

**Carl von Ossietzky
Universität Oldenburg**

**Studiengang:
Zwei-Fächer-Bachelor: Pädagogik/ Philosophie – Werte und Normen**

Bachelorarbeit

**Eine Analyse der psychiatriekritischen Bewegung am Beispiel der
Villa Stöckle in Berlin – Eine hermeneutische Analyse zum psychiatriekritischen
Diskurs**

vorgelegt von:
Alexander Steinweg
Donarstr. 2
26123 Oldenburg
alexander.steinweg@uni-oldenburg.de
Matr.-Nr.: 1485067

Betreuende Gutachterin:
Prof. Dr. Yvonne Ehrenspeck-Kolasa

Zweite Gutachterin:
Dr. Monika Bourmer

Oldenburg, 27.08.2013

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Forschungsmethode.....	6
2.1. Vorgehen.....	6
2.2. Die konzeptuelle Erfüllung des Selbstanspruchs des Weglaufhauses „Villa Stöckle“ als Bestandteil des Diskurses der Anti-Psychiatrie.....	7
2.3. Die Analyse und Interpretation.....	9
2.4. Die Fragestellung.....	10
2.5. Grenzen dieser Arbeit.....	10
3. Die Theorien der Anti-Psychiatrie.....	11
3.1. Die historische Herleitung des Wahnsinns.....	11
3.2. Die existentiell-phänomenologische Betrachtungsweise.....	19
3.3. Das Verständnis der Psychiatrie als totale Institution.....	25
3.4. Kritik an der ‚Schizophrenie‘.....	30
3.5. Kritik der Klassifizierung von Menschen.....	35
4. Internationale und historische Einflüsse.....	41
4.1. La libertà è terapeutica – Die Anti-Psychiatrie-Bewegung in Italien.....	41
4.2. Die Gekken-Bewegung in den Niederlande.....	42
4.3. Die Sonderrolle Deutschlands: Nationalsozialismus, Sozialdarwinismus und die T4-Aktion.....	44
5. Die Merkmale der Anti-Psychiatrie-Bewegung.....	45
6. Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ in Berlin.....	48
6.1. Die Entstehung des Weglaufhauses „Villa Stöckle“.....	48
6.2. Der Aufbau des Weglaufhauses „Villa Stöckle“.....	50
6.2.1. Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“.....	50
6.2.2. Struktur und Organisation.....	51
6.2.2.1. Das Krisenverständnis und die Aufnahme.....	51
6.2.2.2. Verständnis und Ziel der Hilfestellung.....	53
7. Beantwortung der Forschungsfrage: Die Überprüfung des konzeptuellen Selbstanspruchs.....	55
7.1.1. Kriterium 1: Die Differenzlinie psychisch ‚gesund‘ / psychisch ‚krank‘ ist in erster Linie gesellschaftlich konstruiert und nicht biologisch determiniert.....	56
7.1.2. Kriterium 2: Eine Klassifizierung menschlichen Verhaltens ist abzulehnen.....	57

7.1.3. Kriterium 3: Der Mensch muss als eigenständige und selbstverantwortliche Person betrachtet werden.....	57
7.1.4. Kriterium 4: Eine Kriseninstitution muss so aufgebaut werden, dass sie nicht wie eine totale Institution zum Ziel hat „den Charakter von Menschen zu verändern“.....	57
7.1.5. Kriterium 5: Durch die Einflüsse der Betroffenenbewegung rückt die Sichtweise und die Empfindungen der Leistungsberechtigten in den Fokus der Arbeit und die Mitarbeiter_innen bieten nur eine Hilfestellung zur Bewältigung der Krisensituation.....	58
7.1.6. Fazit:.....	59
8. Die Anti-Psychiatrie-Bewegung – Ausblick und Aktualität.....	59
9. Quellenverzeichniss.....	61
9.1. Literaturquellen.....	61
9.2. Internetquellen.....	62

1. Einleitung

Die Aktualität der Debatte über die Psychiatrie und die damit einhergehende grundsätzliche Thematik der Differenzlinie psychisch gesund/ psychisch krank wird im allgemeinen Diskurs häufig ignoriert. So wird die Psychiatrie als ein notwendiges Instrument gesehen, um Menschen vor sich selbst beziehungsweise die Gesellschaft vor ihnen zu schützen. Ein Artikel in der Zeitung *Die Zeit* beschreibt, dass jedes Jahr „rund 120.000 Menschen in Deutschland ohne ihre Zustimmung in einer psychiatrischen Klinik untergebracht [werden]“ (Grefe/Albrecht 2012) und rechtfertigt dies dadurch, dass „[w]enn Altersverwirrte ihr Insulin oder magersüchtige Mädchen das Essen verweigern, [...] die ärztliche[n][...] Übergriffe Leben [retten würden]“ (ebd.). Anders sähen sich Mediziner_innen häufig nicht in der Lage die Patient_innen zu behandeln, sondern könnten sie nur verwahren (vgl. ebd.).

Eine konträre Meinung hierzu bezieht der *Betroffenenverband Psychiatrie-Erfahrener*, für welchen eine „Zwangsbehandlung [...] immer inakzeptabel [sei]“ (Richter-Kuhlmann 2012). Dies unterstützt der ‚Behindertenbeauftragte‘ der Bundesregierung Hubert Hüppe im *Deutschen Ärzteblatt* „Selbstbestimmung ist das höchste Gut. Eine Ablehnung der Therapie muss akzeptiert werden, auch wenn sie für andere nicht nachvollziehbar ist“ (ebd.).

Dass für den Diskurs rund um die psychiatrische Behandlung von Menschen besonders in Deutschland nur verhältnismäßig wenig Interesse vorhanden ist, schockiert. So ist es noch keine 100 Jahre her, dass im Zuge der T4-Aktion des nationalsozialistischen Regimes mehr als 70.000 Menschen ihr Leben verloren, da sie für die deutsche Volksgemeinschaft keinen Wert erfüllten (vgl. Klee 2009, S. 45). Auch hierbei beriefen sich Menschen darauf, dass andere aufgrund ihrer gesundheitlichen Lage das Recht auf Selbstbestimmung verloren hätten (vgl. Binding/ Hoche 1920, S. 27). Jedoch nicht alleine die Geschichte zeigt, dass eine kritische Reflexion der psychiatrischen Institution und der Differenzlinie (psychisch) gesund/ krank notwendig ist. So zeigt die aktuelle Debatte um das neue DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), wie und warum es problematisch sein kann, wenn aufgrund von Definitionen Menschen „über Nacht zu psychisch Kranken“ (Kriesl 2013) gemacht werden.

Dieser Diskurs ist alles andere als neu: Schon im Zuge der '68 Bewegung lebte die *psychiatriekritische* und *anti-psychiatrische* Bewegung auf. Zum einen aufgrund der negativen Erfahrungen des NS-Regimes, zum anderen aber auch aufgrund einer grundsätzlichen Kritik an bestehenden Herrschaftsverhältnissen, welche durch Psychiatrie

als *totale Institution* (vgl. Goffmann 1972, S. 13 ff) gestützt werden. Die Notwendigkeit Menschen in schwierigen Lebenssituationen, nicht alleine zu lassen, damit zum einen eine Krise nicht eskaliert und zum anderen die Selbstbestimmung der betroffenen Person wieder hergestellt werden kann, bleibt trotz der Ablehnung vom psychischen Krankheitsbegriff und der Kritik an der Psychiatrie bestehen. Dies war auch den Anhänger_innen der psychiatriekritischen Bewegung bewusst. Daher entstanden Versuche, eigene Institutionen zu gründen, welche entsprechende Aufgaben übernehmen könnten, jedoch eine andere Grundhaltung hatten: Nicht die Meinung der Ärzt_innen oder die normative gesellschaftliche Vorstellung von ‚gesundem Verhalten‘ sollte im Vordergrund stehen, sondern die Selbstverwaltung und Selbstbestimmung der Betroffenen. Eine aus dieser Bewegung hervorgegangene Einrichtung ist das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* in Berlin. Dieses sieht sich selbst in der Tradition der *Weglaufhäuser* und soll psychiatriee erfahrenen und psychiatriegerährdeten Menschen einen Schutzraum bieten.

Im Zuge dieser Bachelorarbeit werde ich in *Kapitel 5*, auf der Grundlage der in *Kapitel 3* beschriebenen Theorien, Merkmale für eine anti-psychiatrische Institution herausarbeiten. Neben den Theorien von Foucault, Laing, Goffman, Cooper und Szasz, welche die wissenschaftliche Grundlage der Bewegung geschaffen haben, sind hierfür auch die historischen Einflüsse der NS-Zeit und die internationalen Einflüsse aus den Niederlanden und Italien von großer Bedeutung. In *Kapitel 6* beschreibe ich das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* in Berlin, als ein Beispiel einer aus der anti-psychiatrischen Bewegung entstandenen Institution. In *Kapitel 7* gehe ich auf die von mir aufgestellte Forschungsfrage ein, inwieweit das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* konzeptuell ihrem politischen Selbstanspruch als psychiatriekritische Institution, welche in der Tradition der anti-psychiatrischen Bewegung der 70'er und 80'er Jahre steht, gerecht wird. Dabei ging aus der Literatur keine weitere Differenzierung zwischen den Worten *anti-psychiatrisch* und *psychiatriekritisch* hervor, weshalb ich beide Begriffe im Zuge dieser Arbeit synonym benutze.

Das Forschungsbedürfnis ergibt sich aus der Frage, welchen Effekt ein (politischer) Diskurs, auf die konkrete Realität von Menschen innerhalb der Gesellschaft haben kann, wozu bei dem Beispiel des *Weglaufhauses „Villa Stöckle“* ein Abgleich des Selbstanspruches mit der konzeptuellen Verwirklichung dazugehört. Eine genaue Beschreibung der Forschungsmethode, Quellenauswahl und der Entwicklung der Fragestellung findet sich im *Kapitel 2 Forschungsmethode*.

Nicht Bestandteil dieser Arbeit ist die ‚anti-psychiatrische‘ Sichtweise der Sekte Scientology, welche sich zwar ebenfalls für die Abschaffung der Psychiatrie einsetzt, jedoch

inhaltlich nichts mit der hier behandelten politischen Anti-Psychiatrie-Bewegung gemein hat.

2. Forschungsmethode

2.1. Vorgehen

Ziel dieser Arbeit ist es, das theoretische Konzept des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ mit ihrem politischen Selbstanspruch abzugleichen. Im ersten Teil werden die Inhalte der psychiatriekritischen Bewegung ausgearbeitet. Dafür ist es notwendig die Inhalte dieser Bewegung in Deutschland zu verstehen, wofür sowohl die theoretischen Grundannahmen berücksichtigt werden müssen, als auch deren historischer Kontext und internationale Einflüsse. Dabei stehen in dieser Arbeit deutlich jene Einflüsse und Grundlagen im Vordergrund, welche für die Entstehung des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ von Bedeutung waren.

Bei der Betrachtung der Bewegung in Deutschland muss immer die deutsche NS-Vorgeschichte und mit ihr einhergehend die zur Zeit des NS-Regimes durchgeführte ‚Euthanasie‘ berücksichtigt werden. Daher wird mit dieser Bachelorarbeit unter anderem auf die Ergebnisse des Forschungsprojektes *Historische Spurensuche in Oldenburg – Soziale Arbeit im Nationalsozialismus*, welches im WS 2011/2012 unter der Leitung von Frau Dr. Bourmer startete und sich mit der Psychiatrie im Nationalsozialismus beschäftigte, aufgebaut. Die internationalen Einflüsse werden am Beispiel der *Wegloophuizen* der *Gekken*-Bewegung aus den 1970er Jahren in den Niederlanden und den Einflüssen aus der italienischen psychiatriekritischen Bewegung, welche als die erfolgreichste angesehen werden kann, dargestellt. Um die Theorie der deutschen Bewegung darzustellen, werden die Schriften der wichtigsten Autor_innen und Vertreter_innen der psychiatriekritischen Bewegung durchgearbeitet und deren Hauptaussagen beschrieben. Hierbei liegt der Fokus dieser Arbeit vor allen Dingen auf David Cooper, Michel Foucault und Thomas Szasz, welche zusammen mit Ronald D. Laing als die Begründer der Anti-Psychiatrie-Bewegung betrachtet werden können. Jedoch wird auch Erving Goffmann mit seiner Theorie über die *totalen Institutionen* eine wichtige Grundlage dieser Analyse darstellen.

Der zweite Abschnitt dieser Arbeit wird sich mit dem *Weglaufhaus* „Villa Stöckle“ als Institution der anti-psychiatrischen Bewegung beschäftigen. Um den Selbstanspruch und das Konzept der „Villa Stöckle“ zu beschreiben, werden die Publikationen und Artikel über diese Einrichtung genutzt, in welchen sich auf die Theorien der Anti-Psychiatrie bezogen wird. Auf ihrer Internetseite finden sich hierzu viele Links und Möglichkeiten

an die frei zugänglichen Schriften zu gelangen, welche häufig auch die Sicht der Bewohner_innen beschreiben. Auch das Konzept des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ ist für alle Menschen frei downloadbar auf der Website zu finden (<http://www.weglaufhaus.de/literatur/forschungsarbeiten-zum-berliner-weglaufhaus/>).

Der letzte Abschnitt dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Abgleich des Konzeptes des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ mit ihrem politischen Selbstanspruch. Hierzu wird das bestehende Konzept mit den herausgearbeiteten Merkmalen der psychiatriekritischen Bewegung abgeglichen und so eine Erfüllung des Selbstanspruches überprüft.

2.2. Die konzeptuelle Erfüllung des Selbstanspruchs des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ als Bestandteil des Diskurses der Anti-Psychiatrie

Nach Reiner Keller erfolgt der „Bezug auf den Begriff ‘*Diskurs*‘ [Hervorhebung im Original] [...] dann, wenn sich die theoretischen Perspektiven und die Forschungsfragen auf die Konstitution und Konstruktion von Welt im konkreten Zeichengebrauch und auf zugrunde liegende Strukturmuster oder Regeln der Bedeutungs(re-)produktion beziehen“ (Keller 2004, S. 7). Hierbei lassen sich „Diskurse [...] als mehr oder weniger erfolgreiche Versuche verstehen, Bedeutungszuschreibungen und Sinn-Ordnungen zumindest auf Zeit zu stabilisieren und dadurch eine kollektiv verbindliche Wissensordnung in einem sozialem Ensemble zu institutionalisieren“ (ebd.). Dabei „produzieren und prozessieren [Diskurse; A. S.] Deutungszusammenhänge, die Wirklichkeit in spezifischer Weise konstituieren“ (ebd., S. 68).

Sowohl die Theorie der anti-psychiatrischen Bewegung, als auch die Fragestellung nach der konzeptuellen Erfüllung des Selbstanspruchs des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ beziehen sich auf die Konstitution und Konstruktion von Welt. Die Frage nach der gesellschaftlichen Bedeutung von ‚Verrücktheit‘ und wie ‚Wahnsinn‘ gesellschaftlich konstruiert wird, macht deutlich, wie sehr ein Verständnis hierfür die Konstitution und Konstruktion unserer Welt beeinflusst und somit auch immanent für die zugrunde liegenden Regeln der Bedeutungs(re-)produktion im therapeutischen Bereich ist. Die anti-psychiatrische Bewegung lässt sich somit als Teil eines Diskurses verstehen, in welchem es um die Bedeutungszuschreibung verschiedener Begriffe des medizinisch-psychiatrischen aber auch pädagogischen Bereiches geht. Das Ziel der Bewegung besteht darin, Sinn-Ordnungen auf Zeit innerhalb von Fachkreisen und der Gesellschaft zu stabilisieren und dadurch eine kollektiv verbindliche Wissensordnung über das Bewusstsein und den Umgang mit ‚psychischen Erkrankungen‘ bzw. Krisensituationen zu erreichen. Im Zuge des Diskurses um die Auffassung von ‚Geisteskrankheit‘ und deren psychiatrische Behandlungsformen werden immer wieder Deutungszusam-

menhänge produziert und in diesem Zusammenhang auch immer wieder gerichtliche Schritte eingeleitet, um Behandlungen zu erzwingen oder das Recht auf Selbstbestimmung einzuklagen. Da sich die „*Villa Stöckle*“ als Teil der anti-psychiatrischen Bewegung versteht, ist auch sie Bestandteil dieses weitreichenden Diskurses. Somit lässt sich auch die Forschungsfrage nach der konzeptuellen Erfüllung des Selbstanspruchs, als Teil einer Analyse des Diskurses betrachten. Als Konsequenz wird die vorliegende Arbeit sich zur Beantwortung der Forschungsfrage an der Methode der Diskursanalyse orientieren. Auf eine vollständige Diskursanalyse wird verzichtet, da dies den Rahmen einer Bachelorarbeit sprengen würde.

Keller (2004) beschreibt, dass der Begriff des Diskurses sich „selbst innerhalb des engeren Feldes der Diskursforschung auf sehr Unterschiedliches“ (ebd., S. 8) bezieht. Dadurch ist der Begriff des Diskurses mit „heterogene[n] Forschungsziele[n] verbunden“ (ebd., S. 8). Jedoch beschreibt er, dass vier Merkmale existieren, welche als kleinster gemeinsamer Nenner der Diskursforschung und Diskursanalyse betrachtet werden können (vgl. ebd., S. 8). Im Folgenden werde ich diese Merkmale auflisten und darlegen, wieso diese Kriterien sich auf die vorliegende Forschungsfrage übertragen lassen.

„Diskursanalysen

- beschäftigen sich mit dem tatsächlichen Gebrauch von (geschriebener und gesprochener) Sprache und anderen Symbolformen in gesellschaftlichen Praktiken;“ (ebd.)

Für die Frage nach der Erfüllung des Selbstanspruchs, ist die Betrachtung der Schriften der Vordenker_innen der anti-psychiatrischen Bewegung, die Herausarbeitung deren wichtigster Kritikpunkte und der Abgleich mit dem aufgestellten Konzept des *Weglaufhauses* „*Villa Stöckle*“ notwendig. Während die Publikationen der Theoretiker_innen als die geschriebene Sprache der Bewegung verstanden werden kann, bezieht sich die Überprüfung des Konzeptes auf den tatsächlichen Gebrauch dieser Sprache. In wie weit das Konzept umgesetzt wird, wird nicht Bestandteil dieser Forschung sein.

- „betonen, dass im praktischen Zeichengebrauch der Bedeutungsgehalt von Phänomenen sozial konstruiert und diese damit in ihrer gesellschaftlichen Realität konstituiert werden;“ (ebd.)

Innerhalb dieses Abgleichs, wird die Konstruktion der gesellschaftlichen Realität eine zentrale Rolle spielen. Dies zeigt sich sowohl in der von den Kritiker_innen dargestellten gesellschaftlichen Realität, als auch durch jene, die versucht wird innerhalb des *Weglaufhauses* (und darüber hinaus) durch das Konzept zu konstruieren. Durch den Abgleich soll die gesellschaftliche Realität betrachtet werden, welche durch die Zeichen und Symbole der Bewegung entstanden ist.

- „unterstellen, dass sich einzelne Interpretationsangebote als Teile einer umfassenderen Diskursstruktur verstehen lassen, die vorübergehend durch spezifische institutionell-organisatorische Kontexte erzeugt und stabilisiert wird, und“ (ebd.)

Im Zuge dieser Arbeit werden nur einzelne Schriften von ausgewählten Theoretiker_innen betrachtet werden können, welche sich als Teil einer umfassenderen Diskursstruktur verstehen lassen. Der Diskurs der Anti-Psychiatrie ist vorübergehend, da er sich mit der Zeit inhaltlich verändert und sowohl in der „öffentlichen Diskussion“ (ebd., S. 64) als auch innerhalb des „Spezialdiskurses“ (ebd.) weiterentwickelt hat. Unter anderem durch die Institution des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ wird der Diskurs immer wieder erneut erzeugt und so als öffentlicher und Spezialdiskurs stabilisiert.

- gehen davon aus, dass der Gebrauch symbolischer Ordnungen rekonstruierbaren Regeln des Deutens und Handelns unterliegt“ (ebd.).

Die Bedeutung und der Gebrauch der symbolischen Ordnung des ‚Wahnsinns‘, welche einer der Ausgangspunkte der anti-psychiatrischen Bewegung darstellt, unterliegen bestimmten gesellschaftlichen Deutungs- und Handlungsmodellen, welche unter anderem von Foucault rekonstruiert wurden.

2.3. Die Analyse und Interpretation

Um die grundlegenden Merkmale der Kritik herauszuarbeiten, werde ich ausgewählte Publikationen der Theoretiker_innen der Anti-Psychiatrie-Bewegung analysieren. Die Auswahl ergibt sich zum einen aus der Bedeutung der Autor_innen für die Bewegung, und zum anderen aus Empfehlungen der Mitarbeiter_innen des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“. Dies allein ermöglicht zwar keine umfassende Darstellung der Anti-Psychiatrie-Bewegung, jedoch lässt sich dadurch der konzeptuelle Selbstanspruch des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ überprüfen, da so jene Publikationen betrachtet werden, in dessen Tradition sich die Institution sieht.

Nach Flick „verstehen sich [Diskursanalysen; A. S.] heute meist als qualitative, hermeneutische bzw. interpretative Perspektiven“ (Flick zitiert nach Keller 2004, S. 8). Die Interpretation geschieht für gewöhnlich nach unterschiedlichen hermeneutischen Konzepten und Analysemethoden, welche „[t]rotz ihrer Unterschiede“ das Bemühen eint, „eine selbstreflexive Haltung, welche die Interpretationsleistungen der SozialforscherInnen berücksichtigt, [...] methodisch nachvollziehbar [zu] gestalte[n] und beansprucht, gute Gründe für die jeweiligen Interpretationsangebote anzugeben“ (Keller 2004, S. 73). Es wird versucht dem hermeneutischen Anspruch der Nachvollziehbarkeit gerecht zu werden, indem Aussagen durch Quellenverweise und Zitate belegt und Aussagen zu den entstehenden Thesen plausibilisiert werden. Durch dieses Vorgehen werden die

Arbeitsschritte, welche zur Antwort der Forschungsfrage führen, transparent und nachvollziehbar dokumentiert.

2.4. Die Fragestellung

Eine der zentralen Fragen der Diskursanalyse ist jene nach den (Macht-)Effekten, die „von einem Diskurs aus[gehen; A. S.], und wie [...] sich diese zu gesellschaftlichen Praxisfeldern und ‚Alltagsrepräsentationen‘ [verhalten; A. S.]“ (ebd., S. 67). Bei den Effekten, welche bestimmte Aussagen von Akteur_innen (vgl. ebd., S. 64) auf einen Diskurs und dadurch auf die gesellschaftliche Realität haben, ist die Frage nach der Macht immanent. Die soziale Situation und gesellschaftliche Stellung ist ein wichtiger Faktor für die Einflussmöglichkeiten der einzelnen Akteur_innen auf die Gesellschaft. Diese Machtfrage und deren Effekte werden am Beispiel der Psychiatriekritik sehr gut deutlich, wenn das Verhältnis Behandelte_r und Behandelnde_r betrachtet wird. Es war somit wichtig eine Fragestellung zu entwickeln, welche diesen Machtaspekt berücksichtigt, aber ihren Fokus trotzdem auf die Betroffenenensituation legt. Das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“*, als Bestandteil des gesellschaftlichen Praxisfeldes der Kriseneinrichtungen, ist daher eine gute Institution, um einen möglichen Effekt, nämlich das Gründen einer neuen Institution, aufgrund der Macht der betroffenen Akteur_innen, welche von einem Diskurs ausgehen kann, darzustellen. Vor diesem Hintergrund entstand die Forschungsfrage:

Inwieweit entspricht das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* konzeptuell seinem politischen Selbstanspruch als anti-psychiatrische/psychiatriekritische Institution, die sich in der Tradition der psychiatriekritischen Bewegung der 70'er und 80'er Jahre versteht?

