag ihr ein ein spezifisches psychologisches bzw. psychoanalytisches Wissen und Verständnis der Schizophrenie zugrunde. Laings

[144] Barnes, Meine Reise durch den Wahnsinn, S. 236.
[145] Barnes, Meine Reise durch den Wahnsinn, S. 336.

Beschreibungen, Theorien und Deutungen der Schizophrenie, die sie bei der Lektüre seiner Schriften kennenlernt hatte, wurden von Mary als Fahrplan verstanden, mit dem sie den Wahnsinn durchleben konnte. Die Therapie respektive die Reise durch den Wahnsinn ähnelten einem archaischen Initiationsritual, an dessen Ende eine höhere Entwicklungsstufe stand.[146] Laings Vorstellung vom Wahnsinn als Initiationsreise und Durchgangsstadium, als heroische, archetypische und epische Fahrt wurden als Selbsterfahrungsbericht umgesetzt.[147]

In der Öffentlichkeit löse das Werk von Mary Barnes vielfältige Reaktionen aus. In der Wochenzeitung *Die Zeit* skizzierte Hans Krieger die Entwicklung von Mary Barnes' Psychose und ihrer Zeit in Kingsley Hall, um anschließend zu fragen: „Was beweist das alles?"[148] Gewiss, so Krieger, sei sie ein „ungewöhnlicher Mensch" und die Geschichte ihrer Heilung beweise nicht viel, aber doch wolle man sich nicht ausmalen, was in einer konventionellen Klinik aus ihr geworden wäre, wo die Medikamente die Persönlichkeit zum Erlöschen bringen würden. Was man wirklich aus ihrer Geschichte lerne, sei folgendes: „So fremd und unverständlich, wie die Psychiater meinen, ist die Erlebniswelt des Wahnsinns gar nicht; es bedarf durchaus nicht der Annahme irgendwelcher rätselhafter biochemischer Entgleisungen, um sich das schlechthin ‚Uneinfühlbare' auf Umwegen erklärbar zu machen. […] Aber weil wir nichts so sehr fürchten wie das verleugnete, dumpf geahnte emotionale Chaos in uns, müssen wir die Wahnsinnigen, ehe wir uns in ihnen wiedererkennen, hinter Anstaltsmauern verschwinden lassen und können auch dort den freien Ausdruck des Wahns nicht dulden, sondern müssen ihn mit Pharmaka und Elektroschocks zum Schweigen bringen."[149]

Angesichts solcher Angriffe sah man sich auch im psychiatrischen Umfeld zu einer Reaktion verpflichtet, jedoch erst, als weitere literarische Texte in ähnlich wahrgenommenem Stil erschienen waren und man daher eine eigene psychiatriekritische literarische Traditionsbildung zu fürchten begann. Wie schon bei den Fallgeschichten, die von erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlungen berichtet hatten, wurde auch bei Mary Barnes' als Selbstheilung ausgegebenem Bericht die Richtigkeit der psychiatrischen Diagnose angezweifelt. Im *Nervenarzt* erklärte Uwe Hendrik Peters kategorisch, Mary Barnes' Psychose sei eine Fiktion und keine Schizophrenie gewesen. Dementsprechend besprach er sie im Kontext anderer literarischer Texte, nicht aber als Tatsachenbericht einer frei ausgeheilten Psychose. In ihrem „in sich eigenen Realismus", der sich des Rückgriffs auf die ärztliche Autorität bediene, und dem hohen Grad an Anteilnahme, den sie

146 Vgl. die Analyse zu „Raumlicht" von Anz, Gesund oder krank?, S. 157.

147 Die Reisemetapher war von Laing bewusst gewählt. In „Phänomenologie der Erfahrung" stellte er die Reise ins Innere und die Erforschung des Bewusstseins in eine Reihe mit der Besteigung der höchsten Berge, der Erforschung des Dschungels und der Entdeckung Amerikas, zitiert nach Showalter, The Female Malady, S. 230.

148 Hans Krieger, Der Geist von Kingsley Hall. „Meine Reise durch den Wahnsinn", in: Die Zeit, Nr. 47 vom 16. 11. 1973.

149 Krieger, Der Geist von Kingsley Hall.

erzeugte, sah Peters Mary Barnes' Erzählung bereits als literarisches Vorbild für die später erschienenen Ernst Augustins „Raumlicht" oder Kipphardts „März".[150]

Auch wenn Laing keine Theorie hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zwischen Geschlechterverhältnissen und Schizophrenie entwickelt hatte, bot er dennoch, so der Hinweis von Elaine Showalter, einen Blick auf Schizophrenie als Produkt der repressiven Rolle, die die Frauen in Familien zu spielen hatten, zugleich aber auch als eine Form der Reaktion und Kommunikation, ja des Protests, gegen eben diese Verhältnisse. In Mary Barnes' Erzählung von ihrer gleichzeitigen Sehnsucht nach der Rolle und Rebellion gegen eben diese Rolle, die die Gesellschaft für sie bereithielt, kamen die Ambivalenzen des modernen Selbstverständnisses deutlich zum Ausdruck; allerdings blieb auch hier eine kritische Reflexion der Annahmen über Geschlechterrollen – was feminin, was maskulin sei bzw. als solches galt und welche sich an dieser Dichotomie orientierenden Urteile daher zu Ab- oder Aufwertungen des eigenen Handelns führten – aus, wahrscheinlich bedingt durch die eher analytische, ontologische und psychologische Orientierung.[151] Nichtsdestotrotz oder vielleicht gerade deswegen wurde Mary Barnes zu einer wichtigen Repräsentantin der Vorstellungen über „die Wahnsinnige" und Schizophrenie.

Während Mary Barnes' Erzählung in 17 Sprachen übersetzt[152] und für die Bühne dramatisiert wurde,[153] soll nicht vergessen werden, auf ihre Gegenerzählung „Anna", der weit weniger Aufmerksamkeit zukam, hinzuweisen. 1977 erschienen, berichtete darin der Ehemann von „Anna" unter dem Psyeudonym David Reed über die Behandlung von Annas Schizophrenie entsprechend den Laing'schen Richtlinien. Anders als bei Mary Barnes, endete Annas Geschichte mit dem tragischen Selbstmord der jungen Frau.[154] Drei weitere nach „Meine Reise durch den Wahnsinn" verfasste Werke, die in autobiografischer Form ihre Erfahrungen mit Psychoanalyse, Wahnsinn und Selbstwerdung verarbeiteten, waren der Roman

150 Uwe Henrik Peters, Mary Barnes: Psychose als Fiktion, in: Der Nervenarzt 48 (1977), S. 533–540.

151 Für die Ausführungen dieses Abschnitts siehe das Kapitel zu R. D. Laing in Showalter, The Female Malady, S. 220–247. Showalter kritisierte Laing außerdem zumindest indirekt dafür, dass er Mary Barnes für die Heroisierung seiner Therapie instrumentalisiert habe, was Laing jedoch zurückwies, siehe Liam Clarke, The Time of the Therapeutic Communities. People, Places and Events, London/New York 2004, S. 117; siehe zur feministischen Kritik Showalters außerdem auch Burston, The Wing of Madness, S. 82 f., der auf einige Fehler in Showalters Darstellung von Laings Biografie hinweist und Berke und Laing verteidigt mit dem Hinweis, dass sie ungeachtet des nicht von der Hand zu weisenden Vorwurfs, psychologisiert statt gesellschaftliche Umstände und Rollenverhalten analysiert zu haben, viel Einsatz und Engagement gezeigt hätten. Burston wies außerdem darauf hin, dass Mary Barnes in „Meine Reise durch den Wahnsinn" ihre Erfahrungen völlig autonom und ohne ein professionelles Sprachrohr erzählen konnte; ihre Textanteile standen gleichberechtigt neben denen von Joe Berke.

152 Siehe Hein/Groß/Ernst, „Antipsychiatrie", S. 343.

153 Siehe Ulrich Meißner, Die Dramatisierung einer Krankengeschichte: David Edgars Mary Barnes, in: Forum Modernes Theater 1/2 (1986), S. 172–189.

154 Showalter, The Female Malady, S. 241–243. Im Deutschen hieß der Titel „Als flöge sie nach Haus".

„Schattenmund" der französichen Autorin Marie Cardinal (1975), der Roman „Der Mann im Jasmin" von Unica Zürn sowie der Roman „Hunger nach Wahnsinn" von Maria Erlenberger (1977). In „Schattenmund" erzählte Marie Cardinal von dem Leiden unter starken, psychosomatisch begründeten Beschwerden, die, wie sich herausstellt, durch tief in ihr vergrabene Konflikte ausgelöst wurden. Durch die Psychoanalyse lernt sie, sich von ihrer dominanten Mutterfigur zu lösen und sich mit ihrem Frausein auszusöhnen. Aufgrund seines Vordringens in „tabuisierte Bereiche" mit einer klaren Sprache und aufgrund des Anschreibens gegen die Unterdrückung der Frau wird „Schattenmund", aber auch Marie Cardinals sonstiges Werk als Teil der Literatur der Neuen Frauenbewegung eingeordnet.[155] Ganz anders ausgestaltet, aber ähnlich in der Darstellung des Wahnsinns als Selbstwerdungsgeschichte trat der Wahnsinn in Unica Zürns „Der Mann im Jasmin" auf.[156] Wie Ilse Bindseil in einem Essay angemerkt hat, lässt sich Unica Zürns Leben ebenso wie ihr autobiografisch geprägtes Werk zwischen zwei Polen aufspannen: zwischen „der schrankenlosen Entfaltung ihrer Fähigkeiten unter den offenbar förderlichen Bedingungen des Wahns und der unbedingten Aneignung dieses sie gleichzeitig zu zerstören drohenden Wahns selbst".[157] Der Wahn ist ihr ein Rettungsversuch, ein Akt der Selbstbehauptung und des Lebens gegen die alltägliche Depression und Verzweiflung. Die Schizophrenie ist eben nicht die Zerstörung, sondern vielmehr die „Rekonstruktion des Subjekts".[158]

Im 1977 erschienenen „Hunger nach Wahnsinn" von Maria Erlenberger schließlich ist die Vorstellung davon, dass allein der Gang durch den Wahnsinn

155 Hiltrud Dammann, Marie Cardinals Les mots pour le dire. Autobiographisches weibliches Schreiben im Kontext der 68er Bewegung, Heidelberg 1994, Zitat S. 183. Diese „Krise im eigenen Selbstverständnis" arbeitet Dammann als antreibendes Moment von Cardinals Schreiben vor dem Hintergrund ihrer Biografie heraus. Für eine Deutung im Kontext thematisch ähnlicher Literatur siehe Suzanne Dow, Madness in Twentieth-Century French Women's Writing. Leduc, Duras, Beauvoir, Cardinal, Hyvrard, Oxford [u. a.] 2009. Dows Interpretation einer in der Figur des Wahnsinns versteckten „anxiety of authorship" ließe sich diskutieren.

156 Siehe dazu Rita Morrien, Weibliches Textbegehren bei Ingeborg Bachmann, Marlen Haushofer und Unica Zürn, Würzburg 1996, und Jennifer Cizik Marshall, The Semiotics of Schizophrenia: Unica Zürn's Artistry and Illness, in: Modern Language Studies 30/2 (2000), S. 21–31.

157 Ilse Bindseil, Unica Zürn und der Wahnsinn. Ein Beitrag zur Rekonstruktion des Subjekts [1987], in: Ilse Bindseil (Hrsg.), Elend der Weiblichkeit, Zukunft der Frauen, Freiburg im Breisgau 1991, S. 158–173, hier S. 161.

158 Bindseil, Unica Zürn und der Wahnsinn. In einem zweiten Essay hat Bindseil ihre der euphorischen Darstellung Zürns folgende Interpretation etwas relativiert, siehe Ilse Bindseil, Jenseits des Wahnsinns. Zu Unica Zürns letzten Aufzeichnungen [1990], in: Ilse Bindseil (Hrsg.), Elend der Weiblichkeit, Zukunft der Frauen, Freiburg im Breisgau 1991, S. 174–186. Schwierig ist die Frage nach dem Verhältnis von Dichtung und Leben, da, wie Sigrid Weigel betont, sich viel von Zürns Schreiben in imaginären, phantastischen und symbolhaften Vorstellungswelten abspielt und daher eine autobiografische Zuordnung ebenso wie eine psychologische Deutung eher kritisch zu betrachten ist, siehe Sigrid Weigel, Unica Zürn – Verkehrte Mimseis. Angleichung des Lebens an die Kunst, in: Ursula Keller (Hrsg.), „Nun breche ich in Stücke …". Leben, Schreiben, Suizid. Über Sylvia Plath, Virginia Woolf, Marina Zwetajewa, Anne Sexton, Unica Zürn, Inge Müller, Berlin 2000, S. 135–153.

das Selbst retten kann, bereits etabliert. Zwar liegt dem Text als Geschichte nicht in erster Linie Schizophrenie, sondern das „Hungerunternehmen" der Erzählerin zugrunde, dennoch lotet der Text permament aus, was es bedeute, wahnsinnig zu sein. Deutlich wird in „Hunger nach Wahnsinn" eine Vorstellung von Wahnsinn als Ergebnis bewusst ausgeführter Handlungen, die es dem Selbst ermöglichen, sich seiner selbst zu vergewissern. In diesem Sinne erklärte auch Thomas Anz, die Angst des rationalen Subjekts vor dem Wahnsinn sei für Erlenberger „lediglich Ausdruck seines illegitimen, weil widernatürlichen Herrschaftsanspruchs und deshalb ein ausschließlich negativ bewerteter Affekt, den es zu überwinden gilt".[159] Auch Hans Krieger notierte schon in seiner ausführlichen Besprechung in *Die Zeit*, Erlenberger ziehe den Leser hinein in ihre Wahrnehmung und „das Abenteuer der Selbstentdeckung", darin aufzeigend, dass die Subjektivität „das einzig verlässliche Objektive" sei.[160]

„Auf der Spur des Morgensterns"

Mit Unterstützung tiefenpsychologischer Deutungshilfen wurde Schizophrenie zur Erzählung eines Selbst im Ringen mit sich selbst. Die Konflikte, Emotionen, Ängste und Spannungen, in denen sich das schizophrene Selbst befand, wurden als extremer, aber nicht grundsätzlich verschieden von denen nicht-schizophrener Persönlichkeiten beschrieben. Die Geschichten vermittelten einen als authentisch empfundenen Einblick in die Welt des schizophrenen Erlebens, der bisher hauptsächlich von Psychiatern und Therapeuten bestimmt und ihnen vorbehalten worden war. Keiner der genannten Romane oder Erzählungen spielte außerhalb des therapeutischen oder psychiatrischen Settings.

Anders gestaltet sich die Lage bei dem deutlich später publizierten Buch „Auf der Spur des Morgensterns", der unter dem Pseudonym Sophie Zerchin (ein Anagramm des Wortes Schizophrenie) im Jahr 1990 im Alter von 73 Jahren veröffentlichten Autobiografie von Dorothea Buck. Herausgegeben wurde sie von Hans Krieger, dem von seinen Artikeln zu psychiatrischen Themen in der *Zeit* bekannten Journalisten. In der Einleitung vermerkte Dorothea Buck, dass sie über ihn psychiatrische Sichtweisen kennengelernt hatte, die Schizophrenie aus der Erfahrung der Patientinnen und Patienten heraus begreifbar machten – auch hier fiel wieder der Name Laings. Krieger war es auch gewesen, der sie dazu aufgefordert hatte, ihre Erfahrungen niederzuschreiben, weil er der Ansicht war, dass diese wichtiger seien „als alle Theorie".[161] Eineinhalb Jahre lang rang sie nach eigenen Aussagen mit sich selbst und der Angst vor der Stigmatisierung, bevor sie sich dazu entschloss, ihre Lebensgeschichte niederzuschreiben, mit dem Ziel, „dass

[159] Anz, Gesund oder krank?, S. 155.
[160] Hans Krieger, In der Einsamkeit des Gehirns. Maria Erlenbergers Bericht vom Ort des Wahnsinns, in: Die Zeit, Nr. 15 vom 8. 4. 1977, S. 75.
[161] Dorothea-Sophie Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, Bergisch Gladbach 1993, S. 17.

psychotische Menschen besser verstanden und mit mehr Achtung behandelt werden".[162]

Die Erzählung ihrer Lebensgeschichte beginnt am Gründonnerstag im April des Jahres 1936 mit einer Nacht in den Dünen und der Beobachtung eines Sterns, dem sie durch ein trockenes Prielbett folgt, dabei in Schlick gerät und am nächsten Morgen von Arbeitern gefunden wird. Kein anderer glaubt ihr ihren Bericht vom aufsteigenden Stern, was sie nicht davon abbringt, diese und weitere Naturerscheinungen und -beobachtungen als von Gott vollbrachte Wunder und ihre persönliche Wiedergeburt zu begreifen.[163] Wie Dorothea Buck erzählt, war dies der Beginn eines symbolischen Erlebens, das ihre psychotischen Phasen prägte. Dabei nahm sie sich weder als „geisteskrank" noch als gespalten wahr, sondern empfand vielmehr „oft ein tieferes Gefühl von Zusammenhang".[164]

In der auf die Schilderung der Anfangsepisode und ihres ersten Krankenhausaufenthaltes folgenden Darstellung ihrer Lebensgeschichte begann sie ihre Erzählung mit der frühen Kindheit, über der die einleitende, im Rückblick auf ihr Leben formulierte Frage stand: „Wie entsteht eine Schizophrenie? Erwächst sie aus der Lebensgeschichte, aus Reaktionsweisen, die sich schon in der Kindheit entwickelten, etwa um ein Gefühl des Mangels auszugleichen? Nach dem Verlauf meiner Kindheitsgeschichte könnte ich mir das denken."[165]

Anschließend erzählt sie von ihrem Leben mit einer Psychose von der NS-Zeit bis in die Bundesrepublik, mit einer Station auch in der DDR, und der Entdeckung ihres eigenen Weges, damit umzugehen. Die Erfahrungen, die sie während ihrer Aufenthalte in den verschiedenen psychiatrischen Anstalten und Krankenhäusern – Bethel, Ilten, Gütersloh – machte, waren sehr unterschiedlich. Im Lauf ihrer Psychiatrieaufenthalte begegneten ihr die gängigen Behandlungsmethoden, sie selbst wurde einer Kardiazol-Krampftherapie, Insulin- und Elektroschocktherapien unterzogen. 1959, bei ihrem letzten Psychiatrieaufenthalt, erlebte sie schließlich erstmalig den Einfluss von Psychopharmaka auf die Atmosphäre einer Anstalt, in der ihr alle Patientinnen wie betäubt schienen.

Was sie aber am stärksten beschäftigte, war die Kluft zwischen dem psychiatrischen Wissen und ihrem eigenen Empfinden. Sie schildert, wie weder im Familien- und Bekanntenkreis noch in der Psychiatrie mit ihr über ihre Erlebnisse gesprochen worden sei. Stattdessen erlebte sie Vorgänge, die sie als Entmündigung, Objektivierung und Entwertung durch die psychiatrische Praxis beschreibt, vor allem durch den Wahrheitsanspruch des psychiatrischen Wissens, das sich auch im Familienkreis bewies, wenn die Eltern oder Geschwister auf den Rat der Ärzte hörten und deren Krankheitsverständnis übernahmen: „In diesen Monaten des ständigen Zusammenseins mit meiner Mutter hätte es so nahegelegen, auch über

[162] Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 18.
[163] Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 19–23. Im Folgenden wird das Pseudonym aufgegriffen, da die Erzählerin als „Sophie" auftritt.
[164] Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 23.
[165] Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 28.

meine Psychose zu sprechen. Auch darüber, wie tief verunsichert ich war, weil all die für mich so wichtigen neuen Erfahrungen nur Symptome einer Geisteskrankheit und völlig sinnlos gewesen sein sollten. Mutter erkannte, wie dringend ich ein Gespräch brauchte. Aber sie konnte mit mir über diese Dinge nicht reden. Denn der Chefarzt hatte ihr ja gesagt, meine Psychose habe mit vorausgegangenen seelischen Erschütterungen nichts zu tun und wäre unabhängig davon auf jeden Fall ausgebrochen, und obwohl Mutter ursprünglich überzeugt gewesen war, meine ‚Krankheit' habe seelische Ursachen, verließ sie sich auf die ärztliche Autorität."[166] Deutlich schildert sie auch die Entwertung, die für sie mit dem Begriff „geisteskrank" einhergeht, die empfundene Scham und Tabuisierung. Als Opfer der Zwangssterilisation, die ohne ihr Wissen und Einverständnis durchgeführt wurde, entwickelte sie Selbstmordgedanken,[167] und reflektierte parallel das gesellschaftliche Stigma, das sie bedrohte: Selbst wenn, so überlegt sie, ihre Erlebnisse wahr wären, „so wäre ich trotzdem nun als ‚minderwertige Geisteskranke' abgestempelt und würde bei der Langlebigkeit unserer Familie womöglich noch über sechzig Jahre mit diesem Makel zu leben haben. Das ist eine unvorstellbar lange Zeit für eine Neunzehnjährige."[168]

Eines von Bucks Hauptanliegen war die Vermittlung, dass sie an Sinn und Bedeutung ihrer Erlebnisse nicht zweifelte. Die psychotischen Phasen schilderte sie nicht als Erfahrung von Sinnentleerung, sondern von einem umfassenden, universellen Sinnzusammenhang, der sie stets mit Energie und Zuversicht erfüllte und in ihr den Wunsch nach Erklärungen und Deutungen des Erlebten weckte. Auch Bucks Erzählung belegt eine intensive Beschäftigung mit der psychiatrischen Fachliteratur. Sie setzte sich mit Lexikonartikeln und Lehrbüchern sowie der Diagnose selbst auseinander und kam immer wieder zu dem Ergebnis, dass die „herrschende Lehre" und ihre Erfahrungen nicht zueinander passten. Die Symptombeschreibungen, die sie im „Lehrbuch der Geistes- und Nervenkrankenpflege" von 1975 oder in Karl Leonhards „Grundlagen der Psychiatrie" von 1948 fand, trafen nicht ihre Erfahrungen bzw. schienen ihr verzerrt. Die Ursache für diese Kluft sah sie in der biologisch fundierten Psychiatrie, die ihrer Wahrnehmung zufolge Gespräche zwischen Arzt und Patient nicht förderte.[169]

Bereits während ihren ersten psychotischen Schüben hatte Dorothea Buck versucht, einen eigenen Umgang mit ihren Erlebnissen zu finden. Dieser war darauf ausgerichtet, sich auf die psychotischen Vorstellungen und das von ihr so be-

[166] Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 118 f.

[167] Zur Einordnung der Opferperspektive und den weitreichenden, Leben und Lebensentwürfe zerstörenden Folgen der Zwangssterilisationen siehe Stefanie Westermann, „Er habe jedoch in der Sterilisation eine Verletzung seiner Ehre und eine Gefährdung seiner Gesundheit gesehen". Stigmatisierung durch Zwangssterilisation – die Perspektive der Opfer, in: Dominik Groß/Sabine Müller/Jan Steinmetzer (Hrsg.), Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin, Berlin 2008, S. 351–370, und ihre Studie Stefanie Westermann, Verschwiegenes Leid. Der Umgang mit den NS-Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland, Köln u. a. 2010.

[168] Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 105 f.

[169] Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 113.

nannte „Zentralerleben", das bewusste und besonders intensive Erleben von Zusammenhängen in der Psychose, einzulassen und darin – ohne Dämpfung durch Medikamente – die eigenen Impulse und Instinkte wahrzunehmen und zu entdecken. Durch die Anwendung dieser „Selbsttechnik" gewann sie den Eindruck, dass die Psychose einen positiven Wert für ihr Leben darstellte.[170] Nach einer von ihr als Heilung empfundenen psychotischen Episode versuchte sie daher, sich weitere Klarheit zu verschaffen, und wurde auf den Psychiater Theodor Bovet und sein Werk „Die Person – ihre Krankheiten und Wandlungen" aufmerksam, dessen Ansichten sie so weit ermutigten, dass sie ihm einen ihrer Aufsätze zum Thema „Entstehung und Verlauf einer Psychose" schickte. Von Bovet erhielt sie die Hinweise auf Psychiater mit ganz ähnlichen Einschätzungen: Marguerite Sechehaye in Genf, Gaetano Benedetti in Basel und Christian Müller in Zürich. Er wies sie allerdings auch darauf hin, dass solche Einzeltherapien aufgrund des hohen Aufwandes nicht auf breiter Ebene durchgeführt werden würden.

Über Bovet erfuhr sie auch von den Deutungen der Schizophrenie von C. G. Jung, und insbesondere Jungs Darstellung der Schizophrenie als Einbruch des Unbewussten ins Bewusstsein und seine Deutungen von Symbolen in seinem Werk „Wandlungen und Symbole der Libido" eignete sie sich als analytisches Werkzeug an, darüber bestürzt, „dass unsere Psychiater sich dieser Einsicht der Tiefenpsychologie von Freud und Jung jahrzehntelang verweigert hatten und unbeirrt ihre These von der sinnlosen, erblich bedingten Somatose weiter vertraten."[171] Von Jung übernahm Buck auch die Idee, dass Schizophrenie dem Selbst eine „Chance" auf Neuanfang und Wachstum biete, solange den Betroffenen dabei geholfen würde, die aus dem Unbewussten einbrechenden Inhalte ins Bewusstsein zu integrieren. Als Beispiel für ein solches Wachsen in der Schizophrenie führt sie in ihrer Autobiografie Benedettis Fallgeschichte von „Otto Lehner" an, die sie in Martii Siiralas Buch „Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit" (1961) entdeckt hatte, und zitiert daraus einen Patienten mit den Worten: „Ich bin jetzt tief im Wachsen drin …".[172] Ihr eigener Erfahrungshintergrund deckte sich mit den tiefenpsychologischen bzw. psychoanalytischen Ansätzen Jungs und Benedettis, für die das Erleben und die Lebensgeschichte des Patienten zentral waren, um dem Patienten den Sinn des Erlebten bewusst zu machen, und die anders als die meisten deutschen Psychiater eine Heilung für möglich hielten.[173] In Übereinstimmung mit dieser Deutung schildert sie ihre Lebensgeschichte und ihre Krankheitsschübe, die Erfahrung ihrer Heilung und den selbst kreierten therapeutischen Akt einer neuen Kindheit, die schließlich ihre Heilung abschließt, als Prozess der Selbstfindung; sie entwickelte aber auch –

170 Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 203.
171 Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 251.
172 Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 252.
173 Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 253 f. Dies hatte Buck-Zerchin selbst erfahren: Als sie einem Psychiater 1974 erklärt, dass sie, seitdem sie ihre Psychose fünfzehn Jahre zuvor verstanden habe, geheilt sei, antwortet ihr dieser, es gebe keine Heilung, sondern nur „Symptomverdrängung", ebd., S. 254.

anders als die zitierten Vorgängererzählungen – konkrete Handlungsvorschläge für die psychiatrische Praxis: ein größeres Bemühen um Verständnis, Reduktion der Psychopharmaka, Abschaffung von Zwangsmaßnahmen und die Verbreitung psychotherapeutischer Angebote. Nach ihrer Auffassung war eine Unterbrechung der Schizophrenie von außen durch Medikamente oder Schocktherapien überflüssig; zentral war die Möglichkeit, die Erlebnisse ernst zu nehmen und als sinnvolle Momente der Selbstentwicklung zu begreifen. Auch bei ihrer Rede bei der Gedenkveranstaltung am 6. September 2008 anlässlich des Gedenkens an die Opfer von „Euthanasie" und Zwangssterilisation im Nationalsozialismus erklärte sie, das schlimmste Psychiatrie-Erlebnis sei die konstante Verweigerung des Gesprächs gewesen.[174] Schon in ihrer Autobiografie plädierte sie daher für Gruppentherapie und Austausch über die Psychose-Erfahrungen: „Denn trotz großer Verschiedenheit der Psychose-Inhalte scheint das Grundmuster immer ähnlich zu sein. Bei jedem ging offenbar ein seelischer Konflikt, eine Lebenskrise oder schwere Belastung voraus, die er vergeblich zu bewältigen versuchte, bis eine Grenze erreicht war, an der es nicht mehr weiterging."[175] Die Berücksichtigung der Lebensgeschichte und die Heranziehung der Traumdeutung beschrieb sie als die wichtigsten Methoden, um Patienten die Angst vor dem Psychose-Erleben zu nehmen und die Schizophrenie als Lösungsversuch einer Lebenskrise zu verstehen.[176] Da sie die psychotischen Erfahrungen als bestärkend und fördernd erlebt hatte, zweifelte Buck ihrer eigenen Aussage nach nie an der Sinnhaftigkeit ihrer Schizophrenie. Das Wissen der Psychoanalyse und Psychotherapie, das sie seit den sechziger Jahren entdeckt und sich angeeignet hatte, gab ihren Erfahrungen einen zusätzlichen theoretischen Rahmen. Ihre Autobiografie lässt sich daher nicht nur als individueller Prozess der Selbstfindung, sondern auch als Spiegel der psychoanalytischen Arbeitsweise lesen, in der die Selbstbeobachtung untrennbar an Prozesse der Deutung gebunden ist. Damit die Geschichte überhaupt erzählt werden kann, ist sie schon in ihren Anfängen auf das nachträglich gewonnene Wissen angewiesen.

Vom „Tagebuch einer Schizophrenen" bis zur „Spur des Morgensterns", so lässt sich zusammenfassen, dienten Teile der psychiatrischen Lehre, vor allem aber Tiefenpsychologie und Psychoanalyse als Wissenspool und Wissensangebot für die Verbalisierung, Deutung und Erklärung psychotischer Erfahrungen. Die daraus resultierenden literarischen Autobiografien versuchten, die spezifische Wahrnehmung in schizophrenen Zuständen erfahrbar zu machen und vermittelten ein spezifisches, auf Selbsterfahrung basierendes Wissen von Schizophrenie. Sie reflektierten psychiatrische, therapeutische und psychoanalytische Praktiken und das jeweilige Wissen, und kontrastierten es mit dem jeweiligen Selbstwissen der

[174] Dorothea-Sophie Buck-Zerchin, Für die Opfer der „Euthanasie" und Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Rede bei der Gedenkveranstaltung 6. September 2008 – Tiergartenstraße 4 – Berlin, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 15–23, hier S. 19.

[175] Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 249.

[176] Buck-Zerchin, Auf der Spur des Morgensterns, S. 250.

schizophrenen Erzählerin. Das Setting war oft ein therapeutisches, wobei deutlich wurde, dass die angewandten Selbsttechniken beides bewirken konnten: eine Internalisierung gesellschaftlicher Strukturen, Normen und Werte, aber auch die Eröffnung neuer Möglichkeiten durch einen anderen Umgang mit der Umgebung. Aus Patientensicht lag darin der Unterschied zur Psychiatrie: Die Psychoanalyse stellte Techniken und Deutungen zur Verfügung, mit denen die Patientinnen und Patienten ihre Erlebnisse und Erfahrungen selbst einordnen, verstehen, interpetieren und mitteilen können sollten, und war damit Teil der größeren Emanzipationsbestrebungen der sechziger und siebziger Jahre. In der autobiografischen Literatur wurden damit nicht nur die Psychoseerfahrungen gespiegelt, sondern außerdem zentrale Aussagen über Möglichkeiten der Selbstreflexion und des Selbstverständnisses getroffen. Ihre Texte waren Erfahrungsberichte, die von einer radikalen und nicht immer freiwilligen Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst, dem eigenen Leben und der Welt erzählen, „in an attempt to give written form to life experiences".[177] Man findet in diesen Texten die Ablagerung von Erfahrungen, aber auch von gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen der Lebensgeschichte sowie des Settings, in dem sie generiert wurden.[178]

3. Subjektivierungsprozesse

Von Betroffenen zu Erfahrenen. Organisierte Selbstermächtigung

Während Schizophrenie- und Krankheitserfahrungen in den sechziger und siebziger Jahren vor allem in literarisierten Psychobiografien verarbeitet wurden, entstanden in den achtziger Jahren im Rahmen der Patientenbewegung weitere Formen des Austausches zwischen der Psychiatrie und den Patientinnen und Patienten sowie unter den Patientinnen und Patienten selbst, die weit über eine punktuelle literarische Beschäftigung mit dem Thema hinausgingen. Eine zentrale Person in dieser Entwicklung war Dorothea Buck, deren Buch „Auf der Spur des Morgensterns" viele Psychose-Erfahrene beeinflusste und gewissermaßen die Blaupause für die neuen Ideen war. In neu zu schaffenden Kommunikationsräu-

[177] Mary Elene Wood, Life Writing and Schizophrenia. Encounters at the Edge of Meaning, Amsterdam/New York 2013, S. 1. Auch Wood verfolgt in ihrer Analyse von Schizophrenie-Erzählungen die Frage, wie mit Schizophrenie diagnostizierte Personen damit umgehen und über ihr Leben schreiben, wenn doch genau diese Diagnose ihnen die Fähigkeit zum kohärenten Erzählen abspricht, siehe ebd., S. 2.

[178] Zu diesen Merkmalen moderner autobiografischer Texte als sozialer Wissensform vgl. Peter Alheit/Morten Brandt, Autobiographie und ästhetische Erfahrung. Entdeckung und Wandel des Selbst in der Moderne, Frankfurt am Main 2006, S. 15. Alheit und Brandt orientieren sch in diesem Punkt an der Forschung von Alois Hahn zu „Biographiegeneratoren", d. h. Institutionen, in deren Rahmen eine lebensgeschichtliche Besinnung stattfinden kann, wozu „religiöse […], therapeutische, medizinische oder gerichtliche Bekenntnis- und Geständnisformen zählen." Ebd., S. 15.

men sollten Vertreter der Psychiatrie, Angehörige und Patientinnen und Patienten die Möglichkeit erhalten, sich über ihre Erfahrungen mit Schizophrenie auszutauschen und gleichzeitig aktiv mit den psychiatrischen Wissensangeboten und Behandlungspraktiken auseinanderzusetzen. Vorbild wurde das Psychoseseminar in Hamburg, das Buck gemeinsam mit dem Psychologen Thomas Bock im Jahr 1989 – ein Jahr vor Erscheinen ihrer Autobiografie – einrichtete und das die Verstetigung und Institutionalisierung des Erfahrungsaustausches und der Weitergabe von Erfahrungswissen ermöglichen sollte.

Das Konzept des in Hamburg praktizierten Trialogs verbreitete sich rasch in der gesamten Bundesrepublik. Im Jahr 2004 gab es im deutschsprachigen Raum mehr als 130 Foren, in denen sich Erfahrene trafen. Mit der Broschüre „Es ist normal, verschieden zu sein" und anderen Aufklärungskampagnen sowie der gezielten Einbeziehung von Mediatoren und Presse wurde die Idee auch einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht.[179] Durch Fortbildungen wurden ehemalige Patientinnen und Patienten als Experten ihrer eigenen Sache sichtbar gemacht. Damit traten sie aus ihren Rollen als Patientinnen und Patienten heraus, ihre Rollen und Handlungsspielräume erweiterten sich. Fritz Bremer brachte es im *Brückenschlag* auf den Punkt: „Aus Patienten wurden Psychiatrie-Erfahrene, wurden Vorstandsmitglieder des BPE im Bund und in den Ländern, wurden AutorInnen, Redaktionsmitglieder, ReferentInnen, HerausgeberInnen von Büchern, DozentInnen in Fortbildungen, ModeratorInnen von Selbsthilfegruppen u. v. m.".[180] Zwar hatte es auch zuvor schon Initiativen gegeben, die Menschen mit psychiatrischen Diagnosen gezielt und sozial orientiert geholfen hatten, etwa die Arbeitsgemeinschaft für psychisch Kranke in Ludwigshafen oder das Komm-Rum in Berlin. Auch Selbsthilfe-Organisationen wie den AK Betroffene in Solingen mit Elke Blücher als Patienten-Sprecherin und den Hamburger Aktionskreis 71 hatten schon zuvor bestanden,[181] ebenso wie der „Schizo-Treff" der Leipziger „Schizeria". Erst mit der Gründung des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen während der Gründungstagung im Oktober 1992 mit 300 Teilnehmern jedoch wurden Psychiatrie-Erfahrene und damit in hohem Grad Psychose-Erfahrene im gesamten Bundesgebiet als eigene organisierte und aktive Gruppe sichtbar. Darüber hinaus nahmen sie für sich in Anspruch, ihre Bezeichnung selbst wählen zu dürfen. Prinzipiell kursierte eine Vielzahl möglicher Begriffe, die auch in dieser Arbeit je nach Kontext verwendet wurden: Patient/Patientin, psychisch

[179] Thomas Bock, Wo wir stehen – die Landschaft der Psychoseseminare heute, in: Jürgen Bombosch/Hartwig Hansen/Jürgen Blume (Hrsg.), Trialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie, Neumünster 2004, S. 29–39, hier S. 31 f.

[180] Fritz Bremer, Übung im Umgang mit „Fremdem", in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 9–14, hier S. 10.

[181] Siehe diese Auflistung in Dorothea Buck, Entgegen der Prognose. Zusammenschluss und Interessensvertretung von Psychiatrie-Erfahrenen, in: Thomas Bock/J. E. Deranders/Ingeborg Esterer (Hrsg.), Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Versuche der Verständigung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-MitarbeiterInnen im Hamburger Psychose-Seminar, Bonn 1992, S. 204–216, hier S. 207.

