

1 Prolog

I

Psychiatrisches Handeln zielt auf Nutzen für den psychisch Kranken, enthält jedoch auch das Risiko unerwünschter Wirkungen. Diese Dualität ärztlichen Handelns entspricht der Doppelgesichtigkeit des in einander entgegengesetzte Richtungen schauenden altrömischen Gottes Janus.



Abb. 1.1: Münze mit Januskopf²

2 Janus symbolisiert die Dualität in den ewigen Gesetzen, wie etwa Schöpfung/Zerstörung, Leben/Tod, Licht/Dunkelheit, Anfang/Ende, Mann/Frau, Zukunft/Vergangenheit, Links/Rechts usw. Er ist die Erkenntnis, dass alles Göttliche immer einen Antagonisten in sich birgt (Wikipedia 2016g: Janus (Mythologie))

Solche in die Janusgesichtigkeit der Moderne³ eingebettete Doppelgesichtigkeit der Psychiatrie kommt aber auch darin zum Ausdruck, dass Nutzen und Risiken vom Arzt oft anders beurteilt werden als sie der Kranke erlebt und einschätzt. Dies wird deutlich, wenn das Wohl des Kranken (*salus aegroti*) nicht ohne das Risiko einer möglichen Schädigung zu erreichen ist und damit das ethische Prinzip der Schadensvermeidung (*nil nocere*) in Frage steht. Es wird erst recht deutlich, wenn die Gesellschaft über ihre Institutionen, den Staat und die Verwaltung, den Umgang mit psychisch Kranken vorrangig unter dem Aspekt der Sicherung und der Finanzierung,⁴ der Psychiater aber primär im Hinblick auf die Behandlung des individuellen Kranken sieht.⁵ Daraus entstehen Spannungen. Wechselseitiges Verständnis für die Schwierigkeiten, Nutzen und Risiken psychiatrischen Handelns zutreffend einzuschätzen, soll dem entgegenwirken.

So wäre für einen als immanent unauflösbaren »Widerspruch der Psychiatrie« aufgefassten Antagonismus zwischen »therapeutischem Zweck« und »administrativ-politischen Funktionen sozialer Kontrolle«,⁶ zwischen »Freiheit der Person« und »öffentlicher Sicherheit«⁷ die Richtung einer Lösung aufzuzeigen, die in der reflektierten, verhandelten und balancierten Wechselwirkung zwischen der therapeutischen Indikation des Psychiaters und der Selbstbestimmbarkeit des psychisch Kranken bestehen könnte. Dabei soll eine Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten als krankheitsbedingt ebenso reflektiert werden wie die »Dienstbarkeit (des Psychiaters) gegenüber der gesellschaftlichen Forderung nach [...] Einsperrung«⁸ und damit der Verschleierung des oben genannten Widerspruchs entgegengewirkt werden. Der Widerspruch ist nicht auflösbar, aber erkennbar, und dieses Erkennen kann die Praxis verändern, so etwa im Umgang mit einem Patienten, der dem auf sein bestes Interesse und Wohl gerichteten Handeln des Psychiaters widerspricht.

II

Ein breites Verständnis psychiatrischen Handelns meint die Anwendung sowohl psychiatrischer *Maßnahmen* als auch spezifischer *Verfahren* der Diagnostik und Prognostik, der Prävention, Therapie und Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen.

Gemeint sind mit *Maßnahmen* solche der Fürsorge und Sicherung, Fürsorge für den durch krankheitsbedingte Ernährungsdefizite, Verwahrlosung, Obdachlosigkeit

3 Engstrom EJ, Roelcke V (2003) S. 15; Horkheimer M, Adorno TW (1969/1988); Peukert D (1989)

4 Heubel F (2015)

5 Pollmächer T (2013)

6 Franco Basaglia hat dies so formuliert: »...so müssen wir uns mit beiden Gesichtern dieser Realität des Kranken auseinandersetzen: 1. mit der Tatsache, dass wir einen kranken Menschen vor uns haben, der psychopathologische Probleme aufwirft... und 2. mit der Tatsache, dass wir einen Ausgeschlossenen, einen gesellschaftlich Geächteten vor uns haben.« (Basaglia F 1971, S. 151)

7 Castel R (1980), S. 84

8 *ibid.* S. 88

keit oder Mittelmissbrauch vital gefährdeten hilfsbedürftigen psychisch Kranken, Sicherung (auch durch Verwahrung oder mittels Zwang) zum Schutz vor selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen.