2.5. Grenzen dieser Arbeit

Innerhalb dieser Arbeit werden viele Fragen aufkommen, die sich nicht im Zuge einer Bachelorarbeit klären lassen. Daher werde ich mich immer auf jene Bestandteile des Diskurses beschränken, welche für die konkrete Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Durch diese spezifische Betrachtung, lege ich den Fokus dieser Arbeit auf die Überprüfung des Selbstanspruches und nicht auf die Rechtfertigung der Thesen dieses Selbstanspruches. Dadurch grenze ich meine Betrachtung ‚der‘ anti-psychiatrischen Bewegung auf einen kleinen Kreis ein und viele Strömungen, welche sich zum Teil ebenfalls als psychiatriekritisch verstehen, werden in dieser Arbeit keine bzw. nur wenig Beachtung finden. Ebenfalls wird es nicht Bestandteil dieser Arbeit sein, die von der Bewegung aufgestellte Gesellschaftskritik in ihrer Logik oder ihrer tatsächlichen Aktualität zu betrachten. Auf Grund der Heterogenität der anti-psychiatrischen Bewegung

kann es zu Widersprüchen in den Aussagen der unterschiedlichen Theoretiker_innen kommen, die zwar aufgezeigt, jedoch nicht weiter bearbeitet werden. Auch wird nicht weiter auf die aktuelle Situation und die (Be-)Handlungen innerhalb moderner Psychiatrien eingegangen. Die Betrachtung der internationalen Wirkung des Diskurses wird nur in einem sehr begrenzten Maß dargestellt. Darunter fällt sowohl die Diskussion um Zwangsbehandlungen, als auch die Frage, inwieweit ein Weglaufhaus als eine tatsächliche Alternative zur Psychiatrie für die gesamte Gesellschaft gesehen werden kann.

Bei der Forschungsfrage wird bewusst der Fokus auf die Überprüfung des Selbstanspruchs im *Konzept* der Institution gelegt, da eine Überprüfung der *Umsetzung des Konzeptes* eine Arbeit weit größeren Umfangs benötigen würde. Einige wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema finden sich auf der Homepage des *Weglaufhauses „Villa Stöckle“* (<http://www.weglaufhaus.de/literatur/forschungsarbeiten-zum-berliner-weglaufhaus/>).

3. Die Theorien der Anti-Psychiatrie

3.1. Die historische Herleitung des Wahnsinns

Um die heutige Kritik der psychiatriekritischen Bewegung zu verstehen, ist es wichtigeren Verständnis von Wahnsinn nachzuvollziehen. Dabei ist die Betrachtung des Wahnsinns als gesellschaftliches Konstrukt der Ausgrenzung Grundbedingung für ein Verständnis der Kritik. So leitet Michel Foucault in seinem Buch *Wahnsinn und Gesellschaft* die Konstruktion des Wahnsinns als Ausgrenzungsmechanismus historisch her. Besonders deutlich bei dieser Herleitung ist, das gespaltene Verhältnis der Gesellschaft zum Wahnsinn, welches auf der einen Seite den Zustand des 'Irren' als frei und ungebunden romantisiert und auf der anderen Seite den Wahnsinn als Gefahr für die Gesellschaft dämonisiert. Laut Foucault muss die Herleitung der gesellschaftlichen Konstruktion des Wahnsinns bei den Lepratorien des Mittelalters beginnen, da bei diesen die historische Entwicklung von Ausgrenzung, welche institutionell organisiert wurde, begann (vgl. Foucault 1969, S. 22). Damals wurde die Lepra als eine von Gott gegebene Krankheit angesehen und galt als Strafe für eigenes Fehlverhalten (vgl. ebd.). Die Lepra, welche „als Heimsuchung“ (ebd., S. 25) die Ängste der Menschen des 15. Jahrhunderts auslöste und diese zur Internierung der Betroffenen veranlasste, wurde fast zwei Jahrhunderte später durch den Wahnsinn abgelöst (vgl. ebd., S. 25). Dabei stand die Isolierung der ‚Verrückten‘ von der Gemeinschaft deutlich im Fokus. Die einen wurden durch die Verbannung auf sogenannte „Narrenschiffe“ (vgl. ebd., S. 25 ff.) isoliert, während andere „auf Stadtkosten untergebracht und ernährt“ (ebd., S. 26 f.) wurden. Besonders in der Figur des Narrenschiffes findet sich ein deutlicher romanti-

sierender Moment der Freiheit wieder (vgl. ebd., S. 65). Zu dieser Zeit wird der Wahnsinn noch als ein „ironisches Zeichen, das die Wegzeichen zwischen Wirklichkeit und schimärischer Welt versetzt“ (ebd., S. 67) und als ein „mehr verwirrtes als beunruhigendes Leben“ (ebd.) gesehen. Auch spielte die Behandlung von Menschen noch keine Rolle (vgl. ebd., S. 27). Foucault schildert, dass die Isolierung und Vertreibung der ‚Verrückten‘ sich nicht nur durch den „Aspekt gesellschaftlicher Nützlichkeit oder dem der Sicherheit der Stadtgemeinschaft“ (ebd., S. 28) erklären lässt. Stattdessen beschreibt er, dass mehrere Hinweise zu finden seien, welche aufzeigen, dass „die Vertreibung der Geisteskranken zu einem der ritualen Exile geworden“ (ebd., S. 28) war, welches sich darin begründet, dass der „Wahnsinn im Menschen als Manifestation eines dunklen und aquatischen Elementes, als finstere Unordnung, als bewegtes Chaos, das sich, Keim und Tod aller Dinge, der klaren Stabilität und Reife des Geistes widersetzt“ (ebd., S. 31) gesehen wurde. Der ‚Wahnsinn‘ als Symbol und die ‚Wahnsinnigen‘ als dessen Verkörperung wurden somit zu „bedeutendere[n] Gestalten in ihrer Doppeldeutigkeit: Drohung und Verlachen, schwindelerregende Unvernunft der Welt und unbedeutende Lächerlichkeit des Menschen“ (ebd., S. 31). Die Rolle des Narren, sowohl als Satiriker der Gesellschaft als auch, als Denunziation des ‚Wahnsinns‘ macht dieses ambivalente Verhältnis deutlich (vgl. ebd., S. 31). Durch das Aufkommen der verstärkten Bedrohung von Krieg und Pest im 15. Jahrhundert wandelte sich diese Doppeldeutigkeit immer mehr hin zu einer Wahrnehmung des ‚Wahnsinns‘ als „die hergestellte Präsenz des Todes“ (ebd., S. 34). Vor allem die Zunahme der als ‚wahnsinnig‘ geltenden wird als eine „stumme Invasion“ wahrgenommen, die „zeigt, daß die Welt ihrer letzten Katastrophe nahe ist“ (ebd., S. 35). Besonders die Kirche eignete sich diese Meinung an und beschrieb das ‚Wissen‘ des ‚Wahnsinnigen‘ als „das verbotene Wissen“, welches „die Herrschaft Satans und das Ende der Welt, das letzte Glück und die endgültige Bestrafung, die Allmacht auf Erden und den Höllensturz“ voraussagt (ebd., S. 40). Die Welt des ‚Irren‘ und dessen Unvernunft wird als eine „Freudenlandschaft, in der den Begierden alles geboten wird, eine Art erneuertes Paradies, weil der Mensch darin das Leiden und den Mangel nicht mehr kennt“ gesehen (ebd., S. 40 f.). Dieses sei jedoch nur ein falsches Glück, welches zu dem Erfolg des Antichristen führe und somit ein Zeichen für das nahestehende Ende der Welt sei (vgl. ebd., S. 41). Der Wahnsinn wurde somit zum Symbol der Herrschaft „über alles, was es an Schlechtem im Menschen gibt“ (ebd., S. 42 f.). Diese Auffassung des Wahnsinn veränderte sich mit der Zeit. Zwar führten die Erkenntnisse der neueren Wissenschaften dazu, dass der ‚Wahnsinn‘ als „die Strafe einer aus den Regeln geratenen und unnützen Wissenschaft“ galt (ebd., S. 43), jedoch wandelte sich dadurch sein Verhältnis zur Welt ab. So

hatte der ‚Wahnsinn‘ nicht mehr so sehr etwas mit der Wahrheit und der Welt zu tun, als mit dem Menschen und dessen Fähigkeit die Wahrheit zu erkennen und zu verstehen (vgl. ebd., S. 45). Dadurch erreichte er zum Beginn der Renaissance (vgl. S. 49) eine neue Form der doppeldeutigen Erscheinungsform, welche sich immer weiter voneinander entfernten (vgl. ebd., S. 47). Zum einen erhielt er jene Form des „tragische[n] Wahnsinn der Welt“, welcher „die Kraft der Enthüllung“ (ebd., S. 48) besitze und den „Grenzmoment zwischen Sein und Nichts, der das Delirium der reinen Zerstörung ist“ verkörpern (ebd., S. 48). Diese Facette des ‚Wahnsinn‘ lässt sich eher als ein auf die Welt bezogener weltuntergangstheoretischer Zustand beschreiben, welcher aus dem Abbild der „tragischen Erfahrung“ (ebd., S. 48 f.) entsteht. Zum anderen wird der ‚Wahnsinn‘ als „in den Herzen der Menschen“ entstehender, „ihr Verhalten“ lenkender und durcheinanderbringender (vgl. ebd., S. 48) ‚Wahnsinn‘ gesehen, der verschwindet, „wenn das Wesentliche auftritt, das heißt Tod und Leben, Gerechtigkeit und Wahrheit“ (ebd., S. 48). Diese Auffassung beschreibt den ‚Wahnsinn‘ somit als einen konkreten individuellen Einfluss auf den Menschen. Zudem wurde in ihm das Abbild eines „kritischen Bewußtseins“ (ebd., S. 48) gesehen, da er es ist, vor dem die Wahrheit, die Wissenschaft und die Weisheit ihren Gültigkeitsanspruch verlieren kann (vgl. ebd., S. 48).

Die Betrachtung des ‚Wahnsinns‘ als Form des kritisches Bewusstsein trat immer mehr ans Licht (vgl. ebd., S. 49) und die Ansicht, dass der Mensch „aus dem Wahnsinn eine Erfahrung [...] gemacht hat“ (ebd., S. 49), in der er mit seiner moralischen Wahrheit, seinem Wesen und den eigenen Regeln seiner Wahrheit konfrontiert war (vgl. ebd., S. 49), gewann an Bedeutung. Aus dieser Betrachtung heraus entwickelt sich der ‚Wahnsinn‘ zur Zeit der französischen Klassik immer stärker zu einer Bezugsnorm der Vernunft (vgl. ebd., S. 51). „Wahnsinn und Vernunft werden aneinander gemessen“ (ebd., S. 51), da sie sich zwar immer gegenseitig abweisen, jedoch gleichzeitig einander auch bedingen, da „jede Wahnsinnsform ihre sie beurteilende und meisternde Vernunft findet [und] jede Vernunft ihren Wahnsinn hat, in dem sie ihre lächerliche Wahrheit findet“ (vgl. ebd.). Das bedeutet, dass Wahnsinn und Weisheit immer in einem Verhältnis zueinander gesehen werden müssen, was zu einem zirkulären Schluss führt und letztendlich bedeutet, dass alles ‚Wahnsinn‘ ist (vgl. ebd., S. 54). Foucault beschreibt, dass letztendlich ‚Wahnsinn‘ und Vernunft nur eine Frage des Verhältnisses zweier Dinge zueinander ist (vgl. ebd.). So ist „[i]m Verhältnis zur Weisheit [...] die Vernunft des Menschen nur Wahnsinn“ (ebd.). Die Entwicklung des ‚Wahnsinns‘ von einer „stumme[n] Macht, die die Welt zum Platzen bringt“ (ebd.) hin zu einem Verständnis des ‚Wahnsinns‘, als in einem zirkulärem Verhältnis zur Vernunft stehend, räumte mit der Zeit dem Wahnsinn einen festen Bestandteil in dem Verständnis der Vernunft ein (vgl. ebd.,

S. 55). Aus diesem zirkulärem Verhältnis spaltet sich die Wahrnehmung über den ‚Wahnsinn‘ erneut auf:

„[I]n einen ‚wahnsinnigen Wahnsinn‘ einerseits, der jenen der Vernunft eigenen Wahnsinn ablehnt und durch diese Ablehnung ihn vermehrt und, während er ihn vermehrt, in den einfachsten geschlossenen und unmittelbarsten Wahnsinn stürzt, und in einen klugen ‚klugen Wahnsinn‘ andererseits, der den Wahnsinn der Vernunft annimmt, [...] aber sich dadurch in Wirklichkeit stärker vor dem Wahnsinn schützt als die stets von vornherein überwundene obstinate Ablehnung.“ (ebd., S. 58)

Somit können nach diesem Verständnis nur jene Menschen die Wahrheit erkennen, welche ihren eigenen Wahnsinn akzeptiert und erkannt haben und sich so vor ihm schützen können.

Trotzdem hält die Internierung der ‚Wahnsinnigen‘ noch an. Foucault beschreibt die Internierung als eine „dem siebzehnten Jahrhundert eigene institutionelle Errungenschaft“ (S. 97), welche den „Wert einer wirklichen Erfindung“ erhält, da sie zur „Maßnahme der Ökonomie und sozialer Vorsicht erhoben wird“ (ebd., S. 97). Das Ende des 17. und der Anfangs des 18. Jahrhunderts stellt somit den geschichtlichen Moment dar, indem „der Wahnsinn am sozialen Horizont der Armut, der Arbeitsunfähigkeit und der Unmöglichkeit, sich einer Gruppe zu integrieren, wahrgenommen wird“ (ebd.). Durch den in der Industrialisierung neu entstandenen Arbeitsethos, bei dem Arbeit mit ethischen Werten verbunden wurde, wurde die Ursache für Armut nicht mehr als Produkt eines Mangel an Waren oder der Arbeitslosigkeit gesehen, sondern wurde durch ein „Nachlassen der Disziplin und der Verfall der Sitten“ (Nicholls zitiert nach Foucault, S. 92) erklärt. Es ist wichtig zu beachten, dass auch die ‚Wahnsinnigen‘ in die Verfolgung des Müßigganges mit einbezogen wurden (vgl. ebd., S. 91). Dies führte letztendlich zu einer Entromantisierung des ‚Wahnsinns‘ und der noch in der Renaissance mitschwingende Freiheitsgedanke wich nun einem vorherrschenden Gedanken an moralische Regeln, welche stark an die Arbeitsfähigkeit des einzelnen Menschen geknüpft war (vgl. S. 98). Somit erhielten die ‚Wahnsinnigen‘ ihren Platz neben den Armen und freiwilligen oder unfreiwilligen Arbeitslosen, wodurch sie genau wie diese „den Regeln der Zwangsarbeit“ (ebd., S. 91) unterlagen. Im 19. Jahrhundert setzte sich mit dem Aufkommen der Psychopathologie eine Trennung der ‚Geisteskranken‘ von den anderen Sträflingen durch (vgl. ebd., S. 128). Dadurch wurde nun nicht mehr die Isolierung des Individuums von der Gesellschaft, wie noch zu Zeiten der Internierung, als Ziel betrachtet, sondern „die Heilung eines Kranken“ (ebd.) rückte in den Vordergrund. Foucault beschreibt die Form der Medizin des 19. Jahrhunderts als die

„Überlagerung der beiden Erfahrungen, die der Klassizismus nebeneinander gestellt hat, ohne sie je endgültig zu verbinden: eine gesellschaftliche, normative und

dichotome Erfahrung des Wahnsinns, die um den Befehl der Internierung kreist und sich allein im Wechsel von ‚Ja oder Nein‘, ‚harmlos oder gefährlich‘, ‚gut oder nicht gut für die Internierung‘ ausdrückt; und eine juristische, qualitative, fein differenzierte und für die Fragen der Grenzen und Abstufungen empfängliche Erfahrung, die auf allen Gebieten menschlicher Aktivität die polymorphen Gesichter sucht, die der Wahnsinn annehmen kann.“ (ebd., S. 126)

Diese Entwicklung passiere vor dem Hintergrund, dass die Psychopathologie des 19. Jahrhunderts davon ausging, in einer Beziehung zu einem „*homo natura* [Hervorhebung im Original]“ (ebd., S. 126) zu stehen und an diesem das Maß für ‚Normal‘ oder ‚Verrückt‘ anzulegen (vgl. ebd.). Der Begriff der psychologischen Alienation wird für den medizinischen Kontext entscheidend (vgl. ebd., S. 128). Diesem Begriff schwingt eine Doppeldeutigkeit mit, die sich auf der einen Seite einem „Determinismus der Krankheit nähert“ und auf der anderen Seite „eher die Bewegung einer ethischen Verurteilung annimmt“ (ebd.). Durch den Determinismus entstand eine Verknüpfung zwischen einem animalischen Wesen und dem sich ‚verrückt‘ Benehmenden Menschen (vgl. ebd., S. 152), was nacheinander zu einer Auflösung „alle[r] Formen der Freiheit“ (ebd., S. 152) führte. Dies Begründete sich in der Betrachtung des Wahnsinn als die Rückkehr des modernen Menschen „zur finsternen Welt der Tiere [...] und zu deren gefesselter Freiheit“ (ebd., S. 152). Das neu entstandene medizinische Interesse lässt sich jedoch nicht, wie vielleicht zu denken, durch ein entstandenes aufgeklärteres Bewusstsein erklären, sondern die Einmischung der Ärzte geschah vor allen Dingen aufgrund von Angst vor moralischer und physischer Ansteckung (vgl. ebd., S. 364). Das neue Verständnis für ‚Wahnsinn‘, welches sich im Zuge der Industriellen Revolution durchsetzte, stellte einen historischen Bruch im Denken der Menschen dar. So entstand eine Klassifikation der Armen in die „kräftigen Armen“ und die „kranken Armen“ (vgl. ebd., S. 426 f.). Wobei die kräftigen Armen die Grundlage für den Reichtum der oberen Klasse darstellten, da sie, solange sie in großer Anzahl vorhanden waren, durch ihre eigene Konkurrenz die Grundlage für eine günstige Produktion von Gütern darstellten und somit ein positiv wahrgenommenes Element der Gesellschaft bildeten (vgl. ebd., S. 428). Der kranke Arme hingegen galt als ein „totes Element“ (ebd., S. 427) und kam innerhalb der Gesellschaft lediglich als Konsument in Frage (ebd.), welcher als das „negative Element *par excellence* [Hervorhebung im Original]“ und als „Elend ohne Hilfe und Abhilfe, ohne möglichen Reichtum“ (ebd., S. 428) betrachtet wurde. Er benötigte Pflege und stellte einen nicht gewinnbringenden Kostenfaktor für die Gesellschaft dar (vgl. S. 428). Jedoch wurde seine Fürsorge als Notwendigkeit, des zwischenmenschlichen Zusammenlebens gesehen (vgl. ebd., S. 429). Es entstand eine Diskussion darum, ob der Staat sich dieser sozialen Aufgabe annehmen sollte. Während Liberale und Ökonomen in der „sozialen Pflicht“ (ebd., S. 429) eine „*Pflicht des Menschen in der Gesell-*

schaft [Hervorhebung im Original]“ (ebd., S. 430) sahen, sprachen soziale Bewegungen von einer „*Pflicht der Gesellschaft* [Hervorhebung im Original]“ (ebd., S. 429) etwas für hilfsbedürftige Individuen zu tun. Die sich daraus ableitende Rechnung von einer negativen Komponente, welche in erster Linie durch die Mühe der Pflege und die entstehenden Kosten bestimmt war (vgl. ebd., S. 430), und einer „positiven Komponente“ welche „durch die Lebhaftigkeit des Gefühls, das der Kranke bei einem auslöst“ (ebd.) bestimmt wurde, führte zu einer historischen Veränderung des sozialen Raumes der Gesellschaft. Während im Mittelalter bis zur klassischen Epoche dieser Raum homogen geblieben war (vgl. ebd., S. 431) und jeder „dem Elend oder der Krankheit verfallene Mensch“ ein Anrecht „auf das Mitleid und die Pflege der anderen“ hatte (ebd., S. 431), wurde nun die Pflege den Hospitälern zugeschrieben, in denen zum einen nach ökonomischen Maßstäben gehandelt werden musste und welche zum anderen meist sehr unpersönlich waren, wodurch es zu einer Art der Vereinsamung des ‚Wahnsinns‘ kam (vgl. ebd., S. 433 ff.). Durch die neuerdings gesellschaftlich zugeschriebene Sonderrolle der ‚Irren‘ entstand ein Zustand, in dem die Internierung eine Doppeldeutigkeit für die Betroffenen hatte. Die neuen Hospitäler wurden zu einem „auf doppelte Weise privilegierten Ort für den Wahnsinn gemacht“ (ebd., S. 454), der zum einen den Ort der Aufhebung seiner Freiheit und zum anderen den Ort der Realisierung seiner – dem Wahnsinn spezifisch zugeschriebenen – Freiheit wurde. Durch diese doppelte Aufgabe der spezifischen Hospitäler entstand nun eine Verknüpfung zwischen der Bannung der öffentlichen ‚Gefahr des Wahnsinns‘ und der Aufhebung der Krankheit (vgl. ebd., S. 454). Dies führte laut Foucault dazu, dass das Problem des ‚Wahnsinns‘ „nicht mehr vom Gesichtspunkt der Vernunft oder der Ordnung angepackt [wurde; A. S.], sondern vom Gesichtspunkt des Rechts des freien Individuums“ (ebd., S. 455). Die neue Überzeugung ‚die Irren‘ heilen, anstatt wie früher die Gesellschaft vor den Individuen schützen zu müssen, führte dazu, dass den Betroffenen sowohl der Verstand als auch die Selbstbestimmung über ihre Handlungen abgesprochen wurde (vgl. ebd., S. 456). Besonders zu dieser Zeit war jedoch gerade eben diese Freiheit des Menschen das, was die Natur des Menschen ausmachte (vgl. ebd., S. 456). Die doppelte Bewegung, die auf der einen Seite aus der Befreiung des ‚Wahnsinns‘ aus den Gefängnissen und auf der anderen Seite aus der Entmenschlichung der ‚Irren‘ entstand, geschah laut Foucault weniger auf den Wunsch hin ‚Wahnsinn‘ besser bestimmen zu können, als daraus sich selbst des eigenen Nicht-Wahnsinns zu versichern (vgl. ebd., S. 480).

Philippe Pinel war Ende des 18. Jahrhunderts der erste, der die Ketten von den ‚Irren‘ lösen wollte, da er der Überzeugung war, ihr animalisches Verhalten basiere nicht auf ihrem Verstand, sondern geschehe aufgrund des Umgangs mit ihnen (vgl. S. 483 f.).

