

— die Psychotherapeutin

■ Psychotherapie und Sozialpsychiatrie

10: Frühjahr 1999

Herausgegeben von Beatrice Alder, Basel
Ulrike Hoffmann-Richter, Basel
Ursula Plog, Berlin
Unter Mitarbeit von Johanna Lalouscheck, Wien
Almuth Massing, Göttingen
Mariele Ritter-Gekeler,
Müllheim/Baden
Angela Schürmann, Lübeck

Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag



die Psychotherapeutin

erscheint halbjährlich im Frühjahr und im Herbst
in der Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag gemGmbH,
Thomas-Mann-Straße 49a, D-53111 Bonn

Herausgegeben von Beatrice Alder

Buchhandlung Das Narrenschiff GmbH
Postfach 611, CH-4051 Basel

Dr. Ulrike Hoffmann-Richter (geschäftsführend)
Entenwaidstr. 20, CH-4056 Basel
E-Mail: uhr@datacomm.ch

Dr. Ursula Plog
Tagesklinik Reinickendorf
Romanshorner Weg 165, D-13407 Berlin

Sekretariat

Nadia Strasser
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Strasse 27
CH-4025 Basel
Tel.: 061 325 52 40
Fax: 061 325 55 82

Einzelpreis: DM/sFr. 25,-; ÖS 183,-

Abonnement: jährlich DM/sFr. 45,-; ÖS 329,-

Bestellungen nehmen der Verlag sowie alle Buchhandlungen entgegen.

Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Psychotherapeutin: Zeitschrift für Psychotherapie.–

Bonn: Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verl.

ISSN 0946-3453; ISBN 3-88414-290-9

© Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn 1999

Alle Rechte vorbehalten

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck und Bindung: Clausen & Bosse, Leck

Psychiatrie-Verlag im Internet: <http://www.psychiatrie.de/verlag>



die Psychotherapeutin

freut sich über die Zusendung von Manuskripten. Dies können klinische Beiträge sein ebenso wie theoretische Aufsätze, Buchbesprechungen, Kongreßberichte, Veranstaltungshinweise und anderes mehr.

Die Publikationssprache ist deutsch, Übersetzungen aus anderen Sprachen sind sehr willkommen. Das Lektorat liegt bei der geschäftsführenden Herausgeberin.

Sprachliche Gleichberechtigung von Mann und Frau wird vorausgesetzt, ohne daß der Sprache Gewalt angetan wird. Dies bedingt einen bewußten und kreativen Umgang mit der Sprache.

Postadresse für Beiträge ist diejenige der geschäftsführenden Herausgeberin.

Inhalt

Editorial:

Erzählen – Zur narrativen Struktur psychiatrischen Wissens	4
»Hysterie« – Ein sich wandelndes Zeichen <i>Esther Wüthrich</i>	13
»Debilität mit sehr schwachem Charakter« Biografie – Sozialfall – Psychiatriefall <i>Hans Jakob Ritter</i>	29
Die Borderline-Störung – Syndrom oder Diagnose? <i>Judith Zehnder-Walther, Asmus Finzen, Ulrike Hoffmann-Richter</i>	47
Soldatensuizid und Militärpsychiatrie im »Dritten Reich« <i>Ursula Baumann</i>	72
Vom Wärter zur Psychiatrie-Schwester? Zum Vergleich der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz <i>Sabine Braunschweig</i>	88
Die Psychotherapeutin auf der Leinwand <i>Klaus Schonauer, Inès Nagl</i>	102
Krankheit und Medizin in der Geschichte des Films Dargestellt am Beispiel der Epilepsie <i>Giovanni Maio</i>	126
Forum	
Bücher	143
Die Autorinnen und Autoren	146
Die Psychotherapeutin	147

Erzählen – Zur narrativen Struktur psychiatrischen Wissens

Editorial



Ulrike Hoffmann-Richter

Wenn Patientinnen und Patienten nicht unterbrochen werden, erzählen sie ihre Geschichte. Das heißt jedoch nicht, dass sie eine ausgestanzte Schilderung ihrer Beschwerden liefern. Das einleitende Beispiel ist ein drastisch verkürzter Ausschnitt einer geglückten Erzählung mit Hilfe des Therapeuten:

(Prior, ein britischer Offizier, wird 1917 wegen einer Aphonie ins schottische Sanatorium Craiglockhart eingeliefert. Die psychoanalytisch orientierte Therapie führt Dr. Rivers durch:)

Prior saß da, die Arme über der Brust verschränkt, den Kopf leicht abgewandt... »Wann ist Ihre Stimme wiedergekommen?«, fragte Rivers. »Mitten in der Nacht. Ich bin von meinem Schreien aufgewacht, und plötzlich war mir klar, dass ich sprechen konnte. Ist mir schon mal passiert«... »Vielleicht können Sie mit dem Tag beginnen, an dem Sie zum ersten Mal in das Frontlazarett eingeliefert wurden...« ... »Unser Abschnitt war mit Granattrichtern übersät, sodass die Angriffslinie sofort auseinanderbrach... Ich hatte überhaupt keine Angst. Ich empfand nur eine... starke Erregung. Dann hörte ich eine Granate heranpfeifen. Und dann weiß ich nur, dass ich in der Luft war und zu Boden segelte...Ich weiß, so kann es nicht gewesen sein...« (Unter Hypnose ergänzt er die Szene:)... Er erwachte inmitten des Unterstandgestanks von nassen Sandsäcken und alten Furzen... Etwa drei Feuerstellen weiter hörte er das Pfeifen einer Granate, wirbelte herum und sah den auffliegenden staubbraunen Rauch schon davontreiben. Niemand erwischt, dachte er, doch dann hörte er einen Schrei... Er schnappte sich eine Schaufel, Logan nahm einen Sandsack, den er ihm geöffnet hinhielt und in den er nun Erde, Fleisch und verkohlte Knochen hineinzuschaufeln begann. Dann wurde ihm schlecht. Er spürte, dass etwas an seine Lippen gepresst wurde, und sah, dass Logan ihm ein Flasche Rum hinhielt... Sie waren fast fertig, als Prior zu Boden blickte und plötzlich ein Auge unter dem Lattenrost liegen sah. Vorsichtig, wie jemand, der einen besonderen Leckerbissen vom Servierteller nimmt, schob er Daumen und Zeigefinger durch einen Spalt. Seine Finger berührten die glatte Oberfläche und rutschten erst ab, bevor sie das Auge zu packen bekamen. Er holte es hoch, legte es in seine Handfläche und hielt es Logan hin. Er

sah, dass seine Hand zitterte, aber das Zittern schien nichts mit ihm zu tun zu haben. »Was soll ich mit diesem Lutschbonbon machen?« Er sah Logan blinzeln und wusste, dass er Angst hatte. Schließlich griff Logan nach seiner zitternden Hand und schnippte das Auge in den Sack. »Williams und ich erledigen den Rest, Sir. Sie gehen wieder zurück.« Er schüttelte den Kopf. Gemeinsam schaufelten sie den Kalk auf die Erde... Als sie schließlich zurücktraten und sich den weißen Staub von der Uniform klopfen, wollte er etwas Beiläufiges sagen, um zu demonstrieren, dass alles in Ordnung sei mit ihm, aber seine untere Gesichtshälfte fühlte sich ganz taub an. (Pat Barker, Niemandsland, 1997/69-137)