Kranke (vor allem im Plural verwendet), mit Schizophrenie Diagnostizierte, an Schizophrenie Erkrankte, Psychotiker, unter Schizophrenie Leidende usw. Für die Selbstbezeichnung wählten die Betroffenen unterschiedliche Bezeichnungen, die sich auch wandeln konnten, wie Psychotiker, Psychiatrie-Erfahrene oder Psychiatrie-Betroffene.[182]

Abgrenzbar von früheren Berichten von Psychiatriepatientinnen und -patienten sind ein spezifisches Krankheits-, Selbst-, Subjekt- und Therapieverständnis, das die im Umfeld der Psychose-Erfahrenen entstandenen Berichte und Erzählungen teilten: das seit den siebziger Jahren etablierte biopsychosoziale Modell von Schizophrenie, an dem unterschiedliche medizinische, biologische und psychologische Disziplinen ebenso arbeiteten wie an der weiteren Erforschung der Zusammenhänge von Körper, Geist und Gehirn. Darin spiegelt sich der Wandel der psychiatrischen Erzählung von Schizophrenie, wie auch Mary Elene Wood notierte: „[…] the stories told by experts about schizophrenia have changed; they no longer explore the effects of traumatic social, political, and familial interactions on the individual psyche but instead focus on the transmission of genetic material, the malfunction of chemical receptors, the deviation from the norm of neurological structures and processes."[183] Wie die Herausgeber eines Sammelban-

[182] Für die folgenden Seiten wird der Begriff der „Psychose-Erfahrenen" aufgenommen, zum einen, weil er den Fokus auf die Erfahrung der Psychose und nicht auf einen etwaigen Psychiatrie-Aufenthalt legt, zum anderen, weil er das Erlebnis der Psychose als „Erfahrung" nicht beurteilt und damit einen weiten Rahmen für die Integration verschiedenster Erlebnisse und Lebensgeschichten bietet. Die Selbstbezeichnung als „Erfahrene", wie sie auch im Titel des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen sichtbar wurde, artikuliert zudem durch die Akzentuierung der Erfahrung in oder mit der Psychiatrie einen Anspruch auf Autorität, der sich aus vielen einzelnen Lebens- und Krankengeschichten und ihrem jeweiligen Erfahrungswissen ableitete. Damit trat der/die einzelne Psychiatrie-Erfahrene als Subjekt hervor und wurde als Akteur sichtbar.

[183] Wood, Life Writing and Schizophrenia, S. 13. Die Dominanz des neurobiologischen Paradigmas bedeutet jedoch nicht, dass die Psychiatrie nicht dennoch weiterhin von ganz unterschiedlichen Forschungsansätzen und -stilen gekennzeichnet wäre. Damit wird hier ein anderer Standpunkt eingenommen als in manch anderen Arbeiten, die die Neurobiologisierung der Psychiatrie als so stark beschreiben, dass andere Ansätze völlig verdrängt würden, so z. B. in Edward Shorter, Geschichte der Psychiatrie, Reinbek bei Hamburg 2003, siehe auch die kritischen Arbeiten zur Neurobiologie von Michael Hagner, z. B. Michael Hagner, Homo cerebralis. Der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn, Berlin 1997. Dieser Blick auf die achtziger bis 2000er Jahre allein genügt jedoch aus verschiedenen Gründen nicht. Er blendet die Heterogenität und Interdisziplinarität der psychiatrischen Wissenschaft ebenso aus wie die Brüche, Widersprüche, Entwicklungen und Schleifen, von denen Wissenschaft und Wissen bestimmt ist. Ein zweiter Einwand gegen das kritisch eingesetzte und, weil als Reduktion des Menschen auf ein paar Gehirnzellen und Hormone beschriebene, diffuse Ängste provozierende, Schlagwort der Neurobiologisierung der Psychiatrie wäre, dass dieses den hohen Erwartungen und Zielen, die die Hirnforschung selbst formulierte, die aber auch von Politik und Öffentlichkeit entsprechend weitergegeben und forciert wurden, nicht entspricht. Bisher konnten die in die Neurowissenschaft gesetzten Hoffnungen nur begrenzt eingelöst werden. Drittens verdeckt die Rede von der Vorherrschaft der Neurowissenschaften, dass die in den siebziger Jahren begonnene Verbreitung psychotherapeutischer Verfahren bis heute anhält. Während sich also die Medizin an die Erforschung der kleinsten Zusammenhänge zwischen Nervenzellen und Hormonen machte und mit den neuen

des, der 1992 über die Erfahrungen mit dieser Form des Austauschs berichtete, erklärten, ging es dort weder um Wissensvermittlung noch um Wissensherstellung, sondern um die „Überwindung von Sprachlosigkeit", um Verständigung, Kommunikation, Austausch.[184] Alle 14 Tage kamen ungefähr 50 Personen zusammen, die sich gleichmäßig aus den drei beteiligten Gruppen zusammensetzten. Wer wollte, konnte anonym bleiben. Der Sammelband „Stimmenreich" präsentiert einen Einblick in diese Gespräche und die Gesprächsform: So wurden sprachliche Bilder der Psychose-Erfahrenen zur Beschreibung ihrer Psychose aufgeführt, aber ebenso auch die Beschreibungen der Angehörigen und der Mitarbeitenden und Studierenden. Psychose-Erfahrene gaben ausführlich ihr Erleben der Psychose wieder; Angehörige erzählten von ihrem Leben mit einem psychotischen Familienmitglied, den Herausforderungen und dem Leid, aber auch von den im Psychoseseminar neu aufgezeigten Möglichkeiten der Verständigung und des Verständnisses. Eine Umfrage, die im Psychoseseminar gemacht worden war, zeigte das Spektrum möglicher Bewertungen von Psychosen. Es reichte von negativ/pessimistisch über neutral/ambivalent bis konstruktiv/optimistisch.

Allein diese unterschiedlichen Bewertungen legten nahe, dass Psychosen nicht als so sinnlos und zerstörerend empfunden werden mussten, wie es das traditionelle psychiatrische Verständnis vermittelte. Vielmehr wurde deutlich gemacht, dass Psychosen auch als Entlastung in akuten Krisen, als Korrekturen biografischer Prozesse sowie als Entdeckung größerer Sinnzusammenhänge wahrgenommen werden konnten und die Psychose-Erfahrenen sich teilweise aktiv am Entstehen der Psychose beteiligt fühlten.[185] Der Sammelband ging zudem über einen reinen Erfahrungsaustausch unter Betroffenen hinaus und bildete auch die Gespräche zwischen Betroffenen, Angehörigen und Vertretern der Psychiatrie bzw. Psychologie ab. Eine „Übersetzung der Symptome für Schizophrenie in Alltags-

bildgebenden Verfahren Prozesse und Zustände des Gehirns visualisierte, etablierte sich im Rahmen einer therapeutischen Kultur ein therapeutisches Subjekt. Prominent wurde dies von Eva Illouz erforscht, aber auch andere Studien weisen in diese Richtung (z. B. Wright). Statt von einer Reduktion des Menschenbildes könnte man also ebenso gut von einer Pluralisierung und interdisziplinären Ergänzung verschiedener Denkstile und Herangehensweisen an psychische Krankheiten bzw. Störungen sprechen. Von der Grundlagenforschung bis in die einzelne Therapiestunde hinein konnten ganz unterschiedliche Stile und Praktiken eingesetzt werden. Neurobiologie und Psychotherapie sind daher eher gemeinsame denn gegnerische Spieler in einem gemeinsamen, Wissen vom Menschen und vom Selbst sowie von Krankheiten und ihren Behandlungen produzierenden Diskurs. Beide tragen mittlerweile ihren spezifischen Teil dazu bei, den psychologisch-psychiatrischen Diskurs und seine Zuständigkeit für Erkennen, Definieren, Erklären und Behandeln psychischer Krankheiten weiter zu festigen.

184 Thomas Bock/J. E. Deranders/Ingeborg Esterer, Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn, in: Thomas Bock/J. E. Deranders/Ingeborg Esterer (Hrsg.), Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Versuche der Verständigung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-MitarbeiterInnen im Hamburger Psychose-Seminar, Bonn 1992, S. 9–17.

185 Thomas Bock/J. E. Deranders/Ingeborg Esterer (Hrsg.), Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Versuche der Verständigung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-MitarbeiterInnen im Hamburger Psychose-Seminar, Bonn 1992, S. 68–76.

sprache" stellte die Symptombeschreibungen des ICD-10 (1991) den im Trialog erarbeiteten Beschreibungen der Psychose-Erfahrenen gegenüber und kontrastierte damit die zwei verschiedenen Herangehensweisen bzw. Erfahrungshorizonte (überindividuell-wissenschaftlich und persönlich-erfahrungsbasiert).[186] Thomas Bock stellte darüber hinaus in zwanzig Thesen ein Wissen über Psychosen vor, das soziale, kulturelle und subjektiv-persönliche Kontexte miteinbezog. In der zweiten Hälfte des Buches wurden aus Sicht von Repräsentanten der jeweiligen Gruppen vor allem Fragen nach den therapeutischen Möglichkeiten diskutiert. Eindrücklich zeigte ein Gesprächsprotokoll eines Treffens, wie Verständnis für die Situation des Anderen entstand; ebenso diskutierten aber auch der Psychiater Jan Gross und der Psychophysiologie Burghard Andresen das medizinisch-psychiatrische Krankheitsmodell und mögliche Konsequenzen für die psychiatrische Versorgung. Die Vielzahl an Stimmen, die zu Wort kamen, und die Vielfalt ihrer Ansätze und Erfahrungen verdeutlichten in ihrer Gesamtheit, wie komplex und vielschichtig das Phänomen der Psychosen wahrgenommen und beurteilt wurde, aber auch, wie komplex und individuell daher notwendigerweise der Umgang mit den Betroffenen sein musste. Als Qualitätsmerkmal der Psychoseseminare bildete sich im Unterschied zu anderen psychoedukativen Gruppen heraus, dass sie die Bedeutung von Erzählen, Subjektivität, Empowerment und Selbstbestimmung in den Vordergrund rückten. Sie verstanden sich als offener Diskurs, in dem sich alle gleichermaßen als Experten begegneten und in einem wechselseitigen Lernprozess zu einer gemeinsamen Sprache finden wollten.[187]

Neben den Psychoseseminaren als Orten des Gesprächs mit ihren daraus hervorgehendenSchriften enstanden zudem eigene, etablierte Publikationsräume. Zu einem wichtigen Ort für die Veröffentlichung und Verbreitung der Berichte von Psychose-Erfahrenen entwickelte sich das in Schleswig-Holstein liegende Neumünster. Eine erste „Begegnungsstätte für psychisch erkrankte Menschen und interessierte Bürger" wurde dort im Jahr 1983 eröffnet und schnell zu einem Anlaufpunkt sowohl für den Autausch von Psychiatrie-Erfahrenen untereinander als auch mit Nicht-Erfahrenen. Aus der Beobachtung, wie wertvoll es für die Psychiatrie-Erfahrenen war, ihre Erlebnisse und Lebensgeschichte mitzuteilen, entstand die Idee, eine Zeitschrift zu gründen: *Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst*. Diese erschien erstmals 1985 und von 1990 bis 2014 im (1990 dafür gegründeten) Paranus-Verlag, der von Beginn an Bestandteil der gemeinnützigen „Brücke Neumünster GmbH" war.[188] Anlässlich des 25-jäh-

[186] Bock/Deranders/Esterer, Stimmenreich, S. 77–84.

[187] Siehe Bock, Wo wir stehen, S. 34. Andere psychoedukative Gruppen sah Bock eher an einer einseitigen Wissensvermittlung, der Herstellung einer besseren Compliance, einem medizinischen Krankheitskonzept und einem Verharren im professionellen Rahmen orientiert.

[188] Eine weitere Zeitungsinitiative war der „Irrtu(r)m", 1988 gegründet, ein „professionell begleitetes Forum für Menschen mit psychischer Erkrankung und Krisenerfahrung", siehe Irrtu(r)m, Wir über uns, URL: www.irrturm.info/virthos.php?103, letzter Zugriff am 25. 2. 2016. Die Zeitschrift erschien einmal jährlich und bot die Möglichkeit für Betroffene, ihre Erfahrungen in schriftlicher oder künstlerischer Form darzustellen und zu veröffentlichen. Reichweite und Auflage vom Brückenschlag waren jedoch höher, weshalb die Darstel-

rigen Jubiläums von *Brückenschlag* im Jahr 2009 beschrieb Fritz Bremer die Bedeutung, die dem Erzählen der eigenen Lebensgeschichte in dieser frühen Zeit der Selbstorganisation zugekommen war: „Zu dieser Zeit war die Ermutigung, die eigene Geschichte zu erzählen, herauszufinden aus der ‚Krankengeschichte' und zurück in die Lebensgeschichte, ein sehr praktischer Teil unserer Arbeit. Ich erinnere mich noch sehr lebendig an die Gespräche mit Heino, Ute B., Jutta, Rudi St. u. a., die etwas aufgeschrieben hatten über ihr Leben in der Anstalt, die es loswerden wollten, die sich fürchteten vor dem, was sie selbst aufgeschrieben hatten, und davor, dass andere das über sie lesen, und davor, dass sie bestraft werden könnten dafür. […] Die Krankengeschichte ablegen, die Lebensgeschichte wieder entdecken – das war der erste starke Impuls zur Gründung dieser Zeitschrift."[189] Reinhard Lütjens Beitrag bestätigte diese Beschreibung, als er darauf hinwies, dass noch in der ersten Ausgabe des *Brückenschlags* spürbar gewesen sei, wie wenig Anerkennung die individuellen psychotischen Erfahrungen erhielten und wie verängstigt die Betroffenen bei der Schilderung ihrer Erfahrungen waren.[190] Mit der Namensgebung nahmen die Begründer Bezug auf Foucaults These von der Abspaltung des Wahnsinns von der Vernunft und die daraus entstandene Kluft zwischen beiden Welten in der Moderne. *Brückenschlag* sollte beide Bereiche wieder miteinander vertraut machen und verbinden.[191] Seit 1995 gab es auch in Neumünster ein Psychosenseminar, wo sich einmal im Monat Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter trafen.[192]

Besonders hervorzuheben unter den zahlreichen Veröffentlichungen des Paranus-Verlages ist ein Band von 2013, in zweiter Auflage 2014, in dem unter dem Titel „Der Sinn meiner Psychose" zwanzig Psychose-Erfahrene von ihrem Erleben und ihrem Umgang mit der Psychose berichteten und ihre individuelle Sinngebung beschrieben. Die Idee zu diesem Buch stammte von Dorothea Buck, nachdem sie einen Vortragstext von Gwen Schulz, einer EX-INlerin im Hamburger Universitätsklinikum, gelesen hatte. Sie animierte Fritz Bremer, den Gründer des *Brückenschlag*, und Hartwig Hansen, einen in Hamburg tätigen Psychologen, einen Band zu erstellen, in dem man gemeinsam auf die „Suche nach dem Sinn" der Psychose ginge.[193] Hansen gewann Gwen Schulz und Sibylle Prins und über diese weitere Kontakte zu Psychose-Erfahrenen und früheren Autorinnen und

lung sich auf diesen konzentriert. Qualitativ unterschieden sie sich kaum. Beide werden auf der Website „Psychiatrienetz" empfohlen, siehe Psychiatrienetz, Bibliothek – Zeitschriften, URL: www.psychiatrie.de/bibliothek/zeitschriften, letzter Zugriff am 25. 2. 2016.

189 Bremer, Übung im Umgang mit „Fremdem", S. 9.

190 Reinhard Lütjen, Von der Unmöglichkeit der Verständigung zur gegenseitigen Anerkennung. Das gewandelte Psychoseverständnis in den letzten 25 Jahren, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 67–73, hier S. 68.

191 Bremer, Übung im Umgang mit „Fremdem", S. 13.

192 Anja Musculus-Viehöfer, Psychoseseminar und trialogische Mitwirkungsarbeit konkret, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 83–90, hier S. 83.

193 Hartwig Hansen, Eine überfällige Idee, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 9–14, hier S. 9.

Autoren des *Brückenschlag*. Im Schreibaufruf notierte er: „Der alten Doktrin der Schizophrenie bzw. der Psychosen als in sich sinnlose, unheilbare Gehirnkrankheiten, denen ausschließlich mit Medikamenten begegnet werden kann, steht mittlerweile das vielfache Erfahrungswissen zahlreicher Betroffener gegenüber, deren Fazit lautet: Erst als ich offen wurde, um auf die Suche nach der für mich stimmigen ‚Botschaft' meiner Erkrankung zu gehen, konnte ich die mal ängstigend-verstörenden, mal inspiriert-euphorischen Erlebnisse in mein Leben integrieren. Es gibt keine Garantie, aber es lohnt sich, diese individuellen Erfahrungen von gelingender ‚Sinnsuche' zu beschreiben und öffentlich zu machen. Das könnte helfen, die alte Doktrin noch weiter aufzuweichen und angemessenere Unterstützungsangebote zu verwirklichen."[194]

Tatsächlich verfolgten die Psychose-Erfahrenen das Ziel, ihr individuelles, in der Erfahrung gewonnenes Wissen in den Wissensdiskurs einfließen zu lassen. Dabei ging es ihnen explizit nicht um eine Idealisierung oder Romantisierung des Psychose-Erlebens, dessen beängstigende und bedrohliche Aspekte, die eine Medikamenteneinnahme erforderlich machen konnten, nicht ausgespart wurden. Vielmehr ging es um die Erweiterung des klinisch-psychiatrischen Wissens, das sich im medizinischen Blick des Arztes und den Behandlungstechniken und -prozeduren ausdrückte (und von diesen mitgestaltet und produziert wurde). Diesem psychiatrischen Wissen sollte das Wissen der Psychose-Erfahrenen zur Seite oder auch gegenübergestellt werden, in einer weiten Palette des Verhältnisses zueinander als Unterstützung, Ergänzung, Kontrast, Widerspruch, Verneinung. Die Umsetzung dieses Ziels gelang: Eingang in die Fachwelt fand das Wissen der Psychose-Erfahrenen, indem etwa Beiträge von Erfahrenen oder Angehörigen in psychiatrischen Fachjournalen – vor allem mit sozialpsychiatrischer Ausrichtung – veröffentlicht wurden.[195]

Als im Juni 1994 der 14. Weltkongress für Soziale Psychiatrie in Hamburg stattfand, konnten sich die beschriebenen Entwicklungen und Initiativen vor einem internationalen, 3000 Gäste zählenden Publikum präsentieren. Unter dem Titel „Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie" knüpften die Veranstalter direkt an Manfred Bleulers Rede auf dem Weltkongress von 1957 und seine dortige Klage über die Sprachverwirrung und den Mangel an Einheitlichkeit in der psychiatrischen Wissenschaft an. Zugleich machten sie deutlich, dass sie die bisherigen Denkweisen, Behandlungsstile und Versorgungs-

194 Hansen, Eine überfällige Idee, S. 12.

195 Siehe z. B. Anonym, Die Freiheit an einer Psychose zu leiden: Ein Drama in vielen Akten. Erfahrungen einer Mutter, in: Psychiatrische Praxis 30 (2003), S. 159–164. Im englischsprachigen Raum wurden v. a. die Einzelbeiträge im *Schizophrenie Bulletin* zu einer festen Institution, die diese seit 1979 führt, siehe dazu auch das zweite Kapitel in Wood, Life Writing, in denen Wood diese Beiträge analysiert. Auch sie sieht es als entscheidend an, dass diese Form der Erzählung den Verfasser ermächtigte, die Autorität über seine Lebensgeschichte zu behaupten, vgl. ebd., S. 111. Siehe auch den Aufsatz von Michele L. Crossley/Nick Crossley, „Patient" Voices, Social Movements and the Habitus: How Psychiatric Survivors „Speak out" in: Social Science and Medicine 52/10 (2001), S. 1477–1489, über zwei Anthologien, eine aus den fünfziger, eine aus den neunziger bzw. Nullerjahren.

strukturen für „unwirksam oder unpassend" hielten.[196] Neben den Angehörigen hätten die Psychiatrie-Erfahrenen an Selbstbewusstsein gewonnen; mit ihrem Zusammenschluss in einer eigenen Interessensorganisation bewiesen sie genau „das Gegenteil von dem, was die Fachwelt ihnen zugetraut hat".[197] Die Kongressveranstalter ließen Psychiatrie-Erfahrene zu Wort kommen und nahmen ihre Beiträge in den Tagungssammelband auf; vor allem aber machte der Kongress die Idee des Trialogs bekannt und suchte im Großen, einen Austausch zwischen Erfahrenen, Angehörigen und Experten zu ermöglichen.

Theoretisch konzeptualisiert wurde der neue subjektorientierte Stil Hamburger Schule in Thomas Bocks „Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie", in dem dieser „Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen" (so der Untertitel) untersuchte.[198] Darin knüpfte er an daseinsanalytische, phänomenologische und kulturanthropologische Positionen an, verband sie aber mit psychologisch-biografischen Methoden und beschritt damit innerhalb der Psychiatrie Neuland. Der Soziologe Gerhard Riemann hatte einige Jahre zuvor eine qualitative Studie zu Lebensläufen psychiatrischer Patienten und ihrer individuellen Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und Erkrankung veröffentlicht.[199] Anders als Riemann, den vor allem die Verlusterfahrungen und das Fremdwerden des eigenen Lebens interessiert hatten, legte Bock jedoch einen besonderen Akzent auf Aspekte von Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie Selbst- und Fremdheilung, der sich im Lauf der Studie differenzierte. Während die Studie zu Beginn vor allem am subjektiven Erleben und dem unterschiedlichen Umgang mit der Psychose vor dem jeweiligen biografischen Hintergrund interessiert war, kamen im Lauf der Zeit weitere Themen dazu. Wie Bock notierte, verfeinerte sich sowohl die Auseinandersetzung der Teilnehmer mit sich selbst als auch die „inhaltliche Zielsetzung" durch die Weiterentwicklung der Fragen und Beobachtungen: „Die Auseinandersetzung mit dem subjektiven Erleben verdichtete sich zu einem besonderen Interesse am *Körpergefühl*. Das Interesse an der Art, wie die ersten Wahrnehmungsveränderungen benannt werden, er-

196 Thomas Bock, Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie, in: Thomas Bock/Dorothea Buck/Jan Gross/Ernst Maß/Eliot Sorel/Eugen Wolpert (Hrsg.), Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie, Bonn 1995, S. 15–18, hier S. 15. Siehe ebd. auch den Verweis auf Bleulers Rede.

197 Bock, Abschied von Babylon, S. 16.

198 Thomas Bock, Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen, Bonn 1997.

199 Gerhard Riemann, Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten, München 1987. Dass Riemanns Arbeit mit seinen ausführlichen Exzerpten der Interviews und Erzählungen bei soziologischen Kollegen, die eher an einem schnell greifbaren, formelhaften Analyseergebnis interessiert waren, auf Kritik stieß, berichtete er selbst am Ende der Arbeit, siehe ebd., S. 495. Riemann wies diese Kritik mit dem Hinweis auf die damit gewährleistete Transparenz seines Datenmaterials und dessen Qualität zurück. Aufschlussreich ist auch sein Bericht über Bedenken mancher Kollegen, die – verkürzt – lauteten, dass in Interviews mit psychiatrischen Patienten andere Mechanismen am Wirken seien als in „normalen" und Riemanns Analyse einer „renormalisierenden (Selbst-) Darstellung" Vorschub leisten würde, ebd., S. 496.

weiterte sich zu einem Interesse an den Möglichkeiten und Grenzen der *Sprache*. Aus der Frage, wie sich Psychosen bewältigen lassen, erwuchs die Frage nach der Funktion der Psychose *selbst als Bewältigungsstrategie*. Die Bestandsaufnahme der zur Verfügung stehenden Ressourcen wandelte sich in Richtung auf die mögliche *Ersatzfunktion der Wahnwelt*. Insgesamt wendete sich die Frage von möglichen kausalen zu eher finalen Verknüpfungen. Aus dem Warum wurde ein Wozu."[200]

Bocks Arbeit war damit Teil eines spezifischen Blickwinkels auf Schizophrenie und wirkte zugleich an der Enstehung dieser neuen Perspektive mit. Wie sein Hinweis deutlich macht, wurden im Verlauf der Befragung Themen und Aspekte in den Vordergrund gerückt, sichtbar gemacht oder überhaupt erst als solche identifiziert, die zuvor unsichtbar und nicht im Bewusstsein – weder im wissenschaftlichen Bewusstsein des Forschers noch im Selbst-Bewusstsein und in der Selbstwahrnehmung und -deutung seiner Teilnehmerinnen und Teilnehmer – gewesen waren. So entstand ein eigener Wissens- und Deutungsstil von Schizophrenie, auf den sich andere Psychose-Erfahrene stützen und den sie für sich nutzbar machen konnten. Wie sich diese Aneignung konkret ausformulierte, zeigen die folgenden Seiten.

Sinnstiftung, Widerstand, Autonomie. Individuelle Aneignung von Wissen

Brigitte Richter, eine Psychose-Erfahrene, beschrieb ihre Erlebnisse mit der Psychose und in der Psychiatrie im Jahr 2009 folgendermaßen: „Ein Krankensaal mit 25 Betten. Ziemlich genau in der Mitte ein Toilettenverschlag, aus dem es scharf nach einer Mischung aus Exkrementen und Desinfektionsmitteln roch und in dessen Kloschüssel Zigarettenkippen schwammen. Frauen jeden Alters bevölkerten den Saal; manche waren den ganzen Tag in ihrem Bett festgebunden, weil sie sich sonst selbst verletzten. Als ich dort 1975 hochpsychotisch eingeliefert wurde, passte das fugenlos in meinen Wahn: Wo sonst als in der Psychiatrie sollte man eine so wichtige Person wie mich verstecken?

Erst kam der Arzt. Er verordnete mir eine Spritze, die ich nicht wollte und gegen die ich mich mit Händen und Füßen wehrte. Gegen fünf Schwestern verlor ich schließlich den Kampf und wurde fixiert […]. Nach und nach wirkte das Haldol und mir dämmerte, dass ich es war, die falsch dachte. Viele Wochen ging ich immer wieder mein Wahngebäude durch und suchte logische Fehler darin. Ich konnte einfach nicht glauben, dass mich mein Verstand, der 25 Jahre sehr gut und reibungslos gearbeitet hatte, so furchtbar im Stich gelassen haben sollte.

Dann kam die Scham. Ich schämte mich für alles, was ich in der Psychose gedacht und getan hatte, selbst für das, was außer mir niemand wahrgenommen hatte. Um nichts in der Welt hätte ich irgendjemandem mehr erzählt, als ohnehin schon offensichtlich geworden war. Es gab damals durchaus Ärzte, die mehr hätten wissen wollen. Dem Aufnahmearzt hatte ich etwas erzählt, aber selbst in

[200] Bock, Lichtjahre, S. 313.

der akuten Psychose hatte ich gesehen, wie er sich darüber amüsierte. Die Oberärztin hatte wirklich ernsthaftes Interesse an meinem Psychoseerleben. Sie hatte wohl auch Mitgefühl mit der jungen Frau, die mitten im Examen psychotisch geworden war, jeden Tag von ihrem Mann besucht wurde, mit den anderen Patientinnen schnell ins Gespräch kam und unermüdlich strickte. Ich hätte mich ihr anvertrauen können, doch ich tat es nicht. Einerseits hatte ich sehr schnell gelernt, möglichst ‚normal' zu wirken, um frühzeitig wieder entlassen zu werden (ich wollte nichts wie raus!), und zum anderen war das was ich erlebt hatte, allein meine ureigenste Psychose, die ich mit niemandem teilte. Nach damals nur sieben Wochen Klinikaufenthalt wurde ich trotz eines Dreimonatsbeschlusses entlassen.

Man schickte mich zu einem niedergelassenen Psychiater, der mir bis zu vier Medikamente gleichzeitig verschrieb und jede Woche wissen wollte, wie es mir damit ginge. […] Es folgten acht Jahre, in denen sich akut psychotische Zustände mit quälenden Zwischenphasen abwechselten, in denen ich mich misstrauisch selbst beobachtete, ob es mir nicht schon wieder zu gut ging. Denn das war oft bereits das Signal für den nächsten Schub. Nach vier Jahren und mindestens ebenso vielen Schüben wurde ich wütend. Ich wollte endlich wissen, ‚warum es bei mir immer wieder aushakt', und suchte mir einen Psychoanalytiker. Alle waren entsetzt. Psychoanalyse galt damals als bei Psychosen kontraindiziert. Es gab im Raum Nürnberg nur zwei Analytiker, die sich an Patienten mit Psychosen heranwagten. Ich war zwar überzeugt, dass meine Krankheit unheilbar war. Aber ich wollte wissen, woher sie kam, und ich wollte lernen, mit ihr zu leben. Die Zeit der Analyse hat mich gelehrt, meine Schübe als eine Notbremse des Unbewussten, der Seele und des Gehirnes zu sehen in Situationen, die für mich anders nicht aushaltbar waren. Mein Analytiker hat es mir in langen Jahren ermöglicht, nachzureifen, wenigstens ein Stück Urvertrauen zu entwickeln und vormals unerträgliche Situationen auszuhalten. Ich verdanke diesem Arzt, dass ich nun 23 Jahre ohne Medikamente und ohne Wiedererkrankung stabil bin. Aber auch ihm habe ich freiwillig fast nichts von meinem Psychoseerleben erzählt. Meine Träume hat er bekommen. Wenn er sie – selten – deutete, stieß er bei mir damit meist auf Unverständnis. Ihm mein Psychoseerleben mitzuteilen, war mir einfach nicht möglich. Er hat das respektiert und mich nicht dazu gedrängt.

Aber er war derjenige, der im Gegensatz zu mir unbeirrbar die Hoffnung auf Gesundung aufrechterhielt. Als seine Hoffnung endlich auch in mir Wurzeln geschlagen hatte und ich begann, sie selbst zu hegen, hatte ich noch einmal einen furchtbaren Rückfall. Danach wollte ich nicht mehr leben. Die Vorstellung, bis zu einem fernen Lebensende im ständigen Auf und Ab von Psychose, anschließendem Ausgepowertsein, immer schwerer werdenden Depressionen und immer kürzer werdenden ‚normalen' Zwischenphasen leben zu sollen, ertrug ich nicht mehr. Obwohl ich mir eine eigentlich tod-sichere Todesart ausgesucht hatte, ge-

lang mir der Suizid nicht. Ausgerechnet der dem Suizidversuch vorangegangene Schub ist dann tatsächlich der bisher letzte gewesen!“[201]

Das Streben nach Autonomie und die Fokussierung auf Momente der Autonomieerfahrung, wie sie Brigitte Richter schildert, waren ebenso wie der individuelle Umgang mit den Wissens- und Therapieangeboten und die Einordnung der Psychose in die Lebensgeschichte kein Einzelfall. Viele Berichte von Psychose-Erfahrenen weisen Momente der getroffenen oder ständig aktualisierten Entscheidung auf, die die Vorstellung von Psychiatrie- bzw. Psychose-Erfahrenen als passive, ausgelieferte, reagierende und hilflose Objekte unterlaufen oder ihr konkret widersprechen. Die Psychose-Erfahrene Marina Gerdes etwa definierte sich als selbstbewusst und autonom; sie sah sich der Realität ihrer Psychose nicht ausgeliefert, sondern beanspruchte eine aktive Gestaltung ihres Lebens.[202] Sie erklärte: „Es war für mich kein Zuckerschlecken, mich selbst zu finden und gesund werden zu wollen. Aber es war und ist mein freier Wille, auf Dauer ohne Psychosen zu leben. Nie wieder meinen Verstand so zu verlieren, dass ich mich selbst nicht mehr auf den Boden zurückholen kann.“[203]

Vor allem anhand einzelner Momente und Handlungen lässt sich ein vielfältiges Handlungsspektrum nachvollziehen, das von Widerstand gegen die ärztliche Autorität bis zur vertrauensvollen Kooperation mit medizinischem und therapeutischem Fachpersonal reichte. Besonders deutlich wird dies anhand des jeweiligen Umgangs mit der verordneten Medikamention. Jan Michaelis etwa traute den Ärzten nicht zu, „überflüssige Medikamente abzusetzen“, und entließ sich selbst aus der Klinik, weil er die Ärzte als „ahnungs-, rat-, und hilflos“ erlebt hatte.[204] Andere Personen stuften eine ausbalancierte Medikamenteneinnahme als notwendige Grundlage ihrer seelischen Stabilität ein und unterstützten die medikamentöse Behandlung. Dies betraf vor allem diejenigen, die ihre Psychose nicht ausschließlich als positiv erlebten, sondern auch von Ängsten heimgesucht wurden.[205] Wurde die Medikamention verweigert, stand die Suche nach einer anderen Therapieform an. Ausführlich schilderte etwa Marina Gerdes ihren Widerstand gegen die Medikamente und wie sie sich 1982 selbst geschworen habe, „nie wieder zurück in diese Kerkerwelt zu gehen – entmündigt und nackt, fest-

[201] Brigitte Richter, Meine Psychose gehört mir!, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 60–64, hier S. 60–62.

[202] Marina Gerdes, Wirklich wahnsinnig, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 149–153, hier S. 153.

[203] Marina Gerdes, Meine Psychose bin ich selbst, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 15–22, hier S. 19.

[204] Jan Michaelis, Die Schöne und das Biest, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 148–154, hier S. 149.

[205] Christine Wiedemann, EX-IN aus der Sicht einer Teilnehmerin, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 91–100, hier S. 93. Ebenso Rolf Scheffel, Bolero und andere Melodien, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 43–45. Für beide war die Psychose prinzipiell mit einem Gewinn an Lebendigkeit verbunden; die Medikamente trugen dazu bei, diesen Gewinn zu erhalten.

geschnallt und ausgeliefert, unter hohen Dosen Haldol und trotzdem zu zittern voller Angst".[206] Gemeinsam mit einer Verhaltenstherapeutin arbeitete sie daran, die Therapie so zu gestalten, wie es ihren Bedürfnissen entsprach, und erklärte: „Ich habe nichts zufällig erreicht. Ich habe mich entschieden für eine Weiterentwicklung ohne Medikamente. Und das ist anstrengend. Es ist Reflexion über mein Verhalten, das dazu beiträgt, psychotisch zu werden. Und der Glaube an die Möglichkeit, es nicht zu müssen, wenn ich mich mutig abgrenze, weil ich mich selbst am besten kenne und für mich selbst gut sorge. […] So ist das Wissen der Selbstverantwortung für meine Person ein Akt der Freiheit, denn ich will mich nie wieder so verlieren, dass ich Medikamente einnehmen muss und abhängig werde."[207]

Dass die Entwicklung des eigenen Umgangs mit der Psychose von Psychologinnen und Psychologen unterstützt wurde, war nichts Ungewöhnliches. Die Therapeutinnen und Therapeuten wurden nicht als Autoritäten, sondern als Bezugspersonen begriffen, die den Standpunkt der oder des Psychose-Erfahrenen teilten, Hoffnung und Zuversicht vermittelten und außerdem eine konstante Kontaktmöglichkeit boten.[208] Nicht jede Psychotherapie musste jedoch gleich gut angenommen werden, wie das Beispiel von Anja Hesse zeigt, die mit einer verhaltenspsychologischen Therapie nur wenig anfangen konnte, dafür aber die Methode des Focusing als Befreiung und Unterstützung auf dem Weg zu sich selbst erlebte.[209] Neben der Entscheidung für oder gegen eine Therapie wurden auch allgemeinere Autonomieerfahrungen geschildert: So berichteten einige Psychose-Erfahrene von der Erkenntnis, dass sie die Wahl hätten, wie sie mit sich umgingen, wie sie auf Situationen reagierten, welche Entscheidungen sie trafen und für welche Welt sie sich entschieden.[210] Aber auch sich gegenüber einem anderen Wissensanspruch zu behaupten, dem Erlebten selbst eine Bedeutung zu geben und „selbst das Sagen zu haben", wurden als Augenblicke der Autonomieerfah-

[206] Gerdes, Meine Psychose bin ich selbst, S. 20.
[207] Gerdes, Meine Psychose bin ich selbst, S. 21.
[208] Vgl. Anna P., Das Rätsel der Sphinx, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 60–69, hier S. 68f; Gwen Schulz, Davonfliegen und autonom werden, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 85–94, hier S. 90.
[209] Anja Hesse, Es fließt. Ganz langsam. Es ist Leben, es ist Kraft, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 32–39, hier S. 38.
[210] Siehe beispielsweise Stephan Eberle, Ein nächtlicher Albtraum – Vorbote der Morgendämmerung, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 70–77, hier S. 77; P., Das Rätsel der Sphinx, S. 68; Schulz, Davonfliegen und autonom werden, S. 91.

rung dargestellt,[211] ebenso wie die Möglichkeit des Nicht-Sagens als Strategie der Autonomiebehauptung.[212]

Dem eigenen Psychose-Erleben einen Sinn zu geben bzw. einen Sinn darin aufzuspüren, wie es auch Dorothea Buck geschildert hatte, war vielen Psychose-Erfahrenen wichtig.[213] Diese Erfahrungen sind für die Leserin oder den Leser, wie Vera Luif es bezeichnet hat, „fern und fremd" und „menschlich und dadurch grundsätzlich von jedem erfahrbar" zugleich.[214] An der Bildung dieser Erfahrungen und Selbsterfahrungsgeschichten war psychiatrisches bzw. psychotherapeutisches Wissen in unterschiedlichem Maß und auf unterschiedliche Weisen beteiligt. Die psychiatrischen Behandlungsverfahren werden häufig als aufgezwungene Maßnahmen geschildert, die am Erleben der Psychose vorbeigingen. Auch das psychiatrische und neurobiologische Wissens- und Erklärungsangebot von Schizophrenie als einer Stoffwechselstörung wurde in der Regel als einseitig und wenig hilfreich empfunden.[215] Tiefenpsychologie und andere analytische Ansätze dagegen stießen bei vielen auf Zustimmung, wobei auch hier Ärztinnen und Ärzte, Analytikerinnen und Analytiker sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der Vermittlung dieser Ansätze beteiligt waren.[216] Verbreitet war auch das Wissen um C. G. Jungs Schizophreniedeutung, die durch

[211] Das direkte Zitat stammt von Klaus Nuißl, Krankheit ist ein Weg, zu den richtigen Fragen zu gelangen, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 95–102, hier S. 99.