Diagnostische Verfahren sollen 1. psychische Krankheit erkennen, sie also von Variationen, von der »Spielbreite« nicht kranken menschlichen Erlebens und Verhaltens abgrenzen; sie sollen weiterhin 2. psychische Störungen speziellen Krankheiten zuordnen, die durch bestimmte Ursachen, Erscheinungsbilder, Verlaufsformen und Ausgänge definiert sind; diagnostische Verfahren sollen schließlich 3. Bedingungen für Entstehung, Manifestation und Verlauf (Remission oder Chronifizierung) psychischer Krankheit feststellen.

Spezifische *therapeutische Verfahren* zielen 1. auf primäre oder sekundäre Vermeidung psychischer Krankheit (Prävention), 2. auf deren symptomatische oder kausale Beseitigung oder zumindest Abschwächung (Therapie i. e. S.) sowie 3. auf die (Rück-)gewinnung sozialer Kompetenz und Fähigkeit zu selbstbestimmtem Leben (Rehabilitation), insbesondere auch zu selbstbestimmtem Leben trotz Krankheit als »gelingendes bedingtes Gesundsein«⁹ wie dies etwa die Recovery-Bewegung anstrebt.¹⁰

Solange evidenz-basierte, d. h. hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich geprüfte Behandlungsverfahren noch nicht zur Verfügung standen, sondern Psychiater nur erfahrungsbegründete Behandlungen von psychisch Schwerkranken kannten, wurde jede erfolgversprechende kasuistische Erfahrung oder Idee aufgegriffen und angewandt, allenfalls nach der Methode Versuch und Irrtum geprüft.

So ist die Anwendung von mechanischem Zwang als Ausdruck sowohl therapeutischer Hilflosigkeit wie auch herrschender Überzeugungen zu verstehen. Gelegentlich wurden diese Überzeugungen mit theoretischen Annahmen begründet, die jedoch wieder verlassen wurden, wenn sie sich als unzutreffend erwiesen oder die durch sie begründeten Maßnahmen sich als erfolglos herausstellten, oder wenn diese wegen schwerwiegender Nebenwirkungen kritisiert wurden und außer Gebrauch kamen (► Kap. 3.2.2).

Vor dem Hintergrund weitgehender therapeutischer Ohnmacht wurden positive Wirkungen oft überschätzt und negative Effekte zunächst nicht wahrgenommen oder der Patient musste sie als notwendiges Übel in Kauf nehmen. Schwere Komplikationen führten dazu, dass Verfahren wieder aufgegeben wurden. Sie verschwanden aber vor allem, wenn sie durch Behandlungen ersetzt werden konnten, die wirksamer waren und/oder weniger unerwünschte Wirkungen, also ein günstigeres Nutzen-Risiko-Verhältnis hatten.

III

Das Verhältnis von Wirksamkeit zu Sicherheit, von Nutzen zu Risiken einer Intervention verschob sich mit wachsender Erfahrung. Dabei war der *zeitliche Ablauf*

9 Hartmann F, Buchmüller HR (1996)

10 Slade M (2009); Szmulker G, Rose D (2014); Galderisi S, Heinz A, Kastrup M et al. (2015)

bedeutsam. Meist hatten nur Verfahren eine Chance, deren Wirksamkeit relativ schnell, also unmittelbar oder in Tagen, höchstens Wochen, erkennbar war, während unerwünschte Wirkungen oft erst nach breiterer Anwendung, also nach Monaten oder Jahren erkannt wurden. Dementsprechend verschlechterte sich das Nutzen-Risiko-Verhältnis sowohl individuell beim einzelnen Patienten als auch kollektiv bei der gesamten behandelten Patientengruppe mit längerer Anwendung einer Behandlung und verschob sich hin zu stärkerem Gewicht der Risiken (wie bei der modernen Psychopharmakotherapie). Das Nutzen-Risiko-Verhältnis konnte aber im Verlauf auch optimiert werden: so wurden – wenn ein Verfahren sich als einzig und eindeutig wirksam erwies – auch schwerwiegende Nebenwirkungen in Kauf genommen und es wurde versucht, sie durch Modifikation des Verfahrens abzumildern oder auszuschließen (so bei der Malariatherapie der progressiven Paralyse oder der antipsychotischen Elektrokrampftherapie). Dabei beeinflussten *subjektive Faktoren* die Nutzen-Risiko-Abwägung, hinsichtlich derer sich Psychiater untereinander und von ihren Patienten erheblich unterscheiden konnten, etwa durch die eigene Erfahrung mit Risiken und durch ein unterschiedliches Verständnis des Wahrscheinlichkeitscharakters dieser Abwägung.