Erzählen

Das Beispiel zeigt die Bedeutung der Patientenerzählung in der Psychiatrie. Sprach- und Sozialwissenschaftlerinnen zeigen großes Interesse am Erzählen im Alltag und in der Therapie (z.B. Quasthoff 1980; Flader 1982). Die Literaturwissenschaft sieht im Erzählen eine spezifische Form der Rede oder des Textes. Die »narrative Struktur« ist in der Rede der Patientin erkennbar. Sie findet aber auch in der Krankengeschichte ihren Niederschlag und muss bei deren Analyse berücksichtigt werden (Hoffmann-Richter; Finzen 1998) Im Gespräch mit dem Patienten zu erwarten sind weder umschriebene Symptome noch kontrollierbare Fakten. In der spärlichen medizinischen Literatur zur ärztlichen Gesprächsführung (z.B. Morgan; Engel 1977) wird betont, dass das Erzählen nicht ohne größere Verluste unterbrochen werden kann. Vielmehr stellt sich die Frage, ob nicht über die Rede des Patienten hinaus medizinisches Wissen als solches eine narrative Struktur besitzt (Hunter 1991). Von ärztlicher Seite wird Erzählen derzeit eher als Hindernis auf dem Weg zu den Fakten angesehen. Die subjektive Darstellung täusche zu schnell. Der Blick auf ein und dasselbe Ereignis sei auf vielfältige Weise möglich. Objektive Kriterien sollen der Diagnose zugrunde liegen. Zusatzuntersuchungen und gegebenenfalls eine Fremdanamnese sind gefragt. Dies zeigt eine Skizze aus der Neurologie:

Er habe zehn Tage zuvor einen Fahrradunfall gehabt, berichtet ein Patient. Er sei gegen einen Pfosten gefahren und auf den linken Arm gestürzt. Seitdem spüre er eine Schwäche im Arm, die sich nicht mehr gebessert habe. Der Arm sei vom Sturz verletzt. Er müsse untersucht werden. Dann könne er wieder nach Hause... Bei der Muskelbiopsie stellt sich heraus, dass der Patient an einer bereits fortgeschrittenen Amyotrophen Lateralsklerose leidet.

Geht es also doch um Fakten versus Fiktionen? Freilich bedeutet eine Geschichte zu erzählen, dass eine Vorverarbeitung bereits stattgefunden hat. Brigitte Kronauer schreibt: *Das, was sich die Leute im Bus erzählen, hat Anfang und Ende... das Herausputzen der Details zu Symptomen, das Herstellen einer Geschichte... Dieses Zurechtlegen... auf Sinn... ist eine Realität* (1998/18-19). Die Alltäglichkeit des Erzählens täuscht Banalität vor. Kronauers Geschichten beschäftigen sich mit der lebenswichtigen Funktion des Erzählens. Wenn schon alltägliche Ereignisse erzählend verarbeitet werden müssen, wieviel mehr ist dies bei der – anfänglich nur ahnbaren – Bedrohung durch eine Krankheit vonnöten.

Die Entwicklung der Krankheit; die Aufhebung der Fraglosigkeit des bisherigen Lebens ist nur benennbar, wenn ihre Konturen gegen den vorherigen Zustand abgehoben werden können. Erst wenn die Details als Symptome erkannt wurden, können sie beschrieben werden. Und der Prozess der Beschreibung bedeutet auch sie »herauszuputzen«. »An sich« sind Symptome somit nicht fassbar, sondern immer nur vermittelt in einem sinnhaften Kontext. Dies gilt für beide Beispiele – die Psychodynamik der Aphonie im ersten Beispiel überzeugte den Patienten zunächst nicht. Im zweiten Beispiel beharrte der Patient auf dem Fahrradsturz als ursächlichem Ereignis für die Schwäche, die er (erst danach und nur) im linken Arm wahrnahm. Die schleichende Entwicklung der myatrophischen Lateralsklerose hatte er bis dahin nicht bemerkt.

Symptome

»Symptoma« im Griechischen meint »das Zusammenfallen, Zufall, Begebenheit«. In der griechischen Medizin entwickelte sich daraus das Verständnis des Symptoms als »widernatürlicher, krankheitsbedingter Zufall« (Etymologisches Wörterbuch 1995). Roland Barthes führt unter dem Blickwinkel »Semiologie und Medizin« dazu aus: »... der Arzt wäre demnach jemand, der über Vermittlung der Sprache – ich glaube, dieser Punkt ist wesentlich – das Symptom in ein Zeichen umwandelt« (1988/218). Die als Symptome erkannten Beschwerden werden als Zeichen der Krankheit gedeutet. Die erlebten körperlichen oder psychischen Veränderungen machen »Sinn«, wenn sie sich auf eine Krankheit beziehen. Die Suche nach Symptomen und deren Wahrnehmung geschieht auf dem Hintergrund der bestehenden Krankheitskonzepte oder -theorien. Nicht nur Erlebnisverarbeitung und Erzählen der Patientin, auch die Beschreibung und Konzeptualisierung von Krankheit lässt sich als narrative Struktur fassen.

Klassisches Beispiel ist die Hysterie, die seit der Antike beschrieben wurde. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit trat sie etwa 1870, als mit den

neurophysiologischen und -anatomischen Erkenntnissen das traditionelle Konzept der Hysterie in Bewegung kam: Jean Martin Charcot rehabilitierte die Hysterie und mit ihr die leidenden Frauen (so Ackerknecht 1985; Shorter 1994), indem er sie auf eine funktionell begründbare Nervenläsion zurückführte. Entsprechend den damals aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Funktionsweise peripherer Nerven sah er in der hysterischen Symptomatik das Ergebnis gestörter neuromuskulärer Abläufe, aufgrund der angeborenen Disposition oder nach traumatischen Erlebnissen. Freuds Pendeln zwischen seiner anfänglichen Traumatheorie psychogen ausgelöster hysterischer Symptome und der späteren Theorie der Neurosenentstehung ist zur Genüge diskutiert worden. Trotz einiger Literatur aus den letzten Jahren (z.B. Shorter 1994) wird das Chronic fatigue Syndrom oder die multiple Persönlichkeit (z.B. Hacking 1996) erst allmählich als Konversionssymptomatik diskutiert. Auffällig ist hierbei, dass die Ursachensuche bei der chronischen Müdigkeit – ganz im Sinne aktueller medizinischer Konzepte – am ehesten in einer unüblichen, nämlich sehr langsam und schlecht nachweisbar verlaufenden Viruserkrankung gesucht wird.