[212] Siehe Sibylle Prins, Auf der Suche nach dem Paradies, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 113–122, hier S. 115; Richter, Meine Psychose gehört mir!; auch das Recht, sich abzugrenzen, wurde anderen zugestanden, siehe Schulz, Davonfliegen und autonom werden, S. 93.

[213] Anja Hesse, Tuula Rouhiainen, Anna P., Sibylle Prins und Klaus Nuißl berichteten von dem Eindruck, den Dorothea Bucks Buch auf sie gemacht hatte, und wie sie von deren Erfahrungen und Deutungen gelernt hätten. Siehe Hesse, Es fließt, S. 38; Tuula Rouhiainen, Andere Menschen kann ich nicht ändern – nur mich selbst, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 40–50, hier S. 48; P., Das Rätsel der Sphinx, S. 65; Nuißl, Krankheit ist ein Weg, S. 98; Prins, Auf der Suche nach dem Paradies, S. 119.

[214] Vera Luif, Die Psychose als Erzählgeschehen. Eine textanalytische Tagebuchstudie, Lengerich 2006, S. 220.

[215] Vgl. die Beiträge von Anja Hesse, Anna P., Stephan Eberle und Klaus Neißl, siehe Hesse, Es fließt, S. 37; P., Das Rätsel der Sphinx, hier S. 64; Eberle, Ein nächtlicher Albtraum, hier S. 72 f.; Nuißl, Krankheit ist ein Weg, S. 96. Nuißls Urteil über das neurobiologische Wissen lautete nach seiner Lektüre eines von Manfred Spitzer herausgegebenen Sammelbandes kurz und knapp: „Leben und Erleben in Hirnmodellen auszudrücken, ist absurd." Erleben könne nicht auf neurobiologischer Ebene verstanden werden, zumal, wenn es so verkompliziert werde, wie es die Neurobiologie tue, siehe ebd., S. 99.

[216] Peter Mannsdorff lernte in einer klassischen Psychoanalyse, Psychose als Chance und Selbstfindung zu verstehen; Anna P. traf auf einen Tiefenpsychologen, der ihre Ansichten teilte, und lernte so, ihren eigenen Vorstellungen, dass in der Psychose Unterbewusstsein und Gedächtnis offenlägen, zu vertrauen; und auch Klaus Nuißl erfuhr von einer Ärztin, dass eine Psychose als ein Lösungsversuch begriffen werden konnte. Siehe Peter Mannsdorff, Die Kleinfamilie – eine illustre Staatengemeinschaft, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 51–59; P., Das Rätsel der Sphinx, S. 65 und S. 68; Nuißl, Krankheit ist ein Weg, S. 98.

die Rückbindung des psychotischen Erlebens an allgemeingültige Symbole eine Normalisierung dieses Erlebens erlaubte und lehrte, dass zwischen psychotischer und „normaler" Realität Parallelen bestünden.[217] Zudem wurde das psychoanalytische Wissen nicht einfach übernommen, sondern vielmehr differenziert angeeignet.[218] Ebenso gab es auch Psychose-Erfahrene, denen gerade das Wissen um die biologischen Prozesse und Funktionen half, gegen die Krankheit zu kämpfen und sich „nicht unterkriegen zu lassen", sondern das Leben aktiv und im Rahmen des Möglichen zu gestalten.[219] Elisabeth T. machte die Beobachtung der Hirnforschung Mut, dass das menschliche Gehirn und die neuronalen Netzwerke bis ins Alter veränderbar blieben, also immer die Möglichkeit für Veränderung und etwas Neues gegeben sei.[220]

Betont wurde immer wieder, dass es einer dauernden Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst und einer kontinuierlichen therapeutischen Arbeit bedurfte. Verschiedene Erklärungsangebote konnten zu unterschiedlichen Zeiten rezipiert werden.[221] Zahlreiche Psychose-Erfahrene entwickelten zudem eigene Strategien, wobei sie therapeutische und kreative oder entspannende Techniken, die das Erleben der Psychose auffangen, aber auch Präventionsarbeit leisten sollten, kombinierten. Jana V. versuchte es mit Drogen, Medikamenten, Körperpsychotherapie und vor allem exzessivem Schreiben, bevor sie die Anfertigung von Fotocollagen als Mittel für sich entdeckte, sich „Stück für Stück wieder neu [zusammenzusetzen]".[222] Meditationen, Atemübungen und Spaziergänge sorg-

217 Sibylle Prins, Wird die Wirklichkeit psychotisch?, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 163–166, hier S. 163.

218 Sibylle Prins etwa berichtete, dass ihr die Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse zuerst nicht viel gebracht hatte, weil sie – wie Dorothea Buck – ihre Psychose nie als sinnlos empfunden hatte. Auch die Erklärungen der Psychoanalyse im Stile Sechehayes konnte sie „nie richtig nachvollziehen oder für mich nutzen", siehe Prins, Auf der Suche nach dem Paradies, S. 113. C. G. Jungs Ansichten dagegen, die sie in den bereits erwähnten Gesprächen mit ihrer Psychiaterin kennenlernte, stießen bei ihr auf große Zustimmung, siehe Prins, Auf der Suche nach dem Paradies, S. 114. Sie distanzierte sich jedoch davon, als sie Näheres über seine Biografie, insbesondere seine Nähe zum Nationalsozialismus und sein Verhältnis zu Sabina Spielrein, erfuhr.

219 Gerdes, Wirklich wahnsinnig, S. 152 f.; siehe ebenfalls ihren Beitrag in Hansens Sammelband, siehe Gerdes, Meine Psychose bin ich selbst, besonders S. 20 f.

220 Elisabeth T., „Sag du es ihr", sagt die Seele zum Körper, „auf mich hört sie nicht.", in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 78–84, hier S. 83.

221 Jana V. etwa beschrieb einen kurzzeitigen Wechsel von der analytischen zur klinischen Psychologie während ihrer Studienzeit: „Erklärungsansätze für meine Krise fand ich damals bei C. G. Jung und den transpersonalen Psychologen und definierte meine Probleme als spirituelle Reifungskrise. Endlich nüchtern lernte ich im Psychologiestudium die Klassifikationssysteme der psychischen Krankheiten und die herrschenden Krankheitsparadigmen und versuchte, mein Erleben mit dem Vokabular der Psychopathologie zu beschreiben. Nun war ich das tragische Opfer von Vererbung und Familie und sammelte Symptome, wie andere Briefmarken sammeln.", Jana V., Zurück aus dem Reich der Toten, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 54–58, hier S. 56.

222 V., Zurück aus dem Reich der Toten, S. 57.

ten zusätzlich für eine „Erdung".[223] Christine Wiedemann schätzte die symbolischen Handlungen, die sie während ihrer akuten Psychosen durchführte, als Grund dafür ein, dass sie die Psychosen „als zutiefst sinnhaft und bereichernd erlebt" hatte.[224] Karsten Kirschke entdeckte Zeichnen und Schreiben als hilfreich, nicht über seiner Krankheit zu verzweifeln oder vor ihr zu fliehen, sondern aktiv seiner „wahnhaften Selbstverlorenheit einen Sinn abzutrotzen".[225] Insbesondere Verfahren wie Meditation oder Körpertherapie, die die Achtsamkeit steigern und zu Ruhe und Gelassenheit im Umgang mit sich selbst und anderen führen sollten, spielten eine Rolle.[226] Andere berichteten, dass ihnen Gespräche mit anderen Patientinnen und Patienten oder in Gruppen halfen;[227] Sibylle Prins gründete eine Traumgruppe, in der sie mit anderen Nicht-Psychose-Erfahrenen einen Austausch über Träume und einen kreativen Umgang mit ihnen anstieß.[228]

Die unter Psychose-Erfahrenen diskutierten psychiatrischen Definitionen und therapeutischen Techniken reichten von neurobiologischen Modellen bis zu psychoanalytischen Ansätzen. Dementsprechend spiegeln die Berichte ein breites Wissen von den unterschiedlichen Deutungsmöglichkeiten, mit denen die Patientinnen und Patienten im Lauf ihrer eigenen Krankheitsgeschichte konfrontiert worden waren, und in deren Licht die eigene Lebensgeschiche betrachtet wurde. Von vielen wurde dabei eine spezifische Vulnerabilität thematisiert, die Menschen mit Schizophrenie spätestens seit den siebziger Jahren explizit zugeschrieben wurde. Die Akzeptanz der eigenen Vulnerabilität und das Wissen um die eigenen Grenzen wurden als wesentliche Voraussetzungen auf dem Weg zu einem selbstbestimmten Leben beschrieben, die im Vergleich mit anderen Menschen wahrgenommene größere Sensibilität positiv bewertet und im eigenen Tätigkeitsbereich eingesetzt, verbunden mit dem Bewusstsein, dass diesselbe Feinfühligkeit auch die eigenen Grenzen definiere.[229] Der Umgang mit dem eigenen

223 V., Zurück aus dem Reich der Toten, S. 58.

224 Wiedemann, EX-IN aus der Sicht einer Teilnehmerin, S. 93.

225 Karsten Kirschke, Nicht länger in der Sprachlosigkeit gefangen, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 118–121, hier S. 118.

226 Anja Hesse beschrieb, dass sie ruhiger wurde, als ihr Verstand das Begreifenwollen und Deuten, das ihn in die Überforderung getrieben hatte, aufgab und stattdessen die Beschränkung aufs Beobachten lernte, siehe Hesse, Es fließt, S. 39. Elisabeth T. absolvierte einen MBSR-Kurs (Mindfulness-based Stress Reduction) und lernte dort meditieren und „im Hier und Jetzt leben", eine Technik, die ihre Krankheit nicht heilte, aber ihr half, damit umzugehen, siehe T., „Sag du es ihr", S. 80. Auch Gaby Rudolf berichtete, dass ihr Meditation, Spaziergehen, „Tee trinkend auf dem Sofa hocken" gut taten sowie aufmerksam zu sein, „ob ich im Leben wirklich das tue, was ich will, was meinem Leben entspricht", siehe Gaby Rudolf, Spiritualität ist die kostbarste Perle meiner Psychoseerfahrung, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 169–177, hier S. 175.

227 Siehe Karla Kundisch, Erst mal hören …, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 103–112, hier S. 110.

228 Prins, Auf der Suche nach dem Paradies, S. 114.

229 Vgl. V., Zurück aus dem Reich der Toten, S. 58. So bewertete Marina Gerdes ihren Lebensmut und ihre 25 Jahre ohne Psychose als Ergebnis von Selbstdisziplin und „Wissen um den eigenen Körper, die eigenen Grenzen und die der Umgebung", die sie bei ihrem Psychiater

„verletzlichen" Selbst spiegelt damit die Aneignung einer psychiatrischen These und die Verflechtung mit dem eigenen Selbstwissen. Gaby Rudolf sah in der psychotischen Erfahrung und der daraus gewonnenen Erkenntnis der eigenen Grenzen und Verletzlichkeit sogar einen Schutz vor Überlastung, Burn-out und Lebenskrisen, hatte sie doch gelernt, behutsam mit sich umzugehen und ihr Leben „auszubalancieren".[230] Das Wissen um das eigene Selbst, die eigenen Grenzen und Fähigkeiten bedeutete, Verantwortung für sich zu übernehmen und zu begreifen, dass eine Veränderung nur am eigenen Selbst ansetzen konnte.[231] Deutlich wird daher auch in diesen Berichten die Verlagerung von einer psychiatrischen, hierarchisch gesteuerten Anleitung hin zu einem sich selbst steuernden, unternehmerischen Selbst, das von den eigenen „Ressourcen" spricht und sich selbst einen Überblick über die Deutungs- und Behandlungsangebote verschafft.[232] Allerdings liegt diesem Selbst eben nicht nur die Vorstellung eines autonomen Subjekts, sondern viel mehr noch die Vorstellung eines fragilen, in seinem jeweiligen Umfeld zur Vorsicht aufgerufenen Selbst zugrunde.

Den Berichten vieler Psychose-Erfahrener gemeinsam war die Vorstellung eines notwendigen Gleichgewichts zwischen Selbst und Umwelt, das für die Gestaltung des eigenen Lebens die Voraussetzung bildete. Diese Vorstellung thematisierte indirekt die Psychose als Zustand, in der dieses Gleichgewicht nicht gegeben war, sondern in der sich Welt und Ich im Ausnahmezustand befanden. Die Grenzen zwischen psychotischem und nicht-psychotischem Zustand waren jedoch fließend und variierten stark zwischen den einzelnen Lebensgeschichten. Manche ordneten ihre Psychose als der Vergangenheit angehörige und abgeschlossene Phase ein, andere als Teil ihrer Selbstidentität, andere als zyklisch wiederkehrende Episoden. Die Einordnung der Psychose in biografische Zusammenhänge und die Kontextualisierung der Erkrankung mit der jeweiligen Lebensgeschichte wurde von vielen als wichtig bewertet, um die eigene Psychose und die anderer zu verstehen und mit ihr umgehen zu lernen. Auch hier verschmolzen das von den Psy-Disziplinen bereitgestellte und vermittelte Wissen von der Bedeutung der Lebensgeschichte für psychische Krisensituationen mit den eigenen Erfahrungen, so dass Gwen Schulz notierte: „Es gibt so viele verschiedene Gründe, psychotisch zu werden, wie es Menschen gibt."[233]

Von Bedeutung war, ob zwischen Lebensgeschichte und früheren Erfahrungen einerseits und dem Ausbruch der Psychose andererseits ein Zusammenhang hergestellt werden konnte. Neben feststellbaren, äußeren Ereignissen – extreme Gewalterfahrung, Misshandlung, Missachtung, Geburt, Tod – spielten auch innere

und ihrer Psychotherapeutin erkennen gelernt habe, Gerdes, Wirklich wahnsinnig, S. 152. Brigitte Richter berichtete, dass sie die Erfahrung ihrer Psychose als „Teil ihres Lebens" wie eine „Zusatzqualifikation" betrachte, Richter, Meine Psychose gehört mir!, S. 64.

230 Rudolf, Spiritualität, S. 175.

231 Vgl. Rouhiainen, Andere Menschen kann ich nicht ändern, S. 49.

232 Zum Konzept des unternehmerischen Selbst siehe grundlegend Ulrich Bröckling, Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, Frankfurt am Main 2009.

233 Schulz, Davonfliegen und autonom werden, S. 87.

Erfahrungen und persönliche Aspekte eine Rolle. Eine wichtige Rolle nahm bei vielen, aber längst nicht bei allen die Kindheit ein. Dabei konnten ganz konkrete Erlebnisse als Auslöser eines ersten psychotischen Erlebens geschildert werden wie im Fall von Reinhard Wojke;[234] öfters aber wurden allgemeinere Umstände thematisiert, wie ein Mangel an Aufmerksamkeit oder hoher Leistungsdruck bei gleichzeitigem Desinteresse für die eigenen Wünsche, Vorstellungen und Bedürfnisse.[235] Marina Gerdes, die ohne Familie aufwuchs, zeichnete einen Diagnoselebenslauf von der ersten Diagnose „Verhaltensstörung" im Alter von zehn Jahren bis zur paranoiden Schizophrenie mit 26 Jahren und zog folgenden Schluss: „Die Ursache meiner Psychosen war die fehlende Wurzel unter meinen Füßen. Da war nichts. Keine Identität. Es gab mich gar nicht. Ich war nur fragmentiert. Zu viele Menschen in meinem Leben. Immer wieder Fremde. Eben keine Eltern und keine Sicherheit. Keine Liebe, die wärmt und tröstet im Augenblick. Dafür Missbrauch, Gewalt und Hass."[236] Neben Kindheitserfahrungen wurden Erfahrungen im Erwachsenenalter, Sehnsüchte, Eindrücke, einschneidende Erlebnisse wie Geburt oder Tod sowie Krisen als Hintergründe der Psychose angeführt.[237] Ebenfalls wurden Erwartungen von außen, denen man nicht zu genügen schien, angesprochen.[238] Konnte keine lebensgeschichtlichen Ursachen ausgemacht wer-

234 Reinhard Wojke, Der Weg des Herzens und wie meine Psychose mich dabei begleitet hat, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 23–31, hier S. 23 f.

235 Siehe beispielsweise T., „Sag du es ihr", S. 81, und Rudolf, Spiritualität, S. 171. Dass man unter schwierigen Umständen auch positive Fähigkeiten ausbilden konnte, berichtete Wolfgang Drüding, Befreiung, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 161–168, hier S. 164 f.

236 Gerdes, Meine Psychose bin ich selbst, S. 16. Ähnlich berichtete auch Gwen Schulz von einer Kindheit voller extremer Gewalt und Misshandlungen, die ihr jede Vorstellung von Schutz und Hilfe, ja generell von Auswegen aus schwierigen Situationen, verwehrte: „Ich kannte nichts Anderes und hatte keinen Impuls von Widerstand. Ich kannte Angst, namenlose und entsetzliche Angst, ohne eine Idee von Schutz. Ich wollte sterben, weil ich das nicht mehr ausgehalten habe. Ich habe mich ‚auffällig' verhalten, so dass man mir eine Schizophrenie bzw. geistige Behinderung angeheftet hat, niemand hat hinter die Kulissen gesehen, für möglich gehalten, dass es einen Grund dafür gab, da ich aus ‚gutem Hause' kam. Die Psychiatrie hat meinen Eindruck von ‚die Welt funktioniert so', ‚es gibt kein Entrinnen' verstärkt." Siehe Schulz, Davonfliegen und autonom werden, S. 88.

237 Irene Hoppe rückte beispielsweise den Ausbruch ihrer Psychose in den Zusammenhang mit dem Tod ihrer Mutter, bei dem sie auch sich selbst ein Stück weit verloren habe, siehe Irene Hoppe, In Wirklichkeit bin ich nur ganz viel allein, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 46–50, hier S. 46. Bei Tuula Rouhiainen war es die Geburt ihres ersten Kindes und die widersprüchlichen Aussagen der Ärzte und Pfleger, die starke Ängste auslösten; bei ihrem ersten psychotischen Schub spielte das Gefühl der Überforderung eine zentrale Rolle, siehe Rouhiainen, Andere Menschen kann ich nicht ändern, S. 43–45.

238 Anja Hesse sah ihre Psychose auch dadurch verursacht, dass sie lange versucht hatte, sich anzupassen, ähnlich wie Karla Kundisch, die ihr Leben lang eine gesellschaftliche Aufforderung wahrgenommen hatte, fröhlich zu sein und ihre wirklichen Gefühle nicht zu zeigen. Siehe Hesse, Es fließt, S. 35 und Kundisch, Erst mal hören …, S. 110.

den, wurden Vulnerabilität und die geringe Belastbarkeit stärker in den Vordergrund gerückt.[239]

Durch die Einbettung der Krankheitserfahrung in die Lebensgeschichte konnte die Psychose zudem als eine von verschiedenen Entwicklungsmöglichkeiten sowie als Lernprozess normalisiert werden. Marina Gerdes etwa zog aus den in ihrem Leben getroffenen Entscheidungen und den in der Psychotherapie erarbeiteten Lösungen den Schluss, dass eine Psychose „nichts Mystisches, Außergewöhnliches" sei, sondern „einfach eine bio-psychische Reaktion auf die individuelle Stresserfahrung jedes Menschen und eine logische Konsequenz eigener Geschichte".[240] Andere Psychose-Erfahrene berichteten, dass sie in der Psychose Erfahrungen nachgeholt oder gemacht hätten, die sonst nicht möglich gewesen wären,[241] oder auch eine Intensität erlebt hätten, die sie im echten Leben vermissten.[242] Darüber hinaus wurden der Psychose Aufbruch und Wandel hin zu einem authentischeren Selbst zugeschrieben.[243] Als etwas „Zukunftsweisendes" und „Umstürzendes" hatte auch Britta Geishöfer ihre Psychose erlebt, als eine Erfahrung, so „[s]chmerzlich und intensiv wie nichts zuvor", welche „die geheimsten Winkel meines Selbst aus ihrem Versteck" holte: „Sie hat mir überhaupt die Sinnigkeit, die innere Logik und Notwendigkeit allen Geschehens vor Augen geführt und mir das verloren gegangene Vertrauen in das Leben, in mein Leben zurückgeschenkt."[244] Martin Stoffel formulierte knapp: „Der Sinn der Psychose

239 Wiedemann, EX-IN aus der Sicht einer Teilnehmerin, S. 93.

240 Gerdes, Meine Psychose bin ich selbst, S. 20 f.

241 Rouhiainen, Andere Menschen kann ich nicht ändern, S. 50.

242 Nuißl, Krankheit ist ein Weg, S. 98.

243 Reinhard Wojke hatte über die körpertherapeutischen Techniken des Shiatsu und über die Shinto-Religion den Weg zu sich selbst gefunden, wie er beschrieb: „Darin sehe ich heute den Sinn meiner Psychose. Sie ließ mich ausbrechen, sie ließ mich aufbrechen, sie wies mir den Weg zu dem, was wirklich zu mir passt.", siehe Wojke, Der Weg des Herzens, S. 30. Auch Peter Mannsdorff gewann – auch durch seine Psychoanalyse – die Überzeugung von der Psychose als eine „Chance", die ihm die „Möglichkeiten" erschlossen hatte, „das zu werden, was ich heute sein will.", siehe Mannsdorff, Die Kleinfamilie, S. 58. Die Erklärung des psychotischen Geschehens mithilfe des Modells der transpersonalen Psychologie brachte Stephan Eberle nicht nur „Hoffnung", sondern auch einen „neuen metaphysischen Rahmen". Für die Psychose war er dankbar: Sie hatte ihn auf diesen Weg geführt und war ihm „zum Vorboten der Morgendämmerung geworden", durch die sein Leben „inzwischen immer heller, friedvoller und glücklicher" wurde, siehe Eberle, Ein nächtlicher Albtraum, Zitate S. 74, S. 75 und S. 77.

244 Britta Geishöfer, Spurensuche, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 131–138, hier S. 131. Anja Hesse schrieb, ihre Psychosen hätten sie „zurückgeholt" auf ihren Weg, von dem sie sich entfernt hatte, und ihr einen Eindruck einer starken inneren Kraft vermittelt, mit der umzugehen sie nach wie vor lerne, siehe Hesse, Es fließt, S. 34 und S. 39. Elisabeth T. wurde durch die Psychose zum „Anhalten" gezwungen, zum Umbewerten der Bedeutung gesellschaftlicher Anerkennung. Sie lernte, ihre Emotionen wiederzufinden, ihre Fantasie frei zu lassen, lernte Achtsamkeit und Stille. Es sei anstrengend, aber sie sei „lebendig", und das „verdanke [sie] nicht zuletzt [ihren] Psychosen.", siehe T., „Sag du es ihr", S. 81 f. und S. 84. Klaus Nuißl erklärte, ohne seine Psychose hätte er nie so viel über den Menschen gelernt und wüsste nicht, „auf welchem Weg [er] sonst zu einem solch sinnvollen Leben gelangt wäre, das [ihm] so viel Spaß mach[e]", siehe Nuißl, Krankheit ist ein Weg, S. 102.

ist, über sie zu lernen."[245] Die Psychose wurde als lebensgeschichtliche Zäsur beschrieben, die den Verlauf des weiteren Lebens mitbestimmte. Gleichzeitig wurde auch dem Leiden ein spezifischer Lern- und Erfahrungseffekt zugesprochen, wie das Beispiel von Arnhild Köpcke zeigt, die erklärte: „Nichts Menschliches ist mir fremd. Vielleicht beschreibt das am besten, welchen Gewinn mir der Wahn brachte, die Fähigkeit zur Empathie, die aus der Kenntnis des Wahngeschehens hervorgeht. […] Die Krankheit lehrt einen weiten Horizont."[246]

Aufgrund vielfältiger bereitgestellter therapeutischer Angebote, Deutungsmöglichkeiten und Selbsttechniken sowie Erfahrungsberichten von anderen Betroffenen wurde es den zitierten Patientinnen und Patienten möglich, Schizophrenie nicht als einen zum Persönlichkeitszerfall führenden Krankheitsprozess zu begreifen, sondern als eine spezifische Erfahrung für das eigene Selbst. Dieser Deutung zugrunde lag die Vorstellung eines lernenden und sich entwickelnden Selbst, das durch Herausforderungen wachsen und an sich arbeiten konnte. Die psychologische Lebensgeschichte und der autobiografische, selbstreflektierte Bericht wurden zu einem „Ausweis aktiver innerer Teilhabe an den umgebenden Bedingungen"[247] und damit zu einem Beweis der eigenen Selbstverantwortung. Besonders in Kreisen von Psychiatrie-Erfahrenen wurde an die Autonomie und die Selbstentscheidungshoheit des Individuums appelliert.[248] Es läge daher nahe, die therapeutischen und analytischen Verfahren und mit ihnen die therapeutische Gesprächskultur als Techniken moderner Gouvernementalität zu begreifen, mit denen den Betroffenen die Verantwortung für sich selbst überschrieben wurde; allerdings haben die Berichte auch gezeigt, dass die bereitgestellten Techniken nicht einfach nur übernommen, sondern vielmehr in Akten der Aneignung für die jeweilige Situation angepasst und kombiniert wurden.[249]

Zugleich drückten die Berichte der Psychose-Erfahrenen eine Veränderung des Selbstkonzeptes aus. Das darin präsentierte Selbst strebt zwar nach Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstbewusstsein, jedoch sind ihm Eigenschaften wie Verletzlichkeit, Hilfsbedürftigkeit und Fragilität sowie Emotionen wie Überforderung, Verzweiflung und Angst wesentlich eingeschrieben. Die Umwelt, das eigene Innenleben, Erfahrungen und lebensgeschichtliche Konstellationen stellen

[245] Martin Stoffel, Was macht ein gläubiger Kranker in einem Heilsystem, das den Glauben ausschließt?, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 123–130, hier S. 126.

[246] Arnhild Köpcke, Der Sinn liegt im Zwischen, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 155–160, hier S. 155.

[247] Alheit/Brandt, Autobiographie und ästhetische Erfahrung, S. 19.

[248] Dies konnte sich auch in Richtung eines Wettkampfs bewegen, siehe kritisch Gwen Schulz, Wer ist der bessere Psychiatrie-Erfahrene?, in: Psychiatrische Praxis 39 (2012), S. 353–354.

[249] Zur Anregung einer Differenzierung zwischen therapeutischer Kultur als bereitgestellte Gesprächsplattform und der klinischen Therapiepraxis als Anforderung und Aufgabe für das Individuum siehe Katie Wright, The Rise of the Therapeutic Society. Psychological Knowledge & the Contradictions of Cultural Change, Washington, DC 2011, S. 208, insbesondere ihre ausgewogene Diskussion der Bedeutung der therapeutischen Gesellschaft im Abschlusskapitel.

das Selbst vor Herausforderungen, die es bewältigen lernen kann, so das Versprechen – und sollte, so die Aufforderung, möchte es seine Lebensgeschichte und das Psychoseerleben selbst bestimmen. Dass die Kenntnis der Lebensgeschichte für das Verständnis der Erkrankung und der eigenen Selbstentwicklung entscheidend war, darüber herrschte Einigkeit. Gerade in diesen Momenten der Verletzlichkeit und des Umgangs mit Herausforderungen lagen ein weiteres Mal die Anknüpfungspunkte dafür, Schizophrenie nicht als die Geschichte der „Anderen" zu erzählen, sondern als allgemein menschliche Geschichte, die durch ihre Einbettung in die Lebensgeschichte ihren individuellen Sinn erhielt. Die Erzählung von Schizophrenie als Konflikt- und Selbstwerdungsgeschichte, die mit einigen Fallgeschichten in psychiatrischen Fachzeitschriften in den fünfziger Jahren begonnen hatte, war damit am Ende des 20. Jahrhunderts zu einer verbreiteten und einflussreichen Deutungsweise von Schizophrenie geworden.

Schluss

In dem von Manfred Zaumseil und Klaus Leferink im Jahr 1997 herausgegebenen Sammelband „Schizophrenie der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie" merkten die beiden Herausgeber in der Einleitung an, dass sich die Vorstellung und das Wesen von Schizophrenie in den vergangenen Jahrzehnten grundlegend und in allen Bereichen verändert hätten. Sie schrieben: „Es bedeutet heute etwas anderes, psychisch krank oder gesund *zu sein* als noch vor wenigen Jahrzehnten. Es bedeutet ebenfalls etwas anderes, sich als psychisch krank oder gesund *zu verstehen* und gesellschaftlich entsprechend *behandelt* zu werden. Der Umgang mit psychisch Kranken, das Verständnis ihrer Probleme und auch das Selbstverständnis der Normalen und der Professionellen haben sich in den letzten Jahrzehnten ebenso unmerklich wie tiefgreifend gewandelt."[1]

Tatsächlich lagen zwischen Gaetano Benedettis Fallgeschichten und den Beiträgen im *Brückenschlag* über fünfzig Jahre, in denen sich das Wissen und die Vorstellungen von Schizophrenie stark verändert hatten. Mit Beginn der 1980er Jahre hatte sich an die Seite der Biologie wie selbstverständlich ein lebensgeschichtliches bzw. umweltbezogenes Verständnis von Schizophrenie dazugesellt, dem die Vorstellung eines dynamischen und flexiblen Selbst zugrunde lag. Der Krankheitsverlauf wurde auf lebensgeschichtliche und psychische Umstände und Ereignisse bezogen, und ein psychodynamisches Krankheitsverständnis arbeitete mit der Vorstellung eines individuell entwickelten und geschichtlichen Selbst, das permanent vor Aufgaben der äußeren und inneren Konfliktlösung stand. Unter verschiedenen möglichen Ausgängen des psychologischen Konflikts war Schizophrenie einer von vielen denkbaren und die Psychologie lieferte die entsprechenden Deutungs- und Erklärungsangebote, mit deren Hilfe die Psychose in die Lebensgeschichte eingebettet und erklärt werden konnte.

Das Individuum erhielt so innerhalb des psychiatrischen Diskurses einen neuen Stellenwert zugewiesen: Seine Lebensgeschichte und seine Konflikte zählten. Wirklich produktiv wurde diese Betrachtungsweise der Schizophrenie aber erst, als sie nicht nur von den behandelnden Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Therapeutinnen und Therapeuten, sondern auch von ehemaligen Patientinnen und Patienten verwendet wurde, um das eigene Erleben zu verstehen und in Sinnzusammenhänge zu bringen. Die Vorstellung eines wahrnehmenden und deutenden Selbst, das sich in lebensgeschichtlichen Konflikten entwickelte, aber auch in die Kindheit zurückkehren und im Wahnsinn „nachreifen" konnte, diente fortan der Einordnung psychotischer Erlebnisse vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte. Die pathologische Entwicklung ließ sich dadurch normalisieren; die Gefahr, durch das Ignorieren unbewusster Anteile zu erkranken, schien für

[1] Manfred Zaumseil/Manfred Leferink, Einleitung: Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt, in: Manfred Zaumseil (Hrsg.), Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt, Bonn 1997, S. 6–26, hier S. 9.

alle zu bestehen. Gleichzeitig wurde dem schizophrenen Selbst eine besondere Verletzlichkeit und Sensibilität zugeschrieben, die als Erklärung dafür diente, warum es stärker als andere auf äußere Konstellationen oder innere Konflikte reagierte, und die den Betroffenen das Konzept eines achtsamen Umgangs mit sich selbst zu vermitteln suchte.

Letzten Endes integriert sich die Geschichte der Schizophrenie damit in die Geschichte der Durchleuchtung, Rationalisierung und Therapeutisierung seelischer Prozesse, wie sie für die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts vielfach beschrieben wurde.[2] Dabei spielte für die Schizophrenielehre in der westdeutschen Psychiatrie der Wissensaustausch mit der amerikanischen und schweizerischen Psychiatrie und Psychoanalyse eine große Rolle. Mit deren seit den vierziger Jahren anhaltenden Versuchen, an Schizophrenie erkrankte Patientinnen und Patienten in psychoanalytischen Sitzungen zu behandeln, wurde das auf Karl Jaspers zurückgehende „Unverständlichkeitstheorem" in der Praxis entkräftet. Eugen Bleuler hatte zwar bereits 1920 – und damit bereits nach seiner Distanzierung von Freud – betont, dass der scheinbare Unsinn der Geisteskranken immer auch einen Sinn habe;[3] diese Vorstellung wurde in der deutschen Psychiatrie jedoch kaum geteilt und spätestens die biologischen Paradigmen in den Jahren der NS-Zeit verdrängten sie völlig aus dem bestehenden Wissenskontext.

Die Kritik, die in den fünfziger Jahren an der psychopathologischen Lehre entstand, problematisierte deren Einordnung der Schizophrenie als unverständliche und nicht therapierbare Krankheit; und die Psychiatrie sah sich selbst in eine Krise geraten, aus der sie sich letztlich erst durch die Verwissenschaftlichungsprozesse der soziologisch bzw. neurobiologisch grundierten Psychiatrie in den siebziger Jahren retten konnte. Diese Krise der Psychiatrie in den fünfziger Jahren, die beim Weltkongress der Psychiatrie 1957 in Zürich sowohl im Einführungsvortrag von Manfred Bleuler als auch in anderen Beiträgen konstatiert wurde, verwies sowohl auf die Wissenslücken als auch auf die Behandlungsprobleme. Die Psychiatrie zerfiel in unterschiedliche Schulen und Lehren, die zwischen den Polen von Medizin, Biologie, Psychologie und anthropologischer Philosophie zu verorten waren; entsprechend heterogen waren die Definitionen der psychiatrischen Erkrankungen sowie die Vorstellungen, wie sie zu behandeln seien. Die Schizophrenie versinnbildlichte diese Krise wie kaum eine andere psychische Störung; Ursache, Verlauf und Behandlung wurden in teilweise regional ausgebildeten Schulen, teilweise überregional geteilten Annahmen unterschiedlich eingeschätzt und beschrieben. Der Psychiatrie, aber auch der Öffentlichkeit galten diese Breite und Unterschiedlichkeit der wissenschaftlichen Richtungen dabei nicht als Beleg einer ausdifferenzierten Wissenschaft, sondern als Erosionserscheinungen eines Fachs, das von keinem gemeinsamen Paradigma mehr zusammengehalten wur-

[2] Maik Tändler, Das therapeutische Jahrzehnt. Der Psychoboom in den siebziger Jahren, Göttingen 2016.

[3] Siehe Marietta Meier/Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 65.

de. Das Wissen über Schizophrenie galt als mangelhaft und führende Psychiater sprachen von Kennerschaft, nicht aber von Wissenschaft. Neben den Vorstößen der psychoanalytisch aufgeschlossenen schweizerischen und amerikanischen Psychiatrie sorgten auch die anthropologischen Deutungsversuche der Gestalt- und Erlebnistheoretiker für Irritationen, die sich ganz auf das schizophrene Erleben konzentrierten und den psychopathologischen Klassifikationen – die lange Zeit die stolze Errungenschaft der deutschen Psychiatrie nach Emil Kraepelin gewesen waren – vergleichsweise wenig Aussagekraft über den Krankheitsvorgang beimaßen. Grundsätzlich ging es dabei weniger um eine Kritik der Psychopathologie als vielmehr um die Frage, ob und wie sich Schizophrenie erklären und therapeutisch beeinflussen ließ. Die Fallgeschichten von erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlungen stellten die Psychiatrie damit vor ein Problem: Sie passten nicht zum bestehenden Wissen, wonach Schizophrenie somatische Ursachen hatte.

Im Unterschied zu ihren Kolleginnen und Kollegen proftierten die ostdeutschen Psychiaterinnen und Psychiater von einem gemeinsamen Paradigma, das genau in der kritischen Phase der fünfziger Jahre politisch vorgegeben wurde. In einem soziobiologischen Krankheitsverständnis, das sich an Pawlows Theorie der höheren Nerventätigkeit orientierte, war kein Raum für wissenschaftsphilosophische Diskussionen über Zugänge des Verstehens oder psychoanalytische Schizophreniedeutungen vorgesehen. Die einzige psychiatrische Fachzeitschrift, die *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Pychologie*, thematisierte Definitions- und Behandlungsprobleme nur indirekt und beschränkte sich ansonsten auf die Hervorhebung des Erreichten und die Proklamation des Zukünftigen. Abseits des öffentlichen psychiatrischen Diskurses aber – etwa in der Diskussion der Klassifikationsschemata mit dem Gesundheitsministerium – zeigten sich Indizien für eine ähnliche wissenschaftliche Uneinigkeit über das Schizophreniekonzept wie in Westdeutschland, die nach dem Pawlow-Boom denn auch zutage traten.

Die Erfahrung, dass durch Verbindungen zwischen Krankheit und Lebensgeschichte oder Umwelt ein Wissens- und Verständniszuwachs möglich war, wurde im Lauf der fünfziger bis siebziger Jahre von Psychiatern in Ost- wie Westdeutschland gemacht. Wie das Beispiel des Leipziger Psychiaters Dietfried Müller-Hegemann zeigte, hatte Pawlow seine Spuren vor allem in der Auffassung davon hinterlassen, wie die Verbindung zwischen Individuum und Gesellschaft im medizinischen Diskurs hergestellt, begriffen und beschrieben werden konnte, und damit zu einer Annäherung von Biologie und Psychologie beigetragen. In den siebziger Jahren entdeckte schließlich auch die ostdeutsche Psychiatrie das Subjekt neu, als anerkannte Vertreter des Fachs psychodynamische Denkstile entwickelten und gruppentherapeutische Settings angeboten wurden, die der Einübung von Selbstpraktiken dienen sollten. Damit einher ging die Entwicklung eines stärker psychologisch grundierten Selbst- und Krankheitsverständnisses und die Entdeckung der philosophisch-psychologischen Denkstile, die die westdeutsche Psychiatrie seit den fünfziger Jahren beschäftigt hatten. Anschlussfähig waren diese Denkstile nun besonders, weil sie sich mittlerweile in Richtung einer dynamischen, umweltbezogenen und sozialpsychiatrischen Betrachtungsweise

weiterentwickelt hatten. Den daseinsanalytischen und phänomenologischen Theorien konnte prinzipiell zugestimmt werden, während sie gleichzeitig um umweltbezogene und soziale Komponenten ergänzt wurden: Nicht nur die Lebensgeschichte und das Wahnerleben, sondern auch die Situation, die soziale Umwelt sowie die gesellschaftlichen Bezüge sollten berücksichtigt werden. Die Motivation der Daseinsanlayse und anderer philosophischer Bemühungen, ein besseres Verständnis für die Vorgänge der Schizophrenie zu erreichen, spielte dabei in der ostdeutschen Rezeption kaum eine Rolle. Das Ziel der ostdeutschen Reformpsychiater der siebziger Jahre war weniger, das psychodynamische Geschehen im schizophrenen Prozess besser zu verstehen, als vielmehr, das psychologische Wissen therapeutisch-rehabilitativ anwenden zu können.