IV

Diese subjektiven Faktoren werden von übergreifenden säkularen Veränderungen, vom soziokulturellen (heute zudem multikulturellen) Kontext, dem »Zeitgeist«, entscheidend beeinflusst. Deutlich wird dies, wenn man die letzten 200 Jahre in den Blick nimmt, in denen sich die Psychiatrie als medizinische Disziplin und Institution entwickelt und sich das Arzt-Patienten-Verhältnis¹¹ grundlegend gewandelt hat: vom ehemaligen Irrenarzt, der im gestörten Erleben und vor allem im auffälligen und störenden Verhalten erfassbare krankheitsbedingte Normabweichungen in paternalistischer Weise zu korrigieren suchte bis zum heutigen Psychiater, der Wünsche, Werte und Interessen seines Patienten ernst nimmt und ihm partnerschaftlich hilft, seinen Weg aus der Störung heraus und dabei auch seinen Weg zu den von ihm selbst bestimmten Lebenszielen zu finden. Psychiater wissen, dass diese Zielbestimmung ihres Handelns in der Wirklichkeit nicht immer erreicht wird, noch viel weniger aber geschieht dies aus der Sicht mancher Patienten oder auch der Öffentlichkeit. Diese unterschiedlichen Sichtweisen auf ihre zugrundeliegenden Erfahrungsunterschiede zurückzuführen, sollte Aufgabe aller Beteiligten an einem konkreten Problem sein, um Differenzen in der Bewertung von Nutzen und Risiken einer psychiatrischen Intervention zwischen Patient und Psychiater mit der erforderlichen Geduld und Toleranz zu ertragen und wenn irgend möglich einvernehmlich zu verringern.

11 s. aber: »it is not obvious that ... trust in the patient-physician-relationship – an issue that came to be seen as problematic in an era of large-scale medical research, national health systems, and managed care – was considered equally problematic in earlier eras« (Baker RB, McCullough LB (2008), S. 4 f.)

V

Diese nur angedeuteten Probleme psychiatrischer Nutzen-Risiko-Abwägungen sollen im Folgenden durch konkrete Beispiele zur Anschauung gebracht werden, und zwar sowohl aus der Perspektive der Psychiatrie, d.h. von Psychiatern, Pflegekräften und weiteren in der Psychiatrie tätigen Menschen aus verschiedenen Berufsgruppen wie aus der Perspektive der psychisch Kranken, die ihre Erlebnisse und Sicht auf die Psychiatrie als »Psychiatrie-Erfahrene«¹² oder »Psychose-Experten durch Erfahrung« in Trialog-Psychose-Seminaren¹³ zur Sprache bringen, sowie auch aus der Perspektive ihrer sozialen Umwelt, so besonders der ihrer Angehörigen,^{14 15} und letztlich auch der durch öffentliche Meinung und Staat wirkenden Gesellschaft.

Dazu werden in klinisch-psychiatrischer Erfahrung der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts gewachsene Erkenntnisse, Überzeugungen und Thesen zur Ambivalenz und Widersprüchlichkeit psychiatrischen Handelns mittels historischer, in erheblichem Umfang auf Sekundärquellen gestützter Beispiele zur Anschauung gebracht.¹⁶ Um unvermeidbare subjektive Verzerrungen der historischen Realität gering zu halten, werden sie soweit möglich anhand historischer Fakten aus Originalquellen kontrolliert.¹⁷

»Wir brauchen das Gedächtnis« (i.S. einer kulturwissenschaftlichen, d. h. kontextbezogenen Erinnerung) »um der Masse des historischen Wissens Leben einzuhauchen in Form von Bedeutung, Perspektive und Relevanz, und wir brauchen die Geschichte, um die Konstruktionen des Gedächtnisses kritisch zu überprüfen, die immer in bestimmten Machtkonstellationen entstehen und von den Bedürfnissen der Gegenwart diktiert sind.«¹⁸