Eine Fülle nicht-medizinischer Ansätze konzentriert sich auf die sozialen und psychodynamischen Gegebenheiten der Frauen in unserer Gesellschaft (von Braun 1988; Micalé 1994; Showalter 1997; Didi-Huberman 1997). Elisabeth Bronfen hat in ihrer umfassenden Analyse nicht nur die vielfältigen Interpretationsweisen der Hysterie in Medizin, Literatur und Kunst aufgearbeitet, sondern auch ein zeitgenössisches Konzept vorgelegt, das den Brennpunkt vom Geschlecht zur Loslösung des Individuums verlagert – vom Phallus zum Omphallus (1998). Verkürzt gesagt entsteht der Eindruck, dass sich die Symptomatik der zeitgenössischen wissenschaftlichen Fachdiskussion anpasst. Die Begrenztheit theoretischer Konzepte wird an der Hysterie sichtbar. Dennoch sind Symptombeschreibung und Diagnostik ohne Theorie nicht möglich.

Fakten

Die Geschichte psychiatrischer Krankheitskonzepte geht parallel mit der Geschichte wissenschaftlicher Erkenntnisse: Die Entdeckung der Lues cerebrospinalis als Spätfolge einer Geschlechtskrankheit, d.h. als Gehirnerkrankung mit organischem Substrat, führte zur Suche nach »Gehirnerkrankungen« als Ursache von »Geisteskrankheiten«. Mit physiologischen Versuchen trat die Möglichkeit organischer und funktioneller Störungen von Reflexabläufen in den Vordergrund. Als psychogene Konzepte wurde die Traumatheorie von der Konflikttheorie abgelöst. Die Vorstellung, dass

unterschiedliche Entwicklungsprozesse von Erkrankungen möglich sind, hat zu allen Zeiten Schwierigkeiten bereitet. Statt komplexer Krankheitsmodelle kam es wiederholt zu konkurrierenden Konzepten (romantische Psychiatrie und Gehirnpsychiatrie; klinischer Pragmatismus versus hermeneutische Phänomenologie). Dies führte zuletzt zur Konzeption durchgängig systematischer Diagnosesysteme. Die Arbeitsgruppen des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM, aktuell IV) und der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD, aktuell 10) konnten sich international einigen, indem sie deskriptive Diagnosesysteme entwickelten, die den Anspruch erhoben, »theoriefrei« und kulturunabhängig gültig zu sein (DSM IV 1996/XI-XII).

Wichtigstes Ziel war die Reliabilität der Diagnostik. So sollten wissenschaftlich auch international vergleichbare Untersuchungen durchgeführt werden können. Dass dabei die Validität der jeweils gestellten Diagnose zu wünschen übrig lässt, wurde von einigen Mitgliedern der Klassifikations-Arbeitsgruppen kontinuierlich beschrieben und kritisiert. Von Geistern zu reden, ist in Berlin oder Madrid nicht dasselbe wie in einem Andendorf oder im tropischen Regenwald. Hinzu kommen die unterschiedlichen Anforderungen an Diagnosen in Klinik und Wissenschaft. Im klinischen Alltag werden handhabbare Anleitungen benötigt. Diagnosekriterien für wissenschaftliche Forschung müssen anderen Ansprüchen genügen als für die Behandlung von Patienten. Carpenter und Strauss haben dies für die Schizophrenie gezeigt (1981). Dies hat wiederum zur Folge, dass die Patienten mit international vergleichbaren Diagnosen, die einem Behandlungskonzept unterzogen wurden, nicht dieselbe Symptomatik und denselben Krankheitsverlauf aufweisen, wie die vor Ort klinisch zu behandelnden Patienten.

Der Anspruch auf eine objektive Psychopathologie ließ die Erzählung der Patientin in den Hintergrund treten. Der »Querschnitt« wurde relevant. Nicht die Vorgeschichte, nicht die Entwicklung der vorangegangenen Jahre oder Wochen gibt den Ausschlag, sondern der momentane Zustand: das, was vom Untersucher konkret beobachtet und erfasst werden kann. Diese Entwicklung ist Teil des veränderten Selbstverständnisses der Medizin und – als Teil von ihr – der Psychiatrie (Guze 1992): Medizin wird nicht länger als Human- oder Erfahrungswissenschaft, sondern als Naturwissenschaft verstanden. Aus den Krankheiten wurden Störungen oder Krankheitskonzepte. Statt Krankheitseinheit ging es um einen Kriterienkatalog.

Hoff betont die Notwendigkeit die eigene Ideengeschichte kritisch zu rezipieren (1996/9). Er verweist auf das gegenwärtig überzogene Bestreben nach »objektiven« Kriterien, das mit dem Bestreben, »die wissenschaftlich unscharfe Subjektivität zu eliminieren«, Gefahr laufe »gleich das Sub-

jekt als ganzes mit« auszuschließen (1996/1). Klosterkötter demonstriert an den Erhebungsinstrumenten zur Schizophrenie-Diagnostik, dass das Bemühen um eine rein objektive Psychopathologie für die Schizophrenien die entscheidenden – nämlich subjektiven – psychopathologischen Merkmale ausschließt: der paranoid-halluzinatorische Symptomenkomplex sowie Aspekte der Defizite im Bereich von Denk- und Sprachprozessen – die Basisymptome nach Huber (Klosterkötter 1996). Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob mit dem Versuch subjektive Anteile der Patientin auszuklammern nicht methodische Probleme der Symptomerfassung einen größeren Anteil an Validierungsschwierigkeiten erhalten. Rheinberger und Hagner haben auf den enormen Einfluss der »Experimentalisierung« (1993), Hagner auf die Prägung des Denkens durch die Visualisierung (1996) hingewiesen.