Nach den als krisenhaft empfundenen fünfziger Jahren hatte sich auch die westdeutsche Psychiatrie durch eine Veränderung der Fragestellungen und Methoden wieder stabilisiert. Die zunehmende Bedeutung der Sozialwissenschaften in der Psychiatrie, die dem Zeitgeist der „Verwissenschaftlichung des Sozialen" (Lutz Raphael) entsprach, und eine Verlagerung des psychiatrischen Diskurses hin zu sozial- und reformpsychiatrischen Fragen ließen die philosophischen Diskussionen an Bedeutung verlieren, nicht ohne dass die Ideen und Forderungen nach anderen psychiatrischen Konzepten und Kulturen in den sozialpsychiatrischen Reformvorhaben ebenso aufgegangen wären wie die Vorstellung eines lebensgeschichtlichen Selbst. Fortan diskutierte die Psychiatrie anhand statistischer Erhebungen einige Jahre über die Umgestaltung psychiatrischer Krankenhäuser und Anstalten, über Rehabilitationsprogramme sowie über die Öffnung und Modernisierung der Psychiatrie. Zugute kam der Sozialpsychiatrie dabei die gesellschaftliche und politische Hinwendung zur Sozialwissenschaft, die sich verstärkende Aufmerksamkeit für Expertentum und für die Rolle von Wissenschaft als Dienstleisterin im Kontext politischer Reformen. Die seit Ende der fünfziger Jahre breit eingesetzten Psychopharmaka ermöglichten zudem eine einheitliche Behandlungsform, mit der die Frage nach der Differenzierung von unterschiedlichen Krankheitsformen und -verläufen innerhalb der Gruppe der Schizophrenien sich nicht mehr in derselben Dringlichkeit wie zuvor stellte, als die therapeutischen Ansätze stark von den angenommenen Verlaufsformen und Besserungsaussichten abhingen.

Die öffentliche kritische Auseinandersetzung mit der Psychiatrie und dem Schizophreniekonzept konnten diese Verwissenschaftlichungsprozesse jedoch nicht aufhalten. Vielmehr bildeten die anthropologischen, philosophischen und psychoanalytischen Ansätze der fünfziger Jahre das Fundament, auf dem die „Antipsychiatrie" ihre Kritik an der wissenschaftlichen Konzeption der Schizophrenie und den Behandlungsverfahren aufbaute. Insbesondere Laing entwickelte die Vorstellung von Schizophrenie als Konfliktlösung auf dem Weg zu einem authentischen Selbst weiter. Psychiatrische Versuche, mit autobiografischen, informierenden und populärwissenschaftlichen Darstellungen Einfluss auf die öffentliche Wahrnehmung der Psychiatrie zu nehmen und das Vertrauen der Bevölkerung wiederherzustellen, gelangen nur bedingt. Die Versuche, Schizophre-

nie durch medizinische Erklärungen zu entmystifizieren, wurden kontinuierlich unterlaufen durch kritische Darstellungsweisen der Psychiatrie als rückständige Wissenschaft, deren disziplinierender Aktionismus ihre Legitimationsproblematik keineswegs zu überdecken schien. In der Psychiatriekritik der „Antipsychiatrie" bündelten sich die Diskursstränge, die in den fünfziger Jahren bereits innerhalb der Psychiatrie krisenhafte Erscheinungen ausgelöst hatten: die psychiatrische, psychoanalytische, daseinsanalystische oder phänomenologisch-anthropologische Infragestellung und Kritik des klinischen Schizophreniemodells, der Versuch des Verstehens und die damit verbundene Sichtbarmachung oder sogar „Erfindung" des schizophrenen Selbst. Über die Psychiatriekritik verbreiteten sich viele der Ideen und Ansätze, die seit den vierziger Jahren entstanden waren, als Gegenentwurf zur traditionellen, psychopathologischen Schizophrenielehre; mehr oder weniger stark waren die Kritiker des psychiatrischen Schizophreniekonzeptes daran beteiligt, das psychiatrische Wissen über Schizophrenie bekannt zu machen, und prägten die Vorstellungen von Schizophrenie langfristig. An Einfluss gewannen außerdem literarische und autobiografische Erzählungen, in denen die Erfahrungen der Psychose reflektiert und, angeleitet durch psychoanalytische Deutungsangebote, vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebensgeschichte eingeordnet wurden. Als authentische Berichte ließen sie das Psychoseerleben nachvollziehbar und begreifbar werden und stießen einen breiteren Austausch an, in dem es nicht nur um das Gespräch über die Psychoseinhalte, sondern auch um die Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Wissenskontext und den therapeutischen Behandlungsweisen gehen sollte.

Die Vorstellungen von Schizophrenie, die sich nach 1945 entwickelten, nebeneinander existierten und miteinander konkurrierten, waren höchst unterschiedlich. Die klinische Psychiatrie hielt Schizophrenie lange Zeit für eine Krankheit, die das Selbst und die Persönlichkeit zerstörte und zerfallen ließ. Die phänomenologische Psychiatrie und auch die Daseinsanalyse interpretierten Schizophrenie dagegen als einen Seinszustand, der mit einem bestimmten Wandel im Erleben einherging. Sozialwissenschaftlich wurde Schizophrenie über die Beobachtung der Verhaltensweisen und Kommunikationsstile beschrieben, sprachwissenschaftlich über die Analyse der sprachlichen Eigenheiten. Die tiefenpsychologisch orientierte Psychoanalyse erklärte, dass sich das Selbst erst durch die Annahme und das Durchleben des Wahnsinns bzw. des ursächlichen Konfliktes erkennen und entfalten könne. Die Angebote psychoanalytischer und psychotherapeutischer Techniken forderten das schizophrene Selbst auf, nicht im Wahnsinn stecken zu bleiben, sondern sich den unbewussten und verdrängten Gefühlen und Anteilen zu stellen, sie zu integrieren und so zu einem authentischen Selbst zu gelangen.

Die Vielfalt der Ansätze, Vorstellungen, Beschreibungen und Deutungen, die die Erzählungen der Schizophrenie ausmachen, führen vor Augen, dass Schizophrenie nicht allein eine psychiatrische oder psychologische Angelegenheit war. Biologische, neurochemische, soziologische, identitätspsychologische, kommunikationstheoretische, verhaltenspsychologische und psychoanalytische Theorien bedingten einander, stabilisierten sich gegenseitig oder traten in Konkurrenz

zueinander. Die Beschäftigung mit der Geschichte der Schizophrenie zeigt, dass Wissen immer vorläufig und für einen gewissen Zeitraum gültig ist, bevor anderes Wissen an seine Stelle tritt.

Abkürzungsverzeichnis

AAA	Arbeiten aus Anglistik und Amerikanistik
ACTH	Adrenocorticotropes Hormon
AK	Arbeitskreis
BArch	Bundesarchiv
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
BPG	Berliner Psychoanalytische Gesellschaft
BPV	Berliner Psychoanalytische Vereinigung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BZK	Bezirkskrankenhaus
BZKH	Bezirkskrankenhaus
DDPP	Dachverband deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEFA	Deutsche Film AG
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde
DPG	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft
EAHP	European Association for the History of Psychiatry
HA	Hauptabteilung
HU	Humboldt-Universität
IASL	Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur
ICD	International Statistical Classification of Diseases
IPV	Internationale Psychoanalytische Vereinigung
KP	Kommunistische Partei
KPD	Kommunistische Partei Deutschlands
KZ	Konzentrationslager
LSD	Lysergsäurediethylamid
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
MfG	Ministerium für Gesundheitswesen
MfS	Ministerium für Staatssicherheit

NS	Nationalsozialismus
NTM	NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin
o. T.	ohne Titel
o. V.	ohne Verfasser
PCPA	Personal Construct Psychology Association
PMLA	Publications of the Modern Language Association
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SBZ	Sowjetische Besatzungszone
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SPK	Sozialistisches Patientenkollektiv
UdSSR	Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken
UNK	Universitäts-Nervenklinik
US	United States
USA	United States of America
WHO	World Health Organization

Quellen- und Literaturverzeichnis

1. Quellen

1.1 Archivbestände

Bundesarchiv Koblenz (B189)
Bundesarchiv Berlin (DQ 1, DR 1)

1.2 Gedruckte Quellen

Zeitungen und Zeitschriften (1950–1980, soweit über den gesamten Zeitraum erschienen):
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten
Berliner Zeitung
Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete
Konkret
Kursbuch
Der Nervenarzt
Neue Zeit
Neues Deutschland
Psyche
Psychiatrie, Neurologie, medizinische Psychologie
Der Spiegel
Die Zeit

Abel, Friedrich, Ein Messgerät für Intelligenz, in: Die Zeit, Nr. 36 vom 3. 9. 1971, S. 45.
Améry, Jean, Die Welt der Irren und die irre Welt. So faszinierend wie irritierend: die Aufsätze des Psychiaters Ronald D. Laing, in: Die Zeit, Nr. 9 vom 27. 2. 1970, S. 21.
Amnesty International, Die Internierung sowjetischer Dissidenten in psychiatrischen Anstalten, Hamburg 1971.
Andrejew, F. A., Heilung durch den Schlaf, in: Neues Deutschland vom 28. 2. 1952, S. 5.
Anonym, Die Freiheit an einer Psychose zu leiden: Ein Drama in vielen Akten. Erfahrungen einer Mutter, in: Psychiatrische Praxis 30 (2003), S. 159–164.
Astrup, Christian, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei manisch-depressiven Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 369–372.
Astrup, Christian, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei reaktiven (psychogenen) Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 373–377.
Astrup, Christian, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei Oligophrenen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 377–380.
Astrup, Christian, Experimentelle Untersuchungen über die Störungen der höheren Nerventätigkeit bei organisch Dementen und organischen Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 380–384.

Baeyer, Walter von, Gegenwärtige Psychiatrie in den Vereinigten Staaten, in: Der Nervenarzt 21 (1950), S. 2–9.
Baeyer, Walter von, Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen, in: Der Nervenarzt 24/8 (1953), S. 316–325.
Baeyer, Walter von, Diskussionsbeitrag zu den Referaten von Weitbrecht, Conrad und Bally in Bad Nauheim 1958, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 507–509.

Baeyer, Walter von, Über Prinzipien der körperlichen Behandlung seelischer Störungen, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 1–5.
Baeyer, Walter von, Psychiatrie im Dienst politischer Ideologien, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. 131–144.
Baeyer, Walter von, o. T., in: Ludwig J. Pongratz (Hrsg.), Psychiatrie in Selbstdarstellungen, Bern 1977 , S. 9–34.
Baeyer, Walter von, Einleitung. Nachträgliche Überlegungen zum Wahnproblem, in: Walter von Baeyer (Hrsg.), Wähnen und Wahn. Ausgewählte Aufsätze, Stuttgart 1979, S. 1–10.
Baeyer, Walter von, Situation, Jetztsein, Psychose, in: Walter von Baeyer (Hrsg.), Wähnen und Wahn. Ausgewählte Aufsätze, Stuttgart 1979, S. 161–176.
Baeyer, Walter von/Häfner, Heinz/Kisker, Karl Peter, Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachtliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1964.
Bally, Gustav, Diagnoseproblem in der Psychotherapie, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 481–488.
Bally, Gustav, Schlusswort, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 512–514.
Bally, Gustav, Soziologische Aspekte der Tiefenpsychologie, in: Der Nervenarzt 36 (1965), S. 66–70.
Barnes, Mary, Meine Reise durch den Wahnsinn. Aufgezeichnet von Mary Barnes und kommentiert von ihrem Psychiater Joseph Berke, München 1973.
Barnes, Mary/Berke, Joe, Two Accounts of a Journey through Madness, London 1971.
Becker, Peter von, Dichter heiligen Wahnsinns. Antonin Artaud – Leben und Werk, in: Die Zeit, Nr. 50 vom 9. 12. 1977, S. 42.
Beer, Otto F., Schlüssel zum Wahn. Entdeckungen und Versuche in Wien, in: Die Zeit, Nr. 14 vom 8. 4. 1954, S. 18.
Benedetti, Gaetano, Psychotherapie der Schizophrenie, in: Der Nervenarzt 25 (1954), S. 197–201.
Benedetti, Gaetano, Psychotherapie einer Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis 8 (1954/55), S. 1–16.
Benedetti, Gaetano, Psychotherapie eines Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 9 (1955/56), S. 23–41.
Berger, Christel, Auskünfte über ein Mädchenschicksal. Sibylle Muthesius, Buch „Flucht in die Wolken", in: Berliner Zeitung, Nr. 254 vom 28. 10. 1981, S. 7.
Besold, Fritz, Die Wirkungsmechanismen der psychoanalytischen Therapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 1 (1949), S. 374–380.
Biermann, Wolf, Der Umweg über die Hauptstraße, in: konkret, Nr. 9 vom 26. 8. 1976, S. 49 f.
Binswanger, Ludwig, Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins, Zürich 1942.
Binswanger, Ludwig, Der Fall Ellen West. Bericht, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 53 (1944), S. 255–277.
Binswanger, Ludwig, Der Fall Ellen West. Daseinsanalyse, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 54 (1944), S. 69–117.
Binswanger, Ludwig, Der Fall Ellen West. Daseinsanalyse und Psychoanalyse, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 54 (1944), S. 330–360.
Binswanger, Ludwig, Der Fall Ellen West, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 55 (1945), S. 16–40.
Binswanger, Ludwig, Wahnsinn als lebensgeschichtliches Phänomen und als Geisteskrankheit. Der Fall Ilse, in: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 110 (1945), S. 129–160.
Binswanger, Ludwig, Studien zum Schizophrenieproblem. Der Fall Jürg Zünd, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 56 (1946), S. 191–220.
Binswanger, Ludwig, Studien zum Schizophrenieproblem. Der Fall Jürg Zünd, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 58 (1947), S. 1–43.
Binswanger, Ludwig, Studien zum Schizophrenieproblem. Der Fall Jürg Zünd, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 59 (1947), S. 21–36.
Binswanger, Ludwig, Der Fall Lola Voß, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 63 (1949), S. 29–97.

Binswanger, Ludwig, Der Fall Suzanne Urban, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 69 (1952), S. 36–77.
Binswanger, Ludwig, Der Fall Suzanne Urban, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 70 (1952), S. 1–32.
Binswanger, Ludwig, Der Fall Suzanne Urban, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 71 (1953), S. 57–96.
Binswanger, Ludwig, Schizophrenie, Pfullingen 1957.
Birk, Hella, Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses". Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus, Augsburg 2005.
Birkenmaier, Werner, Von der Mutter verfolgt? Ludy-Prozess: An der Grenze zwischen gesund und krank, in: Die Zeit, Nr. 8 vom 25. 2. 1972, S. 11.
Bister, Wolfgang, Bemerkungen zur psychoanalytisch orientierten Therapie bei Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 14 (1960/61), S. 360–381.
Bister, Wolfgang, Gesichtspunkte bei der Indikation zur Psychotherapie von Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 511–513.
Bister, Wolfgang, Mitweltliche Einflüsse auf das Symptombild bei Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 35 (1964), S. 539–541.
Bister, Wolfgang, Ein steiniger Weg zur Psychoanalyse, in: Ludger M. Hermanns (Hrsg.), Psychoanalyse in Selbstdarstellungen. Band V, Frankfurt am Main 2007, S. 9–57.
Bleuler, Manfred, Die Problematik der Schizophrenien als Arbeitsprogramm des II. Internationalen Kongresses für Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 28 (1957), S. 529–533.
Bleuler, Eugen, Lehrbuch der Psychiatrie. Umgearbeitet von Manfred Bleuler, Berlin [10]1960.
Bloch, Sidney/Reddaway, Peter, Wie Abweichler zu Irren gestempelt werden. Im Dienste der Partei – Die Methoden der sowjetischen Psychiatrie, in: Die Zeit, Nr. 35 vom 26. 8. 1977, S. 16.
Bloch, Sidney/Reddaway, Peter, Dissident oder geisteskrank? Mißbrauch der Psychiatrie in der Sowjetunion, München 1978.
Bock, Thomas, Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie, in: Thomas Bock/Dorothea Buck/Jan Gross/Ernst Maß/Eliot Sorel/Eugen Wolpert (Hrsg.), Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie, Bonn 1995, S. 15–18.
Bock, Thomas, Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen, Bonn 1997.
Bock, Thomas, Wo wir stehen – die Landschaft der Psychoseseminare heute, in: Jürgen Bombosch/Hartwig Hansen/Jürgen Blume (Hrsg.), Trialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie, Neumünster 2004, S. 29–39.
Bock, Thomas/Deranders, J. E./Esterer, Ingeborg (Hrsg.), Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Versuche der Verständigung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-MitarbeiterInnen im Hamburger Psychose-Seminar, Bonn 1992.
Bock, Thomas/Deranders, J. E./Esterer, Ingeborg, Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn, in: Thomas Bock/J. E. Deranders/Ingeborg Esterer (Hrsg.), Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Versuche der Verständigung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-MitarbeiterInnen im Hamburger Psychose-Seminar, Bonn 1992, S. 9–17.
Bramesfeld, Anke/Klippel, Ulrike/Seidel, Gabriele/Schwartz, Friedrich W./Dierks, Marie-Luise, How Do Patients Expect the Mental Health Service System to Act? Testing the WHO Responsiveness Concept for Its Appropriateness in Mental Health Care, in: Social Science and Medicine 65 (2007), S. 880–889.
Bräutigam, Walter/Müller, Christian, Zur Kritik der Schizophreniediagnose bei psychotherapeutisch behandelten Kranken (Aus den Krankengeschichten der Fälle von Sechehaye, Benedetti, Elrod und Chr. Müller), in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 342–349.
Bremer, Fritz, Übung im Umgang mit „Fremdem", in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 9–14.

Buck, Dorothea, Entgegen der Prognose. Zusammenschluss und Interessensvertretung von Psychiatrie-Erfahrenen, in: Thomas Bock/J. E. Deranders/Ingeborg Esterer (Hrsg.), Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Versuche der Verständigung von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-MitarbeiterInnen im Hamburger Psychose-Seminar, Bonn 1992, S. 204–216.
Buck-Zerchin, Dorothea-Sophie, Auf der Spur des Morgensterns, Bergisch Gladbach 1993.
Buck-Zerchin, Dorothea-Sophie, Für die Opfer der „Euthanasie" und Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Rede bei der Gedenkveranstaltung 6. September 2008 – Tiergartenstraße 4 – Berlin, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 15–23.
Bürger-Prinz, Hans, Ein Psychiater berichtet, Hamburg 1971.
Burkhardt, Hans, Die schizophrene Wehrlosigkeit, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 306–312.
Busch, H./Helmchen, Hanfried, Dokumentation psychiatrischer Therapie, in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 569–575.

Conrad, Klaus, Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns, Stuttgart 1958.
Conrad, Klaus, Gestaltanalyse und Daseinsanalytik. Zugleich Bemerkung zum „Problem der abnormen Krise" von C. Kulenkampff, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 405–410.
Conrad, Klaus, Das Problem der „nosologischen Einheit" in der Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 488–494.
Conrad, Klaus, Schlussworte zur Diskussion über das Problem der „abnormen Krise" von C. Kulenkampff. I, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 463 f.
Cooper, David, Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Original: Psychiatry and Anti-Psychiatry [1967], Frankfurt am Main 1971.

Danziger, Kurt, Über das Verhältnis des modernen Behaviorismus zur Lehre Pawlows, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 150–158.
Dawidenkow, S. M., Die Lehre Pawlows von den höheren Nervenfunktionen und die aktuellen Aufgaben der klinischen Neuropathologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 295–298.
Def., Wegen Krankheit sozialkritisch? Goya starb an Blei, in: Die Zeit, Nr. 10 vom 10. 3. 1972, S. 56.
Degkwitz, Rudolf/Schulte, P. W., Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. Bisherige Entwicklung – Status quo – Vorschläge zur Verbesserung, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 169–180.
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, ICD-10-GM Version 2013, URL: https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f20-f29.htm, letzter Zugriff am 17. 2. 2016.
Diebold, Klaus, Zum Problem der Zusammenhänge von Anlage und Umwelt in der Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 40 (1969), S. 401–412.
Diebold, Klaus, Aspekte der Erb- und Umweltbedingtheit endogener Psychosen, in: Der Nervenarzt 43 (1972), S. 69–76.
Dietrich, Heinz, Analyse eines Falles von „Délire des négations" (Cotard) bei einem Nervenarzt, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 140–143.
Dietz, Ludwig, Wahnsinn als Maske. Pierre Bertaux, Thesen-Schrift, in: Die Zeit, Nr. 36 vom 29. 8. 1980, S. 38.
Döhner, Walter, Soziologische Stellung und soziale Aufgabe des psychiatrischen Krankenhauses, in: Der Nervenarzt 36 (1965), S. 218–221.
Donner, Wolf, Irrenhaus als Zirkus, in: Die Zeit, Nr. 13 vom 19. 3. 1976.
Dorn, Elio Tilmann, Einmal Wahnsinn und zurück, in: konkret, Nr. 41 vom 1. 11. 1973, S. 50–52.
Dörner, Klaus, Interview und Exploration, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 18–25.
Drüding, Wolfgang, Befreiung, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 161–168.

Eberle, Stephan, Ein nächtlicher Albtraum – Vorbote der Morgendämmerung, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 70–77.
Eckmann, F./Helmchen, H./Schulte, P. W./Seelheim, H./Zander, H., Die Psychiatrische Basisinformation. Übersicht über Dokumentationssysteme im In- und Ausland und Vorschlag der DGPN zur Vereinheitlichung der Merkmalskataloge, in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 561–568.
Eichler, Lieselotte, Eindrücke vom 2. Internationalen Kongress für Psychiatrie in Zürich, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 10 (1958), S. 117–123.
Elrod, Norman (Hrsg.), Psychotherapie der Schizophrenie. Rückblick auf eine 50-jährige Arbeit als Psychoanalytiker und Supervisor in psychiatrischen Institutionen. Mit Beiträgen von Barbara Auer u. a., Zürich 2002.
Ewald, Gottfried, Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, Berlin/München 1948.

Faensen, Barbara, Erinnerung als Lebenshilfe. „Mein fremdes Gesicht" von Irene Oberthür, in: Neue Zeit, Nr. 292 vom 10. 12. 1984, S. 4.
Fischer, Frank, Im Wartesaal ohne Hoffnung – „Irre". Ein Mann im Mahlwerk eines Ghetto-Systems – Geisteskranke in der Bundesrepublik, in: Die Zeit, Nr. 3 vom 20. 1. 1967, S. 42.
Fischer, Frank, Von der Umwelt abgelehnt… in der ‚Anstalt' isoliert: Geisteskranke in der Bundesrepublik, in: Die Zeit, Nr. 4 vom 27. 1. 1967, S. 42.
Fischer, Margit, Umweltfaktoren bei der Schizophrenie. Intrapaarvergleich bei eineiigen Zwillingen, in: Der Nervenarzt 43 (1972), S. 230–238.
Flegel, Horst, Die psychiatrische Krankenabteilung als therapeutische Gemeinschaft, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 160–164.
Foucault, Michel, Psychologie und Geisteskrankheit. Original: Maladie mentale et psychologie, Frankfurt am Main 1968.
Foucault, Michel, Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt am Main 1969.
Freudenberg, Rudolf Karl, Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 165–172.
Freyhan, Fritz A., Über die therapeutische Bedeutung langfristiger Schizophrenie-Beobachtungen, in: Der Nervenarzt 34 (1963), S. 274–276.
Fürther, H., Eine Gruppe atypischer endogener Psychosen in der Sicht zweier psychiatrischer Schulen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 13 (1961), S. 324–340.

Gabe, Sigmund/Grotjahn, Martin, Neuere Fortschritte in der analytischen Psychotherapie der Psychosen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis 5 (1951/52), S. 653–661.
Gaebel, W./Baumann, A./Witte, M., Einstellungen der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in sechs bundesdeutschen Großstädten, in: Der Nervenarzt 73 (2002), S. 665–670.
Gastager, H./Schindler, R., Rehabilitationstherapie bei Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 32 (1961), S. 368–374.
Gehrke, M. M., Erholung im Ozon-Zimmer. Zur Eröffnung der Manfred-Curry-Klinik am Ammersee, in: Die Zeit, Nr. 31 vom 4. 8. 1955, S. 9.
Geishöfer, Britta, Spurensuche, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 131–138.
Gerdes, Marina, Wirklich wahnsinnig, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 149–153.
Gerdes, Marina, Meine Psychose bin ich selbst, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 15–22.
Gerstner, Karl-Heinz, Sachlich, kritisch und optimistisch. Eine sonntägliche Lebensbetrachtung, Berlin 1999.
Geyer, Michael, Kommentar zur Publikation „Bericht über eine Selbsterfahrungsgruppe nach 16 Monaten" von Jürgen Ott und Michael Geyer, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 359–354.

Geyer, Michael, Ostdeutsche Psychotherapiechronik 1950–1959, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 90–95.
Geyer, Michael/Senf, Wolfgang, Gruppentherapie in der DDR. Michael Geyer im Gespräch mit Wolfgang Senf, in: Psychotherapie im Dialog 2 (2001), S. 232–235.
Glatzel, Johann, Die Antipsychiatrie. Psychiatrie in der Kritik, Stuttgart 1975.
Glatzel, Johann, Karl Jaspers und das Elend der Psychopathologie, in: Dietrich von Engelhardt/Horst-Jürgen Gerigk (Hrsg.), Karl Jaspers im Schnittpunkt von Zeitgeschichte, Psychopathologie, Literatur und Film. Mit einem Geleitwort von Christoph Mundt, Heidelberg 2009, S. 89–107.
Goetze, Eberhard/Mette, Alexander/Pickenhain, Lothar (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953.
Goetze, Eberhard/Müller-Hegemann, Dietfried/Pickenhain, Lothar, Die Bedeutung der Lehre Pawlows für die Theorie und Praxis der Medizin, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 14–32.
Gollek, Sabine, Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie – eine persönliche und praktische Erfahrung, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 416–421.
Green, Hannah, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Bericht einer Heilung, Stuttgart 1973.
Green, Hannah, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Bericht einer Heilung, Reinbek bei Hamburg 1979.
Green, Hannah, Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen. Bericht einer Heilung, Reinbek bei Hamburg 2000.
Groß, Friedrich Rudolf, Jenseits des Limes. 40 Jahre Psychiater in der DDR, Bonn 1996.
Gross, G./Huber, G./Schüttler, R., Verlaufs- und sozialpsychiatrische Erhebungen bei Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 292–299.
Gruhle, Hans Walter/Jung, Richard/Mayer-Gross, Wilhelm/Müller, Max (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 2. Klinische Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1960.
Gruhle, Hans Walter/Jung, Richard/Mayer-Gross, Wilhelm/Müller, Max (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 3. Soziale und Angewandte Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1961.
Gruhle, Hans Walter/Jung, Richard/Mayer-Gross, Wilhelm/Müller, Max (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/2. Grundlagen und Methoden der Klinischen Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1963.
Gruhle, Hans Walter/Jung, Richard/Mayer-Gross, Wilhelm/Müller, Max (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/1. Grundlagenforschung zur Psychiatrie. Teil B, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1964.
Gruhle, Hans Walter/Jung, Richard/Mayer-Gross, Wilhelm/Müller, Max (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/1. Grundlagenforschung zur Psychiatrie. Teil A, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1967.
Grunenberg, Nina, Münster – und kein Ende. Eine Stadt, die durch ihre Prozesse berühmt wurde, in: Die Zeit, Nr. 13 vom 26. 3. 1965, S. 15.

H., L., Aufzeichnungen einer Patientin, in: Die Zeit, Nr. 48 vom 30. 11. 1950.
Haase, Hans-Joachim, Zur Psychodynamik und Pathoplastik paranoider und paranoid-halluzinatorischer Psychosen bei alleinstehenden Frauen, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete (1963), S. 308–322.

Haddenbrock, S./Poeschel, H., Die chronisch Kranken eines psychiatrischen Landeskrankenhauses. Zu ihrer diagnostischen Struktur, ihrer Soziologie und Therapie, in: Der Nervenarzt 34 (1963), S. 49–55.
Häfner, Heinz, Der Einfluss von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. Ein Beitrag über Forschungsergebnisse zur Frage der sozialen Ätiologie, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 557–568.
Hagemann, P., Über einen eigenartigen Wahn (Zur Involutionsparanoia Kleist), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 12 (1960), S. 219–230.
Haisch, Erich O., Von der Anstalt zum psychiatrischen Krankenhaus. Ein Erfahrungsbericht, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 155–160.
Hand, Iver, Pawlows Beitrag zur Psychiatrie. Entwicklungs- und Strukturanalyse einer Forschungsrichtung, Stuttgart 1972.
Hansen, Hartwig, Eine überfällige Idee, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 9–14.
Hartmann, Klaus, Über Wesenszüge der modernen amerikanischen Psychologie, in: Der Nervenarzt 28 (1957), S. 360–363.
Heinrichs, Hans-Jürgen/Krüger, Michael/Wagenbach, Klaus (Hrsg.), Tintenfisch 13. Thema: Alltag des Wahnsinns, Berlin 1978.
Hesse, Anja, Es fließt. Ganz langsam. Es ist Leben, es ist Kraft, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 32–39.
Hiebsch, Gerold, Selbsterfahrung hinter dem Rücken der Macht, in: Projekt Psychotherapie 2 (2008), S. 18 f.
Hippius, Hanns/Lauter, Hans (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976.
Hippius, Hanns/Lauter, Hans, Vorwort der Herausgeber, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. V–X.
Hoff, Hans, Lehrbuch der Psychiatrie, Basel u. a. 1956.
Hoppe, Irene, In Wirklichkeit bin ich nur ganz viel allein, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 46–50.

Ihering, Herbert, Die Schlangengrube, in: Berliner Zeitung, Nr. 135 vom 14. 6. 1950.
Internationales Kolloquium über methodische Fragen der Psychotherapie. Am 18. und 19. April 1959 an der Karl-Marx-Universität Leipzig unter der Leitung von Prof. Dr. D. Müller-Hegemann, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 383 f.
Irrtu(r)m, Wir über uns, URL: www.irrturm.info/virthos.php?103, letzter Zugriff am 25. 2. 2016.

Jaspers, Karl, Kausale und „verständliche" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox (Schizophrenie), in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 14 (1913), S. 158–263.
Jaspers, Karl, Zur Kritik der Psychoanalyse, in: Der Nervenarzt 21 (1950), S. 465–468.
Johansson, Allan, Psychotherapeutische Behandlung eines Falles von Schizophrenie, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 10 (1956/57), S. 568–587.
Jung, Carl Gustav, Wandlungen und Symbole der Libido. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Denkens, in: Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen 3 (1912), S. 121–227.
Jung, Carl Gustav, Wandlungen und Symbole der Libido. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Denkens, in: Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen 4 (1912), S. 163–464.
Jung, Carl Gustav, Symbole der Wandlung. Analyse des Vorspiels zu einer Schizophrenie, 4., umgearb. Aufl., Zürich 1952.
Jungclaus, Ingolf, Der Tänzer Gottes, in: Die Zeit, Nr. 45 vom 10. 11. 1955, S. 4.

Katzenstein, Alfred, Psychotherapie in Amerika und ihre theoretischen Grundlagen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 7 (1955), S. 18–23.
Katzenstein, Alfred, Gestalt- und klinische Psychologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 211–217.
Katzenstein, Alfred, Nicht persönliche Beschimpfung sondern sachliche Diskussion! Eine Erwiderung auf den Artikel von Dr. H. D. Schmidt „Über eine unsaubere Methode der Diskussion in der Psychologie", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 284–288.
Kaufmann, D. A., Zur Frage der Pathologie des schizophrenen Defektes, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 157–163.
Kemper, Werner, Aufgaben, Grenzen und Möglichkeiten der Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 1 (1949), S. 47–53.
Kemper, Werner, Frühkindliche Erlebniswelt, Neurose und Psychose, in: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis 6 (1952/53), S. 641–667.
Kipphardt, Heinar, März. Roman und Materialien, Reinbek bei Hamburg 1987.
Kirschke, Karsten, Nicht länger in der Sprachlosigkeit gefangen, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 118–121.
Kisker, Karl Peter, Dynamische Topologie und Psychopathologie der Schizophrenien, in: Der Nervenarzt 28 (1957), S. 199–206.
Kisker, Karl Peter, Der Erlebniswandel des Schizophrenen. Ein psychopathologischer Beitrag zur Psychonomie schizophrener Grundsituationen, Heidelberg 1960.
Kisker, Karl Peter, Schizophrenie und Familie, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 13–22.
Kisker, Karl Peter, Dialogik der Verrücktheit. Ein Versuch an den Grenzen der Anthropologie, Den Haag 1970.
Kisker, Karl Peter, Antwort zur Diskussionsbemerkung von Herrn M. Janke [diese Z. 44, 441], in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 501.
Kisker, Karl Peter, Eine Prognose der psychiatrischen Therapeutik, in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 184–194.
Kisker, Karl Peter, Mit den Augen eines Psychiaters, Stuttgart 1976.
Klages, Eberhard, Integriert in die Gemeinschaft. Sozialpsychiatrische Erkenntnisse und ihre Praxis, in: Neue Zeit vom 23. 12. 1981, S. 5.
Klages, Eberhard, Neue Hilfen für psychisch Kranke. Journalisten im Gespräch mit Prof. Dr. Klaus Ernst (Charité) und Unionsfreund Kirchenrat Karl Pagel, in: Neue Zeit vom 26. 5. 1982, S. 5.
Klee, Ernst, Da werden noch Tüten geklebt. Für den Patienten 4 Minuten, in: Die Zeit, Nr. 40 vom 27. 9. 1974, S. 55.
Klee, Ernst, Elf Millionen sind seelisch krank. Auch immer mehr Kinder müssten zum Psychiater, in: Die Zeit, Nr. 50 vom 5. 12. 1975, S. 52.
Klee, Ernst, Deutsche Medizin im Dritten Reich, Frankfurt am Main 2001.
Kloehn, Ekkehard, Gesucht: Das verdrehte Molekül. In München werden die Psychosen eingekreist, in: Die Zeit, Nr. 9 vom 28. 2. 1969, S. 47.
Knietzsch, Horst, Zähmung eines Rebellen auf amerikanische Art. Zum Film „Einer flog übers Kuckucksnest" (USA), in: Neues Deutschland vom 7. 11. 1978, S. 4.
Kolle, Kurt, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Berlin/München 1949.
Kolle, Kurt, Verrückt oder normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis, Stuttgart 1968.
Kolle, Kurt, Wanderer zwischen Natur und Geist. Das Leben eines Nervenarztes, München 1972.
Köpcke, Arnhild, Der Sinn liegt im Zwischen, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 155–160.
Korab, Alexander, Drei Jahre im Irrenhaus. Leonid Pljuschtsch gab nicht auf, in: Die Zeit, Nr. 4 vom 16. 1. 1976, S. 7.
Kranz, Heinrich, Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 23 (1955), S. 58–72.
Krieger, Hans, „Gemeingefährliche Irre" gibt es nicht. Sozialpsychiatrische Tagung in Mannheim widerlegte Vorurteile der Öffentlichkeit gegenüber Geisteskranken. Warum

getrennte Krankenhäuser? – Therapie in der Gemeinschaft gefordert, in: Die Zeit, Nr. 18 vom 1. 5. 1970, S. 76.
Krieger, Hans, Die mutigen Ärzte von Görz. Ein Versuch, die Institution Irrenanstalt aufzuheben, in: Die Zeit, Nr. 39 vom 24. 9. 1971, S. 23.
Krieger, Hans, Der Geist von Kingsley Hall. „Meine Reise durch den Wahnsinn", in: Die Zeit, Nr. 47 vom 16. 11. 1973.
Krieger, Hans, Er flog so hoch… Wilhelm Reich: Genialer Spinner – oder Begründer eines neuen wissenschaftlichen Zeitalters?, in: Die Zeit, Nr. 15 vom 4. 4. 1975, S. 25.
Krieger, Hans, Talfahrt durch das eigene Ich. Zwei Romane über Schizophrenie, in: Die Zeit, Nr. 32 vom 30. 7. 1976, S. 33.
Krieger, Hans, In der Einsamkeit des Gehirns. Maria Erlenbergers Bericht vom Ort des Wahnsinns, in: Die Zeit, Nr. 15 vom 8. 4. 1977, S. 75.
Krüger, Helmut, Führungsstile und Behandlungskonzepte in der Sozialpsychiatrie, in: Der Nervenarzt 43/4 (1972), S. 181–188.
Krüll, Marianne, Schizophrenie und Gesellschaft. Zum Menschenbild in Psychiatrie und Soziologie, München 1977.
Kuhn, Roland, o. T., in: Ludwig J. Pongratz (Hrsg.), Psychiatrie in Selbstdarstellungen, Bern 1977, S. 219–257.
Kulenkampff, Caspar, Antwort auf die kritischen Bemerkungen K. Conrads zur Arbeit über das „Problem der abnormen Krise", in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 410–413.
Kulenkampff, Caspar, Schlussworte zur Diskussion über das Problem der „abnormen Krise" von C. Kulenkampff. II, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 464–466.
Kulenkampff, Caspar, Stand, Stehen und Schreiten. Antwort auf Schrenks Bemerkungen zum Symposium „Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht" (Zürich 1957), in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 418 f.
Kulenkampff, Caspar, Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 62–75.
Kulenkampff, Caspar, Über die psychiatrische Nachtklinik, in: Der Nervenarzt 32 (1961), S. 217–222.
Kulenkampff, Caspar, Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 6–13.
Kulenkampff, Caspar, Vorwort, in: Caspar Kulenkampff (Hrsg.), Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neueren Theorie von Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, John H. Weakland, Lyman C. Wynne, Irving M. Ryckoff, Juliana Day, Stanley H. Hirsch, Theodore Lidz, Alice Cornelison, Stephen Fleck, Dorothy Terry, Harold F. Searles, Murray Bowen, Ezra F. Vogel, Norman W. Bell, Ronald D. Laing und J. Foudrain, Frankfurt am Main 1969, S. 9 f.
Kulenkampff, Caspar, Wie schlecht ist die Krankenhauspsychiatrie in diesem Lande? Bemerkungen zu dem Buch von Frank Fischer: Irrenhäuser, Kranke klagen an, in: Der Nervenarzt 41 (1970), S. 152 f.
Kulenkampff, Caspar, Kritisches bei der Reform der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. 1–12.
Kundisch, Karla, Erst mal hören …, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 103–112.