Diese Betrachtung des Verhaltens ‚Wahnsinniger‘ floss mit der Zeit immer stärker in das medizinische Verständnis mit ein. Dies lässt sich damit Begründen, dass die Menschen nach der Französischen Revolution in Frankreich kritischer wurden, welche Menschen und aus welchen Gründen Menschen in den Hospitälern eingesperrt wurden (vgl. ebd., S. 489). Es wurde somit als neues Ziel nicht nur die Heilung der ‚Wahnsinnigen‘ betrachtet, sondern auch ihre Rehabilitation in die Gesellschaft als neues Ziel hinzugezogen (vgl. ebd., S., 489). Diese neue Vorstellung vom ‚Wahnsinn‘ führte erneut zu einem wichtigen historischen Bruch: Der Wahnsinn wurde nicht mehr als eine Krankheit gesehen, die von der Natur des Menschen selbst herrührte, sondern als eine, welche durch die Gesellschaft entsteht (vgl. ebd., S. 492). Pinels Ziel „[d]en Irren in ihren Kerkern die Ketten abzunehmen“ (ebd., S. 492) bedeutete gleichfalls „ihnen das Gebiet einer Freiheit zu eröffnen“ (ebd.) und somit „sie in einer Objektivität erscheinen zu lassen, die nicht mehr in den Verfolgungen oder den ihnen entsprechenden Tobsuchtsanfällen verhüllt wird“ (ebd.). Die Konsequenz daraus bestand für Pinel darin „ein reines Feld des Asyls zu konstituieren“ (ebd., S. 491). Mit diesem Asyl schaffte Pinel die „Bildung eines Gebietes, in dem der Wahnsinn als eine reine Wahrheit“ erschien, „die zugleich objektiv und unschuldig ist“ (ebd., S. 491). Jedoch entwickelte sich innerhalb dieser entstehenden Asyle ein neues Verständnis für das Verhältnis zwischen Wächter_in und ‚Irren‘ (vgl. ebd., S. 510). Anstatt das die Wärter_innen mit bloßer Gewalt agierten, traten sie „dem Wahnsinn nicht als konkrete Person gegenüber, sondern als Vernunftwesen“ (ebd., S. 511). Dadurch entstand ein neues autoritäres Verhältnis zwischen betroffenen und behandelnden Personen, welches durch das „Nicht-wahnsinnig-Sein“ (ebd., S. 511) begründet wurde. Foucault beschreibt den Zustand in den Asylen des neunzehnten Jahrhunderts nicht als „befreite Unvernunft“ (ebd.) sondern sieht ihn eher als eine Form des gemeisterten ‚Wahnsinns‘ an, wodurch der ‚Wahnsinn‘ nicht mehr als eine Abwesenheit vom Verstand, sondern eher als eine „Art Minderjährigkeit“ (ebd.) aufgefasst wird. Dadurch erreichte die Situation der ‚Irren‘ eine neue Ebene. Waren ihnen bis dahin vor allem juristisch die bürgerlichen Rechte aberkannt worden, entstand nun eine „konkrete Art der Beziehung von Mensch zu Mensch“ (ebd., S. 511). „Der Status der Unmündigkeit wird [nun] [...] zu einer Existenzweise für die Irren und für die Wächter zu einer Art Souveränität“ (ebd.). Während der körperlich Kranke durch die Familie gepflegt werden sollte, war der ‚Irre‘ dafür zu unmenschlich. Auch der Versuch von John Batty Tuke, einem schottischen Psychiater Ende des 19. Jahrhunderts, innerhalb des Asyls die Fiktion einer Familie aufzustellen, führte nur noch mehr zu der Degradierung der Betroffenen zu einem unmündigem Kind (vgl. ebd., S. 513). Somit entstand wieder eine stärkere Trennung zwischen den ‚Vernünftigen‘ draußen und

den ‚Irren‘ drinnen. Durch die entstandene Bevormundung, wurden Erziehungsmechanismen genutzt, welche jene ‚irren‘ zu einem bürgerlichen Verhalten konditionieren sollten (vgl. S. 525). Während früher „die Unvernunft von einer Verurteilung freigestellt [wurde; A. S.], um willkürlich den Kräften der Vernunft ausgeliefert zu werden“ (ebd., S. 527), unterlag sie nun einer ständigen Beurteilung anderer, welche bürgerlich-soziales Fehlverhalten immer durch den geistigen Zustand zu erklären versuchten und dementsprechende Strafen bzw. Erziehungsmittel verlangten (vgl. ebd.). Dadurch hatte die ‚Befreiung der Irren‘ durch Pinel dazu geführt, dass die Betroffenen, wenn sie „das Privileg haben, nicht mit Verurteilten vermischt oder ihnen angenähert zu werden,“ dazu verurteilt sind, „in jedem Augenblick unter der Wucht einer Anklage zu stehen, deren Text nie gegeben wird, denn ihr ganzes Leben im Asyl formuliert ihn“ (ebd.). Das von Pinel eingeführte Asyl ist somit „kein freies Feld der Beobachtung, der Diagnose und der Therapie, sondern ein juristischer Raum in dem man angeklagt, beurteilt und verurteilt wird und aus dem man nur durch die Wendung dieses Prozesses in die psychologische Tiefe, das heißt in die Reue befreit wird“ (ebd.). Dadurch fand die Bestrafung des ‚Wahnsinns‘ nicht mehr innerhalb der bürgerlichen Gesellschaft statt, die ihn durch Schuldunfähigkeit frei sprach, sondern innerhalb des dafür vorgesehenen Asyls, welches den ‚Wahnsinn‘ in einer moralischen Welt einkerkerte (vgl. ebd.). Dieses Verständnis verschaffte den Ärzt_innen die Rolle von Weisen, die aufgrund ihrer Wahrnehmung und weniger aufgrund von objektiven Kriterien beurteilten (vgl. ebd., S. 528). Durch diese Position, wurden Ärzt_innen in den Augen der Kranken immer mehr zu Wunderheiler_innen, welche sie von der Krankheit befreien würden (vgl. ebd., S. 533). Dadurch wuchs das Vertrauen der Kranken in die Ärzt_innen immer weiter (vgl. S. 533) und es entstand eine eigene Realität des Ärzt_in – Kranke_r Paares, welches nicht mehr voneinander zu trennen war (vgl. ebd., S. 534). Diese Verhältnis betrachtet Sigmund Freud als erstes genauer und entmystifizierte dadurch die verschiedenen Strukturen des Asyls (vgl. ebd., S. 534 f.). Dadurch wirkte er einer Verschleierung des ‚Wahnsinns‘ entgegen und ließ die „Instanzen der Verurteilung [des Wahnsinns; A. S.] zum schweigen kommen“ (ebd., S. 535). Jedoch setzte er so die Ärzt_innen in einen noch höheren Status indem er „aus dem Arzt den absoluten Blick, das reine und stets verhaltene Schweigen, den strafenden und durch ein Urteil, das nicht einmal bis zur Sprache sich herabläßt, belohnenden Richter gemacht“ hat (ebd.). So gingen mit der Zeit alle Strukturen des Asyls in die Hände der Ärzt_innen (vgl. ebd.).

Dies ist der Zustand, in dem Foucault die Psychiatrie zur Zeit der Entstehung seines Buches sieht. Er schließt ab, dass durch seine Betrachtung deutlich wird, dass bis jetzt jeder Schritt, der den ‚Wahnsinn‘ aus seinen Fesseln befreien sollte, wieder neue

Zwänge für diesen schaffte: Ließ man, durch die Befreiung aus den Internierungslagern, „die Freiheit des Irren spielen“ (ebd., S. 541), wurde für die Betroffenen ein geschlossenerer, festerer, weniger freier Raum eingerichtet (vgl. ebd.). Wurde der Wahnsinn von seiner Verwandtschaft mit dem Verbrechen und Bösen befreit, geschah dies, um ihn in den strengen Mechanismen eines Determinismus einzuschließen, in der er nur in der Absolutheit einer Nicht-Freiheit völlig schuldlos ist (vgl. ebd.). Und selbst als er von den Ketten gelöst wurde, welche ihn an dem Gebrauch seines freien Willen innerhalb der Hospitäler hinderte, hatte dies die Konsequenz, ihn jenes freien Willen zu entledigen und die Definitionsmacht der Gedanken und Handlungen in den Willen der Ärzt_innen zu verlagern (vgl. ebd.).

Die Rekonstruktion der Geschichte des ‚Wahnsinns‘ von Foucault zeigt auf, wie sich die Erfahrungen mit dem Wahnsinn von „kritischen Formen des Bewußtseins bis zu analytischen verschoben“ haben (ebd., S. 163). Hierbei wird deutlich, dass im 19./20. Jahrhundert das Gewicht primär auf dem analytischen Bewusstsein von ‚Wahnsinn‘ lag (vgl. ebd., S. 164). Durch die sich ständig ändernde Bedeutung und die je nach historischer Epoche unterschiedlichen zugeschriebenen Ursachen von Wahnsinn wird deutlich, wie sehr die Betrachtung und der Umgang mit den betroffenen Personen sich je nach vorherrschendem gesellschaftlichen Verständnis verändert hat. So hat nach Foucault die Geschichte des Öfteren gezeigt, wie die Bezeichnung ‚Geisteskrank‘ nur zum Erhalt von normativen Gesellschaftsvorstellungen oder der bestehenden Gesellschaftsordnung bis hin zur Erreichung persönlicher Vorteile genutzt wurde (vgl. S. 129). Besonders die unterschiedlichen Kriterien, die zu verschiedenen Zeiten dazu führten, Verhalten als ‚irre‘ und ‚wahnsinnig‘ gelten zu lassen, weisen darauf hin, dass ‚wahnsinniges Verhalten‘ seine Ursachen in den gesellschaftlichen Umständen hat und nicht in der Biologie des Individuums.

3.2. Die existentiell-phänomenologische Betrachtungsweise

Ronald D. Laing übt in seinem Buch *Das geteilte Selbst* von 1960 eine fundamentale Kritik an der Art und Weise wie die Psychotherapie im allgemeinen den Menschen verdinglicht, indem sie ihn als Organismus ansieht und weniger als Person. Besonders in der Psychopathologie kommt es dadurch zu einer Zersplitterung und Depersonalisierung der einzelnen Person (vgl. Laing 1994, S. 27). Aber auch innerhalb der Psychoanalyse geschieht dies, bedingt zum einen durch die Distanz, die durch die Fachsprache der Analytiker_in entsteht, und zum anderen durch die Betrachtung des Menschen nicht als Person sondern als Organismus, welcher sich in ‚ICH‘, ‚ÜBER-ICH‘ und ‚ES‘ aufteilt (vgl. ebd., S. 20). Laings Anspruch ist es durch seine Kritik die Grundlage für eine existentiell-phänomenologische Wissenschaft der Personen zu legen, welche ver-

sucht „die Beschaffenheit der Erfahrung einer Person über seine Welt und sich selbst zu charakterisieren“ (ebd., S. 19). Ziel dieser Art der Betrachtung des Menschen und dessen Verhalten ist es weniger „einzelne Objekte seiner Erfahrung zu beschreiben, als vielmehr die einzelnen Erfahrungen in den Kontext seines ganzen In-seiner-Welt-Seins zu stellen“ (ebd.).

Als einen der ersten Kritikpunkte führt Laing die Distanz an, welche zwischen Patient_in und der Psychiater_in unter anderem durch die Nutzung von Fachsprache entsteht (vgl. ebd., S. 20). Die zwischenmenschliche Beziehung basiert normalerweise auf einem Verhältnis zwischen zwei Individuen, die sich als „*Ich* und *Du* [Hervorhebung im Original]“ (ebd.) begreifen. Anstelle dieser ursprünglichen Bindung wird der einzelne Mensch innerhalb einer Therapie isoliert und seine „verschiedenartigen Aspekte in ‚das Ich‘, ‚das Über-Ich‘ und ‚das Es‘“ (ebd.) verbegrifflicht. Wenn eine Therapeut_in einer Person gegenüber sitzt, kann diese von ihr „als eine andere Person ähnlich [...] [sich] selbst“ (ebd., S. 24), oder „als ein komplexes, physisches, chemisches System“ (ebd.) gesehen werden. Das Verhältnis Mensch–Mensch und Mensch–Organismus ist eine unterschiedliche Beziehung innerhalb der ein Mensch anders handelt (vgl. ebd.). Wird der Mensch als ein Organismus gesehen, „kann alles das, was in diesem Organismus vor sich geht, auf jedem Komplexitätsniveau konzeptualisiert werden – atomar, molekular, zellular, systemhaft oder organismisch“ (ebd., S. 25). Durch diese Betrachtungsweise kommt es zu einer Verdinglichung des Menschen, da er auf einen „Komplex von Dingen, von Neutren (*its*) [Hervorhebung im Original], und die Prozesse, die letztlich einen Organismus umfassen“ (ebd., S. 26) reduziert wird. Innerhalb dieser Betrachtungsweise ist jedoch „kein Platz für seine Wünsche, Ängste, seine Hoffnung oder Verzweiflung als solche“ (ebd.). Eine Psychopathologie setzt des Weiteren immer voraus, dass „ihr Begriffskonzept analog zu der Weise funktioniert, in der ein Organismus im gesunden Zustand funktioniert und analog dazu, wie ein Organismus in krankem Zustand funktioniert“ (ebd., S. 27). Dadurch schließt die jetzige Psychopathologie immer den Ansatz aus, „die Desorganisation eines Patienten als den Fehlschlag eines Versuches zu verstehen, eine spezifische personale Form der Einheit zu erreichen“ (ebd., S. 28), sondern setzt die Patient_in immer in einen Gegensatz zu einem ‚gesunden‘ bzw. ‚funktionierenden‘ Organismus.

Laing setzt dieser Betrachtungsweise seine „Wissenschaft von den Personen“ (ebd., S. 24) gegenüber, welche „ausgeht von der Beziehung zum anderen als Person und zu einer Darstellung des anderen, immer noch als Person gelangt“ (ebd., S. 24). Wird der Mensch als Person betrachtet, bedeutet dies, sie auch „als verantwortlich, zur Wahl fä-

hig, als ein aus sich selbst heraus“ (ebd., S. 25) agierende Person zu sehen. Darauf aufbauend stellt Laing seine These auf, „daß eine Theorie über den Menschen als Person ihr Ziel verfehlt, wenn sie zu einer Darstellung des Menschen als einer Maschine oder des Menschen als eines organismischen Systems von Es-Prozessen wird“ (ebd., S. 26). Für eine Therapie sei es nicht wichtig möglichst objektiv die Personen und deren Handlungen zu betrachten und sie durch eine solche Objektivierung zu verdinglichen, sondern es sei von entscheidender Bedeutung deren subjektive Wahrnehmung nachzuempfindenden und zu respektieren (vgl. ebd., S. 29). Nur dadurch ist der Mensch in der Lage, „den individuellen Menschen sowohl zu *denken* [Hervorhebung im Original] als auch zu erfahren, nicht als ein Ding oder Objekt, sondern als Person“ (ebd., S. 27). Das Ziel einer existentiellen Phänomenologie muss es also sein eine Form der Betrachtung zu finden, welche Form der Einheit, die wesentlich personal ist, auszudrücken (vgl. ebd.). Dafür ist es grundlegend „die Art und Weise, auf die der Patient er selbst in seiner Welt ist, zu rekonstruieren, obwohl in der therapeutischen Beziehung die Einstellung auf die Art des Mit-mir-Seins des Patienten gerichtet ist“ (ebd., S. 29). Dies beinhaltet „sich selbst als Person in des anderen Schema der Dinge orientieren können“ (ebd., S. 31) anstatt sie zum Objekt der eigenen Welt zu machen. Die Fähigkeit zur Umorientierung in Wertesystemen und dadurch die Arbeit mit Menschen ohne sie zu verurteilen, „ist eine absolute und logische Vorbedingung für die Arbeit mit Psychotikern“ (ebd.). Für Laings Sicht der Psychotherapie stellt die Annahme, dass „sich jeder Mensch gleichzeitig getrennt von seinen Mitmenschen und in Beziehungen zu ihnen befindet“ (ebd.) eine wichtige Grundlage dar. Das „Getrenntsein“ (ebd.) des Menschen von einem anderen als Person und das gleichzeitige „in Beziehungsein“ (ebd.) durch zwischenmenschliche Beziehungen und Kontakte stellen „wechselseitig notwendige Postulate“ (ebd.) für die menschliche Entwicklung dar. So kann ein personales Getrenntsein nur „zwischen Wesen existieren, die getrennt sind, aber nicht isoliert“ (ebd.) voneinander, da sie sich sonst nicht als unterschiedliche Personen wahrnehmen können (vgl. ebd.). Die Psychotherapie stellt für Laing eine Aktivität dar, „in der dieser Seinsaspekt des Patienten, sein In-beziehung-Sein zu anderen, für therapeutische Ziele benutzt wird“ (ebd.), wobei davon ausgegangen wird, dass das „In-Beziehung-sein potentiell in jedem vorhanden ist“ (ebd.). Die damals gültige Annahme, Psychosen als einen „sozialen oder biologischen Mangel an Anpassung“ (ebd., S. 33) zu sehen oder von „einer Unangepaßtheit von besonders radikaler Art, von Kontaktverlust mit der Realität, von Mangel an Einsicht“ (ebd.) zu sprechen, macht die damals vorherrschende Methode deutlich, psychische Krisen als medizinisch-klinische Krankheiten zu deuten (vgl., ebd.). Laing betont hierbei, dass jedoch zwei komplett unterschied-

liche Betrachtungsweisen bei Patient_innen möglich sind. Zum einen „kann sein Verhalten als ‚Symptom‘ einer ‚Krankheit‘“ (ebd., S. 37) gesehen werden oder „man kann sein Verhalten als Ausdruck seiner Existenz sehen“ (ebd.). Aufbauend auf der zweiten Möglichkeit sieht er die Grundlage einer existentiell-phänomenologischen Deutung und zum Verstehen von psychischen Krisen, in dem Nachvollziehen der spezifischen Situation (Was ist die Erfahrung der Patient_in?) und in der Frage nach der bewussten oder unterbewussten Absicht dieser (Was soll durch die Handlungen erreicht werden?) (vgl. ebd.). Durch diese Grundhaltung wird der Aspekt der Subjektivität betont. Während der klinische Psychiater „‚wissenschaftlicher‘ oder ‚objektiver‘ sein möchte“ (ebd.) und daher sich darauf beschränkt das Verhalten der Patient_in als Symptom objektiv zu beobachten, wirft Laing diesem vor, dass „‚Symptome‘ der ‚Krankheit‘ zu sehen“ (ebd.), nicht als „neutrales Sehen“ (ebd.) ausgelegt werden darf. Aufgrund der Beziehung, die eine Therapeut_in zu der Patient_in hat, ist es gar nicht möglich „die Person auf die eine oder andere Weise zu sehen und unsere Deutungen oder Interpretationen auf ‚ihr‘ Verhalten aufzubauen“ (ebd.). Die klinische Psychiatrie versucht somit „eine analoge formale Analyse der Sprechweise und des Verhaltens des Patienten“ (ebd., S. 38) durchzuführen. Dies führt jedoch an der eigentlichen Hilfe vorbei, da es notwendig ist, um die Deutung und das Verständnis der Sprache der Patient_in möglich zu machen, diese nicht als klinische Symptome zu verstehen und objektiv zu betrachten, sondern umgekehrt durch Sympathie und Empathie deren subjektive Situation nachzuvollziehen (vgl. ebd., S. 38). Es muss die individuelle Handlung einer Patient_in immer als ein „Ausdruck seines In-der-Welt-Seins“ (ebd., S. 39) gesehen werden. Dabei ist zu beachten, dass anders als bei der Deutung von ‚gesunden‘ Personen, sich bei ‚Psychiotiker_innen‘ nicht die Annahme voraussetzen lässt, dass man selbst „wie der andere in der Welt als ein permanentes Objekt in Zeit und Raum mit anderen wie er selbst ist“ (ebd., S. 40). Daher muss die Therapeut_in „die Elastizität haben, sich in eine andere fremde und sogar gestörte Sicht der Welt zu transponieren“ (ebd., S. 41). Nur durch die damit einhergehende Erkenntnis der „eigenen psychotischen Möglichkeiten [...] kann er [die Therapeut_in; A. S.] zu einem Verstehen der *existentiellen Position* [Hervorhebung im Original] des Patienten gelangen“ (ebd.) und nur so kann erkannt werden, „wie der Patient sich selbst und die Welt erfährt, den Therapeuten eingeschlossen“ (ebd.). Die Anerkennung des Selbstkonzeptes der Patient_in innerhalb einer Therapie stellt eine ebenso notwendige Grundlage für eine soziale Beziehung dar (vgl. ebd., S. 42), wie auch „ein wechselseitiges und reziprokes“ (ebd., S. 43) Er- und Anerkennen der gegenseitigen Identitäten bei einem Treffen zwischen ‚gesunden‘ Personen die Grundlage für eine Beziehung darstellt. Diese Grundlage stellt zum einen die

Absicherung dar, dass Person ‚A‘ Person ‚B‘ als jene Person er-/ bzw. anerkenne, für die sie sich hält. Zum anderen ist auch die Wechselwirkung Grundlage, was bedeutet auch Person ‚B‘ erkennt Person ‚A‘ als jene Person an für die sie sich hält. Es existiert jedoch immer ein Spielraum zwischen der anerkannten Identität der fremden Person und der eigenen Selbstdefinition, was zu Missverständnissen führen kann (vgl. ebd.). Sind diese Missverständnisse zu groß und lassen sich nicht aufklären, dann definiert eine Person die andere als geisteskrank (vgl. ebd.). Daher schlägt Laing vor,

„daß geistige Gesundheit oder Psychose gemessen wird an dem Grad der Konvergenz oder Divergenz zwischen zwei Personen, von denen der eine nach allgemeinem Konsensus als geistig gesund gilt [Hervorhebung im Original]“ (ebd., S. 44).

Laing betrachtet es als notwendige Grundlage für die Entwicklung einer eigenen Persönlichkeit und für das eingehen echter zwischenmenschlicher Beziehungen zu der Erkenntnis eines echten „Mit-sich-Alleinseins“ (ebd., S. 45) (z.B. ein Geheimnis, welches die Person nur selbst kennt, wie die Wahrheit bei einer Lüge) zu gelangen. Ansonsten kann es bei einem Menschen zu einem Gefühl der ständigen Durchsichtigkeit und Verwundbarkeit kommen und die Person selbst läuft Gefahr die eigene Persönlichkeit nach dem aufzubauen, was andere in ihr sehen, wodurch ein Gefühl des „Das-bin-ich-nicht“ (ebd.) entstehen kann.

Dieses Gefühl bezeichnet Laing als „Ontologische Unsicherheit“ (ebd., S. 49). Im Regelfall bezeichnet die biologische Geburt eines Menschen einen definitiven Akt, bei welchem „der kindliche Organismus jäh in die Welt gestürzt wird“ (ebd.). Daraus ergibt sich, von einem außenstehenden Standpunkt aus, dass „eine neue biologische Entität“ (ebd., S. 49) mit seinen Eigenarten, real und lebendig existierend (vgl. S. 49 f.) auf die Welt gekommen ist. Diese physische Geburt leitet normalerweise eine Folge von Prozessen ein, welche dem Säugling das Gefühl gibt zu existieren und „eine Entität zu sein mit Kontinuität in Zeit und einer Lokalisation im Raum“ (ebd., S. 50). Dadurch erlangt der Mensch „einen festen Kern ontologischer Sicherheit“ (ebd.), also die Sicherheit zu existieren und sich als eigenständige Person betrachten zu können, welche losgelöst von anderen Menschen – als materielle Person, nicht als soziales Wesen – existiert (vgl. ebd.). Wenn das Individuum diesen Zustand jedoch nicht erreicht, kann es geschehen, dass es sich als „vom Rest der Welt unbestimmt differenziert“ (ebd.) fühlt und so „seine Identität und Autonomie immer in Frage gestellt sind“ (ebd.). Dadurch kommt es vor, dass eine Person sich „eher unreal als real“ (ebd.) fühlt oder „sein Selbst als teilweise getrennt von seinem Körper“ (ebd., S. 51) empfindet. Eine solche ontologisch unsichere Person empfindet jegliche Situation in die sie gelangt, als fortwährende existentielle Bedrohung (vgl. ebd.). Daher muss eine betroffene Person „ständig Wege

finden, um zu versuchen, real zu sein, sich oder andere lebend zu halten, seine Identität zu erhalten“ (ebd.) um nicht „sein Selbst zu verlieren“ (ebd.). Durch diesen Zustand entwickelt sich eine von außen schwer nachzuvollziehende Bedeutungshierarchie, welche dazu führt, dass die Person anfängt „in [...] [ihrer] eigenen Welt‘ zu leben“ (ebd., S. 52). Daraus darf aber nicht der Schluss gezogen werden, dass das Individuum den Kontakt zur Realität verloren hat, sondern nur, dass äußere Ereignisse es anders berühren, als sie es bei Menschen mit ontologischer Sicherheit tun (vgl. ebd.).

Laing beschreibt drei verschiedene Formen der Angst, mit welchen ontologisch unsichere Personen konfrontiert sein können (vgl. ebd.). Das „Verschlungenwerden“ (ebd.) bezeichnet die Angst einer Person durch die Beziehung zu einer anderen Person und deren Verständnis für und von einem von dieser absorbiert zu werden (vgl. ebd., S. 54). Diese Angst vor der Absorption entsteht dadurch, dass ein wirkliches *Zwischen* als Beziehungskontakt nicht existiert und das Individuum sich daher immer in Gefahr sieht, entweder von einer anderen Person übernommen zu werden oder sich in dieser zu verlieren (vgl. ebd.). Besonders das Verlieren in einer anderen Person kann durchaus gewollt sein, gesetzt dem Fall, dass die ontologisch unsichere Person sich z.B. selber hasst (vgl. ebd.). Die zweite Angst stellt die „Implosion“, ein „Eindringen‘ der Realität“ (ebd., S. 55) dar. Hierbei empfindet die Patient_in das eigene Ich als nichts und befürchtet, dass durch das Eindringen der Realität das eigene Ich durch etwas, nämlich die Realität, verdrängt werden würde und somit das Ich implodiere (vgl. ebd.). Die dritte Angst bezeichnet die Angst vor einer „Petrifikation und Depersonalisation“ (ebd., S. 56), also die Angst vor einer besonderen Form des Schreckens, durch die ein Mensch „von einer lebenden Person in ein totes Ding, [...] einen Automaten ohne personale Autonomie der Aktion, in ein *Es* [Hervorhebung im Original] ohne Subjektivität“ wird (vgl. ebd.). Aufgrund der Art und Weise unserer gesellschaftlichen Organisation, bei der die Menschen immer wieder durch die Reduktion auf ihre Rolle im Wirtschaftssystem reduziert werden, ist diese Depersonalisation alltäglich (vgl. ebd., S. 57). Bei ontologisch unsicheren Personen kann dieser Zustand zu einem Zweifel an der eigenen Existenz führen (vgl. ebd.). Jedoch auch in direkten zwischenmenschlichen Beziehungen besteht das Risiko, dass „wenn man den anderen als frei Handelnden erkennt, [...] man sich der Möglichkeit aus[setzt], sich als *Objekt* [Hervorhebung im Original] von dessen Erfahrung zu erfahren und so dem Gefühl, der eigenen Subjektivität beraubt zu werden“ (ebd.). Eine Person kann dadurch zu dem Schluß gekommen sein, dass jede „mögliche Relation mit einem anderen“ (ebd.) Menschen für das eigene Sein tödend und/oder verarmend wirkt (vgl. ebd.). Dadurch wird jede andere Person als Bedrohung für das eigene Selbst und die Fähigkeit autonom zu handeln empfunden (vgl. ebd., S.