VI

Um der Übersichtlichkeit willen werden die Probleme der Nutzen-Risiko-Bewertung entsprechend dem didaktischen bio-psycho-sozialen Modell¹⁹ in die drei wesentlichen Bedingungskomplexe psychischer Störungen gegliedert und chronologisch dargestellt – ohne damit nahelegen zu wollen, dass diese Bedingungsgebiete isoliert voneinander betrachtet werden könnten, da sie doch in intensiver Wechselwirkung miteinander stehen.²⁰

12 Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)

13 Trialog-Psychoseseminar

14 Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApk)

15 Angermeyer MC, Finzen A (1984); Bindl W (2004)

16 Dabei stütze ich mich in erheblichem Umfang auf eigene Erfahrungen und Publikationen

17 Nippel W (2014)

18 Assmann A (2013)

19 Engel GL (1977)

20 Dagegen birgt jede institutionelle Verselbständigung dieser differenten Perspektiven der Psychiatrie, etwa als biologische oder psychotherapeutische oder soziale Psychiatrie, das Risiko, die Erforschung ihrer komplexen Wechselwirkungen und den Umgang mit ihnen in der Praxis zu behindern. (Sartorius N (1988))

Nutzen und Risiken psychiatrischer Interventionen werden vornehmlich mit Beispielen aus dem 20. Jahrhundert belegt und ihr Verhältnis zueinander diskutiert; zwar wurde auch davor eine Vielzahl psychiatrischer Maßnahmen und Heilverfahren angewandt, aber ihr Nutzen blieb oft fraglich und zeitgenössische explizite Nutzen-Risiko-Bewertungen wurden kaum bekannt. Um jedoch den tiefgreifenden Wandel psychiatrischer Konzepte und Einstellungen zu verdeutlichen, wird der frühe Umgang mit psychisch Kranken seit dem Mittelalter in einem ersten Kapitel (► Kap. 2) skizziert.

Zu bedenken ist dabei, dass es sich 1. um eine Auswahl historischer Ereignisse zum Zwecke der Illustration des Themas handelt, die 2. in der Sprache einer späteren Epoche beschrieben werden, deren Begriffsinhalte sich mit denen der historischen Akteure womöglich nicht decken²¹ und 3. werden ein- und dieselben Quellen gelegentlich auch von Historikern unterschiedlich interpretiert, vor allem, wenn diese aus verschiedenen Epochen darauf blicken.²²

So wurde beispielsweise der Vorschlag Griesingers, »Stadtsytle« einzurichten, 1968 auf seine »sozialpsychiatrischen« Konsequenzen hin interpretiert²³ und darin eine »zeitgeistige« Konkordanz der 1860er mit den 1960er Jahren gesehen.²⁴ »Sozialpsychiatrie« im heutigen Verständnis konnte jedoch gegen den Zeitgeist nicht realisiert werden;²⁵ sie war deshalb ein zu Griesingers Zeit noch unbekannter Begriff, der erst 35 Jahre später erstmals auftauchte.²⁶ Und Griesingers Stadtsytle war zwar modern gegen die soziale Isolierung der Kranken in den stadtfernen »Irrenanstalten« gerichtet und zielte darauf, die akut und leichter Kranken möglichst nahe an ihrem sozialen Umfeld zu beobachten (ein »wissenschaftliche(s) Observatorium«²⁷) und zu behandeln. Primär jedoch wollte er sich seine durch eine restriktive Aufnahmeregelung der Charité-Direktion gefährdete²⁸ eigene Patientenbasis (»Krankenmaterial«) für den Psychiatrie-Unterricht sichern und durch die Nähe zu den anderen Universitätskliniken die Integration der Psychiatrie in die Medizin fördern.²⁹

Schließlich zielt diese Skizze nicht auf eine historisch umfassende Darstellung der vielfältigen Erscheinungsformen der Psychiatrie-Entwicklung und ihrer komplexen Bedingungen; vielmehr will sie anhand ausgewählter Beispiele Bewertungen von Nutzen und Risiken psychiatrischen Handelns verdeutlichen, insbesondere wie unterschiedlich oder gegensätzlich ein und derselbe Sachverhalt aus verschiedenen Perspektiven erlebt, beurteilt oder auch beschrieben werden kann. Dabei werden Randunschärfen von historischen Fakten und Begriffen deutlich, die als Ansatzpunkte für die Suche nach Gemeinsamkeiten in einander entgegengesetzten Positionen genutzt werden können.