Laing, Ronald D., Phänomenologie der Erfahrung. Original: The Politics of Experience [1967], Frankfurt am Main 1969.
Laing, Ronald D., Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn. Original: The Divided Self. An existential Study in Sanity and Madness [1960], Köln 1972.
Laing, Ronald D., Weisheit, Wahnsinn, Torheit. Der Werdegang eines Psychiaters 1927–1957. Original: Wisdom, Madness and Folly. The Making of a Psychiatrist [1985], Köln 1987.
Laing, Ronald D./Cooper, David, Reason and Violence. A Decade of Sartre's Philosophy 1950–1960, London 1964.

Laing, Ronald D./Cooper, David, Vernunft und Gewalt. Drei Kommentare zu Sartres Philosophie 1950–1960, Frankfurt am Main 1973.
Laing, Ronald D./Esterson, Aaron, Sanity, Madness and the Family, London 1964.
Laing, Ronald D./Esterson, Aaron, Wahnsinn und Familie. Familien von Schizophrenen, Köln 1975.
Lange, Ehrig, Beitrag zu den Thesen zum Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 20 (1968), S. 151–153.
Lange, Johannes/Wagner, Werner, Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie, Leipzig 1946.
Langen, Dietrich, Klinische Psychotherapie, Methodik und Zielsetzung, in: Der Nervenarzt 36 (1965), S. 254–257.
Leonhard, Karl, Grundlagen der Psychiatrie, Stuttgart 1948.
Leonhard, Karl, Über differenzierte Diagnostik und differenzierte Therapie der endogenen Psychosen. Bemerkungen zu einem Fall von Schockschädigungen des Gehirns, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 291–295.
Leonhard, Karl, Aufteilung der endogenen Psychosen, Berlin 1957.
Leonhard, Karl, Die cycloiden, meist als Schizophrenien verkannten Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 359–364.
Leonhard, Karl, Biologische Psychologie, Leipzig 1961.
Leonhard, Karl, Aufteilung der endogenen Psychosen, Berlin 1966.
Leonhard, Karl, Zur Pathogenese der Schizophrenien von den Endzuständen her gesehen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 19 (1967), S. 321–326.
Lewalter, Christian E., Huxleys Meskalinrausch und die Konsequenzen. Zu seinem Essay „Die Pforten der Wahrnehmung", in: Die Zeit, Nr. 37 vom 16. 9. 1954, S. 6.
Lidz, Theodore, Zur Einführung. Die Familienumwelt des Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 13 (1959/60), S. 243–256.
Lidz, Theodore, Schizophrenie und Familie, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 13 (1959/60), S. 257–267.
Lindinger, Helge, Beitrag zur Untersuchung der soziologischen Struktur in der psychiatrischen Heilanstalt und im psychiatrischen Krankenhaus, in: Der Nervenarzt 34 (1963), S. 229–231.
Lindinger, Helge, Zur Frage der Prinzipien einer Psychotherapie schizophrener Psychosen, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 168–173.
Löbsack, Theo, Liebe auf elektrischen Befehl. Drucktastensteuerung für Gefühle. Der Mensch ist der billigste aller Roboter, in: Die Zeit, Nr. 21 vom 2. 5. 1963, S. 22.
Löbsack, Theo, Drogen berauschen die Phantasie. Wird der Mensch die Chemie der Seele beherrschen lernen?, in: Die Zeit, Nr. 29 vom 19. 7. 1963, S. 27.
Loch, Wolfgang, Anmerkungen zur Pathogenese und Metapsychologie einer schizophrenen Psychose, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 15 (1961/62), S. 684–720.
Lockot, Regine, 1933 – 1945 – 1989. Gespräche mit Kurt Höck, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 283–314.
Lucas, Robert, Der Feind ist die Familie. Begegnung mit dem krassen Außenseiter David Cooper, in: Die Zeit, Nr. 30 vom 23. 7. 1971, S. 37.
Lütjen, Reinhard, Von der Unmöglichkeit der Verständigung zur gegenseitigen Anerkennung. Das gewandelte Psychoseverständnis in den letzten 25 Jahren, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 67–73.

Mämecke, Jochen, Unser Körper – ein Rauschgiftproduzent. Biochemiker erklären den Wirkungsmechanismus der Endorphine, in: Berliner Zeitung vom 31. 3. 1979, S. 13.
Mannsdorff, Peter, Die Kleinfamilie – eine illustre Staatengemeinschaft, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 51–59.
Marie, Jean-Jacques (Hrsg.), Opposition. Eine neue Geisteskrankheit in der Sowjetunion? Eine Dokumentation von Wladimir Bukowskij, München 1973.

Mathon, Tania/Marie, Jean-Jacques, Die Affäre Pljuschtsch. Der Psychoterror in der Sowjetunion, Wien/München/Zürich 1976.
Matussek, Paul, Psychopathologie und Psychotherapie, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 459–461.
Matussek, Paul, Die Ideologieanfälligkeit der Psychiatrie, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. 119–130.
Matussek, Paul/Triebel, A., Die Wirksamkeit der Psychotherapie bei 44 Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 45 (1974), S. 569–575.
Mauer, Burkhard, „Einer flog über das Kuckucksnest", in: konkret, Nr. 6 vom 26. 5. 1976, S. 47.
Mauz, Gerhard, „…bis auf Weiteres in einer Anstalt verwahrt". Die Affäre Weigand, in: Der Spiegel, Nr. 5 vom 27. 1. 1965, S. 32–40.
Mauz, Gerhard, „Um seine Frau nicht zu verlieren". Spiegel-Reporter Gerhard Mauz zum Abbruch des Hanzlicek-Prozesses in Frankfurt, in: Der Spiegel, Nr. 23 vom 1. 6. 1970, S. 89 f.
Mauz, Gerhard, „Eine besonders kränkbare Persönlichkeit". Spiegel-Reporter Gerhard Mauz zum Hanzlicek-Prozess in Frankfurt, in: Der Spiegel, Nr. 26 vom 21. 6. 1971, S. 71 f.
Mauz, Gerhard, „Anzeichen ohne Krankheitswert". Spiegel-Reporter Gerhard Mauz zur strafrechtlichen Verantwortung des Mörders Wittmann, in: Der Spiegel, Nr. 49 vom 29. 11. 1971, S. 52–54.
Mauz, Gerhard, „Geistig und körperlich gesund". Spiegel-Reporter Gerhard Mauz zur Verurteilung von Manfred Wittmann in Coburg, in: Der Spiegel, Nr. 52 vom 20. 12. 1971, S. 66 f.
Mayer-Gross, Wilhelm, Einleitung, in: Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 2. Klinische Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1960, S. V–VI.
Mette, Alexander, Um J. P. Pawlows großes Erbe und die neue Humanpsychologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 177–179.
Mette, Alexander, Umschau im Fachgebiet. 1. Teil, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 306–309.
Mette, Alexander, Umschau im Fachgebiet. 2. Teil, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 374–377.
Mette, Alexander, Bemerkungen zur Frage der Entstehung von Spracheigentümlichkeiten im Initialstadium der Schizophrenie auf dem Boden der Lehre I. P. Pawlows, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 5 (1953), S. 383–391.
Mette, Alexander, Diskussionsbeitrag, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 168–170.
Mette, Alexander, Arno Holz und seine Wortkunst. Erwägungen zur Darstellungsweise und Theorie des Dichters auf dem Boden der Lehre I. P. Pawlows, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 273–294.
Mette, Alexander, Freud und Pawlow, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 217–225.
Mette, Alexander, Über typologische, pathognomonische und pathogenetische Schlussfolgerungen aus der Lehre von den beiden Signalsystemen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 210–217.
Mette, Alexander, I. P. Pawlow. Sein Leben und sein Werk, Berlin 1959.
Mette, Alexander/Misgeld, Gerhard/Winter, Kurt, Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft, Berlin 1958.
Michaelis, Jan, Die Schöne und das Biest, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 148–154.
Mohs, Ulrich, Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 34–36.

Mombour, W./Gammel, G./Zerssen, D. von/Heyse, H., Die Objektivierung psychiatrischer Syndrome durch multifaktorielle Analyse des psychopathologischen Befundes, in: Der Nervenarzt 44 (1973), S. 352–358.
Müller, Christian, Über Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 9 (1955/56), S. 350–369.
Müller, Christian, Die Pioniere der psychoanalytischen Behandlung Schizophrener, in: Der Nervenarzt 29 (1958), S. 456–462.
Müller, Christian, Die Psychotherapie Schizophrener an der Zürcher Klinik. Versuch einer vorläufigen katamnestischen Übersicht, in: Der Nervenarzt 32 (1961), S. 354–368.
Müller, Christian/Kaufmann, L., Über Familienforschung und Therapie bei Schizophrenen, in: Der Nervenarzt 40 (1969), S. 302–308.
Müller, Detlef, Beitrag zum Problem des induzierten Irreseins, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 18–23.
Müller, H. W./Scheurle, G./Engels, G., Zur Hospitalisierung psychisch Kranker im Rheinland in den Jahren 1962–1965, in: Der Nervenarzt 41 (1970), S. 234–246.
Müller, Max, Einleitung, in: Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/2. Grundlagen und Methoden der Klinischen Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1963, S. V–VI.
Müller, Max, Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte. 1920–1960, Berlin/Heidelberg/New York 1982.
Müller, Max/Jung, Richard, Vorwort der Gesamtausgabe, in: Hans Walter Gruhle/Richard Jung/Wilhelm Mayer-Gross/Max Müller (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 1/1. Grundlagenforschung zur Psychiatrie. Teil A, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1967, S. V–VIII.
Müller, P., Ist die Dauerbehandlung schizophrener Patienten notwendig?, in: Der Nervenarzt 42 (1971), S. 393–396.
Müller, Thomas R./Mitzscherlich, Beate (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR. Erzählungen von Zeitzeugen, Frankfurt am Main 2006.
Müller-Eckhard, Hans, Das Erscheinen der Psychose am Ende der psychotherapeutischen Konfliktauflösung, in: Psyche. Eine Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Menschenkunde in Forschung und Praxis 4 (1950), S. 436–447.
Müller-Hegemann, Dietfried, Antwort an Herrn Dr. Schultz-Hencke auf seinen Offenen Brief, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 89–93.
Müller-Hegemann, Dietfried, Bericht über zwei psychotherapeutisch beeinflusste Schizophreniefälle, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 20–30.
Müller-Hegemann, Dietfried, Bericht über zwei psychotherapeutisch beeinflusste Schizophreniefälle (Schluss), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 33–38.
Müller-Hegemann, Dietfried, Psychotherapeutische Beeinflussung einer Schizophrenie von katatonem Erscheinungsbild, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 320–330.
Müller-Hegemann, Dietfried, Bemerkungen zur biologischen Richtung in der medizinischen Psychologie. Zur Publikation von Destunis: „Neue Wege der medizinischen Psychologie", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 250–254.
Müller-Hegemann, Dietfried, Beitrag zu einer rationalen Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 4 (1952), S. 274–285.
Müller-Hegemann, Dietfried, Die Bedeutung der Arbeitstherapie in der Gegenwart, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 4 (1952), S. 97–101.
Müller-Hegemann, Dietfried, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Erfahrungen und Probleme, Leipzig 1952a.
Müller-Hegemann, Dietfried, Die Psychotherapie bei schizophrenen Prozessen. Erfahrungen und Probleme, Leipzig 1952b.
Müller-Hegemann, Dietfried, Antwort auf die Diskussionsbemerkung von D. Wolff, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 248 f.

Müller-Hegemann, Dietfried, Bemerkungen zur Narkoanalyse, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 3–8.
Müller-Hegemann, Dietfried, Das ärztliche Gespräch in der Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 44–50.
Müller-Hegemann, Dietfried, Über die cortico-viszerale und die psychosomatische Betrachtungsweise in der Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 33–38.
Müller-Hegemann, Dietfried, Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende, Berlin 1957.
Müller-Hegemann, Dietfried, Über Homilopathien (Psychosen bei schweren Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 291–304.
Müller-Hegemann, Dietfried, Beitrag zur Psychopathologie der sozialen Isolierung, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 10 (1958), S. 347–355.
Müller-Hegemann, Dietfried, Psychotherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende, Berlin 1961.
Müller-Hegemann, Dietfried, Kritische Bemerkungen zu den daseinsanalytischen und verwandten Richtungen in der gegenwärtigen Psychiatrie (mit Bezug auf die einschlägige Publikation von K. Weise und A. Thom in der vorliegenden Zeitschrift 18, 296 [1966]), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 19 (1967), S. 35–38.
Müller-Hegemann, Dietfried, Bemerkungen zu der Veröffentlichung von K. Weise und A. Thom: „Methodologische Erwägungen zur Entwicklung und Funktion der psychiatrischen Nosologie", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 21 (1969), S. 70–72.
Müller-Hegemann, Dietfried, Über reaktive Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 22 (1970), S. 172–177.
Musculus-Viehöfer, Anja, Psychoseseminar und trialogische Mitwirkungsarbeit konkret, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 83–90.
Muthesius, Sibylle, Flucht in die Wolken, Berlin 1981a.
Muthesius, Sibylle, Flucht in die Wolken, Frankfurt am Main 1982b.

Nettelbeck, Uwe, Recht in höchster Instanz. Eine Revisionsverhandlung des Bundesgerichtshofes – Paragraph 51, Absatz eins oder zwei? – Im Namen des Volkes gegen Volkes Stimme, in: Die Zeit, Nr. 16 vom 21. 4. 1967, S. 50.
Nuißl, Klaus, Krankheit ist ein Weg, zu den richtigen Fragen zu gelangen, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 95–102.

o. V., Gespräch mit Satan. Dann wird er auch Ihnen erscheinen, in: Der Spiegel, Nr. 15 vom 9. 4. 1949, S. 8 f.
o. V., Charakter unterm Messer. Säge für den Kopf, in: Der Spiegel, Nr. 52 vom 22. 12. 1949, S. 39 f.
o. V., Wahrheitsserum. Einbruch ins Bewusstsein, in: Der Spiegel, Nr. 17 vom 27. 4. 1950, S. 39 f.
o. V., Kranke hinter Gitterfenstern, in: Neue Zeit, Nr. 135 vom 14. 6. 1950, S. 2.
o. V., Im Wahn zur Mörderin geworden, in: Neue Zeit vom 11. 2. 1953, S. 6.
o. V., Im Wahn die Tochter erschlagen, in: Berliner Zeitung vom 12. 2. 1953, S. 6.
o. V., Das elektrische Wesen Mensch, in: Der Spiegel, Nr. 11 vom 11. 3. 1953, S. 31 f.
o. V., Kälteschlaf. Das Pulver 4560, in: Der Spiegel, Nr. 16 vom 15. 4. 1953, S. 26.
o. V., Wahnsinn nach Rezept, in: Der Spiegel, Nr. 47 vom 18. 11. 1953, S. 40 f.
o. V., Ersatz für Alkohol, in: Der Spiegel, Nr. 10 vom 13. 3. 1954, S. 39 f.
o. V., Theta-Wellen der Freude, in: Der Spiegel, Nr. 29 vom 14. 7. 1954, S. 30–32.
o. V., Vorhang gegen den Schmerz, in: Der Spiegel, Nr. 26 vom 22. 6. 1955, S. 39.
o. V., Pillen fürs Gehirn, in: Der Spiegel, Nr. 35 vom 24. 8. 1955, S. 38 f.
o. V., Gehirnwäsche. Blockade der Sinne, in: Der Spiegel, Nr. 24 vom 13. 6. 1956, S. 43–45.
o. V., Die rätselhafte Substanz, in: Der Spiegel, Nr. 28 vom 11. 7. 1956, S. 39 f.
o. V., Psycho, in: Der Spiegel, Nr. 45 vom 2. 11. 1960, S. 84.
o. V., Die Kreuzelschreiber, in: Der Spiegel, Nr. 19 vom 3. 5. 1961, S. 35–44.

o. V., Die Bundesrepublik – ein unterentwickeltes Land, in: Der Spiegel, Nr. 36 vom 30. 8. 1961, S. 32–41.
o. V., Ärze lesen aus der Hand, in: Die Zeit, Nr. 24 vom 15. 6. 1962, S. 10.
o. V., Tag und Nacht, in: Der Spiegel, Nr. 32 vom 8. 8. 1962, S. 58 f.
o. V., Verräterische Fingerkuppen, in: Die Zeit, Nr. 26 vom 28. 6. 1963, S. 31.
o. V., Handvoll Asche, in: Der Spiegel, Nr. 8 vom 19. 2. 1964, S. 28–38.
o. V., Einsame Masse, in: Der Spiegel, Nr. 25 vom 17. 6. 1964, S. 80.
o. V., Die Blauen Götter, in: Der Spiegel, Nr. 18 vom 25. 4. 1966, S. 151–154.
o. V., Hund gesund, in: Der Spiegel, Nr. 14 vom 27. 3. 1967, S. 63.
o. V., Schizophrenie. Krieg im Körper, in: Der Spiegel, Nr. 22 vom 22. 5. 1967, S. 150 f.
o. V., Kalk in Kulturen, in: Der Spiegel, Nr. 35 vom 21. 8. 1967, S. 49–51.
o. V., „Schizophrenie" Versuchstiere getestet, in: Neue Zeit vom 28. 1. 1968, S. 5.
o. V., Ursache der Schizophrenie, in: Neue Zeit vom 7. 2. 1968, S. 5.
o. V., Eickelborn. Zeugen aus 9I, in: Der Spiegel, Nr. 29 vom 15. 7. 1968, S. 42–45.
o. V., Schizophrenie – ein chemischer Irrtum?, in: Die Zeit, Nr. 8 vom 21. 2. 1969, S. 43.
o. V., Schizophrenie. Spur ins Abseits, in: Der Spiegel, Nr. 13 vom 24. 3. 1969, S. 182–185.
o. V., Bittere Pille, in: Der Spiegel, Nr. 30 vom 21. 7. 1969.
o. V., Fleisch der Götter, in: Der Spiegel, Nr. 37 vom 8. 9. 1969, S. 185.
o. V., Abends Tanz, in: Der Spiegel, Nr. 30 vom 20. 7. 1970, S. 103–105.
o. V., Uniform unterm Kittel, in: Der Spiegel, Nr. 45 vom 1. 11. 1971, S. 128–130.
o. V., Autobiographie eines Entkommenen, in: Kursbuch 28 (Juli 1972), S. 150–164.
o. V., Die Irren von Karlsruhe, in: konkret, Nr. 27 vom 16. 11. 1972, S. 46 f.
o. V., Großes Kaliber, in: Der Spiegel, Nr. 4 vom 22. 1. 1973, S. 104.
o. V., Schluckimpfung gegen Depression, in: konkret, Nr. 21 vom 17. 5. 1973, S. 13.
o. V., Die falschen Irren, in: konkret, Nr. 25 vom 14. 6. 1973, S. 15.
o. V., Hinter der Maske, in: Der Spiegel, Nr. 27 vom 1. 7. 1974, S. 59–61.
o. V., Zeit zum Leiden, in: Der Spiegel, Nr. 26 vom 23. 6. 1975, S. 114.
o. V., Spritzen gegen Reformen, in: Der Spiegel, Nr. 4 vom 19. 1. 1976, S. 75 f.
o. V., Dialyse gegen Schizophrenie, in: Neue Zeit vom 20. 10. 1978, S. 6.
o. V., Tragik, Komik, Satire, in: Neue Zeit, Nr. 265 vom 9. 11. 1978, S. 4.
o. V., Der Fall Pljuschtsch, in: Der Spiegel, Nr. 48 vom 26. 11. 1979, S. 173.
o. V., Deutsche Leiden, in: Der Spiegel, Nr. 30 vom 26. 7. 1982, S. 141 f.
o. V., Schleichender Irrsinn, in: Der Spiegel, Nr. 28 vom 11. 7. 1983, S. 148 f.
o. V., Drahtzieher im Wahnsystem, in: Der Spiegel, Nr. 43 vom 22. 10. 1990, S. 28–35.
Obermayer, Jochen, Streit um Operationen im Gehirn, in: Die Zeit, Nr. 48 vom 23. 11. 1973, S. 66.
Oles, M., Schizoforme Psychosen bei Erschöpfungszuständen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 112–116.

P., Anna, Das Rätsel der Sphinx, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 60–69.
Panse, Friedrich, Institution und Atmosphäre des Psychiatrischen Krankenhauses als therapeutische Funktionen, in: Der Nervenarzt 33 (1962), S. 70–75.
Pawlow, Iwan Petrowitsch, Sämtliche Werke, Berlin 1954.
Pawlow, Iwan Petrowitsch, Versuchsweise Abschweifung eines Physiologen in das Gebiet der Psychiatrie [1930], in: Lothar Pickenhain (Hrsg.), Gesammelte Werke über die Physiologie und Pathologie der höheren Nerventätigkeit, Würzburg 1998, S. 240–245.
Peters, Uwe Henrik, Laings Negativmodell des Irreseins, in: Der Nervenarzt 48 (1977), S. 478–482.
Peters, Uwe Henrik, Mary Barnes: Psychose als Fiktion, in: Der Nervenarzt 48 (1977), S. 533–540.
Pljuschtsch, Leonid, Im Karneval der Geschichte. Ein Leben als Dissident in der sowjetischen Realität, Wien/München/Zürich 1981.
Pohlen, Manfred, Psychoanalyse und Psychiatrie in Konvergenz, in: Der Nervenarzt 43 (1972), S. 628–634.

Pongratz, Ludwig J., Vorwort des Herausgebers, in: Ludwig J. Pongratz (Hrsg.), Psychiatrie in Selbstdarstellungen, Bern 1977, S. 7 f.
Prins, Sibylle, Wird die Wirklichkeit psychotisch?, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 163–166.
Prins, Sibylle, Auf der Suche nach dem Paradies, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 113–122.
Psychiatrienetz, Bibliothek – Zeitschriften, URL: www.psychiatrie.de/bibliothek/zeitschriften, letzter Zugriff am 25. 2. 2016.

Randow, Thomas von, Eine Pille für die Liebeslust. Verstärkt PCPA die Liebeslust?, in: Die Zeit, Nr. 2 vom 6. 1. 1970, S. 42.
Randow, Thomas von, Eine wandelnde Drogenfabrik. Wird sich das Spaltungsirresein kurieren lassen?, in: Die Zeit, Nr. 20 vom 19. 5. 1972, S. 60.
Randow, Thomas von, Fragwürdige Diagnosen der Seelenärzte. Experiment mit Pseudopatienten erbrachte ein alarmierendes Ergebnis, in: Die Zeit, Nr. 6 vom 2. 2. 1973, S. 46.
Regau, Thomas, Richtung Zukunft, in: Die Zeit, Nr. 45 vom 3. 11. 1961, S. 11.
Reifenberg, Ernst, Kritische Anmerkungen zu der Arbeit von Müller-Hegemann „Über den gegenwärtigen Stand der Aphasie-Agnosie-Diskussion in Deutschland", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 340–341.
Reifenberg, Ernst, Pawlow und Kretschmer, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 10 (1958), S. 110–117.
Reisch, Wolfram, Jenseits der Vernunft. Der Wahn und die Gesellschaft, Bergisch Gladbach 1969.
Rennert, Helmut, Therapeutisches Wirken im Blickwinkel der Universalgenese der Psychosen („Einheitspsychose"), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 17 (1965), S. 245–248.
Rennert, Helmut/Lemke, Rudolf, Neurologie und Psychiatrie, Leipzig 1960.
Resolution der gemeinsamen wissenschaftlichen Tagung der Akademie der Wissenschaften und der medizinischen Akademie der Wissenschaften der UdSSR, die den Problemen der physiologischen Lehre I. P. Pawlows gewidmet war, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 203–207.
Richter, Brigitte, Meine Psychose gehört mir!, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 60–64.
Richter, Horst-Eberhard, Die Objektrelation in der Schizophrenie, in: Der Nervenarzt 29 (1958), S. 244–249.
Rosenberg, M., Zur materiellen Konstitution des Bewußtseins, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 12 (1960), S. 441–448.
Rosenfeld, Herbert, Zur psychoanalytischen Behandlung akuter und chronischer Schizophrenie, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 9 (1955/56), S. 161–171.
Rosenkötter, Lutz, Auslösende Faktoren bei akuten Psychosen, in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 12 (1958/59), S. 415–429.
Rosenkötter, Lutz, Meine Jugend in der NS-Zeit und mein Leben als Psychoanalytiker, in: Ludger M. Hermanns (Hrsg.), Psychoanalyse in Selbstdarstellungen. Band VII, Frankfurt am Main 2008, S. 77–117.
Rouhiainen, Tuula, Andere Menschen kann ich nicht ändern – nur mich selbst, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 40–50.
Rudolf, Gaby, Spiritualität ist die kostbarste Perle meiner Psychoseerfahrung, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 169–177.
Rüger, Ulrich/Dahm, Andreas/Kallinke, Dieter, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, München, Jena 2005.

Rumler, Fritz, „Ich kann mich nicht einordnen". SPIEGEL-Reporter Fritz Rumler über den schizophrenen Lyriker Ernst Herbeck, genannt „Alexander", in: Der Spiegel, Nr. 49 vom 28. 11. 1977, S. 236–238.

S., W., Psycho, in: Die Zeit, Nr. 42 vom 14. 10. 1960, S. 30.
Schädlich, Michael, Energien für das Leben wecken. Gedanken zu dem Buch „Flucht in die Wolken", in: Berliner Zeitung, Nr. 228 vom 26. 9. 1981, S. 8.
Scheffel, Rolf, Bolero und andere Melodien, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 43–45.
Schirrmacher, Wolf, Hormon der Widerstandskraft. Das ACTH – Schlüssel zu siebzig Krankheiten, in: Die Zeit, Nr. 21 vom 25. 5. 1950, S. 10.
Schmidt, Peter, „Wer selber analytisch arbeiten will, muss sehen, wie er zurecht kommt." Fragen von Ludger M. Hermanns an Peter Schmidt am 1. 3. 1997 in Leipzig, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 255–267.
Schneider, Kurt, Psychiatrie heute, Stuttgart 1952.
Schneider, Kurt, Klinische Psychopathologie, Stuttgart/New York ^{15}2007.
Schneider, Michael, Ist Schizophrenie kapitalistisch?, in: konkret, Nr. 24 vom 26. 10. 1972, S. 44 f.
Schödel, Helmut, Der Schatten der Freiheit, in: Die Zeit, Nr. 44 vom 24. 10. 1980.
Schöfer, Elena, Der Wahn – die 13. Muse, in: Die Zeit, Nr. 45 vom 7. 11. 1969, S. 73.
Schrenk, Martin, Anmerkungen zum Symposium über „Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht" (Zürich 1957), insbesondere zu dem Vortrag von C. Kulenkampff, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 413–415.
Schulte, Walter, Der Psychiater im Spiegel seiner Kranken, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 18 (1950), S. 538–575.
Schulte, Walter, Psychopharmakologie und Psychotherapie im Dienst der Wiederherstellung der Unbefangenheit zu leben, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 203–209.
Schulte, Walter/Tölle, Rainer, Psychiatrie, Berlin u. a. 1971.
Schultz-Hencke, Harald, Der heutige Stand der „großen" Psychotherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 1 (1949), S. 244–249.
Schultz-Hencke, Harald, Offener Brief an den Verfasser des Aufsatzes „Psychotherapie in der modernen Gesellschaft" D. Müller-Hegemann, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 84–98.
Schultz-Hencke, Harald, Das Problem der Schizophrenie. Analytische Psychotherapie und Psychose, Stuttgart 1952.
Schulz, Gwen, Wer ist der bessere Psychiatrie-Erfahrene?, in: Psychiatrische Praxis 39 (2012), S. 353–354.
Schulz, Gwen, Davonfliegen und autonom werden, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 85–94.
Schunk, J.-G., Über Erfahrungen in der Organisation der Arbeitstherapie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 8 (1956), S. 82–85.
Schwarz, Hanns, Zur Frage der kortiko-viszeralen Beziehungen, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 116–119.
Schwarz, Rainer, Neuere Ergebnisse der Schizophrenieforschung, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 30 (1978), S. 193–208.
Sechehaye, M. A., Die Übertragung in der „réalisation symbolique", in: Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde 10 (1956/57), S. 482–496.
Sechehaye, Marguerite, Tagebuch einer Schizophrenen. Selbstbeobachtungen einer Schizophrenen während der psychotherapeutischen Behandlung, Frankfurt am Main 1975.
Sechehaye, Marguerite A., Die symbolische Wunscherfüllung. Darstellung einer neuen psychotherapeutischen Methode und Tagebuch der Kranken, Bern/Stuttgart 1955.

Simkó, Alfred, Die psychotherapeutischen Prinzipien der Reserpin-Behandlung von schizophrenen Patienten, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 10 (1958), S. 45–53.
Simon, Annete, Über die Blindheit im Beruf, in: Klaus Behnke/Mitchell G. Ash (Hrsg.), Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi, Hamburg 1995, S. 242–254.
Sneschnewski, Andrei, Die physiologische Lehre Pawlows in der Psychiatrie, in: Eberhard Goetze/Alexander Mette/Lothar Pickenhain (Hrsg.), Tagungsbericht der Pawlow-Tagung, Leipzig 15./16. Januar 1953. Veranstaltet vom Ministerium für Gesundheitswesen und Staatssekretariat für Hochschulwesen der Deutschen Demokratischen Republik, Leitung: D. Müller-Hegemann, A. Peiper, S. Rapoport, M. Zetkin, Berlin 1953, S. 181–189.
Speder, Isa, Bücher über alles, was alle gemeinsam angeht. Werkstattgespräch mit dem Verleger Dr. Wolfgang Tenzler, in: Berliner Zeitung, Nr. 62 vom 14. 3. 1987, S. 10.
Spoerri, Theodor, Kompendium der Psychiatrie. Klinik und Therapie für Studierende und Ärzte, Basel u. a. 1970.
Stähle, Peter, Nicht hörig, sondern schizophren? Überraschende Wendungen im Bonner Taximord-Prozess, in: Die Zeit, Nr. 22 vom 28. 5. 1965, S. 21.
Stähle, Peter, Mord, Betrug, Nachrede. Bonner Prozesswelle: Merten, Deutsch und zwei Taximörder, in: Die Zeit, Nr. 41 vom 8. 10. 1965, S. 14.
Starke, Hellmut, Das autogene Training im Rahmen der Therapie schizophrener Patienten, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 28 (1976), S. 343–351.
Stern, Carola, Wo gefoltert wird. Wer schweigt, wird mitschuldig, in: Die Zeit, Nr. 50 vom 15. 12. 1972, S. 12 f.
Sternberg, Erich, Zur Kritik der existentialistischen und anderen antinosologischen Richtungen in der modernen westlichen Psychiatrie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 16 (1964), S. 397–402.
Stierlin, Helm, Familie und Schizophrenie, in: Der Nervenarzt 34 (1963), S. 495–500.
Stoffel, Martin, Was macht ein gläubiger Kranker in einem Heilsystem, das den Glauben ausschließt?, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 123–130.
Stoll, Werner A., Leukotomie-Erfahrungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, in: Der Nervenarzt 25 (1954), S. 195–197.
Stoll, Werner A. (Hrsg.), II. Internationaler Kongress für Psychiatrie. Congress Report in 4 Volumes. Published by order of the Swiss Organizing Committee, Zürich 1959.
Storch, Alfred, Beiträge zum Verständnis des schizophrenen Wahnkranken, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 49–58.
Strothmann, Dietrich, Der Brandstifter hinter Panzerglas. Gerichtstag in Jerusalem: Denis Michael Rohan erwartet sein Urteil, in: Die Zeit, Nr. 49 vom 5. 12. 1969, S. 2.
Stumme, Wolfgang, Was heißt „Geisteskrankheit"?, in: Der Nervenarzt 41/6 (1970), S. 294–298.
Süllwold, Lilo, Forschungsziele und neuere Aspekte in der Psychotherapie, in: Der Nervenarzt 41 (1970), S. 27–31.
Szasz, Thomas S., The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct, London 1962.
Szasz, Thomas S., Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie. Original Schizophrenia. The Sacred Symbol of Psychiatry [1976], Wien/München/Zürich 1979.
Szasz, Thomas S., Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Frankfurt am Main 1982.

T., Elisabeth, „Sag du es ihr", sagt die Seele zum Körper, „auf mich hört sie nicht.", in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 78–84.
Tellenbach, Hubert, Das Unbehagen am Behagen in der Psychiatrie. Paralegomena zu K. P. Kiskers „Dialogik der Verrücktheit. Ein Versuch an den Grenzen zur Anthropologie", in: Der Nervenarzt 43 (1972), S. 376–379.

Thiele, Rudolf, Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Schizophrenie-Frage (im Anschluss an den vorstehenden Vortrag von Müller-Hegemann), in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 2 (1950), S. 39–43.
Thiele, Rudolf, Zur somatologischen Fundierung der Psychosen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 3 (1951), S. 322–325.
Thom, Achim, Psychiatrie und gesellschaftliche Mächte. Kritische Anmerkungen zu einer aktuellen Diskussion und ihren Konsequenzen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 25 (1973), S. 577–590.
Thom, Achim, Bedeutsame Differenzierungen der sozialpsychiatrischen Bewegung in der kapitalistischen Gesellschaft, Teil I, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 28 (1976), S. 14–20.
Thom, Achim, Bedeutsame Differenzierungen der sozialpsychiatrischen Bewegung in der kapitalistischen Gesellschaft, Teil II. Aktivistische Ungeduld – Psychiatriereform als Revolution, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 28 (1976), S. 99–105.
Thom, Achim/Weise, Klaus, Ist der Begriff der „psychischen Krankheit" ein Mythos? Über Wert und Grenzen des medizinischen Krankheitsmodells für die Psychiatrie unserer Gesellschaft, 1. Teil, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 25 (1973), S. 641–646.
Thom, Achim/Weise, Klaus, Ist der Begriff der „psychischen Krankheit" ein Mythos? Über Wert und Grenzen des medizinischen Krankheitsmodells für die Psychiatrie unserer Gesellschaft, 2. Teil, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 25 (1973), S. 705–711.

U., H., Einblicke in eine kranke Gesellschaft. Aufbau-Verlag edierte „März" von Heinar Kipphardt, in: Neue Zeit, Nr. 61 vom 13. 3. 1978, S. 4.
U., H., Charakteristisches aus Hollywood präsentiert. Während der Tage des USA-Films in der DDR notiert, in: Neue Zeit, Nr. 119 vom 23. 5. 1978, S. 4.
U., R., Schizophrenie-Spritze, in: Die Zeit, Nr. 25 vom 21. 6. 1968, S. 41.

V., Jana, Zurück aus dem Reich der Toten, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 54–58.
Varga, E., Beiträge zur Pathophysiologie der Sprache, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 307–311.
Varga, E., Über einige Forschungsprobleme der schizophrenen Sprache, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 302–307.
Varga, E., Eine neue Methode zur experimentellen Untersuchung der psychotischen Sprache, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 12 (1960), S. 18–27.
Viciano, Astrid, Elyn und die Dämonen, in: ZEIT Wissen 3/2013, URL: www.zeit.de/zeit-wissen/2013/03/schizophrenie-elyn-saks, letzter Zugriff am 24. 2. 2016.
Viefhues, Herbert, Gruppentherapeutische Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Die geschützte Arbeitsstätte für psychisch Kranke und der Patientenklub, in: Der Nervenarzt 32/211–217 (1961).
Vlastos, Marion, Doris Lessing and R. D. Laing: Psychopolitics and Prophecys, in: PMLA 91/2 (1976), S. 245–258.
Völgyesi, F. A., Zivilisationskrankheiten und zeitgemäße Psychotherapie. Der Mensch als homeodynamische Einheit. Einige Worte über Iatrogenie, Didaktogenie und Syntonie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 210–217.
Völgyesi, F. A., Zivilisationskrankheiten und zeitgemäße Psychotherapie. Der Mensch als homeodynamische Einheit, Schluss, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 11 (1959), S. 226–239.

Walser, Martin, Hölderlin zu entsprechen. Von der schweren Vermittlerrolle eines Dichters, in: Die Zeit, Nr. 13 vom 27. 3. 1970, S. 17–20.
Ward, Mary Jane, Die Schlangengrube. Einzige autorisierte Übertragung aus dem Englischen, Zürich 1948.
Ward, Mary Jane, Die Schlangengrube, Heidelberg 1950.
Ward, Mary Jane, Die Schlangengrube, Bergisch Gladbach 1978.