Sinnstrukturen

Patientinnen und Patienten stellen nicht nur ihre subjektiven Symptome, sondern auch ihre Geschichte in den Raum. Und sie ist wesentlich geprägt von der Suche nach sinnhafter Orientierung in der Konfrontation mit der Krankheit. Handelt es sich um eine Erkältung, genügt vielleicht die Erklärung, dass viele Leute infiziert sind; dass es kalt geworden ist; vielleicht folgt noch der Hinweis auf die eigene Erschöpfung, die für den Infekt anfällig machte. Schwere und lebensbedrohliche Krankheiten aber fordern zu umfassenderen Reflexionen heraus. Susan Sontag kritisierte die Metaphorisierung des Krebses in ihrem berühmt gewordenen Essay »Krankheit als Metapher«... DiGiacomo gibt sich damit nicht zufrieden: Freilich werde die Metapher zur Krankheit (1996). Das Problem bestehe darin, dass mit der Sinnggebung den Kranken auch die Verantwortung, das »Verschulden« der Krankheit zugeschrieben werde. Sinnggebung solle nicht verhindert werden, sondern als Form der Erfahrung von Krankheit verstanden. Borck sieht die Blüte alternativmedizinischer Therapien im Kontext ihres Sinnangebots. Die biologische Medizin könne nicht nur keinen Sinn bieten; sie lehne diese Forderung auch als unangemessen ab (1996). Seit Max Weber wissen wir, dass von der Wissenschaft keine Sinnstiftung erwartet werden (1922/1988) darf.

Interessanterweise zeigen erste Untersuchungen von Krankenkassen, die eine Zusatzversicherung für alternativmedizinische Behandlungen anbieten, dass es gerade die Akademiker sind, die davon Gebrauch machen (Bürgi et al. 1996). Die möglichst faktenorientierte, objektive, wissenschaftlich fundierte Herangehensweise unter Zurückweisung sinnhafter Erklärungen scheint hier nichts mehr zu gelten. Wie ist dies zu erklären?

Das Interesse für anthroposophische, esoterische und alternativmedizinische Angebote besteht scheinbar unverbunden neben dem Anspruch auf seriöse medizinische Behandlung nach neuesten Erkenntnissen und neuester Technik und Pharmazie. Aber der Schein trügt. Das Bedürfnis nach Bedeutungszuschreibung, nach Sinnstrukturen hat sich nicht verflüchtigt. Es findet seine Kontinuität in der Metaphorisierung bestimmter Erkrankungen (Karzinom, Aids, Schizophrenie). Als archaischer Einbruch in die Forderung nach naturwissenschaftlichem Denken ist das Interesse für Esoterik zu betrachten. Als neue Blüte entstehen (naive) Theorien und philosophische Gedankengebäude, die sich scheinbar aus den Grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnissen ergeben.

Spurenlesen – Psychiatrie und Psychotherapie sind Teil der Kulturgeschichte

Subjektive, d.h. nicht gemeinsam geteilte Wahrnehmungen und Bedeutungszuschreibungen gehören ebenso zu menschlichem Sosein wie das Bedürfnis nach sinnhafter Erklärung lebensverändernder Ereignisse. Medizinische, und in besonderer Weise psychiatrische Diagnostik und Therapie haben viel gemein mit dem »Spurenlesen« der Historiker oder Kriminalisten. Darauf haben schon Giovanni Morelli, Conan Doyle (»Sherlock Homes«) und Sigmund Freud hingewiesen. Ginzburg spricht in seinem Essay über die »Spurensicherung« von den »Indizienwissenschaften« (1979/1995).

Die kurze Geschichte der deskriptiven Diagnosesysteme in der Psychiatrie hat gezeigt, dass das Phänomen der Gestaltwahrnehmung (Fengler/Fengler 1980/1994) als Grundprinzip der Diagnosestellung nicht abgeschafft werden kann. Subjektive Anmutungen von Diagnosen mögen der Vergangenheit angehören. Aber auch Kriterienkataloge müssen interpretiert werden. Neue Gestalten fokussieren weniger auf den kranken Menschen, sie orientieren sich an Teilaspekten wie dem Immunsystem, dem Gehirn als Computer oder dem Erzählen als Text (vgl. Borck 1996/48). Der Prozess der Diagnostik als Gestaltwahrnehmung gilt, ob Psychiatrie nun als Erfahrungs- oder als Biowissenschaft verstanden wird. Clifford Geertz' Beschreibung anthropologischer Tätigkeit gilt auch für die Psychiatrie:

Die Frage ist, wo kommt die Art und Weise, in der wir über sie reden, her?... die bevorzugte Antwort lautet, dass sie von dem kommt, was wir da, mit weitgeöffneten Augen, hintangesetzten Interessen und entfalten Methoden, vorfinden. Alles ist, was es ist, und nicht etwas anderes... Ob aber diese Art, die Dinge zu betrachten... sehr hilfreich ist, um zu verstehen, wie man in anthropologischer Arbeit

zu Erkenntnis kommt, ist zweifelhaft. Die Frage... ähnelt etwas der Frage, ob die Sonne wirklich eine Explosion oder das Gehirn wirklich ein Computer ist: Was sagt man, wenn man das sagt? Wohin führt einen das? (C. Geertz 1997/27)

Neben biologischen Gegebenheiten ist das Erzählen des Patienten eine Realität. Und die Beschreibungen der Symptome, die Erfassung der Psychopathologie wie die Konstruktionen der Diagnosen müssen sich den Vergleich mit anderen »narrativen Strukturen« gefallen lassen. Mit Asmus Finzen »ist Psychiatrie in ihrer Anwendung immer Sozialpsychiatrie« (1998). Die wissenschaftliche Verortung der Psychiatrie wird deshalb auch in Zukunft von Irritationen begleitet sein (Finzen 1998; Hoff 1996).

Literatur

- Ackerknecht, E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1985
- Barker, P.: Niemandland. Roman. Hanser, München, 1997; Originalausgabe: Regeneration. Viking, London, 1991
- Barthes, R.: Das semiologische Abenteuer. Suhrkamp, Frankfurt, 1988
- Borck, C.: Anatomien medizinischer Erkenntnis. Der Aktionsradius der Medizin zwischen Vermittlungskrise und Biopolitik. in: Borck, C. (Hrsg.): Anatomien medizinischen Wissens. Fischer, Frankfurt, 1996/9-52
- von Braun, Ch.: Nicht Ich. Verlag Neue Kritik, Frankfurt, 1988
- Bronfen, E.: Das verknottete Subjekt. Hysterie in der Moderne. Verlag Volk und Welt, Berlin 1998
- Bürgi, M.; Sommer, J.H.; Theiss, R.: Alternative Heilmethoden. Verbreitungsmuster in der Schweiz. Rüegger, Chur/Zürich 1996
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM IV. Hogrefe, Göttingen, 1996
- Didi-Huberman, G.: Erfindung der Hysterie. Wilhelm Fink, München, 1997
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 2. Aufl., Huber, Bern, 1993
- DiGiacomo, S.M.: Metapher als Krankheit. Postmoderne Dilemmata in der Repräsentation von Körper, Geist und Krankheit. in: Borck, C. (Hrsg.): Anatomien medizinischen Wissens. Fischer, Frankfurt, 1996/125-153
- Ellenberger, H.J.: The Fallacies of Psychiatric Classification. (1963) in: Micale, M. (Hrsg.): Beyond the Unconscious. Essays of Henry F. Ellenberger in the History of Psychiatry. Princeton University Press, Princeton 1993/309-327
- Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. Deutscher Taschenbuchverlag München, 1995
- Fengler, Ch.; Fengler, T.: Alltag in der Anstalt (1980). Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn 1994
- Finzen, A.: Das Pinelsche Pendel. Die Dimensionen des Sozialen im Zeitalter der biologischen Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Texte 1, Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag 1998
- Flader, D.; Grodzicki, W.D.; Schröter, K. (Hrsg.): Psychoanalyse als Gespräch. Suhrkamp, Frankfurt, 1982