58). Die ontologische Unsicherheit einer Person und die damit einhergehenden Ängste anzuerkennen, sieht Laing als die Grundlage um eine Psychose verstehen zu können (vgl. ebd., S. 51). Hierbei ist es notwendig, dass eine Therapie immer nur darauf abzielt, die andere Person in ihrer Existenz sein zu lassen und nicht ihr helfen zu wollen, da dies als die eigene Existenz gefährdend, verstanden werden kann (vgl. ebd., S. 54 f.). Er betrachtet es als Ziel diese ontologische Unsicherheit aufzuheben, um die Fähigkeit herzustellen, „sich selbst als autonom zu erfahren“ (ebd., S. 64), was bedeutet, „daß man sich wirklich darüber klar geworden ist, eine von allen anderen getrennte Person zu sein“ (ebd.).

Durch die existentiell-phänomenologische Betrachtungsweise rückt die subjektive Wahrnehmung der betroffenen Person in den Fokus, anstatt die Definitionsmacht über eine psychosoziale Krise der Ärzt_in zu überlassen. Besonders deutlich zeigt sich der Einfluss Laings auf die anti-psychiatrische Bewegung an dem betroffenen kontrollierten Ansatz, auf welchem ich in Kapitel 4.2 und 5. noch kurz eingehen werde.

3.3. Das Verständnis der Psychiatrie als totale Institution

In seinem Buch *Asyle* stellt Erving Goffman 1961 seine Theorie der *totalen Institution* vor und beschreibt dadurch die ähnlichen Strukturen bestimmter Institutionen und wie sich diese auf die dort freiwillig oder unfreiwillig lebenden Menschen auswirkt. Im Zentrum seiner Betrachtungen stehen Einrichtungen wie Klöster, Gefängnisse und Psychiatrien. Für Goffman stellt eine totale Institution eine Institution dar, die „sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren [lässt; A. S.], die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen“ (Goffman 1972, S. 11). Der Schwerpunkt seines Buches liegt dabei auf der Welt der Betroffenen und nicht auf der des Personals, da nur so die Situation der Patient_innen beschrieben werden kann. Dadurch grenzt er sich von anderen Autor_innen seiner Zeit ab, welche in der wissenschaftlichen Literatur meist nur den Standpunkt der Psychiater_innen widerspiegeln (vgl. ebd., S. 8).

Für Goffman existieren vier zu unterscheidende Gruppen von totalen Institutionen innerhalb unserer Gesellschaft (vgl. ebd., S. 16). Die erste Gruppe bilden die Anstalten, welche zur Fürsorge für Menschen eingerichtet wurden, die als unselbstständig und harmlos gelten. Darunter fallen Blinden- und Altersheime, Waisenhäuser und Armenasyle (vgl. ebd.). Die zweite Gruppe besteht aus jenen Orten, „die der Fürsorge für Personen dienen, von denen angenommen wird, daß sie unfähig sind, für sich selbst zu sorgen, und daß sie eine – wenn auch unbeabsichtigte – Bedrohung der Gemeinschaft

darstellen“ (ebd.). Hierzu zählen unter anderem die Tuberkulose – Sanatorien und die Psychiatrien. Die dritte Gruppe beinhaltet jene Einrichtungen, die „dem Schutz der Gemeinschaft vor Gefahren, die man für beabsichtigt hält“ dient. Dabei ist zu beachten, dass das Wohlergehen der isolierten Person nicht „unmittelbarer Zweck“ (ebd.) der Einrichtung ist. Zu dieser Gruppe können sowohl Gefängnisse und Zuchthäuser, als auch Kriegsgefangenen- und Konzentrationslager gezählt werden. Die letzte Gruppe stellen die „Einrichtungen, die als Zufluchtsorte vor der Welt dienen, auch wenn sie zugleich religiöse Ausbildungsstätten sind“ (ebd.) dar. Die Aufgabe einer totalen Institution innerhalb unserer bürgerlichen Gesellschaft ist immer „den Charakter von Menschen zu verändern“ (ebd., S. 23) und sie dadurch in die herrschenden Verhältnisse einzugliedern. Das zentrale Merkmal, welches alle totale Institutionen verbindet, besteht darin, dass die Institutionen die Schranken, welche im bürgerlichen Leben die individuell verschieden organisierten und voneinander getrennten Lebensbereiche voneinander trennen, aufheben (vgl. ebd., S. 17). Goffman stellt besonders vier Punkte dabei in den Fokus:

1. „Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.
3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.
4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.“ (ebd.)

Daraus ergibt sich, dass „[d]ie Handhabung einer Reihe von menschlichen Bedürfnissen durch die bürokratische Organisation ganzer Gruppen von Menschen“ (ebd., S. 18) ein zentrales Merkmal totaler Institutionen ist. Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die „fundamentale Trennung zwischen einer großen, gemanagten Gruppe, treffend ‚Insassen‘ genannt, auf der einen Seite, und dem weniger zahlreichen Aufsichtspersonal auf der anderen“ (ebd., S. 19). Dabei gilt für die Insass_innen, dass diese innerhalb der Institution leben und nur durch die Institution geregelten und eingeschränkten Kontakt zur Außenwelt haben. Besonders durch die Einschränkung des Kontakts nach außen, kann es zu einer existentiellen Gefährdung von Familien und anderen sozialen Gruppen kommen (vgl. ebd.), wodurch der Insass_in die Möglichkeit genommen werden kann, in Gemeinschaften außerhalb der Institution integriert zu bleiben (vgl. ebd., S.

22). Für das hierarchische Verhältnis innerhalb der Institutionen bezeichnend ist, dass beide Gruppen sich gegenseitig „durch die Brille enger, feindseliger Stereotypen“ (ebd. S. 19) sehen.

Dem Aufsichtspersonal kommt die Rolle zu, die Kommunikation zwischen den höheren Ebenen des Stabes und den Betroffenen zu kontrollieren (vgl. ebd.), wobei Goffman es als typisch ansieht, „daß der Insasse von den Entscheidungen die sein Geschick betreffen, keine Kenntnis erhält“ (ebd., S. 20). Dieses Vorenthalten von Informationen, gibt „dem Stab besondere Voraussetzungen für die Distanz von den und die Kontrolle über die Insassen“ (ebd.). Zwar scheint die Ursache dieser Gruppentrennung in der Zielsetzung der Aufgabe des Personals begründet zu liegen, jedoch sieht Goffman die Trennung hauptsächlich als eine „Folge der bürokratischen Führung großer Menschengruppen“ (ebd.) an. Aufgrund dieser Gruppentrennung entstehen „zwei verschiedene soziale und kulturelle Welten, die mit einigen offiziellen Berührungspunkten bestehen, sich jedoch kaum gegenseitig durchdringen“ (ebd.).

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft den Umgang und die Rolle der Arbeit innerhalb einer totalen Institution. Wird das Leben innerhalb einer bürgerlichen Gesellschaft betrachtet, ist festzustellen, dass „die Autorität des Arbeitsplatzes für den Arbeitnehmer mit dem Erhalt des Lohnes endet“ (ebd., S. 21). Wie mit diesem Umgegangen wird, ist Privatsache der Arbeiter_in. Die Autorität und der Einflussbereich des Arbeitsplatzes werden somit in fest umschriebenen Grenzen gehalten (vgl. ebd.). Dies ermöglicht in der bürgerlichen Gesellschaft eine individuelle und selbst organisierte Form der Bedürfnisbefriedigung, vorausgesetzt die Höhe des Lohnes lässt diese zu. Innerhalb einer totalen Institution müssen die Tagesabläufe für die Insass_innen vorgeplant werden, wodurch auch deren wesentliche Bedürfnisse vorgeplant werden müssen (vgl. ebd.). Dadurch ergibt sich zum einen, dass ein anderer Anreiz zum Arbeiten geschaffen werden muss und zum anderen, dass der Tagesablauf durch das Personal fremdbestimmt ist. Es besteht somit das Risiko, dass es durch den fremd organisierten – meist an dem Maßstab der ökonomischen Realisierbarkeit und Arbeitsvereinfachung für das Personal gemessenen – Tagesablauf, zu einer „Entfremdung des Selbstwertgefühls und des Besitzsinnes von seiner Arbeitsfähigkeit“ kommt (ebd.). Somit kann es geschehen, dass ein Individuum, welches außerhalb der Einrichtung arbeitsorientiert war, durch das Arbeitssystem innerhalb der totalen Institution demoralisiert wird (vgl. ebd., S. 22). Es existiert also ein fundamentaler Widerspruch in der Lebens- und Arbeitsstruktur der bürgerlichen Gesellschaft und dem Leben und der Erziehung innerhalb einer totalen Institution (vgl. ebd.).

Aufbauend auf diesen Punkten beschreibt Goffman nun die Welt der Insass_innen, wie diese sie wahrnehmen und was diese mit ihnen macht. Für diese Arbeit sind besonders jene Faktoren wichtig, die das Leben und den Einfluss der Psychiatrie auf deren Insass_innen beschreiben und einen Kontrast zur bürgerlichen Gesellschaft darstellen. Die Wichtigkeit dieses Kontrastes liegt darin begründet, dass „[d]ie volle Bedeutung, die das ‚Drinnessein‘ für den Insassen hat, [...] nicht unabhängig von der besonderen Bedeutung des ‚Hinauskommens‘ existiert (ebd., S. 24). Eine Person, welche freiwillig oder unfreiwillig Insasse einer totalen Institution wird, durchlief vorher eine seiner Lebensgeschichte spezifische Sozialisation, durch welche eine eigene Kultur geprägt worden ist, die zu einer eigenen Persönlichkeit und einer eigenen Handlungslogik führte (vgl. ebd.). Egal „[w]ie stabil die Persönlichkeit des Neulings auch immer organisiert sein mag – stets war sie Erfahrungsschatz, der ein tolerierbares Selbstbild unterstützte“ (ebd.) und die Basis für eine Handlungslogik darstellte, die Abwehrmanöver ermöglichte um auf Konflikte, Zweifel und Fehler selbstbestimmt zu reagieren (vgl. ebd.). Durch die Kontrolle und Fremdbestimmtheit innerhalb einer totalen Institution kann es zu einem „Verlern-Prozeß“ (ebd.) von Verhaltensmustern kommen, die „den Betroffenen zeitweilig unfähig macht, mit bestimmten Gegebenheiten der Außenwelt fertig zu werden“ (ebd.) falls diese_r die Institution wieder verlässt. Durch diese „Diskulturation“ (ebd.) schafft und unterhält die totale Institution eine Spannung zwischen der Bezugswelt außerhalb und der Welt innerhalb ihrer und benutzt diese „als strategischen Hebel zur Menschenführung“ (ebd., S. 25). Aufgrund der Diskulturation tritt ein Rollenverlust ein, da das Selbst der Insass_in durch verschiedene Beschränkungen systematisch zerstört wird (vgl. ebd., S. 25). Innerhalb der totalen Institution wird die Rollenplanung eines Individuums verhindert, wodurch es nicht mehr selbst bestimmen kann, in welcher Lebenssituation eine andere Person welchen Teil von ihm mitbekommt (vgl. S. 25 f.). Gleichzeitig kommt es zu einer Beschränkung des Selbst durch den eingeschränkten Kontakt nach draußen, welcher dazu führt, dass mit dem Eintritt in die totale Institution ein permanenter Verlust von nicht nachholbarer Zeit einsetzt, welcher den Verlust von Rollen und Phasen des Lebenszyklus, wie berufliches Fortkommen, die Erziehung der Kinder etc. beinhaltet (vgl. ebd., S. 26). Dieser „bürgerliche Tod“ (ebd., S. 26) kann soweit reichen, dass der bürgerliche Status eines Menschen nie wieder hergestellt werden kann, zum Beispiel im Falle einer Entmündigung (vgl. ebd.). Durch verschiedene Rituale wird sowohl das Selbst des Menschen zerstört, als auch der Mensch von einer eigenständigen Persönlichkeit zu einem zu verwaltenden Objekt degradiert. Dies lässt sich z. B. an den Aufnahme Ritualen darstellen. Bei diesen wird das Individuum durch die Aufnahme des Lebenslaufes, durch wiegen und messen etc. von einer

ganzheitlichen Persönlichkeit auf messbare Daten reduziert um es „in die Verwaltungsmaschinerie der Anstalt“ einzugliedern und es so „reibunglos durch Routinemaßnahmen gehandhabt werden kann“ (ebd., S. 27). Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Aufnahme-rituals in eine totale Institution stellt die (zeitweilige) Wegnahme des Eigentums dar. Menschen belegen ihr Eigentum mit Emotionen und drücken durch dieses einen Teil ihrer Identität aus (vgl. ebd., S. 29). Wird ihnen dieses Eigentum weggenommen, wird dadurch „die Verkörperung des Selbst“ entwürdigt (ebd., S. 33). Stattdessen erhalten die Neuankömmlinge standardisierte Gegenstände der Anstalt, wodurch ein weiterer Teil ihres bürgerlichen Selbst und ihre Möglichkeit es vor anderen selbstbestimmt auszudrücken zerstört wird und sie so als Teil der zu verwaltenden Gruppe degradiert werden (vgl. ebd., S. 29 f.). Aber auch nach dem Aufnahme-ritual geht die Beschneidung der Persönlichkeit durch z. B. wiederholte Verletzungen der Privatsphäre weiter, welche sich unter anderem durch sich wiederholendes Filzen der Person und der Kontrolle des Schlafplatzes ausdrückt (vgl. ebd., S. 37). Doch auch weitere Arten der Demütigung finden innerhalb totaler Institutionen statt, welche sich zwar weniger direkt, jedoch nicht weniger intensiv auf die Zerstörung des Selbst einer Person auswirken (vgl. ebd., S. 43). Durch das „Looping“ (ebd.) findet eine „Zerstörung des formellen Verhältnisses zwischen dem handelnden Individuum und seinen Handlungen“ statt (ebd.). Looping bezeichnet den Vorgang, bei dem eine Abwehrreaktion bei einer In-sass_in durch einen Angriff auf das Selbst hervorgerufen wird und diese Schutzreaktion als Begründung für den nächsten Angriff auf das Selbst genutzt wird (vgl. ebd.). Innerhalb der bürgerlichen Gesellschaft kann ein Individuum sich aus einer solchen demütigenden Situation entfernen bzw. sich bürgerlicher Abwehrreaktionen wie Verstimmung, Verachtung, Ironie und Spott bedienen, um sein Selbst vor sich und anderen zu schützen (vgl. ebd.). Innerhalb einer totalen Institution ist dieser Rückzug nicht möglich, da die Lebensbereiche so vermischt sind, dass einem das Verhalten auch innerhalb eines anderen Kontextes vorgeworfen werden kann und jegliche Abwehrreaktion als weiterer Anlass für einen Angriff auf das Selbst genutzt werden kann (vgl. ebd., S. 43 f.). Durch die Zerstörung des Selbst und die immer wiederkehrende Unterbindung und Entwertung des eigenen Handelns wird dem Individuum jene Möglichkeiten genommen seine Welt unter Kontrolle zu bringen, dies jedoch stellt ein maßgebliches Grundelement der bürgerlichen Gesellschaft dar (vgl. S. 49). Die eigentlich erwachsene Person wird sowohl der Spielraum selbst gewählter Ausdrucksweisen genommen, als auch das sie in die Rolle eines kleinen Kindes gezwungen wird. Dies kann „beim Insassen zu einem erschreckenden Gefühl der völligen Degradierung in der Alters-Rangordnung führen“ (ebd., S. 50). Die Ursache dieser Zerstörung des Selbst und der Degradierung

auf den bürgerlichen Kindheitsstatus dient in erster Linie dem Zweck, „den Tagesablauf einer großen Zahl von Menschen auf beschränktem Raum und mit geringem Aufwand an Mitteln zu überwachen“ und zu organisieren (ebd., S. 53). Um innerhalb einer totalen Institution trotzdem einen Anreiz zur Arbeit und zur Verhaltensänderung zu geben, wird häufig ein Privilegiensystem eingeführt, um einen Rahmen für die persönliche Reorganisation der Insass_innen zu schaffen (vgl. ebd., S. 56). Die Strafen und Privilegien, welche diesem behavioristischem Konditionierungsmodell zugrunde liegen, sind ebenfalls ein typischer Bestandteil totaler Institutionen (vgl. ebd., S. 56). Dabei ist ein entscheidender Punkt, dass es sich bei vielen dieser Privilegien lediglich um Rechte und Vergünstigungen handelt, „die der Insasse früher [außerhalb der totalen Institution; A. S.] für gesichert hielt“ (ebd., S. 55). Meist ist sogar die „Frage nach der Entlassung aus der totalen Institution [...] in das Privilegiensystem eingebaut“ (ebd., S. 57).

Der komplette Aufbau einer totalen Institution bewirkt somit laut Goffman eine Entmündigung der Person und eine „Herabsetzung oder Einschränkung des Selbst“ (ebd., S. 54). Selbst wenn die damit einhergehende Konditionierung zu einer Verhaltensänderung im Sinne der bürgerlichen Gesellschaft führt wird deutlich, dass das Ziel eine Person in ihrer psychischen Krise zu begleiten dabei nicht erreicht werden kann. Es besteht sogar eher die Gefahr, dass sich, durch das Brechen des Selbst und der damit einhergehenden Demütigung und Fremdbestimmung, der Stress einer Person vergrößert und sich somit die Krisensituation verschlechtert.

3.4. Kritik an der ‚Schizophrenie‘

In seinem Buch *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie* formuliert David Cooper 1967 eine radikale Kritik an der Psychiatrie im Allgemeinen und der innerhalb der Psychiatrie vorherrschenden Behandlungsweisen. Dabei steht die Kritik an der zu seiner Zeit stark naturwissenschaftlich orientierten Psychiatrie im Vordergrund. Am Beispiel der Schizophrenie macht Cooper deutlich, wie sich die Ursache von ‚verrücktem‘ Verhalten nicht auf die Biologie des Menschen zurück führen lässt, sondern in den zwischenmenschlichen Beziehungen einer Gesellschaft bzw. einer Gruppe zu suchen ist. Mit dieser Kritik zielt er darauf ab, „zu einer nicht-ausbeuterischen, nichtzerstörerischen Behandlungsstrategie für Menschen zu gelangen“ (David Cooper 1972, S. 10). Hierzu baut er in einigen Punkten auf die Gesellschaftsanalyse von Karl Marx auf. Zwar sind sowohl eine Kritik an der Diagnostik, als auch dem Aufbau der psychiatrischen Einrichtungen ein wichtiger Bestandteil seiner Kritik, jedoch werden im folgenden seine Theorie über die Entstehung der ‚Schizophrenie‘ in den Fokus gestellt.

Laut Cooper existieren zwei gegensätzliche Erklärungsansätze für den Zustand eines Menschen, der als ‚schizophren‘ bezeichnet wird. Zum einen der konventionelle Ansatz, welcher „davon ausgeht, daß es eine nosologische (d. h. Krankheitspezifische) Einheit, genannt Schizophrenie, gibt, die kausal zu begründen sei“ (ebd., S. 13). Dem gegenüber steht ein weiterer Ansatz, welcher darauf hinweist, „daß eine Krankheitseinheit keineswegs definitiv festgelegt wurde, und daß das Denken in Krankheitsbegriffen vielleicht nicht das geeignete Verfahren ist, sich dem ‚Schizophrenie-Gebiet‘ zu nähern, oder daß sogar das ‚Krankheitsmodell‘ in völligem Widerspruch zum Wesen dieses Gebiets steht“ (ebd.). Der erste „quasimedizinische nosologische Ansatz“ (ebd.) geht davon aus, dass es „Symptome und Anzeichen gebe, die an einer objektivierbaren, von ihrer menschlichen Umgebung zum Zwecke der Beobachtung (implizit oder explizit) abstrahierten Person wahrgenommen werden“ (ebd.) können. Die auftretenden Symptome und Anzeichen legen im Folgenden eine Diagnose nahe, welche eine bestimmte Prognose und Behandlung vorschreibt (vgl. ebd.). Jedoch muss auch diese „diagnostische Einheit“ (ebd.) eine Ursache haben, über welche Unklarheit herrscht und deren Erklärung – „bei auffallend unsicherer Beweisgrundlage – zwischen biochemischer Anomalität, Virusinfektion, strukturellem Hirnschaden, konstitutionell-genetischem Ursprung [...] und psychischen Ursachen“ (ebd.) schwankt. Der zweite Ansatz neigt dazu ‚Schizophrenie‘ als einen „bösen Angriff“ dessen zu betrachten, was Wittgenstein ‚die Verzauberung unserer Intelligenz durch Sprache‘ genannt hat“ (ebd., S. 13). Cooper wirft der Bezeichnung ‚Schizophrenie‘ vor, dass durch sie lediglich das wirkliche Problem verschleiert und es „nicht die Spur eines unwiderleglichen Beweises [gibt; A. S.], der die Einbeziehung der Schizophrenie als einer Krankheitseinheit in den Bereich medizinischer Nosologie zu unterstützen vermöchte“ (ebd., S. 14). Dennoch bezeichnet auch für Menschen, die dem zweiten Ansatz folgen, ‚Schizophrenie‘ einen spezifischen Zustand, den Cooper wie folgt definiert:

„Schizophrenie ist eine ‚mikro-soziale‘ Krisensituation, in der die Handlungen und das Erleben einer bestimmten Person durch andere aus verständlichen kulturellen und mikrokulturellen (gewöhnlich familialen) Gründen zunichte gemacht werden, bis ein Punkt erreicht ist, an dem der Mensch als in irgendeiner Weise ‚geisteskrank‘ erwählt und identifiziert und schließlich (mittels einer spezifizierbaren, aber höchst willkürlichen Abstempelung) in der Rolle eines ‚schizophrenen Patienten‘ von medizinischen oder quasimedizinischen Gremien bestätigt wird“ (ebd., S. 14).