Weinschenk, Curt, Über die Bedeutung der Gestaltpsychologie für die Psychiatrie und Neurologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 9 (1957), S. 39–47.
Weise, Klaus, Zur Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 26 (1974), S. 6–13.
Weise, Klaus, Psychotherapie in der Psychiatrie, in: Achim Thom (Hrsg.), Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West, Bonn 1990, S. 288–307.
Weise, Klaus, Psychosoziales Krankheitsverständnis und Psychiatriereform, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 409–416.
Weise, Klaus/Thom, Achim, Zu einigen philosophischen und methodologischen Problemen der daseinsanalytischen und anthropolgischen Bestrebungen in der neueren Psychiatrie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 18 (1966), S. 296–304.
Weise, Klaus/Thom, Achim, Methodologische Erwägungen zur Entwicklung und Funktion der psychiatrischen Nosologie, in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 20 (1968), S. 425–434.
Weitbrecht, Hans-Jörg, Endogene Psychose und Lebenskrise, in: Der Nervenarzt 25 (1954), S. 465 f.
Weitbrecht, Hans-Jörg, Endogene phasische Psychosen. Symptombilder und Verläufe, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 29 (1961), S. 129–144.
Weitbrecht, Hans-Jörg, o. T., in: Ludwig J. Pongratz (Hrsg.), Psychiatrie in Selbstdarstellungen, Bern 1977, S. 422–469.
Wendt, C. F., Zur Psychotherapie der Schizophrenie, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 26 (1958), S. 300–310.
Weyen, Wilhelm, „Macke" schützt vor Zuchthaus nicht. Dritte Auflage des Bonner Taxi-Mord-Prozesses endete mit zweimal lebenslänglich, in: Die Zeit, Nr. 2 vom 7. 1. 1966, S. 6.
Wiedemann, Christine, EX-IN aus der Sicht einer Teilnehmerin, in: Brückenschlag. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie. Literatur. Kunst 25 (2009), S. 91–100.
Wiek, Magret, Leserbrief: Nochmals zu Ängsten und dem Umgang mit ihnen, in: Neues Deutschland vom 10. 2. 1990, S. 4.
Winkler, Walter Theodor, Krisensituation und Schizophrenie, in: Der Nervenarzt 25 (1954), S. 500 f.
Winkler, Walter Theodor/Stefan Wieser, Die Ich-Mythisierung als Abwehrmaßnahme des Ich. Dargestellt am Beispiel des Wahneinfalles von der jungfräulichen Empfängnis und Geburt bei paraphrenen Episoden, in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 75–81.
Witter, Ben, Mit Hans Bürger-Prinz vor der Psychiatrie. „Ich benötige dieses Gerüst da mit seiner Füllung", in: Die Zeit, Nr. 34 vom 25. 8. 1967, S. 34.
Wojke, Reinhard, Der Weg des Herzens und wie meine Psychose mich dabei begleitet hat, in: Hartwig Hansen (Hrsg.), Der Sinn meiner Psychose. Zwanzig Frauen und Männer berichten, Neumünster 2014, S. 23–31.
Woldert, Siegfried, Die Bluttat von Bayreuth. Im Mordprozess gegen den amerikanischen Offizier stritten sich die Gutachter, in: Die Zeit, Nr. 43 vom 21. 10. 1966, S. 15.
Woldert, Siegfried, „Hängt ihn auf!". Der Freispruch für die „Bestie von Bayreuth" erregt die Gemüter, in: Die Zeit, Nr. 44 vom 28. 10. 1966, S. 15.
Wolff, D., Diskussionsbemerkungen zu dem Aufsatz von D. Müller-Hegemann „Bemerkungen zur Narkoanalyse", in: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 6 (1954), S. 247 f.
Wolff, Renate/Hartung, Klaus, Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie, in: Kursbuch 28 (Juli 1972), S. 1–90.
Wulff, Erich, Psychoanalyse als Herrschaftswissenschaft?, in: Kursbuch 29 (September 1972), S. 1–22.
Wulff, Erich Adalbert, Irrfahrten. Autobiografie eines Psychiaters, Bonn 2001.
Wyss, Dieter, Die psychotherapeutische Behandlung einer halluzinatorisch-paranoiden Schizophrenie. Vorläufiger Bericht, in: Der Nervenarzt 29 (1958), S. 249–255.

Zerbin-Rüdin, Edith, Genealogie und Demographie, in: Der Nervenarzt 37 (1966), S. 463–465.

Zerssen, Detlev von, Psychisches Kranksein – Mythos oder Realität?, in: Hanns Hippius/Hans Lauter (Hrsg.), Standorte der Psychiatrie. Zum Selbstverständnis einer angefochtenen Wissenschaft, München u. a. 1976, S. 79–118.
Zutt, Jürg, Über den Stand des in Erscheinung stehenden Menschen. Zu Schrenks Anmerkungen zum Symposium über „Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht" (Zürich 1957), in: Der Nervenarzt 30 (1959), S. 415–417.
Zutt, Jürg, Über das moderne psychiatrische Krankenhaus. Eine sozialpsychiatrische Betrachtung, in: Der Nervenarzt 37 (1963), S. 110–115.

2. Literatur

Akavia, Naamah, Writing „The Case of Ellen West": Clinical Knowledge and Historical Representation, in: Science in Context 21/01 (2008), S. 119–144.
Alanen, Yrjö O./González de Chávez, Manuel/Silver, Ann-Louise S./Martindale, Brian (Hrsg.), Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future, London/New York 2009.
Albert, Claudia, „Zwei getrennte Literaturgebiete"? Neuere Forschungen zu „DDR" und „Nachwende"-Literatur, in: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur (IASL) 34/1 (2009), S. 184–223.
Alheit, Peter/Brandt, Morten, Autobiographie und ästhetische Erfahrung. Entdeckung und Wandel des Selbst in der Moderne, Frankfurt am Main 2006.
Alon, Nahi/Omer, Haim, Demonic and Tragic Narratives in Psychotherapy, in: Amia Lieblich/Dan P. McAdams/Ruthellen Josselson (Hrsg.), Healing Plots. The Narrative Basis of Psychotherapy, Washington, DC 2004, S. 29–48.
Angermeyer, Matthias C./Matschinger, Herbert/Schomerus, Georg, Attitudes towards Psychiatric Treatment and People with Mental Illness: Changes over Two Decades, in: The British Journal of Psychiatry 203/2 (2013), S. 146–151.
Ankele, Monika, Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn, Wien 2009.
Anz, Thomas, Gesund oder krank? Medizin, Moral und Ästhetik in der deutschen Gegenwartsliteratur, Stuttgart 1989.
Anz, Thomas, Schizophrenie als epochale Symptomatik. Pathologie und Poetologie um 1900, in: Frank Degler/Christian Kohlross (Hrsg.), Epochen/Krankheiten. Konstellationen von Literatur und Pathologie, St. Ingbert 2006, S. 113–130.
Ash, Mitchell, Von Vielschichtigkeiten und Verschränkungen. „Kulturen der Wissenschaft – Wissenschaften in der Kultur", in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 30/2 (2007), S. 91–105.
Ash, Mitchell G., Historicizing Mind Science: Discourse, Practice, Subjectivity, in: Science in Context 5/02 (1992), S. 193–207.
Ash, Mitchell G., Gestalt Psychology in German Culture, 1890–1967. Holism and the Quest for Objectivity, Cambridge/New York 1995.
Ash, Mitchell G., Wissenschaftshistorische Stellungnahme zur „Operativen Psychologie", in: Klaus Behnke/Mitchell G. Ash (Hrsg.), Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi, Hamburg 1995, S. 214–225.
Ash, Mitchell G., Kurt Gottschaldt (1902–1991) und die psychologische Forschung vom Nationalsozialismus zur DDR – konstruierte Kontinuitäten, in: Dieter Hoffmann/Kristie Macrakis (Hrsg.), Naturwissenschaft und Technik in der DDR, Berlin 1997, S. 337–359.
Ash, Mitchell G., Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit – Zur Einführung, in: Mitchell G. Ash/Christian Stifter (Hrsg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart, Wien 2002, S. 19–43.
Ash, Mitchell G., Wissens- und Wissenschaftstransfer – Einführende Bemerkungen, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 29/3 (2006), S. 181–189.

Ash, Mitchell G., Wissenschaftsgeschichte und Wissenschaftsphilosophie. Einführende Bemerkungen, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 35/2 (2012), S. 87–98.
Ash, Mitchell G./Geuter, Ulfried (Hrsg.), Geschichte der deutschen Psychologie im 20. Jahrhundert. Ein Überblick, Opladen 1985.
Ash, Mitchell G./Stifter, Christian (Hrsg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart, Wien 2002.
Azzouni, Safia/Böschen, Stefan, Erzählung und Geltung. Ein problemorientierter Ausgangspunkt und viele Fragen, in: Safia Azzouni (Hrsg.), Erzählung und Geltung. Wissenschaft zwischen Autorschaft und Autorität, Weilerswist 2015, S. 9–31.

Bair, Deirdre, C. G. Jung. Eine Biographie. Aus dem Amerikanischen von Michael Müller, München 2005.
Balbuena, Francisco, The Pioneering Work of Marguerite Sechehaye into the Psychotherapy of Psychosis: a Critical Review, in: Swiss Archives of Neurology and Psychiatry 165 (2014), S. 167–174.
Balz, Viola, Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980, Bielefeld 2010.
Balz, Viola, Terra incognita. An Historiographic Approach to the First Chlorpromazine Trials Using Patient Records of the Psychiatric University Clinic in Heidelberg, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 182–200.
Balz, Viola/Hoheisel, Matthias, East-Side Story: The Standardisation of Psychotropic Drugs at the Charité Psychiatric Clinic, 1955–1970, in: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences 42/4 (2011), S. 453–466.
Balz, Viola/Klöppel, Ulrike, Wendung nach Innen. Sozialpsychiatrie, Gesundheitspolitik und Psychopharmaka in der Deutschen Demokratischen Republik, 1960–1989, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 63/4 (2015), S. 539–567.
Barck, Simone/Langermann, Martina/Lokatis, Siegfried, „Jedes Buch ein Abenteuer". Zensur-System und literarische Öffentlichkeiten in der DDR bis Ende der sechziger Jahre, Berlin 1997.
Beer, M. Dominic, The Endogenous Psychoses: a Conceptual History, in: History of Psychiatry 7 (1996), S. 1–29.
Behnke, Klaus/Ash, Mitchell G. (Hrsg.), Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi, Hamburg 1995.
Behrens, Rudolf/Zelle, Carsten (Hrsg.), Der ärztliche Fallbericht. Epistemische Grundlagen und textuelle Strukturen dargestellter Beobachtung, Wiesbaden 2012.
Benzenhöfer, Udo, Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker. Leben und Werk im Überblick, Göttingen 2007.
Bernet, Brigitta, Ordnung des Selbst. Voraussetzungen von Mündigkeit um 1900, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 171–183.
Bernet, Brigitta, Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes um 1900, Zürich 2012.
Bernhardt, Heike, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg. Vom Untergang der Psychoanalyse in der frühen DDR, in: Peter Diederichs (Hrsg.), Psychoanalyse in Ostdeutschland, Göttingen 1998, S. 11–50.
Bernhardt, Heike, Mit Sigmund Freud und Iwan Petrowitsch Pawlow im Kalten Krieg. Walter Hollitscher, Alexander Mette und Dietfried Müller-Hegemann in der DDR, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 172–203.
Bernhardt, Heike/Lockot, Regine (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000.
Berrios, German E./Porter, Roy (Hrsg.), A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders, New York 1995.
Berrios, German E., Classifications in Psychiatry: a Conceptual History, in: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 33 (1999), S. 145–160.

Berrios, German E., Eugen Bleuler's Place in the History of Psychiatry, in: Schizophrenia Bulletin 37/6 (2011), S. 1095–1098.
Berrios, German E./Luque, Rogelio/Villagrán, José M., Schizophrenia: A Conceptual History, in: International Journal of Psychology and Psychological Therapy 3/2 (2003), S. 111–140.
Bert, Jean-François/Elisabetta Basso (Hrsg.), Foucault à Münsterlingen. A l'origine de l'Histoire de la folie, Paris 2015.
Beveridge, Allan, Portrait of the Psychiatrist as a Young Man. The Early Writing and Work of R. D. Laing. 1927–1960, Oxford 2011.
Beyer, Christof, Gottfried Ewald und die „Aktion T4" in Göttingen, in: Der Nervenarzt 84/9 (2013), S. 1049–1055.
Bindseil, Ilse, Jenseits des Wahnsinns. Zu Unica Zürns letzten Aufzeichnungen [1990], in: Ilse Bindseil (Hrsg.), Elend der Weiblichkeit, Zukunft der Frauen, Freiburg im Breisgau 1991, S. 174–186.
Bindseil, Ilse, Unica Zürn und der Wahnsinn. Ein Beitrag zur Rekonstruktion des Subjekts [1987], in: Ilse Bindseil (Hrsg.), Elend der Weiblichkeit, Zukunft der Frauen, Freiburg im Breisgau 1991, S. 158–173.
Bivins, Roberta E./Pickstone, John V./Porter, Roy (Hrsg.), Medicine, Madness, and Social History. Essays in Honour of Roy Porter, Basingstoke/New York 2007.
Blasius, Dirk, Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Frankfurt am Main 1980.
Blasius, Dirk, Das Ende der Humanität. Psychiatrie und Krankenmord in der NS-Zeit, in: Dirk Blasius/Walter H. Pehle (Hrsg.), Der Historische Ort des Nationalsozialismus. Annäherungen, Frankfurt am Main 1990, S. 47–70.
Blasius, Dirk, „Einfache Seelenstörung". Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945, Frankfurt am Main 1994.
Böker, Heinz (Hrsg.), Psychoanalyse und Psychiatrie. Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis, Berlin 2006.
Borgards, Roland/Neumeyer, Harald/Pethes, Nicolas/Wübben, Yvonne (Hrsg.), Literatur und Wissen. Ein interdisziplinäres Handbuch, Stuttgart 2013.
Bormuth, Matthias, Lebensführung in der Moderne. Karl Jaspers und die Psychoanalyse, Stuttgart-Bad Cannstatt 2002.
Brändli, Sibylle/Lüthi, Barbara/Spuhler, Gregor (Hrsg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt am Main/New York 2009.
Brandt, Christina, Wissenschaftserzählungen. Narrative Strukturen im naturwissenschaftlichen Diskurs, in: Christian Klein/Matias Martinez (Hrsg.), Wirklichkeitserzählungen. Felder, Formen und Funktionen nicht-literarischen Erzählens, Stuttgart 2009, S. 81–109.
Braun, Christina von, Nicht Ich. Logik, Lüge, Libido, Frankfurt am Main 1985.
Braun, Christina von/Dornhof, Dorothea/Johach, Eva (Hrsg.), Das Unbewusste. Krisis und Kapital der Wissenschaften. Studien zum Verhältnis von Wissen und Geschlecht, Bielefeld 2009.
Brieler, Ulrich, Foucaults Geschichte, in: Geschichte und Gesellschaft 24/2 (1998), S. 248–282.
Brink, Cornelia, Zwangseinweisungen in die Psychiatrie, in: Ulrich Herbert (Hrsg.), Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration, Liberalisierung 1945–1980, Göttingen 2002, S. 467–507.
Brink, Cornelia, Radikale Psychiatriekritik in der Bundesrepublik. Zum Sozialistischen Patientenkollektiv in Heidelberg, in: Franz-Werner Kersting (Hrsg.), Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre, Paderborn 2003, S. 165–179.
Brink, Cornelia, „Keine Angst vor dem Psychiater". Psychiatrie, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1960–1980), in: Heiner Fangerau/Karen Nolte (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 341–360.
Brink, Cornelia, Die Psychiatrie auf der Anklagebank. Eine Fallstudie über Grenzen und Grenzverschiebungen in der ärztlichen und öffentlichen Rede über Psychiatrie (1969–1975),

in: Thomas Hengartner/Johannes Moser (Hrsg.), Grenzen und Differenzen. Zur Macht sozialer und kultureller Grenzziehungen, Leipzig 2006, S. 493–504.
Brink, Cornelia, Psychiatrie und Politik. Zum Sozialistischen Patientenkollektiv in Heidelberg, in: Klaus Weinhauer/Jörg Requate/Heinz-Gerhard Haupt (Hrsg.), Terrorismus in der Bundesrepublik. Medien, Staat und Subkulturen in den 1970er Jahren, Frankfurt am Main 2006, S. 134–153.
Brink, Cornelia, Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980, Göttingen 2010.
Bröckling, Ulrich, Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform, Frankfurt am Main 2009.
Bronfen, Elisabeth, The Knotted Subject. Hysteria and Its Discontents, Princeton 1998.
Brunner, José, Die Politik des Traumas. Gewalterfahrungen und psychisches Leid in den USA, in Deutschland und im Israel-Palästina-Konflikt, Berlin 2014.
Burkhart Brückner/Lukas Iwer/Samuel Thoma, Die Existenz, Abwesenheit und Macht des Wahnsinns. Eine kritische Übersicht zu Michel Foucaults Arbeiten zur Geschichte und Ohilosophie der Psychiatrie, in: NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin 25/1 (2017), S. 69–98.
Burnham, John C., Transnational History of Medicine after 1950. Framing an Interrogation from Psychiatric Journals, in: Medical History 55 (2011), S. 3–26.
Burston, Daniel, The Wing of Mdness. The Life and Work of R. D. Laing, Cambridge, Mass. 1996.
Burston, Daniel, The Crucible of Experience. R. D. Laing and the Crisis of Psychotherapy, Cambridge, Mass. 2000.
Busse, Stefan, „Von der Sowjetwissenschaft lernen". Pawlowismus und Psychologie, in: Psychologie und Geschichte 8/1–2 (1998), S. 150–173.
Busse, Stefan, „Von der Sowjetwissenschaft lernen". Pawlow – der Stein des Anstoßes, in: Psychologie und Geschichte 8/3–4 (2000), S. 200–229.
Busse, Stefan, Psychologie in der DDR. Die Verteidigung der Wissenschaft und die Formung der Subjekte, Weinheim 2004.

Cantor, David/Ramsden, Edmund (Hrsg.), Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century, Rochester, NY 2014.
Carpenter, William T., One Hundred Years, in: Schizophrenia Bulletin 37/3 (2011), S. 443 f.
Castel, Françoise/Castel, Robert/Lovell, Anne, Psychiatrisierung des Alltags. Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA, Frankfurt am Main 1982.
Catrain, Elise, Hochschule im Überwachungsstaat. Struktur und Aktivitäten des Ministeriums für Staatssicherheit an der Karl-Marx-Universität Leipzig (1968/69–1981), Leipzig 2013.
Clarke, Liam, The Time of the Therapeutic Communities. People, Places and Events, London/New York 2004.
Cocks, Geoffrey, Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute, New Brunswick 1997.
Cottebrune, Anne, Fanz Josef Kallmann (1897–1965) und der Transfer psychiatrisch-genetischer Wissenschaftskonzepte vom NS-Deutschland in die USA, in: Medizinhistorisches Journal 44/3–4 (2009), S. 296–324.
Cranach, Michael von/Siemen, Hans-Ludwig (Hrsg.), Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, München 1999.
Crossley, Michele L./Crossley, Nick, „Patient" Voices, Social Movements and the Habitus: How Psychiatric Survivors „Speak out", in: Social Science and Medicine 52/10 (2001), S. 1477–1489.
Crossley, Nick, R. D. Laing and the British Anti-Psychiatry Movement: a Socio-Historical Analysis, in: Social Science and Medicine 47/7 (1998), S. 877–889.

Dalzell, Thomas G., Eugen Bleuler 150: Bleuler's Reception of Freud, in: History of Psychiatry 18/4 (2007), S. 471–482.
Dammann, Hiltrud, Marie Cardinals Les mots pour le dire. Autobiographisches weibliches Schreiben im Kontext der 68er Bewegung, Heidelberg 1994.

Danziger, Kurt, Constructing the Subject. Historical Origins of Psychological Research, Cambridge/New York 1990.
Daston, Lorraine, Die Kultur der wissenschaftlichen Objektivität, in: Michael Hagner (Hrsg.), Ansichten der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt am Main 2001, S. 137–158.
Daston, Lorraine/Galison, Peter, Objektivität, Frankfurt am Main 2007.
Decker, Hannah S., Freud in Germany. Revolution and Reaction in Science, 1893–1907, New York 1977.
Dehli, Martin, Leben als Konflikt. Zur Biographie Alexander Mitscherlichs, Göttingen 2007.
Dellwing, Michael, „Wie wäre es, an psychische Krankheiten zu glauben?". Wege zu einer neuen soziologischen Betrachtung psychischer Störungen, in: Michael Dellwing/Martin Harbusch (Hrsg.), Krankheitskonstruktion und Krankheitstreiberei. Die Renaissance der soziologischen Psychiatriekritik, Wiesbaden 2013, S. 327–349.
Detel, Wolfgang, Kultur und Wissen, in: Klaus W. Hempfer/Anita Traninger (Hrsg.), Macht, Wissen, Wahrheit, Freiburg im Breisgau 2005, S. 19–40.
Dettling, Angela, Von „Irren" und „Blödsinnigen". Der Kanton Schwyz und die Psychiatrie im 20. Jahrhundert, Zürich 2009.
Dörner, Klaus, Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie, Frankfurt am Main 1969.
Double, Duncan B., Critical Psychiatry: Challenging the Biomedical Dominance of Psychiatry, in: Duncan B. Double (Hrsg.), Critical Psychiatry. The Limits of Madness, Basingstoke 2006, S. 3–15.
Double, Duncan B., Historical Perspectives on Anti-psychiatry, in: Duncan B. Double (Hrsg.), Critical Psychiatry. The Limits of Madness, Basingstoke 2006, S. 19–39.
Dow, Suzanne, Madness in Twentieth-Century French Women's Writing. Leduc, Duras, Beauvoir, Cardinal, Hyvrard, Oxford [u. a.] 2009.
Dubach, Roswitha, Zur „Sozialisierung" einer medizinischen Massnahme: Sterilisationspraxis der Psychiatrischen Poliklinik Zürich in den 1930er Jahren, in: Marietta Meier/Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 155–194.
Düwell, Susanne/Pethes, Nicolas, Fall, Wissen, Repräsentation – Epistemologie und Darstellungsästhetik von Fallnarrativen in den Wissenschaften von Menschen, in: Susanne Düwell/Nicolas Pethes (Hrsg.), Fall – Fallgeschichte – Fallstudie. Theorie und Geschichte einer Wissensform, Frankfurt am Main 2014, S. 9–33.
Dyck, Erika, Psychedelic Psychiatry. LSD from Clinic to Campus, Baltimore 2008.

Eckart, Wolfgang Uwe, Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen, Wien 2012.
Eghigian, Greg, Was There a Communist Psychiatry? Politics and East German Psychiatric Care, 1945–1989, in: Harvard Rev Psychiatry 10 (2002), S. 364–368.
Eghigian, Greg, Der Kalte Krieg im Kopf. Ein Fall von Schizophrenie und die Geschichte des Selbst in der sowjetischen Besatzungszone, in: Historische Anthropologie 11/1 (2003), S. 101–122.
Eghigian, Greg, The Psychologization of the Socialist Self: East German Forensic Psychology and Its Deviants, 1945–1975, in: German History 22 (2004), S. 181–205.
Eghigian, Greg, Care and Control in a Communist State. The Place of Politics in East German Psychiatry, in: Marijke Gijswijt-Hofstra/Harry Oosterhuis/Joost Vijselaar/Hugh Freeman (Hrsg.), Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches, Amsterdam 2005, S. 183–199.
Eghigian, Greg, Deinstitutionalizing the History of Contemporary Psychiatry, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 201–214.
Eghigian, Greg/Killen, Andreas/Leuenberger, Christine (Hrsg.), The Self as Project. Politics and the Human Sciences, Chicago 2007.
Ehrenberg, Alain, Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Frankfurt am Main 2008.
Eisenberg, Christiane, Kulturtransfer als historischer Prozess. Ein Beitrag zur Komparatistik, in: Hartmut Kaelble/Jürgen Schriewer (Hrsg.), Vergleich und Transfer. Komparatistik in

den Sozial-, Geschichts- und Kulturwissenschaften, Frankfurt am Main/New York 2003, S. 399–417.
Eitler, Pascal/Elberfeld, Jens (Hrsg.), Zeitgeschichte des Selbst. Therapeutisierung – Politisierung – Emotionalisierung, Bielefeld 2015.
Elberfeld, Jens (Hrsg.), Das schöne Selbst. Zur Genealogie des modernen Subjekts zwischen Ethik und Ästhetik, Bielefeld 2009.
Emmerich, Wolfgang, Kleine Literaturgeschichte der DDR, Berlin 2009.
Engel, Jonathan, American Therapy. The Rise of Psychotherapy in the United States, New York 2008.
Engelhardt, Dietrich von, Erklären und Verstehen – Karl Jaspers im Kontext der Medizin- und Philosophiegeschichte, in: Dietrich von Engelhardt/Horst-Jürgen Gerigk (Hrsg.), Karl Jaspers im Schnittpunkt von Zeitgeschichte, Psychopathologie, Literatur und Film. Mit einem Geleitwort von Christoph Mundt, Heidelberg 2009, S. 17–36.
Engstrom, Eric J., Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice, Ithaca 2003.
Engstrom, Eric J., Die Ökonomie klinischer Inskription. Zu diagnostischen und nosologischen Schreibpraktiken in der Psychiatrie, in: Cornelius Borck/Armin Schäfer (Hrsg.), Psychographien, Zürich/Berlin 2005, S. 219–240.
Engstrom, Eric J., Zur Geschichte der Psychiatriekritik im 19. Jahrhundert, in: Themenportal Europäische Geschichte 2011, URL: www.europa.clio-online.de/Portals/_Europa/documents/B2011/E_Engstrom_Psychiatriekritik.pdf, letzter Zugriff 30. 10. 2017.
Engstrom, Eric J./Roelcke, Volker, Die „alte Psychiatrie"? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert, in: Eric J. Engstrom/Volker Roelcke (Hrsg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Basel 2003, S. 9–25.
Erb, Cynthia Marie, „Have You Ever Seen the Inside of One of Those Places?". Psycho, Foucault, and the Postwar Context of Madness, in: Cinema Journal 45/4 (2006), S. 45–63.
Ermann, Michael, Psychoanalyse in den Jahren nach Freud. Entwicklungen 1940–1975, Stuttgart 2009.
Ermann, Michael, Psychoanalyse heute. Entwicklungen seit 1975 und aktuelle Bilanz, Stuttgart 2010.
Ernst, Anna-Sabine, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus". Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945–1961, Münster u. a. 1997.
Ernst, Waltraud/Müller, Thomas (Hrsg.), Transnational Psychiatries. Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective, c. 1800–2000, Newcastle upon Tyne 2010.

Fangerau, Heiner/Nolte, Karen (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006.
Faulstich, Heinz, Hungersterben in der Psychiatrie. 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg im Breisgau 1998.
Felman, Shoshana, Writing and Madness, Ithaca 1985.
Felt, Ulrike, Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit – Wechselwirkungen und Grenzverschiebungen, in: Mitchell G. Ash/Christian Stifter (Hrsg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart, Wien 2002, S. 47–72.
Fiebach, Constanze, Stigmatisierung Schizophreniekranker in literarischen und außerliterarischen Diskursen, Würzburg 2013.
Finzen, Asmus, Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen, Köln 2013.
Finzen, Asmus, Trotz Anti-Stigma-Kampagnen: Nehmen Vorurteile zu?, URL: http://trialog-forum-peine.de/?page_id=2134, letzter Zugriff am 17. 2. 2016.
Fischer, Hans Rudi (Hrsg.), Eine Rose ist eine Rose … Zur Rolle und Funktion von Metaphern in Wissenschaft und Therapie, Weilerswist 2005.
Fischer, Tilman, „Gesund ist, wer andere zermalmt". Heinar Kipphardts März im Kontext der Antipsychiatrie-Debatte, Bielefeld 1999.

Fleck, Ludwig, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Mit einer Einleitung herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle, Frankfurt am Main 1980.
Fludernik, Monika/Falkenhayner, Nicole/Steiner, Julia (Hrsg.), Faktuales und fiktionales Erzählen. Interdisziplinäre Perspektiven, Würzburg 2015.
Forsbach, Ralf, Die 1968er und die Medizin. Gesundheitspolitik und Patientenverhalten in der Bundesrepublik Deutschland (1960–2010), Göttingen 2011.
Forschungsprojekt „Schizophrenie", Rezeption, Bedeutungswandel und Kritik eines Begriffes im 20. Jahrhundert, URL: http://www.schizophrenie.uzh.ch/de.html, letzter Zugriff am 30.10.2017.
Foucault, Michel, Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften, Frankfurt am Main 1971.
Foucault, Michel, Sexualität und Wahrheit. Die Sorge um sich, Frankfurt am Main 1986.
Foucault, Michel, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt am Main 1993.
Foucault, Michel, Geschichte der Gouvernementalität. 2: Die Geburt der Biopolitik. Vorlesung am Collège de France 1978–1979, Frankfurt am Main 2004.
Foucault, Michel, Die Ordnung des Diskurses [1972]. Mit einem Essay von Ralf Konersmann, Frankfurt am Main [10]2007.
Foucault, Michel, Die Regierung des Selbst und der anderen. 1: Vorlesung am Collège de France 1982–1983, Frankfurt am Main 2009.
Fraguas, David/Breathnach, C. S., Problems with Retrospective Studies of the Presence of Schizophrenia, in: History of Psychiatry 20/1 (2009), S. 61–71.
Freimüller, Tobias, Alexander Mitscherlich. Gesellschaftsdiagnosen und Psychoanalyse nach Hitler, Göttingen 2007.
Friedland, Alexander/Herrn, Rainer, Die Einführung der Schizophrenie an der Charité, in: Volker Hess (Hrsg.), Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne, Wien 2012, S. 207–258.
Friedrich, Hans-Edwin, Authentizität – Dokument – Plagiat. Zu Kipphardts Umgang mit dem Tatsächlichen in seiner März-Lyrik, in: Sven Hanuschek/Laura Schütz (Hrsg.), Stören auf lustvolle Weise. Heinar Kipphardt zum Neunzigsten, Hannover 2014, S. 211–227.
Fusar-Poli, Paolo, One century of *Allgemeine Psychopathologie* (1913 to 2013) by Karl Jaspers, in: Schizophrenia Bulletin 39/2 (2013), S. 268–269.
Fussinger, Cathrine, 'Therapeutic Community', Psychiatry's Reformers and Antipsychiatrists: Reconsidering Changes in the Field of Psychiatry after World War II, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 146–163.
Fussinger, Cathrine/Germann, Urs/Lengwiler, Martin/Meier, Marietta, Ausdifferenzierung der Psychiatrie in der Schweiz. Stand und Perspektiven der psychiatriehistorischen Forschung, in: Cathrine Fussinger/Urs Germann/Martin Lengwiler/Marietta Meier (Hrsg.), Psychiatriegeschichte in der Schweiz (1850–2000). Histoire de la psychiatrie en Suisse (1850–2000), Zürich 2003, S. 11–20.
Fussinger, Cathrine/Germann, Urs/Lengwiler, Martin/Meier, Marietta (Hrsg.), Psychiatriegeschichte in der Schweiz (1850–2000). Histoire de la psychiatrie en Suisse (1850–2000), Zürich 2003.

Gach, John, Biological Psychiatry in the Nineteenth and Twentieth Century, in: Edwin R. Wallace/John Gach (Hrsg.), History of Psychiatry and Medical Psychology. With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation, New York 2011, S. 381–418.
Gaebel, Wolfgang/Wölwer, Wolfgang, Schizophrenie. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50, herausgegeben vom Robert Koch-Institut, Berlin 2010.
Gallus, Alexander/Schildt, Axel/Siegfried, Detlef (Hrsg.), Deutsche Zeitgeschichte – transnational, Göttingen 2015.
Gebhardt, Miriam, Die Angst vor dem kindlichen Tyrannen. Eine Geschichte der Erziehung im 20. Jahrhundert, München 2009.

Germann, Urs, Arbeit als Medizin: Die „aktivere Krankenbehandlung" 1930–1960, in: Marietta Meier/Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 195–233.
Geyer, Michael (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011.
Gijswijt-Hofstra, Marijke/Oosterhuis, Harry/Vijselaar, Joost/Freeman, Hugh (Hrsg.), Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches, Amsterdam 2005.
Gilman, Sander L., Seeing the Insane. A Cultural History of Madness and Art in the Western World, New York/Chichester 1982.
Gilman, Sander L., Constructing Schizophrenia as a Category of Mental Illness, in: Edwin R. Wallace/John Gach (Hrsg.), History of Psychiatry and Medical Psychology. With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation, New York 2011, S. 461–483.
Gockel, Bettina, Die Pathologisierung des Künstlers. Künstlerlegenden der Moderne, Berlin 2010.
Goddemeier, Christof, Frieda Fromm-Reichmann. Tiefenpsychologische Behandlung der Schizophrenie, in: Deutsches Ärzteblatt (2007), S. 166.
Goltermann, Svenja, Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg, München 2009.
Goschler, Constantin, „Wahrheit" zwischen Seziersaal und Parlament. Rudolf Virchow und der kulturelle Deutungsanspruch der Naturwissenschaften, in: Geschichte und Gesellschaft 30/2 (2004), S. 219–249.
Goschler, Constantin, Schuld und Schulden. Die Politik der Wiedergutmachung für NS-Verfolgte seit 1945, Göttingen ^{2}2008.
Goschler, Constantin/Kössler, Till (Hrsg.), Vererbung oder Umwelt? Ungleichheit zwischen Biologie und Gesellschaft seit 1945, Göttingen 2016.
Graf, Rüdiger/Priemel, Kim Christian, Zeitgeschichte in der Welt der Sozialwissenschaften. Legitimität und Originalität einer Disziplin, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 59/4 (2011), S. 479–508.
Grashoff, Udo, „In einem Anfall von Depression…". Selbsttötungen in der DDR, Berlin 2006.
Grimsley, Douglas L./Windholz, George L., The Neurophysiological Aspects of Pavlov's Theory of Higher Nervous Activity. In Honor of the 150th Anniversary of Pavlov's Birth, in: Journal of the History of the Neurosciences 9/2 (2000), S. 152–163.
Grob, Gerald N., The Attack of Psychiatric Legitimacy in the 1960s. Rhetoric and Reality, in: Journal of the History of the Behavioral Sciences 47/4 (2011), S. 398–416.
Groß, Dominik/Schäfer, Gereon, Der psychisch Kranke im Spiegel der Literatur: Das Beispiel Psychochirurgie, in: Dominik Groß/Sabine Müller/Jan Steinmetzer (Hrsg.), Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin, Berlin 2008, S. 333–350.
Gugerli, David/Hagner, Michael/Hirschi, Caspar/Kilcher, Andreas B./Purtschert, Patricia/Sarasin, Philipp/Tanner, Jakob (Hrsg.), Nach Feierabend 2014. Zürcher Jahrburch für Wissenschaftsgeschichte. Erzählen, Zürich 2014.

Hacking, Ian, Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory, Princeton, N. J. 1995.
Hacking, Ian, Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne, München u. a. 1996.
Hacking, Ian, The Social Construction of What?, Cambridge, Mass. 1999.
Hacking, Ian, Déraison, in: History of the Human Sciences 24/4 (2011), S. 13–23.
Haebler, Dorothea von (Hrsg.), Psychosenpsychotherapie im Dialog. Zur Gründung des DDPP, Göttingen 2011.
Häfner, Heinz, Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt, München 2005.
Häfner, Heinz/Martini, Hans, Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Gründungsgeschichte und Gegenwart, München 2011.
Hagner, Michael, Homo cerebralis. Der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn, Berlin 1997.

Hagner, Michael (Hrsg.), Ansichten der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt am Main 2001.
Hagner, Michael, Cultivating the Cortex in German Neuroanatomy, in: Science in Context 14/4 (2001), S. 541–563.
Hagner, Michael/Borck, Cornelius, Mindful Practices: On the Neurosciences in the Twentieth Century, in: Science in Context 14/4 (2001), S. 507–510.
Halliwell, Martin, Therapeutic Revolutions. Medicine, Psychiatry and American Culture, 1945–1970, New Brunswick, NJ u. a. 2013.
Hanrath, Sabine, Zwischen „Euthanasie" und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964), Paderborn 2002.
Happach, Claus/Piegler, Theo, Zur Geschichte der psychoanalytischen Behandlung von Psychosen, in: Psychotherapeut 45 (2000), S. 39–43.
Haupt, Heinz-Gerhard/Kocka, Jürgen, Historischer Vergleich: Methoden, Aufgaben, Probleme. Eine Einleitung, in: Heinz-Gerhard Haupt/Jürgen Kocka (Hrsg.), Geschichte und Vergleich. Ansätze und Ergebnisse international vergleichender Geschichtsschreibung, Frankfurt am Main 1996, S. 9–45.
Hedrich, Markus, Medizinische Gewalt. Elektrotherapie, elektrischer Stuhl und psychiatrische „Elektroschocktherapie" in den USA, 1890–1950, Bielefeld 2014.
Hein, Svenja/Groß, Dominik/Ernst, Jean-Philippe, US-amerikanische Psychiatriegeschichte im Spiegel des Romans „I Never Promised You a Rose Garden" von Joanne Greenberg, in: Dominik Groß/Axel Karenberg/Stephanie Kaiser/Wolfgang Antweiler (Hrsg.), Medizingeschichte in Schlaglichtern. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker", Kassel 2011, S. 303–328.
Hein, Svenja/Groß, Dominik/Ernst, Jean-Philippe, Die „Antipsychiatrie" der 1960er und frühen 1970er Jahre im Spiegel der Autobiographie „Meine Reise durch den Wahnsinn" von Mary Barnes, in: Axel Karenberg/Dominik Groß/Mathias Schmidt (Hrsg.), Forschungen zur Medizingeschichte. Beiträge des „Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker", Kassel 2013, S. 321–350.
Helmchen, Hanfried (Hrsg.), Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin, Langerich u. a. 2008.
Henckes, Nicolas, Reforming Psychiatric Institutions in the Mid-Twentieth Century: a Framework for Analysis, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 164–181.
Herrn, Rainer/Hottenrott, Laura (Hrsg.), Die Charité zwischen Ost und West (1945–1992). Zeitzeugen erinnern sich, Berlin 2010.
Hess, Volker/Ledebur, Sophie, Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als Schwellenphänomen einer urbanen Moderne, in: Volker Hess (Hrsg.), Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne, Wien 2012, S. 19–55.
Hess, Volker/Majerus, Benoit, Writing the History of Psychiatry in the 20th Century, in: History of Psychiatry 22/2 (2011), S. 139–145.
Hess, Volker/Schmiedebach, Heinz-Peter, Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne, in: Volker Hess (Hrsg.), Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne, Wien 2012, S. 7–17.
Hirschmüller, Albrecht (Hrsg.), Ellen West. Eine Patientin Ludwig Binswangers zwischen Kreativität und destruktivem Leiden. Neue Forschungsergebnisse, Heidelberg 2003.
Hirschmüller, Albrecht, Ellen West: Drei Therapien und ihr Versagen, in: Albrecht Hirschmüller (Hrsg.), Ellen West. Eine Patientin Ludwig Binswangers zwischen Kreativität und destruktivem Leiden. Neue Forschungsergebnisse, Heidelberg 2003, S. 13–78.
Hoenig, John, Jaspers's View on Schizophrenia, in: John G. Howells (Hrsg.), The Concept of Schizophrenia. Historical Perspectives, Washington, DC 1991, S. 75–92.
Hofer, Hans-Georg, Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920), Wien 2004.
Hofer, Hans-Georg/Sauerteig, Lutz, Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin, in: Medizinhistorisches Journal 42/2 (2007), S. 105–141.
Hoff, Paul, Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung, Berlin/New York 1994.