21 Baker RB, McCullough LB (2008)

22 Nippel W (2014); Engstrom EJ, Kendler KS (2015); Schmuhl H-W (2016)

23 Schrenck M (1968b)

24 Schmiedebach H-P (2008), S. 180

25 Schrenck M (1968a)

26 Ilberg G (1904)

27 Sammet K (2000), S. 145

28 Engstrom EJ (2000), S. 167 f.

29 Bonhoeffer K (1940), S. 54; Sammet K (2000), S.257; Schmiedebach H-P (2008), S.189; Loos H (2014), S. 33

VII

Kritische Beschreibungen historischer Verhältnisse mit dem Ziel, schlimme Zustände zu verbessern, sind nicht ohne Risiko.³⁰ Der negative Eindruck, den kritische Darstellungen der Psychiatrie-Entwicklung hervorrufen, kann zur Verdammung der gesamten Institution missbraucht werden und nachhaltig wirksam bleiben. Solches Negativ-Bild kann psychisch Kranke von Hilfsmöglichkeiten, die die Psychiatrie heute zu bieten hat, fernhalten.

Am 17.3.1980 erschien der SPIEGEL mit der Titelgeschichte »Der sanfte Mord«. Auf 26 Seiten wurde beschrieben, dass »die wahndämpfenden ›Neuroleptika‹[...] schwere, oft tödliche Nebenwirkungen« auslösen. Es wurden anti-psychiatrische Äußerungen wie dass »immer mehr Schizophrene durch die Drogen-Therapie ›allmählich umgebracht oder in den Selbstmord getrieben‹ werden – ...ein heimlicher ›psychiatrischer Holocaust‹« zahlreich zitiert. Patienten sagten mit Verweis auf diesen Spiegel-Artikel, dass sie – da sie es ja nun schwarz auf weiß hätten, dass ihnen doch nicht zu helfen sei – alle Medikamente absetzen und ihrem Leben ein Ende machen würden.³¹ Tatsächlich belasten unerwünschte Wirkungen (»Nebenwirkungen«) vieler Psychopharmaka die Patienten, sodass ihre Behandlungstreue abnimmt und erkennbare Nebenwirkungen die Patienten auch stigmatisieren können. Wenn aber mit unzutreffenden Behauptungen reale Probleme demagogisch übertrieben werden, dann stigmatisieren sie auch die Institution und halten Patienten davon ab, ihre Hilfe in Anspruch zu nehmen. Belastung der Patienten durch Nebenwirkungen der Therapie sind Psychiatern nach vielfältigen und umfangreichen Untersuchungen heute sehr bewusst; Psychiater wissen, dass sie den Patienten nur in der Behandlung halten können, wenn sie das Verhältnis zum Patienten so offen gestalten und ihn so ernst nehmen, dass dieser seine Beschwerden zur Sprache bringt und sie darauf angemessen reagieren.

Übrigens warnten sogar führende Vertreter der die Euthanasie implizierenden nationalsozialistischen Psychiatriepolitik vor den negativen Folgen der nationalsozialistischen Propaganda,³² die durch ihre demagogisch-diskriminierende Darstellung von psychisch Kranken die Öffentlichkeit auf eine (stillschweigende) Akzeptanz der Ermordung der Kranken vorbereitete,³³ aber dadurch auch den Nachwuchs von der Ausbildung in der Psychiatrie abhielt und ebenso Fürsorgeverwaltungen »Ausgaben für psychisch Kranke zunehmend als Verschwendung«³⁴ ansehen ließ.

30 So war Laehr in seinem Streit (► Kap. 2.2, S.49 f.) mit Griesinger »deswegen so empört, weil er« die in den 1860er Jahren zunehmende öffentliche Kritik an den überfüllten Irrenanstalten »nun aus dem Munde eines psychiatrischen Universitätsprofessors erneut zu hören bekam, wo es doch dessen Aufgabe gewesen wäre, das Bestehende zu verteidigen« (Zeller G (1981), S. 125).