Wird die ‚Schizophrenie‘ auf diese Art verstanden, verschiebt sich die Ursache der Krise von einem internen dem Individuum anhängigen ‚Defekt‘, zu einem externen einer Gruppe oder einer Gesellschaft anhängigen Verhältniss (vgl. ebd.). Aufbauend auf dieser Definition, formuliert Cooper noch weitere Kriterien, warum eine naturwissenschaftlich-empirische Betrachtungsweise ungeeignet für dieses Themenfeld ist. So be-

schreibt er, dass in Naturwissenschaften die „Verifizierbarkeit und Falsifizierbarkeit von der *Wiederholbarkeit* [Hervorhebung im Original] von Situationen“ abhängt (ebd., S. 18), welches jedoch innerhalb von „lebensgeschichtlichen Situationen von Individuen oder Gruppen“ (ebd.) nicht möglich ist. Laut Cooper gibt es verschiedene Ursachen, warum das Verhalten eines Menschen von der Gesellschaft als ‚verrückt‘ angesehen wird. Zum einen kann das Verhalten „durch biologische Vorgänge, etwa Hirnschäden, pathologische Hirnalterung, Epilepsie usw.“ (ebd., S. 32) bestimmt sein. Zum anderen – und dies ist laut Cooper der häufigere Fall – wird das Verhalten eines Menschen dann verständlich, wenn betrachtet wird „was konkrete andere Personen, die zum Patienten in einer tatsächlichen Beziehung stehen, ihm antun und was er in der Interaktion ihnen antut“ (ebd.). So hat sich die betroffene Person „gewöhnlich vor Ausbruch der Krise in der Weise entwickelt, daß sie die Welt in einer Weise erlebte, die durch das vollkommene oder teilweise Fehlen auf Übereinstimmung beruhender Bestätigung ihrer Wahrnehmung von sich selbst und anderen bedingt war“ (ebd., S. 14). Erschreckend für Cooper ist hierbei besonders die „Tatsache, daß diese völlig verschieden gearteten Probleme sich in der gleichen Institution finden“ und dadurch „der Mythos vom Krankheitsprozeß mitsamt seiner impliziten Gewalt im Falle der Schizophrenie verewigt worden ist“ (ebd.). Mit dieser Begründung für ‚Schizophrenie‘ bezieht sich Cooper auf die *Double Bind* Theorie von Gregory Bateson, einem angloamerikanischen Anthropologen und Sozialwissenschaftler. Nach der Double-Bind Theorie führen drei zusammenhängende Situationen innerhalb der Sozialisation eines Menschen zu einer ‚schizophrenen‘ Krise:

Die Grundlage bildet eine intensive Beziehung eines Individuums zu einer Bezugsperson, bei der „es ihm als lebenswichtig erscheint, ganz genau zu unterscheiden, welche Art von Botschaft ihm übermittelt wird, damit es entsprechend reagieren kann“ (Weakland zitiert nach Cooper ebd., S. 57). Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass es sich nicht um eine einfache Bezugsbeziehung handelt, wie sie sich zum Beispiel in einem ‚normalen‘ Verhältnis zwischen Eltern und Kindern wiederfindet. Innerhalb der Bezugsgruppe der Person, „die dazu bestimmt ist, als Schizophrener bezeichnet zu werden“ (ebd., S. 33) findet sich die Person in einer Beziehung zu ihren Bezugspersonen wieder, in der sie „für deren geistige und körperliche Integrität unerlässlich ist“ (ebd.). Wenn es innerhalb dieser Beziehung nun zu einer Situation kommt, in der die andere Person sich gegenseitig aufhebende Botschaften aussendet, muss das Individuum sich kritisch mit den ausgedrückten Botschaften auseinandersetzen um zu entscheiden, auf welche Botschaft es reagieren möchte (vgl. Cooper 1972, S. 58). Ist das Individuum dazu nicht in der Lage, „kann es keine metakommunikative Feststellung treffen“ (Weakland zitiert

nach Cooper 1972, S. 58) und muss, um aus dieser Zwickmühle der inneren Verwirrung herauszukommen, so reagieren, wie es innerhalb der eigenen Logik Sinn machen würde (vgl. Cooper 1972, S. 58 f.). Die Handlungslogik eines Menschen bildet sich normalerweise aus den Erfahrungen die ein Mensch im Laufe seines Lebens macht und den Erwartungen die eine Bezugsgruppe oder einzelne Bezugspersonen an das Individuum stellen (vgl. ebd., S. 28). Somit entwickelt sich eine individuelle Handlungsanleitung für den Alltag eines jeden Menschen, die normalerweise mit den gesellschaftlichen Normen übereinstimmt (vgl. ebd.). Kam es aber durch z. B. sich widersprechende Erwartungen zu einer von außen nicht nachvollziehbaren Logik, sind die Handlungen des Individuums für Außenstehende nicht nachvollziehbar, wodurch diese das Individuum für ‚schizophren‘ erklären (vgl. ebd.).

Diese Entwicklung lässt sich am Beispiel einer Gruppe wie der Familie nachvollziehen. Die Wichtigkeit der familiären Gruppe wird von Cooper immer wieder betont, da die Erziehung für ihn die häufigste Ursache für psychische Krisensituationen darstellt (vgl. ebd., S. 34 f.). Dabei stellt er die Wichtigkeit der Autonomie des Kindes und dessen Loslösung von der Familie deutlich in den Vordergrund (vgl. ebd., S. 35). So schreibt er, dass es nicht nur die Aufgabe der Bezugspersonen ist Kinder zu produzieren, sondern auch dem Kind ein Umfeld von Möglichkeiten zu bieten, „in dem ihr Kind jemand anders, eine andere Person werden kann“ (ebd., S. 35). Ansonsten kann der Prozess eine eigenständige Person zu werden schon in den ersten Lebensmonaten fehllaufen und dem Kind können die Voraussetzungen „für das Gewährwerden seiner persönlichen Autonomie fehlen“ (ebd.). Schafft es das Kind nicht sich loszulösen, kann dies dazu führen, dass es sich irgendwann versucht durch Gewalt von der Gruppe zu lösen (vgl. ebd., S. 36). Die angewandte Gewalt wird meist als irrational dargestellt und die Ursache häufig bei einem internen ‚Defekt‘ des Kindes gesucht, wodurch Gruppenverhältnisse auf ein Individuum der Gruppe projiziert werden (vgl. ebd.). Dabei ist wichtig zu beachten, dass dem Kind häufig, wie in anderen Gruppen anderen Individuen, die Verantwortung dafür zugeschrieben wird, dass die Gruppe der Familie intakt bleibt (vgl. ebd., S. 33). Die gesunde und starke Gruppe kann somit als Maßstab für alle Handlungen gesehen werden. Gerade in Familien stellt dies eine unhaltbare Situation für ein sich loslösendes Kind dar, da es sich bei einem Widerspruch zwischen der eigenen Logik und der der Gruppe entweder für die vollkommene Unterwerfung oder den Austritt aus der Gruppe und damit die Zerstörung dieser entscheiden muss (vgl. S. 33 f.). Meistens führt so eine Situation dazu, dass die betroffene Person zwar die Familie verlässt, jedoch nicht weil sie mit den Gruppenverhältnissen nicht einverstanden ist, sondern weil sie sich als Bestandteil der Gruppe mit der Rolle als ‚geisteskrank‘ identifiziert (vgl.

ebd., S. 46). Hinzukommt, dass der betroffenen Person nach der ‚Heilung‘ in der Psychiatrie die Rückkehr in die Gruppe offen steht, da alle davon überzeugt sind, dass die Ursache des Fehlverhaltens behoben wurde. Meistens führt die einmalige Stigmatisierung einer Person als ‚geisteskrank‘ jedoch dazu, dass sämtliche seiner Handlungen auf eine Verbindung zu ihrer ‚Krankheit‘ geprüft werden. Die soziale Gruppe bleibt dadurch aber in Takt und kann weiterhin ihren negativen Einfluss und ihr eigenes Fehlverhalten vor sich selbst und anderen negieren (vgl. ebd.). Durch die Abhängigkeit des Individuums von der Gruppe, welche sich durch oben genannte Bindungsproblematiken deutlich verstärkt, kommt es zu einer Entfremdung der eigenen Person von sich selbst, da diese sich nicht mehr selbst als Verursacherin der eigenen Handlungen sieht. Dieser Entfremdung kann der Mensch normalerweise ausweichen bzw. sie verleugnen (vgl. ebd., S. 50). Kommt es jedoch durch das Leugnen der Verhältnisse und Umgangsformen der Gruppe dazu, dass diese Ursache der eigenen Handlungen nicht mehr möglich ist, muss sich die betroffene Person ihr eigenes Verhalten anderweitig erklären und es kann geschehen, dass „ein Mensch seine qualvolle Verwirrung durch eine ‚psychotische‘ Konstruktion zu verringern versucht, beispielsweise indem er sagt, sein Geist werde durch eine elektrische Maschine oder von Wesen aus dem Weltraum kontrolliert“ (ebd., S. 51 f.). Cooper macht deutlich, dass diese Art der Ausdrucksweise nicht als ‚verrückt‘, sondern die ‚schizophrene‘ Fremdsteuerungsvorstellung als ein symbolischer Ausdruck fehlender Kontrolle zu verstehen ist (vgl. ebd., S. 52). Aufbauend auf der Gesellschaftsanalyse von Karl Marx und der von ihm beschriebenen Entfremdung des Menschen, beschreibt Cooper weiter, dass es sogar zu erwägen ist, dass „in den ‚psychotischen‘ Familien das als schizophren ausgewiesene Mitglied mit Hilfe der psychotischen Phase versucht sich von einem entfremdeten System freizumachen und daher in gewissem Sinne weniger ‚krank‘ oder zumindest weniger entfremdet ist als die ‚normalen‘ Nachkommen der ‚normalen‘ Familien“ (ebd., S. 53). Mit dem Begriff der Entfremdung bezieht Cooper sich in erster Linie auf Hegel und Marx. Laut Cooper beschreibt Hegel die Entfremdung als die Bedeutung eines Zustandes, bei dem „menschliche Mächte in externalisierter Form als autonome nicht-menschliche Einheiten in Erscheinung treten, die das menschliche Leben ‚von außen her‘ beherrschen“ (ebd., S. 53). Marx erweitert den Begriff indem er ihn auf den Staat und das weitere menschliche Verhalten bezog (vgl. ebd.). Daraus ergibt sich laut Cooper der Schluss, dass Entfremdung, wie Marx sie beschreibt, eine Quelle für „zahlreiche Mythologien im gesellschaftlichen und psychologischen Denken, in denen die menschliche Gruppe explizit oder implizit als eine Art Hyperorganismus postuliert wird, dem die Fähigkeit, gewissermaßen unabhängig von seinen Mitgliedern zu handeln oder gar zu

erleben, zugeschrieben wird“ (ebd.), ist. Für Cooper ist es unverständlich warum eine Person, die versucht sich aus ihren Zwängen zu befreien, bzw. sich ihren Zwängen, wenn auch in einer meistens nicht nachvollziehbaren Weise, bewusst wird, als ‚geisteskrank‘ bezeichnet wird, dabei aber von einer Gesellschaft als ‚gesunde‘ Norm ausgegangen wird, deren „offiziell normaler Gehirne“ die „Scheußlichkeiten von Imperialismus, Rassismus, Sexismus, Egozids und Mentizids“ (Cooper 1976, S. 94) ebenso entsprungen sind, wie die einvernehmliche Praxis, „daß eine Klasse eine andere Klasse beherrscht“ (Cooper 1974, S. 53). Die Entfremdung zwischen den Menschen und zwischen der Arbeit und dem Menschen, welche aufgrund der Art und Weise der Produktion und Reproduktion innerhalb unserer bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft existiert, sieht Cooper als hauptsächliche Ursache für psychische Krisensituationen eines Individuums (vgl. Cooper 1976, S. 93).

Cooper zeigt in seinem Werk in erster Linie wie Menschen durch gesellschaftlich widersprüchliche Umstände in eine persönliche Krise geraten, in der sie, um sich die Krise zu erklären, eine eigene Logik zusammen bauen, welche ihr Handeln teilweise mystifiziert und somit für Außenstehende nicht nachvollziehbar wird. Dies führt dazu, dass die Gruppe, welche sich selbst erhalten will, das Individuum als ‚krank‘ abstempelt und nicht die Ursache dieses Verhaltens, in den eigenen bzw. in den gesellschaftlichen Strukturen sucht.

3.5. Kritik der Klassifizierung von Menschen

In seinem Werk *Geisteskrankheit – Ein moderner Mythos* beschreibt Thomas S. Szasz 1972 das der Begriff der ‚Geisteskrankheit‘ und die damit einhergehenden Klassifizierungen zwar historisch betrachtet eine gewisse Zweckmäßigkeit erfüllen, jedoch heutzutage als wissenschaftlich wertlos und als ein soziales Übel zu betrachten sind (vgl. Szasz 1972, S. 10). Szasz wirft der psychiatrischen Wissenschaft vor „nach ihrer traditionellen und heute noch gängigen Definition in einer Reihe mit Fächern wie Alchimie und Astrologie“ (ebd., S. 13) zu stehen und somit zu den „Pseudowissenschaften zu rechnen ist“ (ebd.). In seinem Buch versucht er „*einige der wichtigsten falschen Substantive unseres heutigen psychiatrischen Denkens [...] [zu demontieren; A. S.] und sodann die Grundlagen für eine Prozeßtheorie des persönlichen Verhaltens zu schaffen [Hervorhebung im Original]*“ (ebd., S. 14). Damit einhergehend fordert er eine wissenschaftlichere Definition des psychiatrischen Gebietes und eine kritischere Betrachtung deren Grundannahmen insbesondere des Verständnisses der ‚Geisteskrankheit‘ (vgl. ebd., S. 15 f.). Ein wichtiger Bestandteil seiner Kritik besteht in einer kritischen Betrachtung der historischen Psychoanalyse, bei der menschliches Verhalten seiner Meinung nach zu deterministisch betrachtet wird (vgl. ebd., S. 18). Szasz betont jedoch,

dass er damit weder „die Wirkung noch die Bedeutung von Vergangenheitserfahrungen [...] für das spätere Verhalten des Menschen leugnen“ (ebd., S. 19) will. Allerdings soll dieser Prozess nicht im Sinne eines deterministischen Ursache – Wirkungsmodells verstanden werden, sondern „im Sinne von Modifikationen im gesamten Aufbau und Funktionieren des Betroffenen konzeptualisiert und verstanden werden“ (ebd.). Es ist eine notwendige Erkenntnis, dass „psychologische Gesetze relativistisch in Bezug auf die sozialen Bedingungen“ (ebd., S. 21) gesehen werden müssen. Folglich können die Gesetze der Psychologie „*nicht unabhängig von denen der Soziologie formuliert werden* [Hervorhebung im Original]“ (ebd.). Szasz macht am Beispiel der ‚Hysterie‘ die Notwendigkeit deutlich „körperliche Krankheiten von deren Nachahmungen zu unterscheiden“ (ebd., S. 22) und postuliert, dass die Aufgabe „die ‚wirkliche‘ oder echte Krankheit von der ‚unwirklichen‘ oder falschen zu trennen [...] das Kernproblem der zeitgenössischen psychiatrischen Epistemologie“ (ebd., S. 23) sei. Die Hysterie sei ein verallgemeinerbares Beispiel dafür, dass ‚Geisteskrankheiten‘ eher „Sprachen, aber keineswegs körperlichen Krankheiten gleichen“ (ebd., S. 25). Im Falle einer Krankheit wird davon ausgegangen, dass die Patient_in geheilt werden muss, da eine Krankheit eine Ursache hat und zu dieser Ursache eine passende Behandlung existiert (vgl. ebd., S. 26). Dabei wird davon ausgegangen, dass die Ursache bei einem internen biologischem Defekt des Individuums liegt. Bei einer ‚Geisteskrankheit‘ wird somit davon ausgegangen, dass der Geist krank ist und geheilt werden muss. Das Symptom hierfür sind die für Außenstehende nicht nachvollziehbaren Handlungen. Diese nicht nachvollziehbaren Handlungen jedoch sind, laut Szasz, eher mit einer fremden Sprache zu vergleichen, bei der wir ebenfalls eine Person nicht verstehen, jedoch nicht auf die Idee kommen würden, sie für krank zu erklären (vgl. ebd.). Das was allgemein unter ‚Geisteskrankheit‘ verstanden wird versteht Szasz somit eher als eine „Sonderform von Kommunikationsverhalten“ (ebd.), wodurch es sinnlos ist „nach ihren Ursachen zu forschen“ (ebd.). Stattdessen muss nachvollzogen werden, wie diese Sprache „*gelernt* [Hervorhebung im Original] wurde und was sie *bedeuten* [Hervorhebung im Original] soll“ (ebd.). Somit ist es „absurd von einer ‚Heilbehandlung‘ zu sprechen“ (ebd.). Diese Art der Sprache hat, laut Szasz, einen doppelten Ursprung:

Zum einen kann sie aus körperlichen Problemen resultieren und äußert sich wie „Krankheiten und Behinderungen, welche sich in körperlichen Zeichen wie Paralyse (Lähmung), Konvulsion (Krämpfen, Zuckungen) und physischen Empfindungen wie Schmerz, Ermüdung usw.“ (ebd., S. 27) ausdrückt. Eine zweite Ursache ist auch die innerhalb der Kultur und Gesellschaft „augenscheinlich überall verbreitete Praxis, Kranken ihr Leben zu erleichtern“ (ebd.). Diese zwei Grundfaktoren, einzeln und in Kombi-

nation, erklären die Entwicklung und die Benutzung der ‚geisteskranken‘ Sprache, die nichts anderes ist als eine ‚Krankheitssprache‘ derer sich bedient, „*wer entweder keine andere Sprache gut genug gelernt hat oder diese Sprache zufällig besonders brauchbar findet* [Hervorhebung im Original]“ (ebd.). Dabei ist es wichtig zu beachten, dass der ‚Geist‘ des Menschen für Szasz hauptsächlich „ein Produkt seiner sozialen Umgebung“ (ebd., S. 28) ist. Auf dieses Verständnis aufbauend, zeichnet Szasz die Entstehung der Klassifizierung, wie sie seiner Meinung nach entstanden ist, am Beispiel der Hysterie nach. So beobachtete der Arzt Charcot (*1825; +1893) das Verhalten von Menschen, welche zur damaligen Zeit hauptsächlich zum Zwecke der gesellschaftlichen Isolation (vgl. ebd., S. 36) bei ihm eingewiesen wurden. Bestimmtes Verhalten definierte er als Symptome und erstellte so ein Schema nachdem ‚Krankheiten‘ klassifiziert werden konnten (vgl. ebd., S. 36 f.). Dabei ging es Charcot „in erster Linie um eine Klassifizierung neurologischer Krankheiten“ (ebd., S. 37), weshalb er zwischen jenen Erkrankung differenzieren musste, welche wirklich ihre Ursache im Nervensystem hatten und jenen, „die de facto etwas anderes waren“ (ebd., S. 37). Dadurch ergab sich für ihn eine Unterteilung in die ‚echten Krankheiten‘, welche neurologisch bestimmt waren und dadurch die Patient_in im Verhalten, seiner Meinung nach, determinierten und den ‚simulierten Krankheiten‘, mit welchen die Betroffenen die Ärzt_innen absichtlich zu täuschen versuchten (vgl. ebd., S. 39). Dadurch, dass der Definitionsmoment ob ‚krank‘ oder ‚gesund‘ somit bei den Ärzt_innen lag und diese häufig nicht zusammenpassende Symptome als Simulation auslegten, lag auch die Krankheitsdefinition bei den Mediziner_innen (vgl. ebd., S. 40). Durch das Definieren der Hysterie als ‚Geisteskrankheit‘ und nicht als ‚Simulation‘ wurde „im kleinen die Tat der Befreiung“ (Freud zitiert nach Szasz 1972, S. 40) Phillipe Pinels wiederholt und die ‚Geisteskrankheit‘ aus der Verurteilung der Gefängnisse gelöst. Nachdem die Angst „von den armen Kranken genarrt zu werden“ (ebd.) und durch ihre Lügen Geringschätzung zu erfahren (vgl. ebd., S. 60) durch die Klassifizierung des Verhaltens als Krankheit abgelegt wurde, begannen die Mediziner_innen sich zu fragen, „welche Art der Bearbeitung auf dem kürzesten Wege zur Lösung des Problems [der ‚Geisteskrankheit‘; A. S.] führen würde“ (ebd., S. 40). Besonders die neu entstandene Fragestellung macht nun deutlich, was Szazs als „*den größten logischen und verfahrenstechnischen Irrtum in der Evolution der modernen Psychiatrie* [Hervorhebung im Original]“ betrachtet (Szasz 1972, S. 40). Durch Charcots Definition der Hysterie als eine Krankheit, wurde den Betroffenen das ‚Krank – sein‘ erst einmal erleichtert (vgl. ebd., S. 41). Dies führte jedoch dazu, dass durch „die Praxis, Menschen, die mit Lebensproblemen nicht fertig werden, als ‚geistig-seelisch krank‘ abzustempeln, die Aufdeckung der wahren Natur dieser Er-

scheinungen verzögert“ wurde (ebd., S. 43). Die vorher unverständlichen Symptome eines Menschen wurden durch die Klassifizierung als ‚Geisteskrank‘ greifbar, wodurch eine gesellschaftliche Ächtung aus Angst durch die einer gesellschaftliche Isolierung aus Mitleid und Angst vor der Krankheit abgelöst wurde (vgl. ebd.). Dabei sieht Szasz einen großen Unterschied zwischen einer ‚Geisteskrankheit‘, wie der ‚Hysterie‘, und einer körperlichen Krankheit, auch wenn diese sich in den Symptomen von der Ähnlichkeit her überschneiden. Diese Ähnlichkeit besteht jedoch nur in den Symptomen (Beschwerden, klinisches Allgemeinbild, Behinderung an der gesellschaftlichen Teilhabe, durch die Gesellschaft etc.) und ist somit lediglich „*empirischer, nicht logischer Natur* [Hervorhebung im Original]“ (ebd., S. 43). Dadurch wird die Frage, ob Hysterie, bzw. ‚Geisteskrankheit‘ im Generellen, aufgrund der empirischen Übereinstimmung als Krankheit gesehen werden soll, oder aufgrund der gesellschaftlichen und nicht neuronalen Ursache nicht als Krankheit gesehen werden soll zu einer gesellschaftlichen Entscheidung (vgl. ebd., S. 43 f.). Dabei ist es historisch interessant zu betrachten, dass die „moderne Psychiatrie, Psychoanalyse und psychosomatische Medizin [...] wirklich keine Mühe, keine Anstrengung gescheut [hat; A. S.], um den Eindruck zu erwecken, daß ‚Geisteskrankheit‘ ein Leiden wie jede andere ‚Krankheit‘ sei“ (ebd., S. 49).