Hoffmann, Klaus, Ludwig Binswanger und die Daseinsanalyse, in: Albrecht Hirschmüller (Hrsg.), Ellen West. Eine Patientin Ludwig Binswangers zwischen Kreativität und destruktivem Leiden. Neue Forschungsergebnisse, Heidelberg 2003, S. 79–93.
Hoffmann, Klaus, The Development of Psychosis Psychotherapy in Switzerland, in: Yrjö O. Alanen/Manuel González de Chávez/Ann-Louise S. Silver/Brian Martindale (Hrsg.), Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future, London/New York 2009, S. 108–123.
Hoffmann-Richter, Ulrike, Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile, Bonn 2000.
Hoffmann-Richter, Ulrike/Forrer, Flavio/Finzen, Asmus, Die Schizophrenie in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung – ein Lehrstück, in: Psychiatrische Praxis 30 (2003), S. 4–7.
Hohendorf, Gerrit, Ideengeschichte und Realgeschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie" im Überblick, in: Petra Fuchs (Hrsg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie", Göttingen 2007, S. 36–52.
Hörisch, Jochen, Epochen/Krankheiten. Das pathognostische Wissen der Literatur, in: Frank Degler/Christian Kohlross (Hrsg.), Epochen/Krankheiten. Konstellationen von Literatur und Pathologie, St. Ingbert 2006, S. 21–44.
Hornstein, Gail A., To Redeem One Person Is to Redeem the World. The Life of Frieda Fromm-Reichmann, New York 2005.
Hoyer, Timo, Im Getümmel der Welt. Alexander Mitscherlich – Ein Porträt, Göttingen 2008.

Illouz, Eva, Die Errettung der modernen Seele. Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe, Berlin 2011.
Ingenkamp, Konstantin, Depression und Gesellschaft. Zur Erfindung einer Volkskrankheit, Bielefeld 2012.

Jackson, Mark, The Age of Stress. Science and the Search for Stability, Oxford 2013.
Jagow, Bettina von/Steger, Florian (Hrsg.), Literatur und Medizin. Ein Lexikon, Göttingen 2005.
Jagow, Bettina von/Steger, Florian, Was treibt die Literatur zur Medizin? Ein kulturwissenschaftlicher Dialog, Göttingen 2009.
Jancovich, Mark, Rational Fears. American Horror in the 1950s, Manchester/New York 1996.
Janzarik, Werner, Jaspers, Kurt Schneider and the Heidelberg School of Psychiatry, in: History of Psychiatry 9/34 (1998), S. 241–252.
Jensen, Uffa, Neuere Forschungen zur Geschichte der Psychoanalyse, in: Archiv für Sozialgeschichte 52 (2012), S. 765–800.
Jensen, Uffa, Die Utopie der Authentizität und ihre Grenzen. Die Politiserung der Psychoanalyse im frühen 20. Jahrhundert, in: Maik Tändler/Uffa Jensen (Hrsg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung. Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012, S. 39–59.
Jones, Colin/Porter, Roy (Hrsg.), Reassessing Foucault. Power, Medicine and the Body, London/New York 1994.
Joravsky, David, The Impossible Project of Ivan Pavlov (and William James and Sigmund Freud), in: Science in Context 5/2 (1992), S. 265–280.

Kauders, Anthony D., Drives in Dispute: The West German Student Movement, Psychoanalysis, and the Search for a New Emotional Order, 1967–1971, in: Central European History 44 (2011), S. 711–731.
Kauders, Anthony D., Der Freud-Komplex. Eine Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland, Berlin 2014.
Kaufmann, Doris, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung" der Psychiatrie in Deutschland. 1770–1850, Göttingen 1995.
Kaufmann, Doris, Science as Cultural Practice. Psychiatry in the First World War and Weimar Germany, in: Journal of Contemporary History 34/1 (1999), S. 125–144.
Kaup, Monika, Mad Intertextuality. Madness in Twentieth-Century Women's Writing, Trier 1993.

Kay, Carolyn, How Should We Raise Our Son Benjamin? Advice Literature for Mothers in Early Twentieth-Century Germany, in: Dirk Schumann (Hrsg.), Raising Citizens in the „Century of the Child". The United States and German Central Europa in Comparative Perspective, Oxford 2010, S. 105–121.
Keitel, Evelyne, Psychopathographien. Die Vermittlung psychotischer Phänomene durch Literatur, Heidelberg 1986.
Kersting, Franz-Werner (Hrsg.), Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert, Paderborn 1993.
Kersting, Franz-Werner, Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen, Paderborn 1996.
Kersting, Franz-Werner (Hrsg.), Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre, Paderborn 2003.
Keupp, Heiner, Prävention im Rahmen der bundesrepublikanischen Psychiatriereform. Mehr als Rhetorik?, in: Thomas Elkeles (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–2000, Berlin 1991, S. 399–418.
Kiceluk, Stephanie, Der Patient als Zeichen und als Erzählung. Krankheitsbilder, Lebensgeschichten und die erste psychoanalytische Fallgeschichte [1992], in: Hans-Martin Lohmann (Hrsg.), Hundert Jahre Psychoanalyse. Bausteine und Materialien zu ihrer Geschichte, Stuttgart 1996, S. 61–109.
Kirsner, Douglas, Laing's *The Divided Self* and *The Politics of Experience*. Then and now, in: M. Guy Thompson (Hrsg.), The legacy of R. D. Laing. An Appraisal of his Contemporary Relevance, London/New York 2015, S. 69–79.
Klausnitzer, Ralf, Literatur und Wissen. Zugänge, Modelle, Analysen, Berlin 2008.
Kleßmann, Christoph, Konturen einer integrierten Nachkriegsgeschichte, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 18–19 (2005), S. 3–11.
Kloocke, Ruth/Schmiedebach, Heinz-Peter/Priebe, Stefan, Psychisches Trauma in deutschsprachigen Lehrbüchern der Nachkriegszeit – die psychiatrische „Lehrmeinung" zwischen 1945 und 2002, in: Psychiatrische Praxis 32 (2005), S. e1–e15.
Kloocke, Ruth/Schmiedebach, Heinz-Peter/Priebe, Stefan, Trauma und Psychose in der deutschen Psychiatrie – Eine historische Analyse, in: Psychiatrische Praxis 37 (2010), S. 142–147.
Klöppel, Ulrike/Balz, Viola, Psychopharmaka im Sozialismus. Arzneimittelregulierung in der Deutschen Demokratischen Republik in den 1960er Jahren, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 33/4 (2010), S. 382–400.
Knöbl, Wolfgang, Das Problem „Europa". Grenzen und Reichweiten sozialtheoretischer Deutungsansprüche im 20. Jahrhundert, in: Lutz Raphael (Hrsg.), Theorien und Experimente der Moderne. Europas Gesellschaften im 20. Jahrhundert, Köln u. a. 2012, S. 253–286.
Knote, André, Von der geistlichen Seelenkur zur psychologischen Kur. Zur Geschichte der Psychotherapie vor Freud, Paderborn 2015.
Koch, Ulrich, Schockeffekte. Eine historische Epistemologie des Traumas, Zürich 2013.
Kölch, Michael, Die Berliner Individualpsychologie, in: Thomas Müller (Hrsg.), Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung, Husum 2004, S. 97–129.
König, Werner/Geyer, Michael, Wiederannäherung an die Psychoanalyse in den 1960er Jahren, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 161–164.
Köppe, Tilmann (Hrsg.), Literatur und Wissen. Theoretisch-methodische Zugänge, Berlin 2011.
Koskinas, Nikolaos-Ioannis, „Fremd bin ich eingezogen, fremd ziehe ich wieder aus." Von Kassandra, über Medea, zu Ariadne: Manifestationen der Psyche im späten Werk Christa Wolfs, Würzburg 2008.
Kraam, Abdullah/Phillips, Paula, Hebephrenia: a Conceptual History, in: History of Psychiatry 23/4 (2012), S. 387–403.
Kraus, Alfred, Die neue Glossardiagnostik der Psychiatrie und die Allgemeine Psychopathologie von Karl Jaspers, in: Dietrich von Engelhardt/Horst-Jürgen Gerigk (Hrsg.), Karl Jaspers im

Schnittpunkt von Zeitgeschichte, Psychopathologie, Literatur und Film. Mit einem Geleitwort von Christoph Mundt, Heidelberg 2009, S. 129–136.
Kraushaar, Wolfgang, 1968 als Mythos, Chiffre und Zäsur, Hamburg 2000.
Kraushaar, Wolfgang, Achtundsechzig. Eine Bilanz, Berlin 2008.
Kretschmer, Manfred, Die Weissenau. Psychiatrisches Krankenhaus von 1945 bis 1990. Geschichte und Erinnerungen. Mit einem Geleitwort von Günter Hole, Zwiefalten 2002.
Krohn, Alan, Hysteria. The Elusive Neurosis, New York 1978.
Kroll, Michael/Dietrich, Sandra/Angermeyer, Matthias C., Die Darstellung der Depression in deutschen Tageszeitungen. Eine Trendanalyse, in: Psychiatrische Praxis 30 (2003), S. 367–371.
Kumbier, Ekkehardt, Zur Erinnerung an das Leben und Werk Helmut Rennerts (1920–1994), in: Der Nervenarzt 83/1 (2012), S. 76–83.
Kupke, Christian, Was ist so unverständlich am Wahn? Philosophisch-kritische Darstellung des Jaspersschen Unverständlichkeitstheorems, in: Journal für Philosophie und Psychiatrie 1 (2008), S. 1–12.
Kury, Patrick, Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout, Frankfurt am Main 2012.
Kutzer, Michael, Die Irrenheilanstalt in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Anmerkungen zu den therapeutischen Zielsetzungen, in: Johann Glatzel/Stefan Hass/Heinz Schott (Hrsg.), Vom Umgang mit Irren. Beiträge zur Geschichte psychiatrischer Therapeutik, Regensburg 1990, S. 63–82.
Kutzer, Michael, „Psychiker" als „Somatiker" – „Somatiker" als „Psychiker". Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien, in: Eric J. Engstrom/Volker Roelcke (Hrsg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Basel 2003, S. 27–47.

Labouvie, Eva, Alltagswissen – Körperwissen – Praxiswissen – Fachwissen. Zur Aneignung, Bewertungs- und Orientierungslogik von Wissenskulturen, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 30/2 (2007), S. 119–134.
Lamb, Susan D., Pathologist of the Mind. Adolf Meyer and the Origins of American Psychiatry, Baltimore 2014.
Landwehr, Achim, Das Sichtbare sichtbar machen. Annäherungen an „Wissen" als Kategorie historischer Forschung, in: Achim Landwehr (Hrsg.), Geschichte(n) der Wirklichkeit. Beiträge zur Sozial- und Kulturgeschichte des Wissens, Augsburg 2002, S. 61–89.
Landwehr, Achim, Historische Diskursanalyse, Frankfurt am Main 2009.
Ledebur, Sophie, Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien, Wien u. a. 2015.
Lengwiler, Martin (Hrsg.), Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik, Bielefeld 2010.
Leppert, Karena, Psychotherapie in der DDR, in: Elmar Brähler/Wolf Wagner (Hrsg.), Kein Ende mit der Wende? Perspektiven aus Ost und West, Gießen 2014, S. 221–233.
Leuenberger, Christine, Socialist Psychotherapy and Its Dissidents, in: Journal of the History of the Behavioral Sciences 37/3 (2001), S. 261–273.
Leuenberger, Christine, Cultures of Categories: Psychological Diagnoses as Institutional and Political Projects before and after the Transition from State Socialism in 1989 in East Germany, in: Greg Eghigian/Andreas Killen/Christine Leuenberger (Hrsg.), The Self as Project. Politics and the Human Sciences, Chicago 2007, S. 180–204.
Ley, Astrid, Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945, Frankfurt am Main 2004.
Lieblich, Amia/McAdams, Dan P./Josselson, Ruthellen (Hrsg.), Healing Plots. The Narrative Basis of Psychotherapy, Washington DC 2004.
Link, Gunther, Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Freiburg, Frankfurt am Main/New York 1999.

Lipphardt, Veronika/Patel, Kiran Klaus, Neuverzauberung im Gestus der Wissenschaftlichkeit. Wissenspraktiken im 20. Jahrhundert am Beispiel menschlicher Diversität, in: Geschichte und Gesellschaft 34/4 (2008), S. 425–454.
Lohff, Brigitte, Von der Normalität des Unglücklichseins. Überlegungen zum Phänomen Psychotherapie als Teil des Alltagslebens ab den 1960er Jahren, in: Christine Wolters/Christof Beyer/Brigitte Lohff (Hrsg.), Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 325–355.
Lohff, Brigitte/Kintrup, Claudia, Psychotherapie jenseits des Heroismus? Der Dissens zwischen theoretischem Diskurs und klinischer Umsetzung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in: Christine Wolters/Christof Beyer/Brigitte Lohff (Hrsg.), Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 43–69.
Luif, Vera, Die Psychose als Erzählgeschehen. Eine textanalytische Tagebuchstudie, Lengerich 2006.
Lynch, Terry, Understanding Psychiatry's Resistance to Change, in: Duncan B. Double (Hrsg.), Critical Psychiatry. The Limits of Madness, Basingstoke 2006, S. 99–113.

Maasen, Sabine/Elberfeld, Jens/Eitler, Pascal/Tändler, Maik (Hrsg.), Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen" Siebzigern, Bielefeld 2011.
Maasen, Sabine/Kaiser, Mario/Reinhart, Martin/Sutter, Barbara (Hrsg.), Handbuch Wissenschaftssoziologie, Wiesbaden 2012.
Maasen, Sabine/Weingart, Peter (Hrsg.), Metaphors and the Dynamics of Knowledge, London/New York 2000.
Maaz, Hans-Joachim, Psychoanalyse im multimodalen Ansatz – eine ostdeutsche Entwicklung, in: Peter Diederichs (Hrsg.), Psychoanalyse in Ostdeutschland, Göttingen 1998, S. 96–114.
Maaz, Hans-Joachim, Zur Geschichte der Psychotherapie in der DDR, in: European Journal of Mental Health 6/2 (2011), S. 213–238.
Majerus, Benoit, Psychiatrie im Wandel. Das Fallbeispiel Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (1960–1980), in: Medizinhistorisches Journal 43 (2008), S. 344–371.
Majerus, Benoit, Mapping antipsychiatry. Elemente für die Geschichte einer transnationalen Bewegung, in: Themenportal Europäische Geschichte 2010, URL: www.europa.clio-online.de/Portals/_Europa/documents/B2010/E_Majerus_Mapping_antipsychiatry.pdf, letzter Zugriff am 30. 10. 2017.
Malach, Henry, Die Individualtherapie Karl Leonhards. Rekonstruktion und Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Methoden der 50er und 60er Jahre, Diss. Berlin 2009.
Malycha, Andreas, Wissenschafts- und Hochschulpolitik in der SBZ/DDR 1945 bis 1961. Machtpolitische und strukturelle Wandlungen, in: Sabine Schleiermacher/Norman Pohl (Hrsg.), Medizin, Wissenschaft und Technik in der SBZ und DDR. Organisationsformen, Inhalte, Realitäten, Husum 2009, S. 17–40.
Marc, Edmond/Picard, Dominique, Bateson, Watzlawick und die Schule von Palo Alto. Aus dem Franz. v. Hans Günter Holl, Frankfurt am Main 1991.
Marks, Harry M., The Progress of Experiment. Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900–1990, Cambridge [England]/New York 1997.
Marmulla, Henning, Enzensbergers Kursbuch. Eine Zeitschrift um 68, Berlin 2011.
Marshall, Jennifer Cizik, The Semiotics of Schizophrenia: Unica Zürn's Artistry and Illness, in: Modern Language Studies 30/2 (2000), S. 21–31.
Masanek, Nicole, Männliches und weibliches Schreiben? Zur Konstruktion und Subversion in der Literatur, Würzburg 2005.
McGlashan, Thomas H., Eugen Bleuler: Centennial Anniversary of his 1911 Publication of Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias, in: Schizophrenia Bulletin 37/6 (2011), S. 1101–1103.
McNally, Kieran, A Critical History of Schizophrenia, Basingstoke 2016.
Meador, Margarete, Angst vor Freud. Gespräche mit Harro Wendt und Infried Tögel, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 268–282.

Meier, Marietta, „Soziale Heilung" als Ziel psychochirurgischer Eingriffe: Leukotomie im Spannungsfeld von Individuum, Anstalt und Gesellschaft, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 54/4 (2002), S. 410–425.
Meier, Marietta, Die Konstruktion von Wissen durch Fallgeschichten. Psychochirurgische Studien in den 1940er und 1950er Jahren, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 103–114.
Meier, Marietta, Stufen des Selbst. Persönlichkeitskonzepte in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts, in: Historische Anthropologie 19/3 (2011), S. 391–410.
Meier, Marietta, Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg, Göttingen 2015.
Meier, Marietta/Bernet, Brigitta/Dubach, Roswitha/Germann, Urs (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007.
Meißner, Ulrich, Die Dramatisierung einer Krankengeschichte: David Edgars Mary Barnes, in: Forum Modernes Theater 1/2 (1986), S. 172–189.
Mentzos, Stavros, The Development of Psychosis Psychotherapy in Germany and Austria, in: Yrjö O. Alanen/Manuel González de Chávez/Ann-Louise S. Silver/Brian Martindale (Hrsg.), Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses. Past, Present and Future, London/New York 2009, S. 124–136.
Metzner, Elke/Schimkus, Martin (Hrsg.), Die Gründung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung durch Freud und Jung, Gießen 2011.
Michl, Susanne, Im Dienste des „Volkskörpers". Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg, Göttingen 2007.
Mitscherlich-Nielsen, Margarete/Michaelis, Detlef, Psychoanalyse in der Bundesepublik [1984], in: Hans-Martin Lohmann (Hrsg.), Hundert Jahre Psychoanalyse. Bausteine und Materialien zu ihrer Geschichte, Stuttgart 1996, S. 237–246.
Moisel, Claudia, Geschichte und Psychoanalyse. Zur Genese der Bindungstheorie von John Bowlby, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 65/1 (2017), S. 52–75.
Möller-Leimkühler, Anne Maria, Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozialpsychologischer Stereotypenforschung, in: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 72 (2004), S. 36–44.
Moré, Angela, Vorstellungen von Kindheit im 18. und 19. Jahrhundert und ihr Einfluss auf die Anfänge der Psychoanalyse. Zum Zusammenhang von Tradierung und Erinnern bei Freud, in: Astrid Lange-Kirchheim/Joachim Pfeiffer/Petra Strasser (Hrsg.), Kindheiten, Würzburg 2011, S. 19–34.
Morrien, Rita, Weibliches Textbegehren bei Ingeborg Bachmann, Marlen Haushofer und Unica Zürn, Würzburg 1996.
Moser, Jeannie, Poetologien/Rhetoriken des Wissens. Einleitung, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 11–16.
Moser, Jeannie, Psychotropen. Eine LSD-Biographie, Konstanz 2013.
Mueser, Kim T./VandenBos, Gary R., Schizophrenia, in: John C. Norcross/Gary R. VandenBos/Donald K. Freedheim (Hrsg.), History of Psychotherapy. Continuity and Change, Washington, DC 2011, S. 601–611.
Müller, Thomas (Hrsg.), Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung, Husum 2004.
Müller, Thomas, Vergleich und Transferanalyse in der Medizingeschichte? Eine Diskussion anhand von Reiseberichten als Quelle, in: Medizinhistorisches Journal 39/1 (2004), S. 57–77.
Müller, Thomas, Zur Etablierung der Psychoanalyse in Berlin, in: Thomas Müller (Hrsg.), Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung, Husum 2004, S. 53–95.
Müller, Thomas/Schmiedebach, Heinz-Peter/Beddies, Thomas, Berliner Forschungen zur Psychotherapie- und Psychiatriegeschichte, in: Thomas Müller (Hrsg.), Psychotherapie und Körperarbeit in Berlin. Geschichte und Praktiken der Etablierung, Husum 2004, S. 291–312.

Müller, Thomas R., „Flucht in die Wolken" – Ein außergewöhnliches Kapitel der DDR-Psychiatriegeschichte, in: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 12 (2006), S. 427–439.
Müller, Thomas R., Wahn und Sinn. Patienten, Ärzte, Personal und Institutionen der Psychiatrie in Sachsen vom Mittelalter bis zum Ende des 20. Jahrhunderts, Frankfurt am Main 2014.
Müller-Funk, Wolfgang, Die Kultur und ihre Narrative. Eine Einführung, 2., überarb. u. erw. Aufl., Wien 2008.

Neumärker, Klaus-Jürgen, „… der Wirklichkeit abgewandt". Eine Wissenschafts- und Kulturgeschichte des Autismus, Berlin 2010.
Neumärker, Klaus-Jürgen, Die „Individualtherapie der Neurosen" von Karl Leonhard in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité Berlin, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 99–105.
Nickel-Bacon, Irmgard, Schmerz der Subjektwerdung. Ambivalenzen und Widersprüche in Christa Wolfs utopischer Novellistik, Tübingen 2001.
Nickenig, Annika, Devianz als Strategie. Aneignung und Subvertierung pathologisierter Weiblichkeit bei Autorinnen des 20. Jahrhunderts, Würzburg 2014.
Niederhut, Jens, Wissenschaftsaustausch im Kalten Krieg. Die ostdeutschen Naturwissenschaftler und der Westen, Köln 2007.
Nigro, Roberto, Spiele der Wahrheit und des Selbst zwischen Macht und Wissen, in: Klaus W. Hempfer/Anita Traninger (Hrsg.), Macht, Wissen, Wahrheit, Freiburg im Breisgau 2005, S. 41–53.
Noack, Thorsten, Über Kaninchen und Giftschlangen. Psychiatrie und Öffentlichkeit in der frühen Bundesrepublik Deutschland, in: Heiner Fangerau/Karen Nolte (Hrsg.), „Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, S. 311–340.
Noll, Richard, American Madness. The Rise and Fall of Dementia Praecox, Cambridge, Mass. 2011.
Noll, Richard, Dementia Praecox, 1886: A New Turning Point?, in: History of Psychiatry 23/2 (2012), S. 255–256.
Nolte, Karen, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900, Frankfurt am Main 2003.
Novella, Enric J., Der junge Foucault und die Psychopathologie. Psychiatrie und Psychologie im frühen Werk von Michel Foucault, Berlin 2008.
Nünning, Ansgar, Wie Erzählungen Kulturen erzeugen. Prämissen, Konzepte und Perspektiven für eine kulturwissenschaftliche Narratologie, in: Alexandra Strohmaier (Hrsg.), Kultur – Wissen – Narration. Perspektiven transdisziplinärer Erzählforschung für die Kulturwissenschaften, Bielefeld 2012, S. 15–53.

Oehler-Klein, Sigrid/Roelcke, Volker (Hrsg.), Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945. Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus, Stuttgart 2007.
Oexle, Otto Gerhard, Was kann die Geschichtswissenschaft vom Wissen wissen?, in: Achim Landwehr (Hrsg.), Geschichte(n) der Wirklichkeit. Beiträge zur Sozial- und Kulturgeschichte des Wissens, Augsburg 2002, S. 31–60.

Parnas, Josef/Sass, Louis A./Zahavi, Dan, Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object, in: Schizophrenia Bulletin 39/2 (2013), S. 270–277.
Peralta, Victor/Cuesta, Manuel J., Eugen Bleuler and the Schizophrenias: 100 Years After, in: Schizophrenia Bulletin 37/6 (2011), S. 1118–1120.
Pernkopf, Elisabeth, „Die Natur ist eine Fabel". Narrative und Naturwissenschaften, in: Alexandra Strohmaier (Hrsg.), Kultur – Wissen – Narration. Perspektiven transdisziplinärer Erzählforschung für die Kulturwissenschaften, Bielefeld 2012, S. 323–341.

Peters, Uwe Henrik, Psychiatrie im Exil. Die Emigration der dynamischen Psychiatrie aus Deutschland 1933–1939, Düsseldorf 1992.
Pethes, Nicolas, Literatur- und Wissenschaftsgeschichte. Ein Forschungsbericht, in: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur (IASL) 28/1 (2003), S. 181–231.
Pethes, Nicolas, Epistemische Schreibweisen. Zur Konvergenz und Differenz naturwissenschaftlicher und literarischer Erzählformen in Fallgeschichten, in: Rudolf Behrens/Carsten Zelle (Hrsg.), Der ärztliche Fallbericht. Epistemische Grundlagen und textuelle Strukturen dargestellter Beobachtung, Wiesbaden 2012, S. 1–22.
Pethes, Nicolas, Autorität des Falls. Strategien der Evidenzerzeugung im Magazin zur Erfahrungsseelenkunde (1783–1793), in: Safia Azzouni (Hrsg.), Erzählung und Geltung. Wissenschaft zwischen Autorschaft und Autorität, Weilerswist 2015, S. 337–353.
Pfau, Arne, Die Entwicklung der Universitäts-Nervenklinik (UNK) Greifswald in den Jahren 1933 bis 1955, Husum 2008.
Piatnitski, N./Dech, H./Mundt, Ch., Schizophreniekonzepte in der sowjetischen und russischen Psychiatrie, in: Der Nervenarzt 69/3 (1998), S. 196–203.
Pickering, Andrew, The Cybernetic Brain. Sketches of Another Future, Chicago/London 2010.
Pickering, Andrew, Laing beyond Words. Antipsychiatry as Performance, in: M. Guy Thompson (Hrsg.), The Legacy of R. D. Laing. An Appraisal of his Contemporary Relevance, London/New York 2015, S. 59–68.
Plant, Rebecca Jo, Mom. The Transformation of Motherhood in Modern America, Chicago 2010.
Poore, Carol, „Reportagen der Innenwelt": The Example of Heinar Kipphardt's März, in: The German Quarterly 60/2 (1987), S. 193–204.
Porter, Roy, Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte, Frankfurt am Main 2007.
Porter, Roy/Micale, Mark S., Introduction: Reflections on Psychiatry and Its History, in: Mark S. Micale/Roy Porter (Hrsg.), Discovering the History of Psychiatry, New York 1994, S. 3–36.
Pross, Christian, unter Mitarbeit von Sonja Schweitzer und Julia Wagner, „Wir wollten ins Verderben rennen". Die Geschichte des Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg, Köln 2016.

Ralser, Michaela, Der Fall und seine Geschichte. Die klinisch-psychiatrische Fallgeschichte als Narration an der Schwelle, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 115–126.
Ralser, Michaela, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900, Paderborn/München 2010.
Raphael, Lutz, Radikales Ordnungsdenken und die Organisation totalitärer Herrschaft: Weltanschauungseliten und Humanwissenschaftler im NS-Regime, in: Geschichte und Gesellschaft 27/1 (2001), S. 5–40.
Raz, Mical, Psychosurgery, Industry and Personal Responsibility, 1940–1965, in: Social History of Medicine 23/1 (2009), S. 116–133.
Reckwitz, Andreas, Das hybride Subjekt. Eine Theorie der Subjektkulturen von der bürgerlichen Moderne zur Postmoderne, Weilerswist 2006.
Reinhardt, Carsten, Historische Wissenschaftsforschung, heute. Überlegungen zu einer Geschichte der Wissensgesellschaft, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 33/1 (2010), S. 81–99.
Reisner, Philipp, Das Bewusstsein vom Wahnsinn. Psychopathologische Phänomene in der deutschsprachigen Literatur der 1970er und 80er Jahre, Würzburg 2014.
Rejón Altable, Carlos/Dening, Tom, Psychopathology beyond Semiology. An Essay on the Inner Workings of Psychopathology, in: History of Psychiatry 24/1 (2013), S. 46–61.
Riemann, Gerhard, Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten, München 1987.
Ritter, Hans Jakob, Psychiatrie und Eugenik. Zur Ausprägung eugenischer Denk- und Handlungsmuster in der schweizerischen Psychiatrie, 1850–1950, Zürich 2009.
Ritzer, Uwe/Przybilla, Olaf, Die Affäre Mollath. Der Mann, der zu viel wusste, München 2013.

Roberts, Glenn/Holmes, Jeremy (Hrsg.), Healing Stories. Narrative in Psychiatry and Psychotherapy, Oxford/New York 1999.
Rödder, Andreas, Moderne – Postmoderne – Zweite Moderne. Deutungskategorien für die Geschichte der Bundesrepublik in den siebziger und achtziger Jahren, in: Thomas Raithel/Andreas Rödder/Andreas Wirsching (Hrsg.), Auf dem Weg in eine neue Moderne? Die Bundesrepublik Deutschland in den siebziger und achtziger Jahren, München 2009, S. 181–201.
Roelcke, Volker, „Zivilisationsschäden am Menschen" und ihre Behandlung: Das Projekt einer „seelischen Gesundheitsführung" im Nationalsozialismus, in: Medizinhistorisches Journal 31/1/2 (1996), S. 3–48.
Roelcke, Volker, Biologizing Social Facts: An Early 20th Century Debate on Kraepelin's Concepts of Culture, Neurasthenia, and Degeneration, in: Culture, Medicine and Psychiatry 21 (1997), S. 383–403.
Roelcke, Volker, Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914), Frankfurt am Main/New York 1999.
Roelcke, Volker, Naturgegebene Realität oder Konstrukt? Die Debatte über die „Natur" der Schizophrenie, 1906 bis 1932, in: Fundamenta Psychiatrica 14/2 (2000), S. 44–53.
Roelcke, Volker, Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der „Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie" unter Ernst Rüdin: Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933, in: Medizinhistorisches Journal 37/1 (2002), S. 21–55.
Roelcke, Volker, Psychotherapy between Medicine, Psychoanalysis, and Politics: Concepts, Practices, and Institutions in Germany, c. 1945–1992, in: Medical History 48/04 (2004), S. 473–492.
Roelcke, Volker, Continuities or Ruptures? Concepts, Institutions and Contexts of Twentieth Century German Psychiatry and Mental Health Care, in: Marijke Gijswijt-Hofstra/Harry Oosterhuis/Joost Vijselaar/Hugh Freeman (Hrsg.), Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches, Amsterdam 2005, S. 162–182.
Roelcke, Volker, Rivalisierende „Verwissenschaftlichungen des Sozialen". Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie im 20. Jahrhundert, in: Jürgen Reulecke/Volker Roelcke (Hrsg.), Wissenschaften im 20. Jahrhundert: Universitäten in der Wissenschaftsgesellschaft, Stuttgart 2008, S. 131–148.
Roelcke, Volker, Psychotherapie in Westdeutschland nach 1945. Brüche, Kontinuitäten, Thematisierungen und Reflexionen zur nationalsozialistischen Vergangenheit, in: Psychotherapeut 57/2 (2012), S. 103–112.
Rose, Nikolas, Governing the Soul. The Shaping of the Private Self, London 1990.
Rose, Nikolas, Inventing Our Selves. Psychology, Power, and Personhood, Cambridge 1996.
Rössler, Wulf/Danuser, Hans/Angst, Jules (Hrsg.), Burg aus Holz – das Burghölzli. Von der Irrenanstalt zur Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Entwicklungen, Innen- und Aussenansichten, Zürich 2013.
Roth, Karl Heinz, Großhungern und Gehorchen. Das Universitätskrankenhaus Eppendorf, in: Angelika Ebbinghaus/Heidrun Kaupen-Haas/Karl Heinz Roth (Hrsg.), Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich, Hamburg 1984, S. 109–135.
Rottleb, Ulrich/Steinberg, Holger/Angermeyer, Matthias C., Die Darstellung der Psychiatrie in der „Leipziger Volkszeitung". Eine historische Längsstudie, in: Psychiatrische Praxis 34 (2007), S. e17–e25.
Rotzoll, Maike, Verwahren, verpflegen, vernichten: Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-„Euthanasie", in: Petra Fuchs (Hrsg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie", Göttingen 2007, S. 24–35.
Rotzoll, Maike/Hohendorf, Gerrit, Zwischen Tabu und Reformimpuls. Der Umgang mit der NS-Vergangenheit in der Heidelberger Psychiatrischen Universitätsklinik nach 1945, in: Sigrid Oehler-Klein/Volker Roelcke (Hrsg.), Vergangenheitspolitik in der universitären

Medizin nach 1945. Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus, Stuttgart 2007, S. 307–330.
Rudloff, Wilfried, Expertenkommissionen, Masterpläne und Modellprogramme. Die bundesdeutsche Psychiatriereform als Paradefall „verwissenschaftlichter" Politik?, in: Archiv für Sozialgeschichte 50 (2010), S. 169–216.
Rüsch, Nicolas/Angermeyer, Matthias C./Corrigan, Patrick W., Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen, in: Psychiatrische Praxis 32 (2005), S. 221–232.
Rüting, Torsten, Pavlov und der neue Mensch. Diskurse über Disziplinierung in Sowjetrussland, München 2002.
Rzesnitzek, Lara, „Psychologische Mitarbeit" in der Psychiatrie. Die Etablierung der Klinischen Psychologie am Beispiel von Lilo Süllwolds diagnostischen Bemühungen um die beginnende Schizophrenie, in: Medizinhistorisches Journal 50/4 (2015), S. 357–392.
Rzesnitzek, Lara, „Schocktherapien" und Psychochirurgie in der frühen DDR, in: Der Nervenarzt 86/11 (2015), S. 1412–1419.

Sambale, Mathias, Gestaltpsychologie in der Nervenheilkunde. Eine ideengeschichtliche Untersuchung anhand der Schriften Klaus Conrads, Jena 2015.
Sarasin, Philipp, Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse, Frankfurt am Main 2003.
Sarasin, Philipp, Michel Foucault zur Einführung, Hamburg 2005.
Sarasin, Philipp, Was ist Wissensgeschichte?, in: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur (IASL) 36/1 (2011), S. 159–172.
Sass, Louis A., Madness and Modernism. Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought, New York, NY 1992.
Sass, Louis A., The Paradoxes of Delusion. Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind, Ithaca, NY 1994.
Schäffner, Wolfgang, From Psychiatry to History of Madness. Michel Foucault's Analysis of Power Technologies, in: Eric J. Engstrom/Matthias M. Weber/Paul Hoff (Hrsg.), Knowledge and Power: Perspectives in the History of Psychiatry. Selected Papers from the Third Triennial Conference of the European Association for the History of Psychiatry (EAHP), 11–14 September 1996, Munich, Germany, Berlin 1999, S. 13–23.
Schaps, Regina, Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau, Frankfurt am Main 1983.
Schleiermacher, Sabine, Die Rockefeller Foundation und ihr Engagement bei einer Neuorientierung von Medizin und Public Health in Deutschland in den 1950er Jahren, in: Medizinhistorisches Journal 45/1 (2010), S. 43–65.
Schleusener, Simon, „The Ward Is a Factory": Macht und Normalisierung in Ken Keseys „One Flew Over the Cuckoo's Nest", in: Amerikastudien/American Studies 51/4 (2006), S. 539–566.
Schlich, Thomas, Zeitgeschichte der Medizin. Herangehensweisen und Probleme, in: Medizinhistorisches Journal 42/3/4 (2007), S. 269–298.
Schlichter, Annette, Die Figur der verrückten Frau. Weiblicher Wahnsinn als Kategorie der feministischen Repräsentationskritik, Tübingen 2000.
Schlier, Björn/Lincoln, Tanja M., „Bluttaten" und „schizophrene Politik". Stigmatisierung von Schizophrenie in 4 großen deutschen Printmedien aus dem Jahr 2011, in: Psychotherapeut 59 (2014), S. 293–299.
Schmidbauer, Wolfgang, Die Geschichte der Psychotherapie. Von der Magie zur Wissenschaft. Vollst. überarb. Neuausg., München 2012.
Schmid-Bortenschlager, Sigrid, Emanzipation und literarischer Markt: Schriftstellerinnen auf den Bestsellerlisten. Ein Beitrag zu den amerikanisch-deutschen Kulturbeziehungen, in: Arbeiten aus Anglistik und Amerikanistik (AAA) 6/2 (1981), S. 289–300.
Schmidt, Evelyna, Die Leiden des Neuen Menschen. Zum Wahnsinns-Diskurs in der Literatur der DDR und der Volksrepublik Polen, Osnabrück 2012.
Schmiedebach, Heinz-Peter, Psychiatrie und Psychologie im Widerstreit. Die Auseinandersetzung in der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft (1867–1899), Husum 1986.