- Geertz, C.: Spurenlesen. Der Ethnologe und das Entgleiten der Fakten. C.H. Beck, München, 1997
- Ginzburg, C.: Spurensicherung. Der Jäger entziffert die Fährte, Sherlock Holmes nimmt die Lupe, Freud liest Morelli – Die Wissenschaft auf der Suche nach sich selbst. in: ders. Spurensicherung. Die Wissenschaft auf der Suche nach sich selbst. Wagenbach, Berlin, 1995
- Grimm, J.; Grimm, W.: Deutsches Wörterbuch Bd. 3 (1862). Deutscher Taschenbuchverlag München, 1984
- Guze, S.B.: Why Psychiatry is a Branch of Medicine? Oxford University Press, New York, Oxford, 1992
- Hacking, I.: Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne. Hanser, München, 1996
- Hagner, M.: Der Geist bei der Arbeit. Überlegungen zur visuellen Repräsentation cerebraler Prozesse. in: Borck, C. (Hrsg.): Anatomien medizinischen Wissens. Fischer, Frankfurt, 1996/259-286
- Hoff, P.: Subjektive und objektive psychiatrische Erkenntnis? in: H. Saß (Hrsg.): Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung. G. Fischer, Jena, 1996/1-14
- Hoffmann-Richter, U.; Finzen, A.: Die psychiatrische Krankengeschichte – eine vernachlässigte Quelle. Überlegungen zu einer Methodologie der Krankengeschichtenanalyse. BIOS 11(1998), im Druck
- Hunter, K.M.: Doctors' Stories. The narrative Structure of medical Knowledge. Princeton University Press, Princeton 1991
- Janzarik, W.: Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Enke, Stuttgart, 1979
- Klosterkötter, J.: Zur Bedeutung der Selbstwahrnehmung für die Datenerhebung in der Psychiatrie. in: Saß, H. (Hrsg.): Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung. G. Fischer, Jena, 1996/29-45
- Kronauer, B.: Ist Literatur unvermeidlich? in: H. Schafroth (Hrsg.): Die Sichtbarkeit der Dinge. Über Brigitte Kronauer. Klett-Cotta, Stuttgart, 1998/12-27
- Micale, M.S.: Approaching Hysteria. Princeton University Press, Princeton, 1994
- Morgan, W.L.; Engel, G.L.: Der klinische Zugang zum Patienten. Anamnese und Körperuntersuchung. Eine Anleitung für Studenten und Ärzte. Huber, Bern, 1977
- Quasthoff, U.: Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform im Alltag. Gunter Narr, Tübingen, 1980
- Rheinberger, H.-J.; Hagner, M. (Hrsg.): Die Experimentalisierung des Lebens. Experimentalsysteme in den biologischen Wissenschaften 1850/1950, Akademie Verlag, Berlin, 1993
- Shorter, E.: Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Rowohlt, Reinbek, 1994. Originalausgabe: From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. The Free Press, New York, 1992
- Showalter, E.: Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medizin. Berlin Verlag, Berlin, 1997
- Sontag, S.: Krankheit als Metapher (1977). Fischer, Frankfurt, 1992
- Strauss, J.S.; Carpenter, W.T.: Schizophrenia. Plenum, New York, 1981
- Weber, M.: Wissenschaft als Beruf (1922). in: ders. Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Mohr, Tübingen, 1988/582-613

■ »Hysterie« – Ein sich wandelndes Zeichen

■
Esther Wüthrich

Zusammenfassung

In den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts wird in der Psychiatrischen Klinik Waldau in Ostermundigen bei Bern erstmals bei einer Frau die Diagnose »Hysterie« gestellt. Ab 1885 entfaltet sich unter den Medizinerinnen in der Schweiz ein reger Diskurs, in dem das Krankheitsbild der »Hysterie« zu beschreiben und zu erklären versucht wird. Innerhalb von rund 30 Jahren wird »Hysterie« in den medizinischen Diskussionen von einer Krankheit mit hauptsächlich körperlichen Symptomen zur Krankheit des Charakters. Wird sie in den 80er Jahren noch mit kranken Geschlechtsorganen erklärt, werden später nacheinander Läsionen des Nervensystems, Störungen des Gehirns und dann auch psychische Traumata verschiedenster Art als Erklärung herangezogen. Begleitet wird dieser medizinische Diskurs von einer starken Zunahme der Fälle von »Hysterie« gegen die Jahrhundertwende. Die Diagnose wird fast ausschließlich bei Frauen gestellt. Als »hysterisch« wahrgenommen werden Frauen, die in ihrem Verhalten, ihrer Charakterstruktur nicht dem weiblichen Rollenbild der damaligen Zeit entsprechen. Mit der Diagnose »Hysterie« kann auf dieses Verhalten von Frauen korrigierend und disziplinierend eingewirkt werden.

Wie sich das Reden über »Hysterie«, das Krankheitskonzept, die Symptome und die Behandlungsmethoden in der Schweiz von 1880 bis 1910 verändert haben, möchte ich im folgenden Text darstellen. Die Arbeit, auf die sich dieser Artikel stützt, geht von der These aus, dass mit der Formulierung von Krankheitskonzepten immer auch unbewusste oder teilweise bewusste Intentionen oder Wirkungsmechanismen verbunden sind. Die geltenden Deutungen von Welt werden auf diese Konzepte übertragen. Sie helfen mit diese Deutungen und Werthaltungen zu stützen, sie als gesellschaftliche Ordnungsprinzipien oder im Interesse einzelner Gruppen sogar durchzusetzen.¹

Krankheitsbilder wandeln sich im Laufe der Zeit und der Geschichte. In diesem Wandel eingeschlossen ist auch die Kultur, in der sie sich äußern und in der sie beschrieben werden. Ebenfalls sind sie Ausdruck des