Szasz betrachtet die Ursache für die Identifizierung und Klassifizierung im generellen als das „Fundament des Bedürfnisses, die Welt um uns zu ordnen“ (ebd., S. 51), welches besonders innerhalb der Wissenschaft wichtig sei, da dadurch Nachvollziehbarkeit und Ordnung entsteht (vgl. ebd.). Dinge werden somit erst einmal in zwei Grundkategorien eingeteilt, nämlich ‚A‘ und ‚Nicht – A‘ (vgl. ebd.). Aufgrund von zwei unterschiedlichen Begebenheiten kann es jedoch vorkommen, dass Dinge falsch zugeordnet werden: Zum einen kann dies geschehen, da die Beobachter_in nicht über das nötige Wissen, Geschick oder Werkzeug verfügt, um die Dinge auseinander zu halten (vgl. ebd.). Zum anderen kann es geschehen, dass „nicht nur zwei oder mehr naturbedingte Gegenstände oder Ereignisse einander gleichen und damit eine Differenzierung problematisch“ wird (ebd., S. 52). In Bezug auf den Menschen kann es ebenfalls vorkommen, dass er versucht Kategorie ‚A‘ zu imitieren (vgl. ebd.). Dadurch entsteht eine Kategorie ‚B‘, die zwar wie ‚A‘ aussieht, jedoch den Unterschied in sich trägt, „*daß ein menschlicher Operator die äußere Ähnlichkeit zu irgendeinem Zwecke absichtlich geschaffen hat* [Hervorhebung im Original]“ (ebd.). Diese Faktoren müssen berücksichtigt werden, wenn es das Ziel ist eine sinnvolle Klassifizierungslogik aufzubauen (vgl. ebd.). Dabei müssen wir „als logische Konsequenzen einer Klassifizierung bestimmter Verhaltensformen als Krankheiten“ (ebd.) auch anerkennen, „daß es erstens Vorkommnisse gibt, die wie Krankheiten aussehen, sich aber womöglich als etwas anderes

(Klasse B) erweisen, und zweitens Vorkommnisse, die eigentlich vielleicht in die Klasse ‚vorgetäuschte‘ Krankheiten (Klasse C) gehören“ (ebd.). Im Falle einer Klassifizierung entscheidet somit immer die klassifizierende Person, ob A oder Nicht-A. Selbst wenn die Klassifizierung richtig ist, dann bleiben jedoch „die *Bezeichnungen* [Hervorhebung im Original] und damit die *Werte* [Hervorhebung im Original], die wir Bildern – und Behinderungen – zuerkennen“ (ebd., S. 56), in einer Abhängigkeit der „Regeln des angewandten Klassifikationssystems“ (ebd., S. 56). Bei diesen Regeln muss bedacht werden, dass sie und das gesamte Klassifikationssystem von Menschen gemacht worden sind und somit die Fragen „wer die Regeln aufgestellt hat und zu welchem Zweck“ (ebd.) eine entscheidende Rolle spielt. Szasz weist daraufhin, dass die Definition von Nichtkrankheiten zu Krankheiten „sich für die Ärzte und für die Psychiatrie als besonders wertvoll erwiesen“ hat, da „[i]ndem die Psychiater immer mehr Phänomene in ihr Fachgebiet einbezogen“ haben, „sie ihr Prestige und ihre Macht erheblich“ erhöhten (ebd., S. 57). Wird die Frage nach dem Wer und Wozu vergessen, entsteht die Gefahr, dass „das Produkt einer strategischen Klassifizierung“ (ebd., S. 56) als ein „natürliches‘ Ereignis“ (ebd.) missverstanden wird. Letztendlich liegt somit die Definitionsmacht, ob Verhalten als ‚krankhaft‘ oder ‚gesund‘ eingestuft wird, immer bei den Ärzt_innen, die die Regeln des Klassifikationssystems auslegen und deuten. Die Entscheidung der Ärzt_innen ist jedoch auch immer mit ihren persönlichen Erfahrung und den gesellschaftlichen Moralvorstellungen verbunden. Das eine Klassifizierung vielen Betroffenen nützlich sein kann, wird von Szasz dabei nicht abgestritten. So schreibt er, dass dies jedoch darauf zurückzuführen ist, dass „der Mensch allgemein eine Abneigung gegen Ungewißheit hat und ‚Fehlverhalten‘ entweder als ‚sündhaft‘ oder als ‚krank‘ klassifiziert sehen will“ (ebd., S. 57). Erst durch die These von Sigmund Freud, dass es sich bei der Hysterie zwar um eine Art der Simulation handele, jedoch um eine unbewusste, entstand ein neues Klassifikationssystem, bei der die körperlichen Krankheiten die ‚Klasse-A‘ bildeten und das „*unbewusste* [Hervorhebung im Original] Simulieren“ (ebd., S. 61) als ‚Klasse-B‘ eingestuft wurde (vgl. ebd.). Es entstand also eine „neue Dichotomie ‚Bewußt-Unbewußt‘“ (ebd.). Ebenfalls ergab sich eine weitere ‚Klasse-C‘, welche das bewusste simulieren beinhaltete (vgl. ebd.). Wobei sich im psychoanalytischen Simulationsbegriff zeigt, dass selbst das *bewusste* Nachahmen eines ‚kranken Verhaltens‘, als eine Krankheit ausgelegt werden kann (vgl. ebd., S. 62). Diese neue Grundlage der Klassifizierung machte es noch schwieriger zu klassifizieren, da die Ärzt_innen nun nicht nur zwischen ‚krank‘ und ‚simulierend‘, sondern auch zwischen dem „‚bewußten Imitieren‘ von Krankheit oder ‚Simulieren‘ differenzieren“ mussten (ebd., S. 62). Diese Schwierigkeiten machten die ärztlichen Urteile „noch will-

kür- und irrumsanfälliger, als es die alten ohnehin schon waren“ (ebd.). Besonders die Annahme des Schweizer Psychiaters Bleuler (*1857; +1939) „das Simulieren von Wahnsinn als Manifestation einer geistig-seelischen Erkrankung zu werten“ (ebd., S. 63), weitete die Macht der Ärzt_innen weiter aus. Besonders während des zweiten Weltkrieges etablierte sich dieses Verständnis, wodurch sich die medizinische Macht auch im politischen Bereich deutlich erweiterte (vgl. ebd.). So konnte es geschehen, dass die Betroffenen zwar als „kranker Mensch‘ mehr oder minder freundlich behandelt“ (ebd.) wurden, jedoch wurde ihnen dadurch gleichzeitig die spezifische Möglichkeit genommen, „gegen die an ihn gestellten Forderungen aufzubegehren“ (ebd.). Szasz leitet aus dieser Grundlage ab, dass, sofern der Unterschied zwischen einer Krankheit und einer simulierten Krankheit ernstgenommen wird, zu der Einsicht gelangt werden muss, „daß die Psychiatrie es mit Kommunikation zu tun hat und *nicht* [Hervorhebung im Original] mit Geisteskrankheiten“ (ebd., S. 66), da es sich bei dem Fehlverhalten um einen Kommunikationsversuch des Unterbewussten handelt. Dabei betont er nochmals, dass es einen wichtigen Unterschied zwischen der Neurologie und der Psychiatrie gibt: Während die Neurologie „sich mit bestimmten Teilen des menschlichen Körpers und dessen Funktionen als eigenständigen Objekten, aber *nicht* [Hervorhebung im Original] mit jenen als Zeichen für andere Objekte“ befasst (ebd.), beschäftigt „sich die Psychiatrie mit Zeichen *als* [Hervorhebung im Original] Zeichen, nicht nur mit Zeichen als Dingen, die auf Objekte weisen, welche realer und interessanter sind als sie selbst“ (ebd., S. 66).

Mit seiner Kritik liefert Szasz eine wichtige Grundlage für die Anti-Psychiatrie-Bewegung. Die Wahrnehmung des Verhaltens als eine Form der Kommunikation, die Kritik an der Definitionsmacht der Ärzt_innen über den Status ‚gesund‘/‚krank‘ und eine Ablehnung genau dieser Klassifizierung von Verhalten, da diese immer gesellschaftlich-normativ ist und zu deterministischen Lösungs- und Behandlungswegen führt, stellt immer noch einen entscheidenden Kritikpunkt der Bewegung dar. Die später folgende Forderung Szasz, die Psychiatrie müsse nur abgeschafft werden und die Menschen als solche mit ihrem Verhalten hingenommen werden, wird jedoch von der neuen Anti-Psychiatriebewegung weitestgehend abgelehnt, da so Menschen in ihren Krisensituationen alleine gelassen werden würden und es innerhalb der Art und Weise wie sich unsere Gesellschaft organisiert zu einer Isolierung und Selektierung der Betroffenen kommen würde.

4. Internationale und historische Einflüsse

Neben den einzelnen Theorien der anti-psychiatrischen Vordenker_innen beeinflussten auch viele weitere soziale Bewegungen und historische Ereignisse die psychiatriekritische Bewegung in Deutschland. Im Folgenden soll auf die für das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* wichtigsten Einflüsse eingegangen werden. International stellen die Anti-Psychiatrie-Bewegung Italiens, welche als die Erfolgreichste angesehen werden kann, und die *Gekken-Bewegung* in den Niederlanden, aus welcher die ersten Weglaufhäuser hervorgegangen sind, wichtige Einflüsse dar. Aber auch die historische Sonderrolle Deutschlands aufgrund der nationalsozialistischen Vergangenheit und der währenddessen stattgefundenen ‚Euthanasie‘, hat bis heute einen starken Einfluss auf die Bewegung.

4.1. La libertà è terapeutica – Die Anti-Psychiatrie-Bewegung in Italien

Die italienische Anti-Psychiatrie-Bewegung kann als die erfolgreichste Bewegung dieser Bewegung betrachtet werden. So hat sie ihr Ziel „die Gemeinschaft selbst wieder in die Verantwortung für ihr gestörtes, ihr leidendes Mitglied zu rufen“ (Basaglia/Giannichedda 1980, S. 15) dadurch erreicht, dass sie die Psychiatrie als Institution in Italien abgeschafft hat.

Diese „grundlegende Neuorientierung“ (ebd.) des Umgangs mit dem „sozialen Problems der psychischen Krankheit“ (ebd.) war jedoch nur möglich, da die Anti-Psychiatrie-Bewegung eng mit den politischen Basiskämpfen der sechziger und siebziger Jahre in Italien verbunden war (vgl. Berger 1979, S. 32). Diese Verbindung führte zu einer „Reihe von Initiativen und Projekten, die in engster Zusammenarbeit von Fachleuten und Politikern abliefen im Verständnis der Verbindung von Ausbeutung, Ausgrenzung (darunter der im Irrenhaus) und kapitalistischen Staat“ (ebd.). Die Verbindung zwischen den politischen Basiskämpfen und der anti-psychiatrischen Bewegung war kein Zufall. Stark beeinflusst durch den anti-psychiatrischen Theoretiker und Praktiker Franco Basaglia (*1924; +1980), welcher „alle gesellschaftlichen Phänomene als Ausdruck des Klassenkampfes, d.h. als Folge der Bemühungen, sich Produktionsmittel (und damit letztendlich Kapital) anzueignen“ (Rittmeyer 1988, S. 29) sah, wurde die Psychiatrie als eine Institution betrachtet, welche der Sicherung der Machtverhältnisse dienen sollte (vgl. ebd.). Er deckte die katastrophalen Zustände innerhalb der Psychiatrien Italiens auf, welche sich von nach dem zweiten Weltkrieg bis in die 50 Jahre erstreckten (vgl., S. 28). Basaglias erklärtes Ziel war die „möglichst weitgehende Abschaffung aller Zwangsmittel“ (ebd., S. 37) und ein Umsturz der sozialen Verhältnisse, da seiner Mei-

nung nach das Wesen einer Krankheit erst ermittelt werden könne, wenn die Grundbedürfnisse aller Menschen befriedigt werden (vgl. ebd., S. 31). Die Psychiatrie sei jedoch generell „gänzlich ungeeignet zur Therapie“ (ebd., S. 30), da diese die „psychischen Störungen“ (ebd.) erst verstärke. Basaglias Kritiken und seine radikale Umsetzung der Theorien als Leiter mehrerer psychiatrischer Einrichtungen (vgl. Schmid 1977, S. 10) bildeten einen wichtigen Bezugspunkt der Bewegung und legten den Grundstein für eine gesetzliche Abschaffung der psychiatrischen Institution durch das Gesetz Nr. 180, welches im Jahre 1978 verabschiedet wurde (vgl. Berger 1979, S. 32). Dadurch, dass in Italien „die politische Zuständigkeit für die psychiatrische Versorgung bei den Provinzen“ (ebd., S. 31) liegt, konnten Basaglia und andere Praktiker_innen „in soliden ‚roten‘ Provinzen“ (ebd.) alternative Konzepte anwenden, welche immer wieder einen Bezugspunkt für die Forderungen der Bewegung nach gesetzlicher Verankerung darstellte. Die gesetzliche Verankerung der Abschaffung der psychiatrischen Institution geschah dann im Zuge der Demokratisierung des Gesundheitswesens (vgl. ebd., S. 32). Ziel dieser Demokratisierung war die „Aufhebung der Trennung der Momente der Prävention, Heilung und Rehabilitation“ (ebd., S. 122) und zielte durch eine Dezentralisierung der Leistungsstrukturen darauf ab, „die Frage der Gesundheit global und auf der Grundlage von Partizipation aufzugreifen, als ein kostenloses und unveräußerliches Recht aller Bürger“ (ebd.). Unter anderem beinhaltete das Gesetz, eine starke Einschränkung der Möglichkeiten von Zwangsbehandlung, welche nur noch in Krankenhäusern durchgeführt werden durften (vgl. ebd.), das Recht auf Widerspruch aller Menschen gegen Zwangsbehandlung und „keinerlei Einschränkungen“ (ebd., S. 123) weiterer Rechte der Person. Mit am wichtigsten jedoch ist der Abschnitt welcher es

„in jedem Falle untersagt, neue psychiatrische Krankenanstalten einzurichten, die bestehenden als spezialisierte psychiatrische Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser zu nutzen, in den Allgemeinkrankenhäusern psychiatrische Abteilungen oder Sektionen einzurichten oder die neurologischen oder neuro-psychiatrischen Abteilungen als solche zu nutzen“ (ebd.)

4.2. Die Gekken-Bewegung in den Niederlande

Die Gekken-Bewegung bezeichnet die anti-psychiatrische Bewegung in den Niederlanden (Wehde 1991, S. 56). Im Vergleich zu anderen Ländern Europas begann in den Niederlanden die institutionelle Ausgrenzung von als ‚irre‘ geltenden Menschen, aufgrund der spät einsetzenden Industrialisierung, sehr spät (vgl. ebd., S. 53). Erst 1841 wurde ein erstes ‚Geisteskrankengesetz‘ erlassen, welches den „Zustand des Wahnsinns als Krankheit bezeichnet“ (Schaufeli zitiert nach Wehde 1991, S. 53). Das stark verankerte Subsidiaritätsprinzip führte dazu, dass der Staat lange Zeit bereitwillig private Einrichtungen finanzierte, wodurch die psychosoziale Versorgung weitestgehend un-

abhängig blieb (vgl. Wehde 1991, S. 53). Zwar waren die Einrichtungen in erster Linie religiös-christlich orientiert, wodurch sich der theologische Glaube mit der naturwissenschaftlichen Medizin verband, trotzdem entwickelten sich auch unterschiedliche Bürger_innen-Initiativen (vgl. ebd.). Aus diesen „Patronaten“ (ebd., S. 54) (Hilfsvereinen) entwickelte sich 1928 in Rotterdam „der erste Sozialpsychiatrische Dienst, der speziell die Aufgabe der ‚Nachsorge‘ psychiatrischer ‚PatientInnen‘ innehatte“ (ebd., S. 54). Über die Jahre hinweg wurde so das Versorgungsnetz „immer dichter und differenzierter“ (ebd.) und es entwickelten sich „unzählige Einrichtungen für bestimmte Gruppen und Probleme“ (ebd.), so dass es zu einem „enormen Zuwachs an psychiatrischen Einrichtungen“ (ebd.) kam und der Staat sich gezwungen sah, die Finanzierung umzustrukturieren (ebd.). Die Finanzkürzung führte zu einer Vereinheitlichung und Zusammenlegung verschiedener Einrichtungen, um Kosten zu senken (vgl. ebd., S. 55). Nach der Befreiung der Niederlande vom Nationalsozialismus wurde 1948 ein „Aufklärungsdienst über die allgemeinen psychiatrischen Anstalten“ (ebd., S. 56) gegründet, welcher die Aufgabe hatte „die Öffentlichkeit auf sogenannte Mängel und Mißstände in der Psychiatrie“ (ebd.) hinzuweisen. Auch andere Institutionen, wie die 1964 gegründete Pandora-Stiftung, halfen bei „der Entwicklung eines Problembewußtseins für die Situation der psychiatrischen ‚PatientInnen‘ in der Öffentlichkeit“ (ebd.) mit. Gestützt und beeinflusst durch die Kritiken und Theorien der anti-psychiatrischen Bewegung anderer Länder, wurde die Bewegung im Zuge der Student_innen-, Frauen-, und Umweltbewegung in den Niederlanden immer offensiver (vgl. ebd.). Die *Gekken-Bewegung* verstand sich in erster Linie als eine Betroffenenbewegung, welche sowohl zum Ziel hatte, politische Aufklärung zu betreiben, als auch die Betroffenen unter anderem durch den Aufbau von alternativen Institutionen (vgl. ebd.) zu unterstützen. Wichtiger Bestandteil dieser Bewegung war eine Orientierung an basis-demokratischen Organisationsprozessen, welche auch die Betroffenen mit einschlossen (vgl. ebd.). Ebenfalls stellte die Ablehnung eines medizinischen Krankheitsmodells und die Nutzung menschlicher Zuwendung anstatt des Gebrauchs von Psychopharmaka eine wichtige Arbeitsgrundlage dar (vgl. ebd.). Jedoch blieben die Versuche von Mitarbeiter_innen, Betroffenen und Angehörigen die generellen Strukturen zu demokratisieren und Alternativen aufzubauen lange Zeit erfolglos (vgl. ebd., S. 56 f.). Eltern, welche versucht hatten die Erziehungsberatungsstellen für Kinder zu demokratisieren, da diese in der Hand ambulanter psychiatrischer Behandlungsformen lagen (vgl. ebd., S. 56), gründeten nach ihrem Scheitern einen „Bund für Klienten in der psychosozialen Versorgung“ (vgl. ebd., S. 57), welcher sich ab 1973 „zu einer wichtigen Kraft der Betroffenenbewegung entwickelte“ und im Oktober 1991 die Gründung des *European Network Of Users and*

User-Controlled Organisations Of Psychiatry stark vorantrieb (vgl. ebd.). Zielsetzung dieses Bundes war es, „die Interessen aller ‚PatientInnen‘, KlientInnen innerhalb der psychosozialen ‚Versorgung‘ zu vertreten“ (ebd.). Einen besonderen Aufschwung erhielt die Bewegung aufgrund der niederländischen Jugendbewegung, welche es schaffte staatlich finanzierte Institutionen für Jugendliche, die „*Jongeren Advies Zentren* [Hervorhebung im Original; sic!] (JACs)“ (ebd.) mit dem Merkmal „einer Hilfe, die die Probleme der Jugendlichen in einem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang sieht“ (ebd.), einzurichten. Vor diesem Hintergrund entstanden die ersten Weglaufhäuser in den Niederlanden, da viele Psychatriebetroffene „in den alternativen Jugendberatungsstellen“ (ebd.) Schutz und Hilfe suchten. 1979 wurde in Haarlem das erste offizielle Weglaufhaus gegründet (vgl. ebd., S. 58). Die Mitarbeiterin Marij Bosdriesz beschreibt die wichtigsten Merkmale eines Weglaufhauses wie folgt:

„

- Ein Weglaufhaus befindet sich in einem normalen Haus, in einer gewöhnlichen Nachbarschaft, in der Barrieren abgebaut werden können. Die ‚gefährlichen Verrückten‘ werden nicht, weit weg, in Wäldern und Dünen isoliert.
- Das Haus ist übersichtlich und wohnlich, im Unterschied zu den großen, undurchsichtigen psychiatrischen Anstalten.
- Freiheit ist die ‚Medizin‘. Es erfolgt keine Medikalisierung und kein Einsatz von Psychopharmaka als ‚Therapie‘, sondern der Entzug von Psychopharmaka.
- Statt unfreiwilliger Behandlung und Zwangsmaßnahmen gibt es im Weglaufhaus Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung.
- Im Weglaufhaus haben die Betroffenen den Raum, ver-rückt zu sein, und die Ruhe, konkrete Zukunftsperspektiven zu entwickeln.
- ‚Symptome‘ psychischer ‚Störungen‘ und Probleme, die durch die ‚Hospitalisierung‘ entstanden sind, werden nicht unterdrückt“ (Bosdriesz zitiert nach Wehde S. 58).

4.3. Die Sonderrolle Deutschlands: Nationalsozialismus, Sozialdarwinismus und die T4-Aktion

Einer der wohl prägnantesten Einflüsse auf die Anti-Psychiatrie Bewegung in Deutschland war die deutsche nationalsozialistische Vergangenheit. So wurden im Zuge der T4-Aktion des Regimes mehr als 70.000 Menschen getötet, da sie für die deutsche Volksgemeinschaft ‚keinen Wert‘ erfüllten (vgl. Klee 2009). Der damalige Glaube der Deutschen an die Existenz ‚lebensunwerten‘ Lebens, zeigt, wohin die Konstruktion einer Differenzlinie, welche andere Menschen die Mündigkeit abspricht, führen kann. Auch die Vordenker der ‚Euthanasie‘ Karl Binding und Alfred Hoche empfanden die ‚Vernichtung lebensunwerten Lebens‘ als „[...]reine Heilhandlung[...]“ (Binding/ Hoche (1920), S. 18) der Patient_innen. Auffällig dabei ist, dass sie in ihrem Hauptwerk *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* den Betroffenen die Entscheidungs-

fähigkeit absprachen (vgl. ebd., S. 8) und das Ziel einer ‚Heilhandlung‘ sich nicht auf die Wiederherstellung der Selbstbestimmung bezog, sondern eine Heilhandlung im Sinne eines ‚gesunden deutschen Volkes‘ gewesen ist (vgl. ebd., S. 16). Die sozialdarwinistische Idee von sich gegenseitig rivalisierenden Völkern war ein immanenter Bestandteil der nationalsozialistischen Ideologie. So schrieb Hitler in seinem Buch *Mein Kampf*, dass, damit die ‚arische Rasse‘ als Sieger aus diesem Kampf hervorgehen könne, ein ‚reines Erbgut‘ geschaffen werden müsse und forderte daher:

„Wer körperliche und geistig nicht gesund und würdig sei, dürfe sein Leid nicht im Körper seines Kindes verewigen. Es sei der entschlossene Wille, den Volkskörper zu reinigen und krankhafte Erbanlagen allmählich auszumerzen. Es gehe um eine ‚Auslese nach Leistung‘“ (Hitler zit. n. Klee, 2009, S. 37)

Wenn nun bedacht wird, dass der Maßstab für den Nutzen des Einzelnen für den ‚Volkskörper‘ seine wirtschaftliche Produktionskraft war, wird die Wichtigkeit der Differenzlinie wirtschaftlich-verwertbar/ wirtschaftlich-nicht-verwertbar deutlich (vgl. Klee (2009) S. 45). Wird nun genauer Betrachtet, was unter dem Prädikat ‚lebensunwert‘ verstanden wurde, wird klar, dass die damalige Differenzlinie verwertbar/nicht-verwertbar untrennbar mit der ‚idiotisch‘/‚nicht-idiotisch‘ verbunden war. So beschreibt Klee, dass sowohl „Geisteskranke“, „Verbrecher“, als auch der gesamte „Bodensatz der Bevölkerung“ unter diesen Begriff fielen (vgl. Klee, 2009, S. 30). Dies beinhaltete neben Bettelnden und Vagabundierenden auch Epileptische und „idiotisch geborene“ wie auch „idiotisch gewordene“ (ebd.). Gerade die Möglichkeit durch eine biologisch determinierte Verhaltensvorstellung jegliches Fehlverhalten als krankhaft zu definieren, öffnete die Tore der Vernichtung für all jene, welche sich nicht im Sinne des Nationalsozialismus verhielten (vgl. ebd., S. 41). Diese Vergangenheit mit ihren Kontinuitäten und die Tatsache, dass kaum Verantwortliche Ärzt_innen und Richter_innen für ihre Taten nach 1945 verurteilt worden waren (vgl. Drecktrah, 2008, S. 282), bestärkte die Anti-Psychiatrie-Bewegung in ihren Bestrebungen, grundlegende Veränderungen herbei zu führen.

5. Die Merkmale der Anti-Psychiatrie-Bewegung

Nach einer Betrachtung der Theorien von Foucault, Laing, Goffman, Szasz und Cooper lassen sich die wichtigsten Kritikpunkte der klassischen Anti-Psychiatrie Bewegung hauptsächlich auf die vier folgenden Merkmale zusammenfassen. Aus der niederländischen *Gekken-Bewegung*, welche einen wichtigen Impuls für die Entstehung des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ gegeben hat, lässt sich noch ein fünftes Merkmal der sogenannten „Neuen-Antipsychiatrie“ (von Trotha 2001) ableiten:

1. **Die Differenzlinie psychisch ‚gesund‘ / psychisch ‚krank‘ ist in erster Linie gesellschaftlich konstruiert.** Zwar wird von keinem der Autoren die mögliche Existenz von biologischen Faktoren abgestritten (vgl. Cooper 1972, S. 32/ Szasz 1972, S. 27), jedoch wird immer wieder betont, dass die Hauptursache für das Verhalten betroffener Menschen psychosoziale Krisensituationen sind, die eine gesellschaftliche Ursache haben (vgl. Cooper 1972, S. 14/ Laing 1994, S. 50). Historisch betrachtet ist die fachliche Aneignung und die Erfindung der ‚Geisteskrankheit‘ immer durch normative Sichtweisen entstanden und wurde zur Erhaltung von gesellschaftlichen oder persönlichen Machtverhältnissen genutzt (vgl. Foucault 1969, S.129/ Szasz 1972, S. 49).
2. **Eine Klassifizierung menschlichen Verhaltens ist abzulehnen,** da diese zum einen durch ihre Betrachtung nur die Symptome einer individuellen Krisensituation aufzeigt, jedoch ihre eigentlichen Ursachen, nämlich Gesellschafts- oder Gruppenverhältnisse verdeckt (vgl. Cooper 1972, S. 32/ Szasz 1972, S. 26). Zum anderen entsteht dadurch eine Depersonalisierung des Menschen (vgl. Laing 1994, S. 27). Der Wunsch nach (natur-)wissenschaftlicher Objektivität, die mit einer Klassifikation erreicht werden soll, kann auf diese Weise nicht erreicht werden, da die Entstehung dieser Klassifikation schon normativ und moralisch aufgeladen ist (Szasz 1972, S. 40). Auch dass nicht nachvollziehbares Verhalten eben nicht als ‚geisteskrank‘ sondern als eine Art unterbewusster Kommunikationsversuch gesehen wird (ebd., S. 25), macht deutlich, dass eine Klassifizierung mit einer festgelegten Behandlungsstrategie dem Individuum in der eigenen persönlichen Krise nur schlecht helfen kann, und die Krise eher noch verschlechtert (vgl. ebd., S. 19).
3. **Der Mensch muss als eigenständige und selbstverantwortliche Person betrachtet werden** und darf nicht Verdinglicht werden (vgl. Laing 1994, S. 25). Nur dann kann zum einen die Krise überhaupt nachempfunden und verstanden werden und zum anderen kann eine Bevormundung innerhalb einer Krise Menschen nicht zur Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit führen (vgl. Cooper 1972 S. 99, Laing 1994, S. 25). Stattdessen kommt es, z. B. im Falle einer ontologisch unsicheren Person, zu einer Bedrohung der Persönlichkeit der Betroffenen, welche als Existenzgefährdend wahrgenommen werden kann (vgl. Laing 1994, S. 52 ff).
4. **Eine Kriseninstitution muss so aufgebaut werden, dass sie nicht wie eine totale Institution zum Ziel hat „den Charakter von Menschen zu verän-**

„**dern**“ (Goffman 1972, S. 23), sondern dem Individuum dabei hilft die Krise zu durchleben (vgl. Cooper 1972, S. 99 ff) und es ihm ermöglicht selbstbestimmt zu leben. Dabei ist es besonders wichtig, dass der Alltag vom Individuum selbst organisiert ist, es ausreichend Privat- und Rückzugsräume gibt, der Kontakt zu Außenwelt selbstorganisiert besteht (vgl. Goffman 1972, S. 54). Auch ist es notwendig die „fundamentale Trennung“ (ebd., S. 19) zwischen den Mitarbeitenden und den Bewohner_innen aufzuheben, damit weder eine Überwachung und Bevormundung entsteht noch sich Feindbilder und Misstrauen aufbauen können (vgl. ebd.). Dabei ist eine hundertprozentige Transparenz für die Betroffenen, insbesondere bezogen auf Akten und Gespräche über sie, die Grundlage (vgl. Laing 1994, S. 20). So kann der „bürgerliche Tod“ (ebd., Goffman 1972, S. 26) und die „Diskulturation“ (ebd., S. 24) abgewendet werden.