Schmiedebach, Heinz-Peter, Mensch, Gehirn und wissenschaftliche Psychiatrie: Zur therapeutischen Vielfalt bei Wilhelm Griesinger, in: Johann Glatzel/Stefan Hass/Heinz Schott (Hrsg.), Vom Umgang mit Irren. Beiträge zur Geschichte psychiatrischer Therapeutik, Regensburg 1990, S. 83–105.
Schmiedebach, Heinz-Peter, Eine „antipsychiatrische Bewegung" um die Jahrhundertwende, in: Martin Dinges (Hrsg.), Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870 – ca. 1933), Stuttgart 1996, S. 127–160.
Schmiedebach, Heinz-Peter, Psychoanalyse, Psychotherapie und die Lehre von Pawlow im Werk von Hanns Schwarz, in: Wolfgang Fischer/Heinz-Peter Schmiedebach (Hrsg.), Die Greifswalder Universitäts-Nervenklinik unter dem Direktorat von Hanns Schwarz 1946 bis 1965. Symposium zur 100. Wiederkehr des Geburtstages von Hanns Schwarz am 3. 7. 1998, Greifswald 1999, S. 30–47.
Schmiedebach, Heinz-Peter, Dazwischen – Medizingeschichte im weiten Feld von Medizin und Literaturwissenschaft, in: Internationales Archiv für Sozialgeschichte der deutschen Literatur (IASL) 40/1 (2015), S. 196–206.
Schmiedebach, Heinz-Peter/Priebe, Stefan, Social Psychiatry in Germany in the Twentieth Century: Ideas and Models, in: Medical History 48/4 (2004), S. 449–472.
Schmitt, Wolfram, Biologismus und Psychopathologie: Die Heidelberger Schule, in: Johann Glatzel/Stefan Hass/Heinz Schott (Hrsg.), Vom Umgang mit Irren. Beiträge zur Geschichte psychiatrischer Therapeutik, Regensburg 1990, S. 121–131.
Schmuhl, Hans-Walter/Roelcke, Volker, Einleitung, in: Hans-Walter Schmuhl/Volker Roelcke (Hrsg.), „Heroische Therapien". Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918–1945, Göttingen 2013, S. 9–28.
Schmuhl, Hans-Walter/Roelcke, Volker (Hrsg.), „Heroische Therapien". Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918–1945, Göttingen 2013.
Schmuhl, Hans-Walter, Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus, Berlin 2016.
Schönknecht, Peter, Die Bedeutung der Verstehenden Anthropologie von Jürg Zutt (1893–1980) für Theorie und Praxis der Psychiatrie, Würzburg 1999.
Schott, Heinz/Tölle, Rainer, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006.
Schuller, Marianne, Erzählen machen. Narrative Wendungen in der Psychoanalyse nach Freud, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hrsg.), Wissen, Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften, Bielefeld 2006, S. 207–220.
Schuster, Britt-Marie, Auf dem Weg zur Fachsprache. Sprachliche Professionalisierung in der psychiatrischen Schreibpraxis (1800–1939), Berlin 2010.
Schwamm, Christoph, „Sollte sich die Einstellung des Personals gegenüber den Patienten nicht ändern, garantiere ich für nichts mehr!". Protestmännlichkeit und Krankheitsbewältigung von „aufsässigen Patienten" der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg am Vorabend der Psychiatriereform, in: Medizinhistorisches Journal 50/1 (2015), S. 149–174.
Scull, Andrew, Contested Jurisdictions: Psychiatry, Psychoanalysis, and Clinical Psychology in the United States, 1940–2010, in: Medical History 55 (2011), S. 401–406.
Scull, Andrew, The Mental Health Sector and the Social Sciences in Post-World War II USA Part 2: The Impact of Federal Research Funding and the Drugs Revolution, in: History of Psychiatry 22/3 (2011), S. 268–284.
Seidel, Ralf, Phänomenologische, daseinsanalytische und anthropologische Psychiatrie, in: Achim Thom (Hrsg.), Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West, Bonn 1990, S. 22–33.
Shorter, Edward, Geschichte der Psychiatrie, Reinbek bei Hamburg 2003.
Showalter, Elaine, The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830–1980, New York 1985.
Siebenhüner, Gerda, Frieda Fromm-Reichmann. Pionierin der analytisch orientierten Psychotherapie von Psychosen, Gießen 2005.
Siegrist, Hannes, Perspektiven der vergleichenden Geschichtswissenschaft. Gesellschaft, Kultur und Raum, in: Hartmut Kaelble/Jürgen Schriewer (Hrsg.), Vergleich und Transfer.

Komparatistik in den Sozial-, Geschichts- und Kulturwissenschaften, Frankfurt am Main/New York 2003, S. 305–339.
Siemen, Hans-Ludwig, Psychiatrie im Nationalsozialismus, in: Michael von Cranach/Hans-Ludwig Siemen (Hrsg.), Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945, München 1999, S. 15–34.
Siemen, Hans-Ludwig, Die chronisch psychisch Kranken im „Abseits der Psychiatriereform". Das Beispiel Bayern, in: Franz-Werner Kersting (Hrsg.), Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre, Paderborn 2003, S. 273–286.
Smith, Roger, Inhibition. History and Meaning in the Sciences of Mind and Brain, London 1992.
Smith, Roger, The Meaning of „Inhibition" and the Discourse of Order, in: Science in Context 5/02 (1992), S. 237–263.
Sommer, Petra, Kurt Höck und die psychotherapeutische Abteilung am Haus der Gesundheit Berlin – institutionelle und zeitgeschichtliche Aspekte der Entwicklung der Gruppenpsychotherapie in der DDR, in: Heike Bernhardt/Regine Lockot (Hrsg.), Mit ohne Freud. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Ostdeutschland, Gießen 2000, S. 355–377.
Sontag, Susan, Illness as Metaphor, New York 1978.
Springer, Anne, Analytische Psychologie in Deutschland. Prozesse der Institutionalisierung und Professionalisierung, in: Elke Metzner/Martin Schimkus (Hrsg.), Die Gründung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung durch Freud und Jung, Gießen 2011, S. 115–130.
Staub, Michael E., Madness is Civilization. When the Diagnosis Was Social, 1948–1980, Chicago 2011.
Steinberg, Holger, Karl Leonhard hat „kein Interesse!" – Hintergründe über das Rodewischer Symposium aus neu aufgetauchten Quellen, in: Psychiatrische Praxis 41/2 (2014), S. 71–75.
Steinberg, Holger/Weber, M. M., Vermischung von Politik und Wissenschaft in der DDR. Die Untersuchung der Todesfälle an der Leipziger Neurologisch-Psychiatrischen Universitätsklinik unter Müller-Hegemann 1963, in: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 79/10 (2011), S. 561–569.
Stimilli, Davide, Tinctura Warburgii, in: Chantal Marazia/Davide Stimilli (Hrsg.), Die unendliche Heilung. Aby Warburgs Krankengeschichte, Zürich 2007, S. 7–25.
Stoff, Heiko, Wirkstoffe. Eine Wissenschaftsgeschichte der Hormone, Vitamine und Enzyme, 1920–1970, Stuttgart 2012.
Süß, Sonja, Politisch missbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR, Berlin 1998.
Szöllösi-Janze, Margit, Wissensgesellschaft in Deutschland. Überlegungen zur Neubestimmung der deutschen Zeitgeschichte über Verwissenschaftlichungsprozesse, in: Geschichte und Gesellschaft 30/2 (2004), S. 277–313.

Tändler, Maik, Therapeutische Vergemeinschaftung. Demokratisierung, Emanzipation und Emotionalisierung in der „Gruppe", 1963–1976, in: Maik Tändler/Uffa Jensen (Hrsg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung. Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012, S. 141–167.
Tändler, Maik, Das therapeutische Jahrzehnt. Der Psychoboom in den siebziger Jahren, Göttingen 2016.
Tändler, Maik/Jensen, Uffa (Hrsg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung. Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012.
Tändler, Maik/Jensen, Uffa, Psychowissen, Politik und das Selbst. Eine neue Forschungsperspektive auf die Geschichte des Politischen im 20. Jahrhundert, in: Maik Tändler/Uffa Jensen (Hrsg.), Das Selbst zwischen Anpassung und Befreiung. Psychowissen und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen 2012, S. 9–35.
Tanner, Jakob, Ordnungsstörungen. Konjunkturen und Zäsuren in der Geschichte der Psychiatrie, in: Marietta Meier/Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann (Hrsg.), Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 271–306.
Taylor, Charles, Sources of the Self. The Making of the Modern Identity, Cambridge, Mass. 1989.

Teitge, Marie, Die Nervenheilkunde in der DDR im Spiegel der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie“ (1949–90). Rostock, Univ., Med. Fak., Diss., 2013, Rostock 2012.
Teitge, Marie/Kumbier, Ekkehardt, Medizinisches Publizieren als Politikum. Zur Entstehungsgeschichte der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie“ in der SBZ/DDR, in: Daniel Hechler/Peer Pasternack (Hrsg.), Ein Vierteljahrhundert später. Zur politischen Geschichte der DDR-Wissenschaft, Wittenberg 2015, S. 89–100.
Teitge, Marie/Kumbier, Ekkehardt, Zur Geschichte der DDR-Fachzeitschrift *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* (1949–1990), in: Der Nervenarzt 86/5 (2015), S. 614–623.
Teller, Christine, Carl Schneider. Zur Biographie eines deutschen Wissenschaftlers, in: Geschichte und Gesellschaft 16/4 (1990), S. 464–478.
Teuber, Nadine, Das Geschlecht der Depression. „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ in der Konzeptualisierung depressiver Störungen, Bielefeld 2011.
Thiel, Jens/Walther, Peter Th., „Pseudowissenschaft“ im Kalten Krieg. Diskreditierungsstrategien in Ost und West, in: Dirk Rupnow/Veronika Lipphardt/Jens Thiel/Christina Wessely (Hrsg.), Pseudowissenschaft. Konzeptionen von Nichtwissenschaftlichkeit in der Wissenschaftsgeschichte, Frankfurt am Main 2008, S. 308–342.
Thormann, Julia/Himmerich, Hubertus/Steinberg, Holger, Depressionsforschung in der DDR – historische Entwicklungslinien und Therapieansätze, in: Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie 82/2 (2014), S. 68–77.
Tögel, Infrid, Die Psychotherapie-Abteilung an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig, in: Michael Geyer (Hrsg.), Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945–1995, Göttingen 2011, S. 95–98.
Topp, Sascha, Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie, Göttingen 2013.
Tudor, Andrew, Monsters and Mad Scientists. A Cultural History of the Horror Movie, Oxford u. a. 1989.
Turner, Victor, The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual, Ithaca 1967.

van Voren, Robert, Cold War in Psychiatry. Human Factors, Secret Actors, Amsterdam/New York 2010.
Vice, Janet, From Patients to Persons. The Psychiatric Critiques of Thomas Szasz, Peter Sedgwick, and R. D. Laing, New York 1992.
Vogel, Jakob, Von der Wissenschafts- zur Wissensgeschichte. Für eine Historisierung der „Wissensgesellschaft“, in: Geschichte und Gesellschaft 30/4 (2004), S. 639–660.
Vogl, Joseph, Einleitung, in: Joseph Vogl (Hrsg.), Poetologien des Wissens um 1800, München 1999, S. 7–16.
Vogl, Joseph (Hrsg.), Poetologien des Wissens um 1800, München 1999.

Wall, Oisín, The Birth and Death of Villa 21, in: History of Psychiatry 24/3 (2013), S. 326–340.
Wallace, Edwin R./Gach, John (Hrsg.), History of Psychiatry and Medical Psychology. With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation, New York 2011.
Walther, Joachim, Sicherungsbereich Literatur. Schriftsteller und Staatssicherheit in der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin 1996.
Warsitz, Rolf Peter, Zwischen Verstehen und Erklären. Die widerständige Erfahrung der Psychoanalyse bei Karl Jaspers, Jürgen Habermas und Jacques Lacan, Würzburg 1990.
Wehling, Peter, Gibt es Grenzen der Erkenntnis? Von der Fiktion grenzenlosen Wissens zur Politisierung des Nichtwissens, in: Ulrich Wengenroth (Hrsg.), Grenzen des Wissens – Wissen um Grenzen, Weilerswist 2012, S. 90–117.
Weidner, Tobias, Die unpolitische Profession. Deutsche Mediziner im langen 19. Jahrhundert, Frankfurt am Main 2012.

Weigel, Sigrid, Overcoming Absence: Contemporary German Women's Literature (Part Two), in: New German Critique/32 (1984), S. 3–22.
Weigel, Sigrid, „Woman Begins Relating to Herself": Contemporary German Women's Literature (Part One), in: New German Critique/31 (1984), S. 53–94.
Weigel, Sigrid, Unica Zürn – Verkehrte Mimseis. Angleichung des Lebens an die Kunst, in: Ursula Keller (Hrsg.), „Nun breche ich in Stücke …". Leben, Schreiben, Suizid. Über Sylvia Plath, Virginia Woolf, Marina Zwetajewa, Anne Sexton, Unica Zürn, Inge Müller, Berlin 2000, S. 135–153.
Weil, Francesca, Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR, Göttingen 2008.
Weingart, Peter/Kroll, Jürgen/Bayertz, Kurt, Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland, Frankfurt am Main 1988.
Weingartner, Sabine, Der Dichter, der Schizo, der Revolutionär. Kipphardts Selbstverständnis vor dem Hintergrund der künstlerischen europäischen Avantgarde der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts, in: Sven Hanuschek/Laura Schütz (Hrsg.), Stören auf lustvolle Weise. Heinar Kipphardt zum Neunzigsten, Hannover 2014, S. 193–208.
Weinstein, Deborah, The Pathological Family. Postwar America and the Rise of Family Therapy, Ithaca/London 2013.
Weißer, Ansgar (Hrsg.), Psychiatrie, Geschichte, Gesellschaft. Das Beispiel Eickelborn im 20. Jahrhundert, Bonn 2009.
Wentker, Hermann, Deutsch-deutsche Geschichte nach 1945, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 1–2 (2005), S. 10–17.
Wernli, Martina, Psychiatrie um 1900. Eine interdisziplinäre Betrachtung, in: Martina Wernli (Hrsg.), Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik. Dynamiken der Psychiatrie um 1900, Bielefeld 2012, S. 7–15.
Westermann, Stefanie, „Er habe jedoch in der Sterilisation eine Verletzung seiner Ehre und eine Gefährung seiner Gesundheit gesehen". Stigmatisierung durch Zwangssterilisation – die Perspektive der Opfer, in: Dominik Groß/Sabine Müller/Jan Steinmetzer (Hrsg.), Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin, Berlin 2008, S. 351–370.
Westermann, Stefanie, Verschwiegenes Leid. Der Umgang mit den NS-Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland, Köln u. a. 2010.
Wiedemann, Ute/Burgmair, Wolfgang/Weber, Matthias M., Die Höchstbegabtenstudie von Adele Juda 1927–1955: Höhepunkt und Ende der psychiatrischen Genialenforschung in Deutschland, in: Sudhoffs Archiv 91/1 (2007), S. 20–37.
Windholz, George, Pavlov's Concept of Schizophrenia as Related to the Theory of Higher Nervous Activity, in: History of Psychiatry 4/16 (1993), S. 511–526.
Windholz, George, Pavlov's Conceptualization of Paranoia within the Theory of Higher Nervous Activity, in: History of Psychiatry 7/25 (1996), S. 159–166.
Windholz, George/Witherspoon, L. H., Sleep as a Cure for Schizophrenia: a Historical Episode, in: History of Psychiatry 4/13 (1993), S. 83–93.
Wirsching, Andreas, Für eine pragmatische Zeitgeschichtsforschung, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 3 (2007), S. 13–18.
Wolters, Christine/Beyer, Christof/Lohff, Brigitte, Abweichung und Normalität als Problem der Psychiatrie im 20. Jahrhundert, in: Christine Wolters/Christof Beyer/Brigitte Lohff (Hrsg.), Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2013, S. 9–23.
Wood, Mary Elene, Life Writing and Schizophrenia. Encounters at the Edge of Meaning, Amsterdam/New York 2013.
Woods, Angela, The Sublime Object of Psychiatry. Schizophrenia in Clinical and Cultural Theory, Oxford/New York 2011.
Wright, Katie, The Rise of the Therapeutic Society. Psychological Knowledge & the Contradictions of Cultural Change, Washington, DC 2011.
Wübben, Yvonne, Die kranke Stimme. Erzählinstanz und Figurenrede im Psychiatrie-Lehrbuch des 19. Jahrhunderts, in: Rudolf Behrens/Carsten Zelle (Hrsg.), Der ärztliche Fallbericht.

Epistemische Grundlagen und textuelle Strukturen dargestellter Beobachtung, Wiesbaden 2012, S. 151–170.
Wübben, Yvonne, Verrückte Sprache. Psychiater und Dichter in der Anstalt des 19. Jahrhunderts, Paderborn 2012.
Wübben, Yvonne, Mikrotom der Klinik. Der Aufstieg des Lehrbuchs in der Psychiatrie (um 1890), in: Yvonne Wübben/Carsten Zelle (Hrsg.), Krankheit schreiben. Aufzeichnungsverfahren in Medizin und Literatur, Göttingen 2013, S. 149–175.
Wübben, Yvonne, Verschlüsselte Gegenposition. Literarische Schizophasie als Formsprache des Protests in Heinar Kipphardts Roman März, in: Sven Hanuschek/Laura Schütz (Hrsg.), Stören auf lustvolle Weise. Heinar Kipphardt zum Neunzigsten, Hannover 2014, S. 155–191.
Wübben, Yvonne/Zelle, Carsten (Hrsg.), Krankheit schreiben. Aufzeichnungsverfahren in Medizin und Literatur, Göttingen 2013.
Wüest, Lotti, Psychiatrie als gebauter Diskurs. Architektur der Klinik in Texten von Alfred Döblin, Friedrich Glauser, Heinar Kipphardt und Rainald Goetz, in: Rudolf Käser/Beate Schappach (Hrsg.), Krank geschrieben. Gesundheit und Krankheit im Diskursfeld von Literatur, Geschlecht und Medizin, Bielefeld 2014, S. 201–221.
Wunderlich, Gesa, Die Öffnung der Psychoanalyse. Von der elitären Privatwissenschaft zur anerkannten Behandlungsmethode, Stuttgart/New York 1991.

Zapf, Hubert, Literatur als kulturelle Ökologie. Zur kulturellen Funktion imaginativer Texte an Beispielen des amerikanischen Romans, Tübingen 2002.
Zaretsky, Eli, Secrets of the Soul, New York 2004.
Zaretsky, Eli, Freuds Jahrhundert. Die Geschichte der Psychoanalyse, München 2009.
Zaumseil, Manfred/Leferink, Manfred, Einleitung: Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt, in: Manfred Zaumseil (Hrsg.), Schizophrenie in der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt, Bonn 1997, S. 6–26.

Personenregister

Kursiv gesetzte Zahlen verweisen auf Namen in den Anmerkungen.

Abraham, Karl 38
Adler, Alfred 39, 96, 311
Andresen, Burghard 406
Angermeyer, Matthias 2
Anz, Thomas 357 f., 397
Astrup, Christian 221
Augustin, Ernst 357, 359, 395

Baeyer, Walter von 74, 77 f., 80–83, 126, *136 f.*, 138 f., 150–152, 172–177, 197 f., 231, 261, 292, 337–340
Bally, Gustav 176 f., 188, *191*, *335*
Balz, Viola 18, 252, 263
Barleben, Bodo 369 f.
Barnes, Mary 26, *324*, 390–395
Basaglia, Franco 310, 313, 341, 344
Bateson, Gregory *23*, 156, 162 f., 323, 341, 363
Baumann, Rudolf 374
Baumm, Hans *223*, 225
Beerholdt, Alexander 265
Bell, Norman W. 162
Benedetti, Gaetano *23*, 95, 105–111, 114–117, 119, 121–123, 156, 175, 179 f., 182, 228 f., 244 f., 269, 400, 423
Berger, Christel 376
Berke, Joe 26, 391–395
Bernet, Brigitta 20–21, 45–48
Bernhardt, Heike 227
Berthold, R. H. 224
Besold, Fritz 229
Biermann, Wolf 366
Binswanger, Ludwig 74, 128–134, *136*, 167, 331, 339 f.
Birnbaum, Karl 225
Bister, Wolfgang 120 f., 125, 173, 185
Blankenburg, Walter 74
Bleuler, Eugen 4, *9*, 21, 27, 42, 44–51, 53–55, 57 f., 61, 76, 85–87, 95, 124, *155*, 168, 174, 177, 181, 214, 224–226, 241, 260, 328 f., 346, 424
Bleuler, Manfred *61*, 85, 87, 93, 105, 111, 164, 168–170, 173, 176 f., 408 f., 424
Bloch, Robert 279
Bloch, Sidney 298
Bock, Thomas 403, 406, 409 f.
Boden-Gerstner, Sibylle (Pseudonym Sibylle Muthesius) 27, 367–376
Bonhoeffer, Karl 55, 88, 241
Boss, Medard 244
Bovet, Theodor 400
Bowlby, John *160*
Brand, Walter *223*, 226
Bräutigam, Walter 179, *384*
Breivik, Anders Behring 2
Bremer, Fritz 403, 407
Brink, Cornelia 21, 37, 196, 273, 307
Buck, Dorothea (Pseudonym Sophie Zerchin) 27, 397–403, 407, 414 f.
Bukowskij, Wladimir 297
Bumke, Oswald 58, *158*, 187, 226
Bürger-Prinz, Hans *137*, 254, 299, 301, 305–307
Burkhardt, Hans 141
Burston, Daniel 353, 355
Busse, Stefan 206, 213

Cardinal, Marie 378, 396
Cerletti, Ugo 60
Conrad, Klaus 127, 136–138, 142, 145–149, 152, 175, 177, *249*, 252, 256
Cooper, David 313 f., 316 f., 322, 324–328, 330, 333, 341, 351 f., 354, 358, 363
Cornu, Frédéric 188
Corten, Martin-Heinrich 299, 306, *381*
Crow, Russell 3

Damm, Sigrid 369
Deleuze, Gilles 363, *366*
Deutsch, Helene 90
Diebold, Klaus *165*, 166
Dietrich, Heinz 192
Dilthey, Wilhelm 50
Döhner, Walter 196
Donner, Wolf 362
Dörner, Klaus 268, 341–343, 351
Double, Duncan B. 315
Drechsler, Erich 224
Dührssen, Annemarie 190
Düss, Louisa (Pseudonym Renée) 94 f., 384

Eghigian, Greg 22, 201
Eichler, Lieselotte *223*, 225, 256
Eisendle, Helmut 357
Elisabeth, Kaiserin von Österreich und Königin von Ungarn 1
Ellenberger, Henri 329
Elrod, Norman 179, 182
Engels, Friedrich 205
Engstrom, Eric J. 315
Erikson, Erik H. 91
Erlenberger, Maria 378, 396 f.
Ernst, Anna-Sabine 201
Esterson, Aaron 321 f.

Ewald, Gottfried 71–73, 170
Ey, Henry 145

Federn, Paul 90, 121
Felsch, Philipp 344
Finzen, Asmus 3, 337, 346
Fischer, Frank 291–293
Fischer, Margit 166
Fischer, Tilman 363 f.
Flegel, Horst 196
Forman, Milos 360
Foucault, Michel 6, 13, 15, 17, 31 f., 317, 330–333, 342 f., 351, 363, 407
Foudraine, Jan 337
Frame, Janet 378
Freeman, Walter 60
Freud, Anna 391, *392*
Freud, Sigmund 38, 45, 48, 53, *54*, 86, *89*, 91 f., 95–97, 100, 104, *121*, 146, *155*, *204*, 207 f., *209*, 222, 228, 230, 235, 243, 248 f., 254, 311, 317, 319, 329, 332, 346, 374, 391, 400, 424
Friedl, Hermann 357
Friedland, Alexander 88
Fromm, Erich *91*
Fromm-Reichmann, Frieda 82, *89*, 90–93, 121 f., 134, 154, 156, 167, 249, 387

Gaupp, Robert 65, 241
Geishöfer, Britta 419
Gerdes, Marina 412, *416*, 418 f.
Germann, Urs 197
Geyer, Michael 266
Gierlich, Josef 299
Glatzel, Johann 74, 340 f.
Goetz, Rainald 357
Goffman, Erving 195, 313, 323, 363
Goltermann, Svenja 21, *150*, 151–153
Göring, Herman 90
Göring, Matthias Heinrich 90
Goya, Francisco de 281
Greenberg, Joanne (Pseudonym Hannah Green) 26, 387–390
Griesinger, Wilhelm 34 f., 101
Grigorenko, Pjotr 297
Groß, Friedrich Rudolf 221 f., 228–230
Gross, Jan 406
Gruhle, Hans Walter 59, 74, 95, *137*, 187, 261, 277
Guattari, Felix 363, *366*
Gütt, Arthur *66*

Haase, Hans-Joachim *161*
Hacking, Ian 28
Häfner, Heinz *137*, 150–152, *155*, 191 f., 289 f., 309, 340 f.
Hand, Iver 254
Hanrath, Sabine 201
Hansen, Hartwig 407
Härtling, Peter 358
Hartmann, Heinz 90
Hartmann, Klaus 83
Hartung, Klaus 344–346
Heath, Robert G. 281
Hegel, Georg Wilhelm Friedrich 325
Heidegger, Martin 128, 131, 148
Heimann, Hans 188
Heinze, Eckart (Pseudonym Michael-Heinze Mansfeld) 381
Hellingraths, Norbert von 218
Helm, Johannes 267
Hennig, Heinz 266
Herbeck, Ernst (Pseudonym Alexander Herbrich) 363, *366*
Herrn, Rainer 88
Hess, Volker 9
Hesse, Anja 413, *414*, *416*, *418* f.
Hiebsch, Gerold 266
Hippius, Hans 336 f., 341
Hitchcock, Alfred 279
Hoch, August 85
Hoche, Alfred 58
Höck, Kurt 230, 243, 266, 268, 369 f., 372 f., 375
Hofer, Hans-Georg 55
Hoff, Hans 256
Hoff, Paul 42, 256
Hoffmann, Dino-Dieter 299 f.
Hoheisel, Matthias 252
Hohendorf, Gerrit 67
Hölderlin, Friedrich 218 f.
Hollitscher, Walter 212
Höpcke, Klaus 370
Hoppe, Irene *418*
Howard, Ron 3
Husserl, Edmund 331
Huxley, Aldous 284

Illouz, Eva 24

Jackson, Don J. 156 f., 159, 162
Jacobson, Edith 90
Jancovich, Mark 279
Janet, Pierre 215
Janzarik, Werner 252
Jaspers, Karl 49–54, 74 f., 77 f., 95, *96*, 100, 126–128, 134, 136 f., 139, *144*, *147*, 198, 230, 233, *237*, 305, 331, 340, 424
Johansson, Allan *116*

Jung, Carl Gustav *23*, 46–48, 96–98, 167, *209*, 311, 329, 400, 414 f.
Jung, Richard 187

Kahlbaum, Karl Ludwig 44, 225
Kallmann, Franz Josef *91*, 329
Katzenstein, Alfred 256, 374
Kauders, Anthony 89
Kemper, Werner 90, 96, 229
Kesey, Ken 360
Keyserlingk, Hugo 226
Kiceluk, Stefanie 40 f., 104
Kihn, Berthold 66, *172*
Kipphardt, Heinar 26, 357, 362–367, 376, 395
Kirschke, Karsten 416
Kirsner, Douglas 317
Kisker, Karl Peter 134–136, 138 f., 150–152, 160–163, 268, 292, 333–335, 340, 349–351
Klaesi, Jakob 59, 214
Klages, Eberhard 290
Klee, Ernst 293
Klein, Melanie 93, 171, *392*
Kleist, Karl 167, 247
Klöppel, Ulrike 263
Kohler, Christa 238, 253
Kolle, Kurt 73, 163, 310–312
Kraepelin, Emil *9*, 41–45, 50, 54, 58, 65, 76, 85 f., 88, *129*, 138, 158, 173 f., 177, 181, 214, *216*, 221, 224–226, 236, 239, 241 f., 249–251, 260, 329, 336, 425
Kranz, Heinrich 127 f.
Kretschmer, Ernst *137*, *155*, *158*, 167, *172*, 225 f., 241
Krieger, Hans 290, 309 f., 394, 397
Kris, Marianne 90
Krüger, Helmut 348–349
Krüll, Marianne 163–164
Kuhn, Roland 339–340
Kuhn, Thomas S. 329
Kulenkampff, Caspar *79*, *135*, *137*, 142–150, 152, 162, 167, 191 f., 262, 288 f., 292, 308, 337, 341
Kundisch, Karla *418*
Kunz, Hans 97, *135*
Kutzinski, Arnold 88

Lafontaine, Oskar 1
Laing, Ronald D. 162, 313–328, 330, 333–336, 341, 353–355, 363, *366*, 379, 390–395, 397, 426
Lange, Ehrig 257
Lange, Johannes 73
Langelüddeke, Albrecht 300
Langen, Dietrich 185 f.
Lauter, Hans 336 f.
Leary, Timothy 284
Leferink, Klaus 423
Lenin, Vladimir Il'ič 205
Lenz, Jakob Michael Reinhold 358
Leonhard, Karl 73, 222, 226, 243, 247–254, 262 f., 399
Leonhardt (Altscherbitz) 224
Lessing, Doris 379
Lévi-Strauss, Claude 324
Lewalter, Christian 285
Lidz, Theodore 157–163, 167
Lienhard, Marina 22
Lincoln, Abraham 1
Lindinger, Helge 186
Loewenstein, Rudolph 90
Ludy, Franz-Josef 303
Luif, Vera 414
Lütjen, Reinhard 407
Luxenburger, Hans 64

Maaz, Hans-Joachim 269
Majerus, Benoit 9
Mannsdorff, Peter *414*, *419*
Marmulla, Henning 345
Marx, Karl 205, 325
Matussek, Paul 184, 188, 258, 337
Mauer, Burkhard 360, 362
Mauz, Gerhard 302
Mayer-Gross, Wilhelm *137*, 187
McNally, Kieran 22
Mecklinger, Ludwig 370
Meerwein, Fritz 188
Meier, Marietta 21, 61
Menninger, Karl 167, 381
Menninger, William 381
Mette, Alexander 208, 210 f., 213, 215, 217–219, 222, 231
Meyer, Adolf 85–87
Micale, Mark 7–8
Michl, Susanne 55
Miller, Frank 98
Mitscherlich, Alexander 96 f., *155*
Mitscherlich-Nielsen, Margarete *89*, 96, 372
Möbius, Paul Julius 43
Mollath, Gustl 2
Moniz, António Egas 60, 329
Montgomery, Scott L. 103
Moser, Jeannie 102
Moser, Tilmann 358
Müller, Christian *23*, *94*, 95, 111–114, *116*, 119, 124, 156, 163, 179–184, 188, *384*, 400
Müller, Dagobert 369, 374
Müller, Max 187 f.
Müller, Thomas 370

Müller-Braunschweig, Carl *88*, 90, 96
Müller-Eckhard, Hans *105*
Müller-Hegemann, Dietfried 208–211, 213, 220, 222, 227, 230–247, 253 f., 260–264, 268, 425

Nash, John 3
Navratil, Leo 358, 363 f.
Neymeyer, Hubert 225
Nicholson, Jack 360 f.
Nijinskij, Waslaw 279
Noack, Thorsten 299
Noll, Richard 44, 85 f.
Nuißl, Klaus *414*, *419*
Nunberg, Hermann 90

Ott, Jürgen 266

Pawlow, Iwan Petrowitsch 29, 201–223, 227–231, 237–239, 242–244, 246, 253–255, *331*, 374, 425
Peters, Uwe Henrik 335 f.
Pethes, Nicolas 119
Pick, Arnold 44
Pickenhain, Lothar 207
Pickering, Andrew 355
Pinel, Philippe 40
Plath, Sylvia 378
Pljuschtsch, Leonid 297
Pohlen, Manfred 192
Pongratz, Ludwig G. 338
Porter, Roy 7 f.
Prins, Sibylle 407, *414 f.*, 416

Radó, Sándor *97*
Ralser, Michaela 40, 103
Rapaport, David 91
Rauch, Hans Joachim 301
Reddaway, Peter 298
Reed, David 395
Reich, Annie 90
Reifenberg, Ernst 238
Reik, Theodor 90
Reinhardt, Carsten 304
Reisch, Wolfram 347
Rennert, Helmut *223*, 226, 251–253
Richter, Brigitte 410–412, *417*
Riemann, Gerhard 409
Ritter, Karl Friedrich *223*, 224
Robertson, James 392
Roelcke, Volker 22, 58, 68, 90
Rogers, Carl 194, 267, 269
Rohan, Denis Michael 303
Rose, Nikolas 24, 380
Rosen, John N. 105, 120, 122 f., *156*, 186, 229, 231, 244 f., 249, 346
Rosenfeld, Herbert 171
Rosenhan, David L. 303 f.
Rosenkötter, Lutz 125, 155 f.
Roth, Gerhard 358
Rouhiainen, Tuula *414*, *418*
Rüdin, Ernst 63 f., *66*, *158*, 165
Rudolf, Gaby *416*, 417
Ruffin, Hanns 80
Russell, Bertrand 157
Ruttke, Falk *66*
Rycroft, Charles 317

Sakel, Manfred 59 f.
Saks, Elyn 3
Sartre, Jean Paul 324 f.
Schädlich, Michael 375
Schäffner, Wolfgang 331
Schäuble, Wolfgang 1
Schmid, Carlo *96*
Schmidt, Peter 243, 265 f.
Schmitz, Willi *223*, 224
Schneider (Hildburghausen) 224 f.
Schneider, Carl 75
Schneider, Kurt 43, 57, 74–79, 96, 126, *136 f.*, 140, *144*, 150, 167, 175, *188 f.*, 198, 225 f., 241–242, 245, 346
Schneider, Michael 346
Schneider, Peter 358
Schneider, Wilhelm 381
Schott, Heinz 35, 42
Schottlaender, Felix 97
Schüle, Heinrich 44
Schule, Walter 198
Schulte, Walter 78 f., 170–172, 308
Schultz-Hencke, Harald 90, 96–99, 175, *208 f.*, 228 f., 231–236, *237*, 244–246
Schulz, Gwen 407, 417, *418*
Schwarz, Hanns 212 f., 226
Schwarz, Rainer 264
Scull, Charles 287
Searle, John 329
Searles, Harold F. 162
Sechehaye, Marguerite 26, 94 f., 121, 134, 156, 175, 179, 182, 186, 244, 249, 384–386, 393, 400, *415*
Seidel, Karl 253, 298
Shneschnewski, Andrej 297 f.
Shorter, Edward 42
Showalter, Elaine 378 f., 395
Siirala, Martii 400
Simon, Hermann 209, 236
Skinner, Burrhus Frederic 254
Smith, Roger 204

Solms, Hugo 188
Sontag, Susan 273
Spazier, Dieter 358
Spitz, René *160*
Spoerri, Theodor 198
Stalin, Iosif Vissarionovič 221
Staub, Michael E. 163
Steinkopf, E. 224 f.
Stengel, Erwin 223
Sterba, Edith 91
Sterba, Richard 91
Sternberg, Erich 257–259, 261
Stierlin, Helm 164, 346
Stoffel, Martin 419
Stoltenhoff, Heinrich *225*, 226
Storch, Alfred *141 f.*
Stössel, Jürgen 296
Struck, Karin 358
Stumme, Wolfgang 308 f.
Sullivan, Harry Stack 91 f., 134, 154, *155*, 156, 229
Süllwold, Lilo 193 f., 197
Sutherland, John D. 317
Szasz, Thomas 313–317, 323 f., 328–330, 333, 339, 341, 351, 354, 363, 391

Tanner, Jakob 297
Tellenbach, Hubert(us) 74, *135*, *137*, 335
Thiele, Rudolf 210, 232, 234
Thom, Achim 259–263, 266, 268, 341 f., 351 f.
Thompson, Clara *91*
Tögel, Infried 243 f., 268
Tölle, Rainer 35, 42, 198
Tragert, Manfred 299 f.
Turner, Victor 323, 326

Venzlaff, Ulrich *150*
Vice, Janet 391
Virchow, Rudolf 221
Vogel, Ezra F. 162
Vogl, Joseph 274
Vogt, Walter 358

Wagner, Werner 73, 81
Wälder, Robert 91
Walther, Rolf *223*, 225
Wander, Maxie 376
Warburg, Aby *129*
Ward, Mary Jane 26, 382 f.
Watzlawick, Paul 157
Weingart, Peter 67
Weinschenk, Curt 256
Weinstein, Deborah 157
Weise, Klaus 230, 259–264, 267–269, 341 f., 375
Weitbrecht, Hans-Jörg 98 f., 173 f., 255, 299 f., 338
Weizsäcker, Viktor von 78 f., 121
Wendt, Harro 238, 243 f., 268, 370 f., 375
Werner, Gerald 277 f.
Wernicke, Carl 36, 247
West, Ellen 129, 132, 134, 137
Westphal, Carl *35*, 36
White, William Alanson *91*
Whitehead, Alfred North 157
Wiedemann, Christine 416
Wieser, Stefan 140–142
Winkler, Walter Theodor 79, *137*, 140–142, *155*, 167, 341
Wojke, Reinhard 418, *419*
Wolf, Christa 368
Wolf, Käthe 90
Wolff, Renate 344–346
Woods, Angela 20
Wright, Katie 16
Wübben, Yvonne 103
Wulff, Erich *121*, 268, 341 f., 345
Wynne, Lyman C. *157*, 162
Wyrsch, Jakob 74, *136*, 188, *212*, 258

Zapf, Hubert 359
Zaretsky, Eli 84
Zaumseil, Manfred 423
Zerbin-Rüdin, Edith 165
Zerssen, Detlev von 337
Ziegler, Hasso 381
Zorn, Fritz 377
Zürn, Unica 378, 396
Zutt, Jürg 79 f., *88*, *136* f., *142*, 145, *147*, 167, 262