Verhältnisses zwischen den Geschlechtern. »Hysterie« ist der Inbegriff dieser Wandelbarkeit medizinischer Zeichen. Die Beschäftigung mit dem Krankheitskonzept »Hysterie« ist im Wesentlichen eine Auseinandersetzung mit dem Reden darüber. Ohne einen Betrachter oder eine Betrachterin ist die »Hysterie« nichts, und ist doch etwas.² Gemeint ist damit: Ein Kern dieser »Krankheit«, das dahinter Liegende konnte nie gefunden werden. Und doch kann nicht wegdiskutiert werden, dass sich in dieser Krankheit etwas äußert, dass etwas zum Ausdruck gebracht wird, dass ganz reale Leiden dahinter stecken. Wie bei kaum einer anderen Krankheit wird bei der Hysterie die zeitliche und gesellschaftliche Gebundenheit des Betrachters oder der Betrachterin sichtbar. Er oder sie deutet die Krankheit entsprechend dem Verständnis der jeweiligen Zeit, der jeweiligen Kultur. Was beschrieben wird, sagt mehr aus über den Betrachter als über das Betrachtete. Wie der Betrachter in seiner Zeit betrachtet, wechselt auch das Betrachtete entsprechend seiner Zeit und Kultur. Dem entzieht sich die letzte große Publikation zu diesem Thema ebenfalls nicht: Auch Elisabeth Bronfen entnimmt dem Konzept der »Hysterie« das, was sie zur Interpretation der Wirklichkeit gebrauchen kann und richtet ihre Arbeit auf den Diskurs aus.

Theorien über »Hysterie« von 1880 bis 1910 in der Schweiz Von der körperlichen Symptomatik zur Charaktersymptomatik

Kennzeichnend für die Hysterie war von je her die Vielfältigkeit ihres Erscheinungsbildes, die Breite der auftretenden Krankheitssymptome. Oft traten bei ein und derselben Patientin unvermittelt neue Symptome auf, andere verschwanden für immer. Immer wieder entzog sich die Hysterie den medizinischen Versuchen auch nur einen festen Symptomkomplex zu beschreiben, geschweige denn eine Ursache dafür zu finden.

Wie die soziale Bedeutung und der Stellenwert der Hysterie innerhalb der Medizingeschichte variierte, so ist auch ihr Erscheinungsbild einem historischen Wandel unterworfen.³ Über längere Zeit betrachtet, lassen sich aber Schwerpunkte der Symptombildungen und Verlagerungen dieser Schwerpunkte feststellen. »(...) was sich charakterisieren und klassifizieren lässt sind nicht die Symptome, die die Hysterie über Jahrhunderte weg als Syndrom produziert hat, sondern vielmehr deren diskursive Funktion innerhalb medizinischer und ästhetischer Texte.«⁴ In diesem Zusammenhang scheint mir Folgendes zentral: Die Antwort auf die Frage, welche Krankheitssymptome der Hysterie zugeordnet werden, ist abhängig von der Definition von Hysterie und vom Standort bzw. der Blickrichtung des Betrachters. Wo der Mediziner aufgrund seiner Hysteriedefinition hin-

blickt, erkennt er auch eher hysterische Symptome, die er dann in seinen Symptomkomplex aufnehmen kann. Wie stark und schnell sich dieser Blick ändern kann, lässt sich an den 30 Jahren Hysteriediskussion in der Schweiz (1880-1910) nachweisen. Zu derselben Problematik gehört, dass die Hysterikerinnen in ihrer Symptombildung von den Theorien der sie behandelnden Ärzte beeinflusst wurden. Das klassische Beispiel dazu lieferte Charcot: Er hat den hysterischen Anfall, die plakativste Form der Symptombildung in der Geschichte der Hysterie, sehr genau beschrieben. Von seinen Patientinnen in der Salpêtrière wurde dieser Anfall nach seinem Schema durchgeführt. Nur konnte eher selten ein anderer Mediziner bei seinen Patientinnen diesen Anfall auch nur annähernd vollständig feststellen.⁵ Dieser ärztliche Einfluss auf die Symptombildung wurde von Medizinern schon früh selber gesehen: »(...) von Beginn meiner praktischen Laufbahn hinweg hatte ich den Eindruck, man dürfe bei den Hysterischen nicht nach Symptomen fahnden, weil sie konstatieren so viel heißt, wie sie provozieren.«⁶ Von Braun dazu: »Dabei (im Beziehungsgeflecht von Arzt und Patientin, E.W.) richtet sich die ›hysterische Realität‹ – die Symptombildung – nach dem Standpunkt des Betrachters. Sie passt sich der Präfiguration an, die der Betrachter von ihr, der Krankheit, entwickelt hat.«⁷

Die theoretische Diskussion über die »Hysterie« beginnt in der Schweiz – im Vergleich etwa zu Deutschland, England und Frankreich – spät. Der erste Beitrag zu »Hysterie« stammt von Heinrich Bircher, Chefarzt und Chirurg am Kantonsspital in Aarau und erscheint erst 1885 unter dem Titel: »Die Castration bei Ovarialneuralgie und Hysterie«.⁸ Als Symptome werden darin, wie in den anderen medizinischen Schriften dieser Zeit, erwähnt: Störungen oder vollständiger Verlust des Sprach-, Hör- und/oder Sehvermögens, Lähmungserscheinungen einzelner Glieder, Unempfindlichkeiten einzelner Glieder oder sogar der einen Hälfte des Körpers gegen Schmerzen, krampfartige Anfälle, Kopfschmerzen, Beklemmungs- und Angstzustände, starkes Herzklopfen, Magenkrämpfe, Atemnot, starke Müdigkeit bis zu Erschöpfungszuständen, Depressionszustände und Selbstmordgedanken.

Wird hier »Hysterie« in den 80er Jahren vorwiegend an körperlichen Symptomen festgemacht, dienen in den 90er und vor allem nach der Jahrhundertwende zunehmend Auffälligkeiten im Charakter, »Störungen der Persönlichkeit« und andere psychische Abweichungen als Hinweis auf das Vorliegen eines »hysterischen« Krankheitsbildes.