5. Die sogenannte Neue Antipsychiatrie sieht ihren Schwerpunkt, aufbauend auf den Theorien der ‚Alten-Antipsychiatrie‘. Jedoch bezieht sie sich nicht nur auf die theoretischen Konzepte, **sondern versteht sich in erster Linie als betroffenen Bewegung** (vgl. Wehde 1991, S. 56), welche den Fokus auf die Sicht der Betroffenen und deren Empfindungen legt. Durch die Einflüsse der betroffenen Bewegung rückt die Sichtweise und die Empfindungen der Leistungsberechtigten in den Fokus der Arbeit und die Mitarbeiter_innen bieten nur eine Hilfestellung zur Bewältigung der Krisensituation.

Die marxistische Betrachtungsweise, welche bei Basaglia, Laing und Cooper eine wichtige Rolle spielt und auch bei Foucault und Goffman immer wieder hervorkommt, da sie sich entweder sehr direkt oder indirekt durch einen marxistisch geprägten Entfremdungsbegriff auf Marx beziehen, wird hier bewusst nicht als Kriterium aufgeführt. Es ist schwierig sich als Institution, welche innerhalb einer bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft besteht und von dieser finanzielle Unterstützung benötigt, offensichtlich konzeptuell marxistisch zu positionieren. Die Frage, in wie weit innerhalb der bestehenden Form der gesellschaftlichen Organisation überhaupt andere Formen der Organisation möglich wären, muss an anderer Stelle bearbeitet werden.¹

1 Auf Nachfrage in wie weit sich ein marxistischer Einfluss im Weglaufhaus "Villa Stöckle" bemerkbar macht, entweder in der täglichen Arbeit, oder in der Art und Weise wie der *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* oder das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* organisiert sei, antwortete ein_e Mitarbeiter_in: „Wir sind selbstverwaltet und viele vom Weglaufhaus würden sich wohl selbst kommunistisch positionieren, dementsprechend formulieren wir eine Gesellschaftskritik, aber der Entfremdungsbegriff ist nichts, das in der alltäglichen Arbeit Relevanz hätte. Ich für mich würde ihn auch ablehnen, da er in einer sozialen Arbeit eher zu paternalistischen Handlungen führen würde“ (Mitarbeiter_in des Weglaufhauses „Villa Stöckle“ per E-Mail Antwort).

6. Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ in Berlin

6.1. Die Entstehung des Weglaufhauses „Villa Stöckle“

Die Entstehungsgeschichte des Berliner Weglaufhauses *Villa Stöckle* erstreckte sich über 16 Jahre und endete in der letztendlichen Realisierung des Projektes. Die Umsetzung ist sowohl den gemeinsamen politischen anti-psychiatrischen Überzeugungen der Beteiligten (vgl. Kemper 1998, S. 58), als auch deren guter Vernetzung (vgl. ebd., S. 49) zu verdanken. Die Gründung der *Irren-Offensive e.V.*, einem Verein zum Zwecke des Austausches von Erfahrungen mit psychiatrischer Gewalt und der Arbeit gegen die Psychiatrie (vgl. ebd., S. 30), 1980 kann als der Anfang der Realisierungsgeschichte des Weglaufhauses betrachtet werden. Zwei Jahre später besuchten einige der Mitglieder den *Psychipol* Kongress in den Niederlanden, wodurch ihr Wunsch, ein Weglaufhaus in Berlin zu gründen, geweckt wurde (vgl. ebd.). Auch wenn der Wunsch nach einem anti-psychiatrischem Projekt von allen gemeinsam getragen wurde, entstanden doch unterschiedliche Vorstellungen über deren Umsetzung. Die eine Hälfte wollte ein „Verrücktenhaus“ (ebd., S. 31) zum „Schutz vor der ständig drohenden Psychiatrisierung“ (ebd.) einrichten, welches nur durch Sozialhilfe, Krankengeld oder Frührente finanziert werden sollte (ebd.) und deren Bewohner_innen und Mitarbeiter_innen ausschließlich Betroffene sein sollten (ebd.). Ein anderer Teil der Gruppe wollte ebenfalls ein anti-psychiatrisches Haus aufbauen, jedoch sollte dieses staatlich teilfinanziert werden und das Konzept sollte „nicht unter Ausschluß anderer Erfahrungen“ (ebd.), also unter Ausschluss von Menschen die keine psychiatrische Gewalt erfahren hatten, stattfinden. Die Voraussetzung für die Beteiligung sollte sein, dass „diese Menschen Verständnis für ihre eigenen Probleme und eben für die Probleme der Verrückten besitzen, daß sie da sein können, ohne Anspruch, dem Hilfesuchenden etwas aufzuzwingen“ (Stöckle zitiert nach Kemper 1998, S. 31). Dem reinem Betroffenen-Konzept stand ebenfalls gegenüber, dass auch Menschen ein Platz und Schutzraum geboten werden soll, „die sich eine zeitlang nicht einordnen können, die zu sehr mit sich selbst beschäftigt sind“ (Kemper 1998, S. 31) um sich selbst durchgehend um die Organisation des Alltags (Finanzierung, Ämtergänge, Unterstützung der anderen etc.) zu kümmern (vgl. ebd.). Es wurde sich darauf geeinigt beide Konzepte auszuprobieren, wobei „von der Fraktion des ausschließlich von Betroffenen zu tragenden Verrücktenhauses [in der Folgezeit; A. S.] keine weiteren Aktivitäten“ (ebd., S. 32) ausgingen. Die andere Gruppe begann sich um die Realisierung eines Weglaufhauses nach niederländischem Vorbild zu bemühen (vgl. ebd., S. 33). Zwar arbeiteten die beiden Gruppen getrennt voneinander, jedoch war die Weglaufhausgruppe auf die Gemeinnützigkeit des *Irren-Offensive* Vereins angewiesen. Dank einer anonymen Spende von einer Millionen

Mark, zum Kauf eines geeigneten Gebäudes für ein Weglaufhaus (vgl. ebd., S. 35), schien die Umsetzung des Projektes realisierbar geworden. Aufgrund der Frage, welche Konzept die Spende verdiene, entfachte ein neuer Streit zwischen den beiden Gruppen (vgl. ebd., S. 36). Um unabhängig agieren zu können, gründete die Weglaufhausgruppe 1989 den *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.*, wodurch nun auch formal eine Trennung von der *Irren-Offensive* stattfand (vgl. ebd., S. 36) und die Spende an diesen Verein gebunden werden konnte. Dann rückte die politische Auseinandersetzung mit den staatlichen Institutionen in den Vordergrund. Während 1989 aufgrund der *Alternative Liste (AL)* die Idee eines Weglaufhauses noch als politisches Ziel in die Vereinbarungen der rot-grünen Koalition aufgenommen wurden (ebd., S. 41) und die SPD 1990 noch eine politische Willenserklärung zur Bereitschaft der Pauschalfinanzierung signalisierte (vgl. ebd.), zeigte die SPD-CDU Koalition 1991 keinerlei Interesse mehr an der Umsetzung des Weglaufhauses (vgl. ebd.). Neue Motivation und Zuversicht brachte 1992 dann die Anerkennung der Gemeinnützigkeit des Vereins (vgl. ebd., S. 44) und viele Spenden von Privat-Personen und der *Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie* (vgl. ebd.). Hand in Hand mit den politischen Kämpfen um die Realisierung musste das Konzept erarbeitet und eine Entscheidung getroffen werden, wie eine (teil-)staatliche Finanzierung erreicht werden könnte, ohne auf eine Klassifizierungslogik zurück zu greifen. Letztendlich wurde sich auf eine Finanzierung nach §72 BSHG (Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten) geeinigt (vgl. S. 45). Hiernach haben Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen Anspruch auf einen Wohnplatz, dessen Kosten vom Sozialamt getragen werden (vgl. ebd.). 1995, als das Projekt immer greifbarer wurde, begannen Bürger_innen-initiativen aus Angst und Unverständnis (vgl. ebd., S. 50) Stimmung gegen das Projekt zu schüren. Jedoch konnte dem durch Infoveranstaltungen, Dialoge und einer Absicherung im Konzept, „daß sich keine Zwangseingewiesenen ohne die Erlaubnis der Einrichtung aus der sie kommen, im Haus aufhalten dürfen“ (ebd., S. 51), besänftigt werden. Nach vielen bürokratischen Diskussionen und Auseinandersetzungen aufgrund des Bau- und Nutzungsrechtes (vgl. ebd. S. 48 ff.) konnte 1996 das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“*, finanziert als „neuartige Kriseneinrichtung der Wohnungslosenhilfe mit erhöhtem Personalbedarf im Zuständigkeitsbereich der Sozialverwaltung“ (ebd., S. 47), eröffnet (vgl. ebd., S. 57).

6.2. Der Aufbau des Weglaufhauses „Villa Stöckle“

Das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* ist eine anti-psychiatrische Kriseneinrichtung auf der Grundlage §§67 ff. SGB XII (vgl. *Weglaufhaus Villa Stöckle 2010*, S. 3), mit dem Ziel „Menschen ab 18 Jahren in psychosozialen Krisensituationen, die von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht sind bzw. in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben“ (ebd.,

S. 5 f.), zur Überwindung der aktuellen Notlage „Hilfe in Form von Unterstützung und Übernahme“ (ebd., S. 9) anzubieten. Seit 1989 ist der Träger des *Weglaufhauses* „*Villa Stöckle*“ der *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.*, welcher seit 1993 Mitglied des *Paritätischen Wohlfahrtsverbandes* ist und vom „Finanzamt für Körperschaften als gemeinnützig und als mildtätig anerkannt“ wurde (ebd., S. 5).

6.2.1. Das Weglaufhaus „Villa Stöckle“

Am Stadtrand im Norden Berlins liegt die zweistöckige Villa, welche für die Nutzung als Kriseneinrichtung umgebaut wurde (vgl. ebd., S. 19). Die Villa stellt ca. 115m² Wohnfläche und ca. 235m² Gemeinschaftsfläche für die Unterkunft von 13 Menschen in Einzel- und Doppelzimmern zur Verfügung (vgl. ebd.). Im Erdgeschoss befinden sich neben dem Büro die Gemeinschaftsräume (Wohnzimmer, Ess- und Versammlungszimmer) und die Küche sowie Sanitäreinrichtungen (vgl. ebd.). Die individuell gestaltbaren Räume der Bewohner_innen befinden sich samt weiterer Sanitäreinrichtungen im ersten und zweiten Stockwerk, wobei das Zweite ein reines Frauenstockwerk darstellt (vgl. ebd.). Im Keller stehen den Bewohner_innen neben weiteren Gemeinschaftsräumen und einem Büro, welches auch als Gesprächs und Beratungszimmer dient, ein Sportraum und die Waschküche zur Verfügung (vgl. ebd.). Der Erwerb dieses Hauses war nur aufgrund einer „zweckgebundenen privaten Spende“ (ebd., S. 5) von einer Millionen DM möglich. Das Haus steht dem Trägerverein *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* „auf der Basis eines Nießbrauchvertrags langfristig und uneingeschränkt zur Verfügung“ (ebd., S. 5).

Das *Weglaufhaus* „*Villa Stöckle*“ gehört „zu dem am 01. April 1999 geschaffenen Leistungstyp der Kriseneinrichtung“ (ebd., S. 3) und bietet „eine besondere Form der stationären Krisenintervention außerhalb des Gesundheitswesens“ (ebd.) für psychiatrie-betroffene Menschen. Es erfüllt eine Clearing Funktion für Anschlusshilfen bei psychiatrie-betroffenen Wohnungslosen, welche in einer Krisensituation stecken und „aufgrund der Zugangsbedingungen oder ihrer bisherigen Erfahrungen keine anderen Hilfen nach DGB XII in Anspruch nehmen können oder wollen“ (ebd.). Da die Leistungsberechtigten „sofortiger Notlagenüberwindung auf der Basis sofortiger Leistungen in Form von Unterstützung und Übernahme bedürfen“ (ebd., S. 8) erfüllt das *Weglaufhaus* „*Villa Stöckle*“ den Anspruchsvoraussetzungen einer Kriseneinrichtung. Dabei wurde sich auf die „besondere Situation von wohnungslosen psychiatrie-betroffenen Menschen in Krisen“ (ebd.) spezialisiert. Leistungsberechtigte Personen sind somit nach § 67 SGB XII jene, „bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind“ (SGB XII 2003, §67). Dies liegt bei psychiatrie-betroffenen Menschen, welche sich in einer Krise befinden, vor, da ihre Lebenssituation „eine Vielzahl von krisenhaf-

ten und krisenauslösenden Erfahrungen und Schwierigkeiten“ (Weglaufhaus Villa Stöckle 2010, S. 8) beinhaltet. Dies umfasst beispielsweise soziale Isolation, psychische Belastung durch extreme Gefühls- und Wahrnehmungszustände, suizidale Gedanken und Versuche, Erfahrungen von (sexueller-) Gewalt, aber auch gesundheitliche Probleme, welche durch schlechte Lebensbedingungen und die Nebenwirkungen von Psychopharmaka ausgelöst werden können (vgl. ebd., S. 8 f.). Diese Einflüsse auf die Lebenssituation können „zur Folge haben, dass eine selbständige Strukturierung der aktuellen Problemsituation sowie die Organisation des Tagesablaufs eingeschränkt oder nicht mehr möglich“ (ebd., S. 9) ist. Um diesen individuellen Situationen gerecht zu werden, ist die „Erarbeitung von Konfliktbewältigungsstrategien“ (ebd.) ein „zentraler Aspekt“ (ebd.) der Arbeit.

6.2.2. Struktur und Organisation

Das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* beruft sich in seinem Selbstverständnis auf die theoretischen Ansätze der anti-psychiatrischen Bewegung der 70er und 80er Jahre und auf die „neueren Positionen und Erfahrungen der Psychiatriebetroffenen- und Selbsthilfegung“ (ebd., S. 3). Dieser Anspruch soll grundlegend für die Arbeit sein und sich unter anderem im Krisenverständnis, dem Inhalt und dem Umfang der Leistung und den formulierten Zielen wiederfinden.

6.2.2.1. Das Krisenverständnis und die Aufnahme

Für das Krisenverständnis des *Weglaufhauses „Villa Stöckle“* ist grundlegend, dass

„der Begriff Krise die aktuelle Zuspitzung der sozialen und existentiellen Situation mit den Folgen, dass den Betroffenen die Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten, die zur Bewältigung seiner/ihrer schwierigen Lebenssituation notwendig sind, momentan fehlen“ (ebd.).

Dadurch soll deutlich werden, dass die Anlässe für eine Krise zwar „innerer und/oder äußerer Natur sein“ (ebd.) können, jedoch auch ungewöhnliches Verhalten sowohl eine Funktion im Leben eines Menschen hat als auch „ein Lösungsversuch einer konfliktreichen Situation sein“ (ebd.) kann. Die Ursachen hierfür sind „neben individuellen Faktoren“ (ebd.) auch immer in gesellschaftlich und sozialen Verhältnissen und Beziehungen zu finden (vgl. ebd.). Somit sind Krisen „für die Mitarbeiter_Innen [...] nicht Ausdruck einer Krankheit oder eines Defizits, sondern einer Überforderung der eigenen Bewältigungsstrategien und des sozialen Umfeldes“ (ebd.). Da Krisen als „ein normaler Bestandteil des Lebens und eine Chance zu konstruktiven Veränderungen“ (ebd.) gesehen werden sollen, versteht sich das *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* als einen Ort, „an dem es mit besonders weit gefassten Grenzen möglich ist, verrückte Zustände zu durchleben“ (ebd., S. 4).

Ebenfalls grundlegend für die Arbeit ist der Versuch den Zugang zu der Einrichtung möglichst einfach zu gestalten. So ist „[j]ederzeit, d.h. rund um die Uhr und unmittelbar“ (ebd., S. 11) eine Aufnahme möglich, auch ohne telefonische Voranmeldung (vgl. ebd.). Dabei ist es jedoch notwendig, dass auch „bei Vermittlung durch andere Einrichtungen gilt, dass sich die potenziellen Leistungsberechtigten selbst mit den sozialpädagogischen Fachkräften [...] in Verbindung setzen“ (ebd.) sollen, da „der selbst gewählte Aufenthalt [...] als grundlegend angesehen wird“ (ebd.). Ist dies jedoch der Fall und unterliegt die Antragssteller_in nicht einer Unterbringung nach PsychKG oder nach §§ 63/64 StGB, welche ein Ausschlusskriterium darstellen (vgl. ebd.), wird eine Person direkt aufgenommen. Dies geschieht auch dann, wenn zu dem Zeitpunkt der Aufnahme die Kostenübernahme durch die Ämter noch nicht geklärt ist (vgl. ebd.). Die Aufenthaltsdauer einer Person wird individuell mit den Bewohner_innen, den sozialpädagogischen Fachkräften *des Weglaufhauses „Villa Stöckle“* und den Fachstellen des zuständigen Sozialhilfeträgers festgelegt und kann bei Bedarf verlängert werden (vgl. S. 12). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei vier bis sechs Wochen (vgl. ebd.). Ziel ist eine möglichst kurze, aber der Krisensituation angemessene Aufenthaltsdauer (vgl. ebd.). Bei Einzug verpflichten sich die Leistungsberechtigten „die in der Hausordnung angegebenen grundlegenden Regeln zu beachten“ (ebd., S. 13) und diese zu unterzeichnen. Dies beinhaltet die Teilnahme an den wöchentlich stattfindenden Hausversammlungen, zusammen mit allen Bewohner_innen und anwesenden Mitarbeiter_innen und die Teilnahme an den alle sechs Wochen stattfindenden Vollversammlungen, zusammen mit allen Bewohner_innen, dem gesamten Team und Vertreter_innen des Trägervereins (vgl. ebd.). Zusätzlich kommt eine aktive Mitwirkung am gemeinsamen wöchentlichen Hausputz und die Bereitschaft zur Sauberhaltung und zur aktiven Beteiligung „an der Erfüllung der gemeinschaftlichen Alltagspflichten (Einkaufen, Kochen, Küchendienst, Ordnung und Hygiene in den Gemeinschaftsräumen)“ (ebd.) und deren Organisation hinzu. Dies soll jedoch „in einer Form, die die individuellen Fähigkeiten und Schwierigkeiten flexibel und differenziert berücksichtigt“ (ebd.) stattfinden. Dieser Leistungsvertrag beinhaltet auch eine Regelung, „die die Fachkräfte berechtigen, Bewohner_Innen aufzufordern, die Einrichtung unmittelbar oder nach Ablauf einer angemessenen Frist zu verlassen“ (ebd., S. 14). Sollte es zu einer „Entscheidung über die vorzeitige und unfreiwillige Beendigung des Aufenthaltes“ (ebd., S. 14 f.) kommen, wird dieses „sowohl gegenüber den betroffenen Bewohner_Innen, als auch gegenüber den Sozialhilfeträgern nachvollziehbar begründet und dokumentiert“ (ebd., S. 15). Die Gründe hierfür hängen von „individuell stark variierenden Faktoren“ (ebd., S. 14) ab, welche „eine größere Bedeutung haben als die pauschale Durchsetzung eines detail-

lierten Regelsystems“ (ebd., S. 14 f.). Jedoch haben Bewohner_innen im Falle von Verstößen, welche „die Sicherheit und die existentiellen Grundbedürfnisse der anderen Bewohner_Innen und der Mitarbeiter_Innen nicht unmittelbar und schwerwiegend bedrohen“ (ebd., S. 15) das Anrecht auf eine (schriftliche) Verwarnung und eine Frist, welche ihnen die Möglichkeit gibt „ihr Verhalten korrigieren zu können“ (ebd.).

6.2.2.2. Verständnis und Ziel der Hilfestellung

Die Grundlage der Hilfestellung im *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* stellt „ein individueller und gemeinsam mit den Bewohner_Innen erarbeiteter Hilfeplan“ (ebd., S. 19) dar. Ebenfalls wichtiger Bestandteil der angebotenen Leistungen sind regelmäßige Beratungen, „mit dem Ziel, die psychosozialen Bedingungen, unter denen sich die Krise zuge-spitzt hat, bewusst zu machen und Schritte zur Bewältigung der Schwierigkeiten zu erarbeiten“ (ebd., S. 17). Aber auch die Beratung bei gesundheitlichen Fragen, wie welche Hilfeleistungen welche Chancen und Risiken beinhalten (Inanspruchnahme von Ärzt_innen bei medizinischen Problemen, von Hilfsangeboten wie z.B. Psychotherapie, und die Beratung & Hilfe im Bezug auf die Einnahme und Absetzung von Psychopharmaka) (vgl. ebd., S. 17 f.) sind in den Angeboten ebenso mit inbegriffen, wie die Hilfe bei der Bewältigung der individuellen Lebenssituation „in Form von Anleitung, Unterstützung und Übernahme“ (ebd., S. 18) und eine Krisenintervention zur emotionalen Entlastung (vgl. ebd., S. 19). Bei der Anleitung, Unterstützung und Übernahme steht immer die „Förderung von Selbsthilfemöglichkeiten und vorhandenen Fähigkeiten“ (ebd., S. 18) zur individuellen Krisenbewältigung im Vordergrund. So erfolgt eine Übernahme nur, „wenn sie ausdrücklich im Interesse der Bewohner_Innen ist“ (ebd.) und diese aufgrund einer „akuten Krisensituation Alltagshandlungen nicht mehr allein“ (ebd.) ausführen können.