31 Helmchen H (2007), S. 112

32 Schneider C (1941), zit in Schmuhl H-W (2016), S. 366f.

33 Schmuhl H-W (1987)

34 Sandner P (2006), S. 122

Hingegen kann die Information über die »brutale Wirklichkeit«³⁵ psychiatrischer Krankenhäuser, wie sie durch die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages³⁶ ab den 1970er Jahren in die Öffentlichkeit gebracht wurde, als Beispiel dafür angesehen werden, dass kritische Berichte dann erfolgreich sind, wenn sie tatsächliche Missstände realitätsnah und deshalb so überzeugend darstellen, dass die öffentliche Resonanz zu einem politischen Momentum wird, das letztlich die Bürger dafür sensibilisiert, als notwendig eingesehene Reformen in den Kommunen und als Steuerzahler mitzutragen. Nur so konnte die Psychiatrie-Enquête die bisher tiefgreifendste Reform der deutschen Psychiatrie bewirken.³⁷

Aber viele neue Anstrengungen sind erforderlich, um auf dem Wege zu einer humanen, d. h. Person-orientierten partizipativen sowie therapeutisch wirksamen Psychiatrie weiter voran zu kommen.³⁸ In diesem Sinne mögen auch die folgenden Ausführungen verstanden werden.

35 SPIEGEL (1973) vom 9.10.1973 37:52

36 Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland: Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung). Dessen Erfolg wurde durch die am 18.01.1971 gegründete AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK), Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V., mitbestimmt, da in ihr übergreifend Abgeordnete aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und engagierte Fachleute aus dem Bereich Psychiatrie zusammenarbeiteten, um »mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland hinzuwirken«.

»Menschen mit psychischen Erkrankungen können umso weniger ihre Anliegen selber vertreten, je schwerer krank sie sind. Die APK versteht sich als Lobby für diese benachteiligte Zielgruppe. Der Verein ist überparteilich zusammengesetzt und arbeitet wie ein Scharnier zwischen Bundsparlament/ Bundesministerien und psychiatrischer Fachwelt.

Als ein von Partikularinteressen unabhängiger Verein führt die APK unterschiedliche Organisationen und Interessenvertretungen (Verbände der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, Leistungsträger, Einrichtungsträgerverbände, berufsgruppenbezogene Fachverbände usw.) zu konkreten psychiatriepolitischen Fragestellungen zusammen.« (Aktion psychisch Kranke)

37 Häfner (1965); Radenbach & Wiesemann (2016)

38 v. Cranach M (2015)

2 Zur Entwicklung psychiatrischen Handelns im 19. Jahrhundert

Seelenstörungen waren Ärzten seit der Antike bekannt, Irrenpflege war seit dem Mittelalter Standespflicht islamischer Ärzte,³⁹ und bereits vor tausend Jahren errichteten islamische Städte um das Mittelmeer – so u. a. Bagdad, Damaskus, Kairo, Granada – Hospitäler,⁴⁰ in die auch Wahnsinnige aufgenommen wurden; ein 1409 in Valencia eingerichtetes Haus nur für Irre (»Casa de Orates«) wurde als ältestes Irrenhaus der Welt bezeichnet.⁴¹

2.1 Entstehung der »Anstaltspsychiatrie«⁴²

Gleichwohl wurden in Europa vor allem zwei Traditionen eines eher außermedizinischen Umganges mit psychisch Kranken bekannt: Zum einen wurden in früheren Jahrhunderten durch psychische Krankheit nicht nur auffällige, sondern auch hilflose Menschen vorwiegend von caritativen Orden gepflegt.

Beispielsweise hat der 1396 gegründete Orden der Alexianer wohl schon früh in seinem Aachener Kloster Geisteskranke aufgenommen, und sich seit dem 18. Jahrhundert an mehreren Orten im Rheinland dezidiert der Pflege psychisch Kranker gewidmet.⁴³ »Noch zu Ende des 18. Jahrhunderts lag die Pflege von Kranken und Hilflosen, Irren und Siechen fast ausschließlich in der Hand caritativer Vereinigungen.«⁴⁴

Zum anderen wurden psychisch Kranke in ihren ländlichen Familien versorgt und – wenn möglich – auch für einfache landwirtschaftliche Tätigkeiten eingesetzt. Dies änderte sich, als mit Beginn der Industrialisierung seit dem 17. Jahrhundert die Bevölkerung rapide zunahm, Menschen vermehrt in die Städte zogen und damit die

39 Schipperges H (1961)

40 Schott H, Tölle R (2006), S. 232

41 Jetter D (1981), S.79; Escolano (1611), zit. Ullersperger (1871), zit. Guttstadt A (1874), S.202

42 Jetter D (1981); Jetter D (1992); Blasius D (1994); Guttstadt A (1874); Thomsen H, Dilling H (2008); Geyer D (2014); Vanja C (1999); Braun S (2009); Haisch E (1959b)