Ende des 19. Jahrhunderts zeichnet sich in der veröffentlichten medizinischen Diskussion über »Hysterie« eine »hysterische Charakterstruktur«⁹ ab, die sich eher von Interpretationen des Gefühlszustands und des Wesens ableiten als von einzelnen körperlichen Symptomen. Merkmale dieses »hysterischen Charakters« sind: Narzissmus, Egoismus, Launen-

haftigkeit, Verstellungskunst, starke Stimmungsschwankungen und eine außerordentliche Erfindungsgabe. Von Medizinerinnen wird bemängelt, dass die »hysterischen« Frauen extrem egozentrisch und ihre Beziehungen zu anderen stets sprunghaft und oberflächlich seien. Hervorgehoben wird zudem die »Suggestibilität«, eine Über-Empfindlichkeit oder Über-Sensibilität gegenüber fremden Einflüssen und gegenüber dem eigenen Gefühlsleben, sowie eine Schwäche der Urteilskraft, die bei jedem Kind »keine Grenzen kennt« und normal ist, im Erwachsenenalter aber pathologisch wird:

»Die Erwachsenen, welche diese unglaubliche Sensibilität behalten haben und hysterisch werden, dokumentieren gerade dadurch ihre geistige Schwäche. Die hysterische Frau hat eine kindische Gemütsart; sie leidet an psychischem Infantilismus. Der Mann (...) hat mehr oder weniger eine ausgesprochen weibische (d.h. »hysterische«, E.W.) Gemütsart.«¹⁰

In »weibisch« wird – negativ konnotiert – die »Normal-Frau« sichtbar, der sich der »hysterische« Mann in seinen Charakterzügen annähert. Der Krankheitsbegriff der »Hysterie« geht in dieser Bedeutung eine Verbindung ein mit dem Normalitätsbegriff der Frau: Gerade auch die gesunde Frau ist »hysterisch«.¹¹ Weiblichkeit und »Hysterie« überschneiden sich und werden teilweise identisch.

Verlagerung der Ursache in den Kopf

Entsprechend dem naturwissenschaftlich-materialistischen Wissenschaftsverständnis des ausgehenden 19. Jahrhunderts versuchten die Mediziner »Hysterie« auf eine somatische Basis zurückzuführen. In den Diskussionsbeiträgen der 80er Jahre dominiert die alte ärztliche Vorstellung, »Hysterie« habe ihre Ursache in einer Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane. Als pathologisches Organ wird aber nicht, wie in langer Tradition, die Gebärmutter, sondern die Eileiter oder die Eierstöcke gesehen. So wird »Hysterie« auch häufig im Zusammenhang mit der Sterilisation der operativen Entfernung weiblicher Geschlechtsteile Thema. Noch sind es nicht eigentlich »Irrenärzte«, sondern mehrheitlich Chirurgen, die sich der »hysterischen« Frauen »annehmen«. Die Fortschritte, die die Chirurgie im Laufe des 19. Jahrhunderts macht, zeigt ihre Auswirkungen in einem massiven Anstieg der chirurgischen Eingriffe. Was möglich wird, wird auch ausprobiert. 1872 werden in Freiburg bei einer Frau mit »hysterischen« Symptomen die ersten gesunden Ovarien entfernt. Diese Praxis wird in verschiedenen Spitälern und »Irrenanstalten« in der Schweiz übernommen. 1890

berichtet Bircher von 27 (!) Kastrationen bei Frauen in der »kantonalen Kranken-Anstalt« in Aarau.¹²

Bereits 1887 werden von Paul Dubois Zweifel an den Genitalien als Krankheitsursache geäußert. In den 90er Jahren wird vor allem von Auguste Forel, Direktor der »Irrenanstalt« Burghölzli in Zürich, das Gehirn, Steuerungszentrum für Bewegungen und Funktionen des Körpers, als Ausgangspunkt der »hysterischen« Erkrankungen gesehen. Vor der Darstellung von Forels Theoriegebäude ist ein kurzer Exkurs zu Charcot notwendig, der sich in Paris intensiv mit Hysterikerinnen beschäftigt hat und an den Forel sich anlehnt.

Charcots Hysterielehre

Dem französischen Arzt und »Hysterie«-Spezialisten Jean-Martin Charcot war es gelungen, bestimmte Gesetzmäßigkeiten in der Symptomatik der Hysterie zu beschreiben. Ohne dies jemals nachweisen zu können, nahm er an, dass die Hysterie in einer lokalisierbaren nervlichen Störung ihren Ausgangspunkt hatte, in einer Läsion des Nervensystems »sine materia«. Das Merkmal des hysterischen Zustandes sah er in einer enorm gesteigerten Suggestibilität, in der Fähigkeit zur Autosuggestion und in einer ausgesprochenen Ich-Schwäche. In Charcots Hysterielehre spielten die Suggestion und die pathogenen Vorstellungen in einem Teilgebiet, dem der traumatischen Hysterie, eine führende Rolle. Den Modellfall seiner traumatischen Hysterie, die hysterische Lähmung, beschreibt Fischer-Homberger folgendermaßen: Ein Patient erhielt zum Beispiel einen Schlag gegen den Arm, wodurch er zwar nicht ernsthaft verletzt, aber in eine Art Schockzustand versetzt wurde.

»Dieser Zustand, der als analog zur Hypnose gelten kann, war dadurch charakterisiert, dass das ›Ich‹ des Patienten benebelt und geschwächt war. In diesem Zustand war das ›Ich‹ des Patienten außerstande, die in der Vorstellung desselben vielleicht flüchtig entstandene Idee, der vom Trauma betroffene Arm könnte nun gelähmt sein, als unrealistisch von sich zu weisen. Auf dem Weg der Autosuggestion konnte diese Idee vielmehr direkt in das unbewusste Vorstellungslieben, in das Gehirn des Patienten eindringen und sich dort festsetzen.«¹³

Im Gehirn konnte die Vorstellung wachsen, bis sie sich tatsächlich in einer motorischen Lähmung des traumatisierten Armes realisierte. Wenn Charcot den Nerventraumen und den pathogenen Vorstellungen einen ätiologischen Stellenwert in der Entstehung der Hysterie beimaß, so spielten diese doch

letztlich für ihn nur die Rolle von »agents provocateurs«. Wichtigste Grundlage dafür, dass diese ihre Wirkung entfalten konnten, war die erbliche, pathologische Disposition des Nervensystems der Hysterischen.

Die Hysterietheorie Auguste Forels

Forel betrachtet Seelenkrankheiten, wie er die Geisteskrankheiten nennt, als Gehirnkrankheiten und das Gehirn als ein Körperorgan, »dessen normale Anatomie und Physiologie sowohl als dessen Pathologie der Medicin angehört«. Der pathologische Zustand des Gehirns, wie er bei »Hysterie« sichtbar wird, ist für ihn Ausdruck von erblicher Veranlagung, von »hereditärer Disposition«. ¹⁴