Die „neueren Positionen und Erfahrungen der Psychiatriebetroffenen- und Selbsthilfebewegung“ (ebd., S. 3) sollen durch das immer wieder betonte „Prinzip der Betroffenenkontrolle“ (ebd., S. 5) deutlich werden. Da eine „große Zahl der Gründungsmitglieder“ (ebd., S. 5) gute Erfahrungen in Selbsthilfeorganisationen gemacht hatten, jedoch ihrer Meinung nach „reine Selbsthilfekonzepte nicht ausreichten, um den hohen Bedarf an einem anti-psychiatrischen, betroffenenkontrollierten Umgang mit psychosozialen Krisen abzudecken“ (ebd.), wurde das *Prinzip der Betroffenenkontrolle* als Grundlage allen Arbeitens eingeführt. Eine unumgängliche Grundlage dafür ist, dass sich alle Menschen im *Weglaufhaus „Villa Stöckle“* freiwillig aufhalten und den Aufenthalt jederzeit beenden können (vgl. ebd., S. 4). Dabei zielt die Unterstützung durch die Mitarbeiter_innen in erster Linie darauf ab, „dass die Bewohner_Innen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihr eigenes Leben gewinnen“ (ebd., S. 20). Da dieses nicht er-

zwungen werden kann, „können und wollen“ (ebd.) die Mitarbeiter_innen „lediglich Hilfe zur Selbsthilfe anbieten“ (ebd.). Die Zusammensetzung des Personals ist ebenfalls Bestandteil der Betroffenenkontrolle, da mindestens die Hälfte der Mitarbeiter_innen selbst Psychiatrie-Erfahrung haben muss (vgl. ebd., S. 4). Dadurch wird zum einen ein positives Beispiel dafür gegeben, dass Psychiatrie-Erfahrungen verarbeitet werden können, als auch zum anderen „ein Leben jenseits des psychiatrischen Versorgungssystems“ (vgl. ebd., S. 16) möglich ist. Durch die eigene reflektierte Krisenerfahrung aller Mitarbeiter_innen entsteht eine „besondere Empathie und eine größere Toleranz gegenüber extremen Handlungs- und Wahrnehmungsweisen“ (ebd.) der Bewohner_innen. Hier zeigt sich auch das Verständnis, dass alle Menschen sich immer mal wieder in Krisen befinden, in denen sie für Außenstehende nicht nachvollziehbar handeln. Als weiteres internes Qualifikationskriterium, um den betroffenen-kontrollierten Ansatz zu gewährleisten, müssen die Mitarbeiter_innen „das psychiatrische Krankheitsmodell, die psychiatrische Diagnostik sowie direkte[...] und indirekte[...] psychiatrische[...] Zwangsmethoden ablehnen“ (ebd.) und „das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner_Innen in den Mittelpunkt der Arbeit stellen“ (ebd.). Neben den internen Qualifikationskriterien stellt die staatliche sozialpädagogische Anerkennung (z. B. ein Pädagogik Bachelor-Abschluss, ein Abschluss in Sozialer Arbeit) oder eine Qualifikation durch gleichwertige „Fähigkeiten und Erfahrungen“ (ebd.) ein Kriterium dar. Normalerweise soll die Verwirklichung der Hilfs-Angebote durch „acht sozialpädagogische Fachkräfte mit jeweils dreißig Wochenstunden“ (ebd.) ermöglicht werden, wodurch ein Betreuungsschlüssel von 1:2,2 Sozialarbeiter_innen im Verhältnis zu Bewohner_innen vorliegt (vgl. ebd.). Als ‚Methode‘ für die Arbeit im Weglaufhaus ist der Begriff des „Dabeisein“ (ebd., S. 23) von zentraler Bedeutung. Dieser beschreibt die angebotene Unterstützung der Mitarbeiter_innen für Bewohner_innen welche in einer akuten Krisensituation stecken und daher „vorübergehend intensiven Kontakt benötigen“ (ebd.). Die Grundlage hierfür stellt „ein intensiver und kontinuierlicher Kontakt zwischen den betreffenden Bewohner_Innen und dem anwesenden Fachpersonal“ (ebd.) dar, in dem individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen werden kann und so das Ziel „die Kommunikation in einer von den Betroffenen gewünschten Form aufrecht zu erhalten“ (ebd., S. 23 f.) verwirklicht wird. Neben dem *Dabeisein* sind auch Einzelgespräche und Mediation, welche nach Bedarf zeitlich und örtlich flexibel stattfinden können, zur Krisen- und Konfliktintervention, Verarbeitung belastender Ereignisse, Vereinbarung von Techniken zur Abwehr von Eigengefährdung und zur Entwicklung von Handlungsstrategien für eine persönliche Stabilisierung, ein fester Bestandteil der Unterstützung (vgl. ebd., S. 23). Um die Kontrolle über die eigene Situation zu gewährleisten, besteht eine

vollständige Transparenz über die Abläufe und die vorliegenden Dokumente (vgl. ebd.). Dies bedeutet, dass „die Bewohner_Innen Einsicht in alle Berichte und Stellungnahmen für Behörden oder andere Einrichtungen und in Aufzeichnungen des Fachpersonals haben“ (ebd.) die sie betreffen. Der sie betreffende Schriftverkehr kann aktiv von den Bewohner_innen mitgestaltet werden und sie können an sämtlichen Gesprächen über sie teilnehmen (vgl. ebd.). Ebenfalls ist ein wichtiger Bestandteil zur Umsetzung der Betroffenenkontrolle das Vertrauenspersonenmodell (vgl. ebd.). Hierbei wählt sich jede Bewohner_in zwei Fachkräfte aus, welche sich gegenseitig vertreten und zu denen sie ein besonderes Vertrauensverhältnis aufbauen kann (ebd.). Durch die „regelmäßigen und intensiven Gespräche über die Bewältigung der besonderen Schwierigkeiten und Perspektiven“ (ebd.) der Bewohner_in, können die Vertrauenspersonen als Koordinator_innen bzw. Fallverantwortliche „gegenüber dem gesamten Team als auch dem Sozialhilfeträger“ (ebd.) auftreten. Ziel dieser ‚Methoden‘ ist eine Stärkung der Alltagskompetenzen und somit die Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit der Bewohner_innen (vgl. ebd., S. 24). Dies wird noch durch die gemeinschaftliche und eigenverantwortliche Organisation des Alltags unterstützt (vgl. ebd.).

7. Beantwortung der Forschungsfrage: Die Überprüfung des konzeptuellen Selbstanspruchs

In Kapitel 2.4 *Die Fragestellung* wurde beschrieben, dass, um einen möglichen Effekt eines Diskurses, nämlich das Gründen einer neuen Institution ausgehend von der Macht der betroffenen Akteur_innen, darzustellen, der Abgleich von Selbstanspruch und dessen (konzeptueller) Verwirklichung ein immanenter Bestandteil zur Bewertung eines Diskurses ist. Im Konzept des „Weglaufhauses Villa Stöckle“ steht,

„Grundhaltung und Menschenbild des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ basieren einerseits auf den theoretischen Ansätzen der Antipsychiatrie der 70er und 80er Jahre, andererseits auf neueren Positionen und Erfahrungen der Psychiatriebetroffenen- und Selbsthilfebewegung, der sog. Neuen Antipsychiatrie“ (vgl. Weglaufhaus Villa Stöckle 2010, S. 3).

Darauf aufbauend lautet meine Forschungsfrage: *Inwieweit entspricht das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ konzeptuell seinem politischen Selbstanspruch als anti-psychiatrische/psychiatriekritische Institution, die sich in der Tradition der psychiatriekritischen Bewegung der 70'er und 80'er Jahre versteht?*

Um diesen Selbstanspruch zu überprüfen, wurden in Kapitel 5. *Merkmale der Anti-Psychiatrie Bewegung* vier Kriterien auf Grundlage der Theorien von Foucault, Laing, Goffman, Cooper und Szasz herausgearbeitet, welche noch durch ein fünftes

erweitert wurde, um auch die neueren Entwicklungen durch die betroffenen Bewegung zu berücksichtigen:

1. **Die Differenzlinie psychisch ‚gesund‘ / psychisch ‚krank‘ ist in erster Linie gesellschaftlich konstruiert und nicht biologisch determiniert.**
2. **Eine Klassifizierung menschlichen Verhaltens ist abzulehnen.**
3. **Der Mensch muss als eigenständige und selbstverantwortliche Person betrachtet werden.**
4. **Eine Kriseninstitution muss so aufgebaut werden, dass sie nicht wie eine totale Institution zum Ziel hat „den Charakter von Menschen zu verändern“ (Goffman 1972, S. 23).**
5. **Durch die Einflüsse der betroffenen Bewegung rückt die Sichtweise und die Empfindungen der Leistungsberechtigten in den Fokus der Arbeit und die Mitarbeiter_innen bieten nur eine Hilfestellung zur Bewältigung der Krisensituation.**

Im Folgenden werde ich das Konzept des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ auf diese fünf Kriterien prüfen.

7.1.1. Kriterium 1: Die Differenzlinie psychisch ‚gesund‘ / psychisch ‚krank‘ ist in erster Linie gesellschaftlich konstruiert und nicht biologisch determiniert

Im Konzept des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ von 2010 wird deutlich, dass die Ursachen für das Verhalten eines Menschen, welches von Außenstehenden nicht nachvollzogen werden kann, nicht in deren Biologie zu suchen ist, sondern eine „Überforderung der eigenen Bewältigungsstrategien und des sozialen Umfeldes“ (Weglaufhaus „Villa Stöckle“ 2010, S. 3) darstellt. Um dies zu gewährleisten wurde, als eine wichtige interne Qualifikationsvoraussetzung für Mitarbeiter_innen, die Ablehnung des Krankheitsmodells, der psychiatrischen Diagnostik, sowie die Ablehnung der Anwendung von „direkten und indirekten psychiatrischen Zwangsmethoden“ (ebd., S. 16) eingeführt. Stattdessen ist die angebotene Unterstützung „jenseits des medizinischen Krankheits- und Behandlungsschemas angesiedelt“ (ebd., S. 9) und den Bewohner_innen wird „auf dieser Grundlage eine in dieser Form einmalige Möglichkeit, einen selbstbestimmten Weg zu wählen und gemeinsam mit den Mitarbeiter_Innen individuelle Ziele und Perspektiven zu erarbeiten“ (ebd., S. 9 f.), gegeben.

7.1.2. Kriterium 2: Eine Klassifizierung menschlichen Verhaltens ist abzulehnen

Durch die Ablehnung eines Krankheitsmodells und der psychiatrischen Diagnostik, wie unter 7.1.1. dargestellt, wird deutlich, dass eine Klassifizierung von den Mitarbeiter_innen des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ abgelehnt wird. Hinzukommt ihre Aussage, dass sie das „Konzept, es gäbe so etwas wie eine Erkrankung der Psyche,“ (Weglaufhaus „Villa Stöckle“ 2010, S. 4) grundsätzlich ablehnen. Auch werden „keine Diagnosen“ (ebd.) aufgestellt und „auch nicht nach früher gestellten“ (ebd.) gefragt.

7.1.3. Kriterium 3: Der Mensch muss als eigenständige und selbstverantwortliche Person betrachtet werden

Als Grundlage der Arbeit im *Weglaufhaus* „Villa Stöckle“ gilt, dass sich „[i]m Weglaufhaus „Villa Stöckle“ [...] alle Menschen freiwillig auf[halten]. Sie haben sich selbst für den Aufenthalt entschieden und sie können ihn jederzeit beenden“ (Weglaufhaus „Villa Stöckle“ 2010, S. 4). Auch eine Einschränkung im Bezug auf die Bewegungsfreiheit gibt es nicht, da die Bewohner_innen faktisch das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ jederzeit endgültig verlassen“ (ebd., S. 13) können und sie, während sie in der Einrichtung wohnen, nicht lokal gebunden sind. Ebenfalls zeigt, dass es „eine generelle Bevollmächtigung [...] aufgrund der an Transparenz und Selbstbestimmung orientierten Arbeit im *Weglaufhaus* „Villa Stöckle“ nicht“ (ebd.) gibt und somit der Mensch als grundsätzlich eigenständig und selbstverantwortlich betrachtet wird. Dies wird durch das im Konzept festgelegte „Prinzip der Betroffenenkontrolle“ (ebd., S. 5), welches durch das „in der Satzung garantierte Vetorecht der psychiatriebetroffenen Vereinsmitglieder“ (ebd., S. 5) unter anderem verankert ist, nochmals betont. Durch die zu unterschreibende Hausordnung, die „die Einhaltung gemeinsamer und individueller Pflichten“ (ebd., S. 13) beinhaltet und bei Verstoß auch den Ausschluss zur Folge hat, ergibt sich eine Verantwortungsübernahme der betroffenen Person für ihre Handlungen. Somit muss ein Verständnis zugrunde liegen, welches die betroffene Person als grundsätzlich eigenständig und selbstverantwortlich sieht.

7.1.4. Kriterium 4: Eine Kriseneinrichtung muss so aufgebaut werden, dass sie nicht wie eine totale Institution zum Ziel hat „den Charakter von Menschen zu verändern“

Die primäre Aufgabe des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ als Kriseneinrichtung ist die „der Überwindung der aktuellen Krisensituation“ (Weglaufhaus „Villa Stöckle“ 2010, S. 9). Dabei beinhaltet dieses Ziel die „Existenzsicherung (gesundheitliche und soziale Grundstabilisierung)“ (ebd., S. 10), durch die „Aktivierung eigener Möglichkeiten und sozialer Grundstabilisierung“ (ebd.) und die „Entlastung von Obdachlosigkeit“ (ebd.), die „Krisenintervention und persönliche Stabilisierung“ (ebd.), durch unter anderem das „Auffangen einer Krise“ (ebd.), die Unterstützung bei einer „Perspektivplanung und -realisierung“ (ebd.) und die „Hilfe zur Selbsthilfe“ (ebd.), welche durch die „Aktivierung

eigener Möglichkeiten zur Selbsthilfe“ (ebd.), die „Entwicklung eigener Ansätze zur Reflexion der Ursachen und Bedingungen ihrer (möglicherweise wiederkehrenden) Krisen“ (ebd.) und die Aufklärung über eigene „Rechte, Pflichten und Möglichkeiten innerhalb der unterschiedlichen Hilfesysteme“ (ebd.) erreicht werden soll. Um das Ziel der Charakterveränderung des Menschen auszuschließen, sollen die Mitarbeiter_innen „das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner_Innen in den Mittelpunkt der Arbeit stellen“ (ebd., S. 16). Auch verhindert das „Prinzip der Betroffenenkontrolle“ (ebd., S. 5) die Bevormundung der Betroffenen, wodurch sie selbst die Kontrolle über ihre Entwicklung und die Möglichkeit haben, „einen selbstbestimmten Weg zu wählen und gemeinsam mit den Mitarbeiter_Innen individuelle Ziele und Perspektiven zu erarbeiten“ (S. 9 f.). Um den Schwerpunkt der „Wahrnehmung, Entwicklung und Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen“ (S. 4) des Weglaufhauses „Villa Stöckle“ zu garantieren, werden „Methoden, die eine künstliche Distanz zwischen „Helfer_Innen“ und „Klient_Innen“ schaffen, [...] soweit es geht, vermieden“ (ebd., S. 23).

7.1.5. Kriterium 5: Durch die Einflüsse der Betroffenenbewegung rückt die Sichtweise und die Empfindungen der Leistungsberechtigten in den Fokus der Arbeit und die Mitarbeiter_innen bieten nur eine Hilfestellung zur Bewältigung der Krisensituation

Die Einflüsse der betroffenen Bewegung zeigen sich auf mannigfache Weise im Konzept des *Weglaufhauses „Villa Stöckle“*. So „liegt der Schwerpunkt [der Arbeit; A. S.] auf der Wahrnehmung, Entwicklung und Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen“ (Weglaufhaus „Villa Stöckle“ 2010, S. 4), wodurch die Sichtweise der Betroffenen in das Zentrum der Arbeit gerückt wird. Auch das „Prinzip der Betroffenenkontrolle“ (ebd., S. 5), die Betrachtung der Leistungsberechtigten als eigenständige und selbstverantwortliche Personen (vgl. ebd., S. 4) und die angewandten Methoden zur Unterstützung (vgl. ebd., S. 23) machen deutlich, dass die Mitarbeiter_innen nur eine Hilfestellung zur Bewältigung der Krise bieten und die Betroffenen selbst als „Expert_Innen für ihre Situation“ (ebd., S. 20) gelten. Um jegliche Bevormundung auszuschließen, stellt der Aspekt der Transparenz eine wichtige Grundlage des Konzeptes des *Weglaufhauses „Villa Stöckle“* dar. So haben die Bewohner_innen „jederzeit das Recht, die über sie angelegten Bewohner_Innen-Ordner vollständig einzusehen“ (ebd., S. 13) und an „Besprechungen, die sie betreffen“, (ebd.) teil zu nehmen. Dazu wurde im Konzept schriftlich festgelegt, dass die Leistungsberechtigten

„[a]lle sie betreffenden von Mitarbeiter_Innen des Weglaufhauses „Villa Stöckle“ aufgesetzten Briefe oder Stellungnahmen [...] erst weitergegeben werden [dürfen; A. S.], wenn die Bewohner_Innen sie gelesen und sich damit einverstanden erklärt haben. Dies gilt für jedes einzelne Schriftstück, eine generelle Bevollmächtigung gibt es aufgrund der an Transparenz und Selbstbestimmung orientierten Arbeit im Weglaufhaus „Villa Stöckle“ nicht“ (ebd.).

7.1.6. Fazit:

Beim Abgleich des Konzeptes des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ von 2010, mit ihrem politischen und konzeptuellen Selbstanspruch sich an „den theoretischen Ansätzen der Antipsychiatrie der 70er und 80er Jahre“ (vgl. Weglaufhaus Villa Stöckle 2010, S. 3) zu orientieren, wird festgestellt, dass es den von mir in Kapitel 5 *Die Merkmale der Anti-Psychiatrie-Bewegung* aufgestellten Kriterien entspricht. Dadurch lässt sich die Forschungsfrage, *inwieweit das Weglaufhaus „Villa Stöckle“ konzeptuell seinem politischen Selbstanspruch als anti-psychiatrische/psychiatriekritische Institution, die sich in der Tradition der psychiatriekritischen Bewegung der 70'er und 80'er Jahre versteht, entspricht?* soweit gehend beantworten, dass sie den Kriterien der anti-psychiatrischen Theoretikern entspricht. Jedoch werden auch Widersprüche deutlich. So wird die Differenzlinie psychisch gesund/ psychisch krank zwar grundsätzlich abgelehnt („Villa Stöckle“ 2010, S. 16), jedoch auch durch das „Prinzip der Betroffenenkontrolle“ (ebd., S. 5) in gewisser Weise reproduziert. Hierbei muss letztlich berücksichtigt werden, dass es sich bei der Betroffenenkontrolle jedoch weniger um Betroffene von sogenannten ‚psychischen Krankheiten‘ handelt, sondern um Betroffene von psychiatrischer Gewalt.

8. Die Anti-Psychiatrie-Bewegung – Ausblick und Aktualität

Am Beispiel des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ in Berlin kann der mögliche Erfolg einer politischen Bewegung sehr gut nachvollzogen werden. So zeigt sich an der Realisierung des Weglaufhauses, dass ein möglicher Effekt, den bestimmte Aussagen von Akteur_innen auf einen Diskurs (vgl. Keller 2004, S. 64) und dadurch auf die gesellschaftliche Realität haben, die Gründung einer neuen Institution ist.

Wie im Kapitel 2.5. *Grenzen dieser Arbeit* dargestellt wurde, lässt dieses Forschungsgebiet noch sehr viel Platz, für weitere Forschung. Diskursanalytisch stellt sich in erster Linie die Frage, inwieweit es in der alltäglichen Arbeit des *Weglaufhauses* „Villa Stöckle“ möglich ist das anti-psychiatrische Konzept, trotz der bürokratischen Hürden und der ständigen Konfrontation mit einer von stereotypen beeinflussten Gesellschaft, umzusetzen. Desweiteren wäre es wichtig zu prüfen, inwieweit die Kritikpunkte der ‚Alten-Antipsychiatrie‘ heutzutage noch greifen, da sich im psychiatrischen System in der Bundesrepublik Deutschland seit den 70'er und 80'er Jahren viel verändert hat. Auch wäre zu klären, inwieweit sich das Weglaufhaus Konzept im generellen auf Kinder- und Jugendliche erweitern ließe. Die Notwendigkeit hierfür zeigt sich darin, dass bei vielen Menschen die psychiatrische Erfahrung schon im Kinder- und Jugendalter beginnt (vgl.

Cooper 1972, S. 34). Auch heutzutage wird schnell deutlich, dass eine Auseinandersetzung mit der anti-psychiatrischen Thematik immer noch aktuell ist. Dies zeigt sich nicht nur am Fall des bis vor kurzem noch in einer psychiatrischen Einrichtung eingesperrten Gustl Mollath (vgl. Przybilla/Ritzer 2013), welcher laut Gericht aufgrund eines paranoiden Gedankensystems zwangsbehandelt wurde, sondern auch in den Debatten um die 5. Auflage des Diagnosekatalogs für psychische Störungen (Sprügel 2013). Was innerhalb unserer Gesellschaft als psychisch gesund und psychisch krank gilt, wird sich auch in Zukunft immer wieder verändern und Auswirkungen auf (Macht-)Verhältnisse und das Zusammenleben innerhalb unserer Gesellschaft haben. Ebenso wird die Frage, wie ver-rücktes Verhalten entsteht und was durch die Differenzlinie psychisch gesund/ psychisch krank gesellschaftlich erreicht werden soll immer ein wichtiger Bestandteil des Diskurses sein.

9. Quellenverzeichnis

9.1. Literaturquellen

Basaglia, Franco & Giannichedda, Maria Grazia (1980) *Die Transformation der Psychiatrie*. In Thomas Simons (Hrsg.) *Absage an die Anstalt – Programm und Realität der demokratischen Psychiatrie in Italien*. Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.

Berger, Peter (1979) *Neue Psychiatrie – Erfahrungen aus Italien und Deutschland. Materialien zu einer Arbeitstagung vom 12. - 14. Oktober 1979 in München*. Rehburg-Loccum : Psychiatrie-Verlag.

Binding, Karl & Hoche, Alfred (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*. Leipzig: Felix Meiner.

Brückner, Burkhard (1998) *Vom Traum zur Wirklichkeit – Die politische Realisierungsgeschichte des Weglaufhauses*. In Erstin Kemper (Hrsg.). *Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus*. (S. 40-54) Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.

Cooper, David (1972). *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Cooper, David (1976). *Von der Notwendigkeit der Freiheit*. Frankfurt/Main: Verlag Roter Stern.

Drecktrah, Volker Friedrich (2008). *Die Aufarbeitung der nationalsozialistischen Justiz in Niedersachsen*. In Eva Schumann (Hrsg.), *Kontinuitäten und Zäsuren. Rechtswissenschaft und Justiz im »Dritten Reich« und in der Nachkriegszeit* (S. 271-299). Göttingen: Wallstein Verlag.

Foucault, Michel (1969). *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Goffmann, Erving (1972). *ASYLE Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Hüllen, Jürgen (1982). *Entfremdung und Versöhnung*. Freiburg/München: Karl Alber.

Keller, Reiner (2004). *Diskursforschung – Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

Klee, Ernst (2009). „Euthanasie“ im NS-Staat: Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Frankfurt: Fischer.

Laing, Ronald D. (1994). *Das geteilte Selbst*. Köln: Verlag Kiepenheuer & Witsch.

Lehmann, Peter (1998) *Zum Davonlaufen – Wie die Weglaufhausgruppe entstand*. In Kerstin Kemper (Hrsg.). *Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus*. (S. 30-37) Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.

Rittmeyer, Christel (1988) *Bewegung gegen Ausgrenzung – Die integrative Psychiatrie- und Schulreform Italiens*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Schmid, Sil (1977) *Freiheit heilt*. Berlin: Klaus Wagenbach.

Sozialgesetzbuch XII (2003).

Szasz, S. Thomas (1972). *Geisteskrankheit – Ein moderner Mythos*. Walter Verlag AG Olten 1972.

Wehde, Uta (1991) *Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.

9.2. Internetquellen

Greve, Christiane & Albrecht, Harro (2012). *Behandeln oder fixieren?* URL: <http://www.zeit.de/2012/49/Psychische-Erkrankung-Zwangsbehandlung>. [Stand: 21.02.2013]

Kriesl, Ilona (2013) *Psychisch krank über Nacht-Neues Standardwerk der Psychiatrie DSM-5*. <http://www.stern.de/gesundheit/neues-standardwerk-der-psychiatrie-dsm-5-psychisch-krank-ueber-nacht-2018295.html>. [Stand: 08.07.2013]

Przybilla, Olaf/ Ritzer, Uwe (2013) *Chronologie zum Fall Gustl Mollath - Suche nach der Wahrheit*. <http://www.sueddeutsche.de/bayern/chronologie-zum-fall-gustl-mollath-schwierige-suche-nach-der-wahrheit-1.1542305>. [Stand: 08.07.2013]

Richter-Kuhlmann, Eva (2012). *Zwangsbehandlungen: Psychiater fordern ein neues Gesetz*. URL: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/132081>. [Stand: 21.02.2013]

Sprügel, Guido (2013) *Das »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« und die Kritik daran*. <http://jungle-world.com/artikel/2013/18/47608.html>. [Stand: 08.07.2013]

von Trotha, Thilo (2001) *Unterwegs zu alten Fragen: Die Neue Antipsychiatrie*. http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/trotha_unterwegs.htm. [Stand: 06.07.2013]

Weglaufhaus „Villa Stöckle“ (2010) *Konzeption der Kriseneinrichtung*. http://www.weglaufhaus.de/wp-content/uploads/2012/06/Konzeption_weglaufhaus.pdf. [Stand: 03.07.2013]