43 Schott H, Tölle R (2006), S.234

44 Dörner K (1969), S.274; Mühlberger M (1966/67); Schweikardt C (2008)

Zahl sozial randständiger Menschen erheblich wuchs.⁴⁵ Der absolutistisch-bürokratische Staat reagierte vornehmlich in Frankreich auf diese Entwicklung,⁴⁶ indem er Menschen, die sich nicht an die herrschenden sozialen Regeln hielten bzw. halten konnten (Vagabunden/Obdachlose, Prostituierte, Bettler, Diebe, psychisch Kranke), in sogenannten Arbeits-, Korrekptions-, Zucht- und Tollhäusern oder Armen- und Siechenhäusern »wegschloss«, die – wie Foucault⁴⁷ meinte – »Unvernunft ausgrenzte«, um die öffentliche Ordnung zu sichern.⁴⁸

So veranlasste Ludwig XIV. 1656 mit seinem Erlass »renferment des pauvres« (»Einschließung der Armen«) den Bau der Salpêtrière, einem riesigen Gebäude-Komplex auf dem Gelände einer ehemaligen Salpeter-basierten Munitionsfabrik mitten in Paris, um »Arme und Bettler, bald auch Geschlechtskranke, Prostituierte, gescheiterte Selbstmörder, Epileptiker, Demente und chronisch Kranke« aufzunehmen⁴⁹ und somit von der Stadt fernzuhalten. Es war also ein »Bettlergefängnis«; ca. 10 % der Insassen waren psychisch krank. In Kombination mit einem allgemeinen Krankenhaus (»Hôtel des Invalides«) galt es bereits gegen Ende des Jahrhunderts mit bis zu 8000⁵⁰ Insassen als das »größte Asyl Europas«.⁵¹

Das empirisch begründete Wissen antiker griechischer und persischer Ärzte war in der Scholastik des »dunklen« Mittelalters⁵² weitgehend in Vergessenheit geraten. Gelegentlich wurden Wahnsinnige als mit Gott in Verbindung stehende Heilige⁵³ oder aber häufiger als von Dämonen besessene Hexen angesehen (und im

45 Fischer EP (2009) Die Charité. Ein Krankenhaus in Berlin 1700 bis heute. Siedler, München. S.28

46 Blasius D (1980)

47 Der französische Philosoph Michel Foucault (1926–1984) hatte auch Psychologie studiert und während einer psychiatrischen Zusatzausbildung im Pariser Krankenhaus Sainte-Anne psychiatrische Erfahrung gesammelt. 1961 veröffentlichte er seine Dissertation »Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique (dt. Wahnsinn und Gesellschaft, 1969). Sie entfaltete mit ihrer sozialgeschichtlichen Kritik an der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit sowie der sozialen Ausgrenzung der »Irren« vielfältige Wirkung in den Psychiatriereformen der 1960er und 1970er Jahre. Foucault war ein gut vernetzter, ungemein lebhafter Anreger, der allerdings wegen erheblicher Ungenauigkeiten und Einseitigkeiten von vielen Seiten (von Ackerknecht, Chomsky, Dörner, Habermas, Sartre und anderen bis Wehler) heftige Kritik auf sich zog. 1970 formulierte er einen speziellen Diskursbegriff in seiner Antrittsvorlesung *L'ordre du discours*, die er am College de France hielt, wo er bis zu seinem Tode 1984 lehrte. (Wikipedia (2016b) Foucault; Goddemeier C (2011))

48 Diese auf Foucault zurückgehende »Sozialdisziplinierungshypothese« wurde für Deutschland von Doris Kaufmann, für England von Roy Porter und Jens Gründler zurückgewiesen: Foucault M (1969); Kaufmann D (1995), S.129; Porter R (1987); Gründler J (2013), S.172: »Psychiatrische Anstalten waren demnach im 19. und frühen 20. Jahrhundert weniger ein Instrument der sozialen Kontrolle in den Händen institutioneller Fürsorgler, sondern viel häufiger ein für Angehörige verhaltensauffälliger oder pflegeintensiver Kranker nützliches Angebot zur Versorgung.«

49 Porter R (2003), S. 241

50 Nach mehreren Quellen erscheinen nur 6000 Insassen als belegt (z. B. Foucault M (1969), S. 391)

51 Wikipedia (2015f) Salpêtriere.

52 das wegen der unzureichenden Quellenlage lange Zeit als »dunkel« bezeichnet wurde

53 Jaspers K (1913), S.612; Schipperges H (1961)