In Anlehnung an Charcot hat Forel den Mechanismus der Entstehung der hysterischen Symptome, die »Suggestion«, als zentrales Element in seine Theorie aufgenommen. Sieben Jahre später versucht er ausführlich zu definieren, welcher Stellenwert ihr zukommt. Hat Charcot noch jede Form von Suggestibilität mit Hysterie gleichgesetzt, führt Forel mit Bezug auf Möbius die Hysterie auf eine pathologisch erhöhte Suggestibilität zurück, mit der Ergänzung: *»Ich selbst habe den Accent mehr auf die pathologische Autosuggestibilität gesetzt, weil die meisten und schwersten Hysterischen mehr autosuggestibel als suggestibel sind.«* Diese pathologische (Auto-)Suggestibilität entspricht nach ihm einem Zustand des Gehirns, *»bei welchem die Vorstellungen, Willensimpulse und Affecte besonders leicht dissociiert werden. Daher auch die reizbare Schwäche, die Zerfahrenheit, die hysterischen Schwindeleien, die traumartige Labilität überhaupt«*. Mittels Vorstellungen können verschiedenste Funktionsstörungen im ganzen Nervensystem hervorgerufen werden. Zwar kennt Forel die erworbene »Hysterie« bei vorher gesunden Menschen, bei denen sie nach psychischen Traumata (im Sinne schrecklicher Erlebnisse) oder nach den Körper erschöpfenden Leiden plötzlich auftreten kann. Aber er räumt ihnen doch nur den Stellenwert von Gelegenheitsursachen, von »agents provocateurs« bei Charcot, ein. Dies sind Faktoren, die eine bereits erblich angelegte pathologische Disposition zum Ausbruch bringen. ¹⁵ Als Beispiele für Menschen mit »pathologischem Charakter« führt Forel an: »Ein Weib, das beständig zankt, schimpft und verleumdet«, dessen »Gemütesempfindlichkeit krankhaft gesteigert« ist und das »teuflische Kälte und Berechnung« zeigt; ein »apathischer Jüngling«, der zu Beginn seines Lebens nur faul und gleichgültig ist, wird wegen seiner pathologischen Veranlagung zum »Vagant und Dieb« und endet in der Strafanstalt. Ein »anderer junger Mann hat weibliche Neigungen, bekommt eine intensive sexuelle Zuneigung zu Männern, (...) wird Päderast, oft zudem Alkoholist und endet nicht selten in der

Strafanstalt«.¹⁶ Bereits 1879 hält Forel fest, dass »Irrsinn« die im höchsten Grade vererbte Krankheit sei.

Zustände wie »Hysterie«, »Hypochondrie«, »Trunksucht«, »verschrobener exzentrischer Charakter«, »triebartige Gewohnheitsverbrechen« und »Selbstmord« seien einem erblich belasteten Nervensystem zuzuschreiben. Mit seiner Konkretisierung von Geisteskrankheiten liefert Forel das Instrumentarium zur Pathologisierung der sozialen Abweichung, der verschiedensten Formen menschlichen Verhaltens, die nicht genau der gesellschaftlichen Norm entsprechen. Forel setzt sich persönlich und beruflich stark dafür ein, dass diese Menschen mit spezifisch abweichendem Verhalten in Irrenanstalten institutionell versorgt wurden.

Die Ovarialtheorie zur Erklärung von »Hysterie« wird von Forel nicht mehr unterstützt, er benutzt sie 1892, wie er selbst sagt, nur noch als Vorwand zur Verfolgung seiner sozialhygienischen oder weniger beschönigend, seiner eugenischen Interessen:

»Ich ließ auch ein hysterisches, vierzehnjähriges Mädchen kastrieren, deren Mutter und Großmutter Kuppplerinnen und Dirnen waren und die sich bereits aus Vergnügen jedem Knaben auf der Straße hingab, weil ich dadurch der Entstehung unglücklicher Nachkommen vorbeugen wollte. Damals war es Mode, Hysterische therapeutisch zu kastrieren, und ich nahm diese Mode als Vorwand für mein Vorgehen, das in Wirklichkeit nur einen sozialen Zweck hatte.«¹⁷

Die Verlagerung der Ursache von »Hysterie« nach oben, von den weiblichen Genitalien in den Kopf,¹⁸ die sich bei Forel und anderen nachweisen lässt, hat Konsequenzen. Was die Behandlung von Patientinnen betrifft, sind sie vordergründig relativ günstig: Operative Eingriffe werden nunmehr sinnlos. Zugleich aber ebnet Forels Verständnis von »Hysterie« den Weg für einen verstärkten Zugriff auf das Geistes- und Seelenleben von Frauen: »Hatten die Hysterie-Therapeuten sich über viele Jahrhunderte den Körper der Frau als Zielscheibe ihrer ›Heilungsversuche‹ ausgesucht, so nehmen sie sich nunmehr des weiblichen Geistes an.«¹⁹ Nicht zuletzt wird erst durch diese Abkoppelung von den weiblichen Genitalien als Krankheitsherd die Entstehung und Existenz der männlichen »Hysterie« möglich. 1891 wird in der Waldau erstmals bei einem Mann die Diagnose »Traumatische Hysterie« gestellt.

Der Psychogenetiker Paul Dubois

In den 90er Jahren verstärkt sich über die »Hysterie«-Diskussion der männliche Zugriff auf weibliches Denken, Fühlen und Handeln innerhalb der

Theorie weiter. Paul Dubois ist ein Vertreter der psychogenen Schule und nach meinen Erkenntnissen in der Schweiz der erste Theoretiker, der traumatischen Erlebnissen nicht nur die Rolle als »agents provocateurs« zuweist, sondern sie als mögliche alleinige Ursache für seelische Störungen anerkennt. »Solange wir nicht den Nachweis führen können, dass die Erscheinungen der Neurosen schon vor dem Unfall da waren, sind wir berechtigt, das Trauma als Ursache derselben anzusehen.«²⁰ Er nimmt an, dass die »hysterischen« Erscheinungen, Lähmungen und »Contracturen durch physiologische Vorgänge in bestimmten Abschnitten des Nervensystems bedingt sind«.²¹ Im Verlaufe seiner Beschäftigung mit der »Hysterie« wird die materiell-organische Grundlage in seiner Theorie immer unbedeutender. Nach Dubois ist den »Hysterischen« eine »unglaubliche Suggestibilität« eigen, die ihre geiste Schwäche dokumentiert. Durch diese Suggestibilität reagieren diese Menschen mit übermäßigen Reaktionen auf Störungen in ihrem Umfeld oder steigern sich in eigene Vorstellungen hinein. Der Herrschaft der Einbildungskraft versucht Dubois seine Patientinnen mit seiner Behandlungsmethode, der »rationalen Psychotherapie«, zu entziehen. Er versucht dabei, die »Hysterikerin« über das, was sie bewegt zum Sprechen, »zu einem offenen Geständnis zu bringen, wobei man die Entdeckung machen wird, dass sie sich meistens mit peinlichen Gedanken quält und von einem ungesunden, durch die äußern Lebensbedingungen bedingten Zustande beherrschen lässt«. Die eine steht in einem »unerfreulichen Verhältnis zu ihren Eltern«, die andere leidet an »Liebesgram«, wieder andere »beschäftigen sich allzuviel mit sexuellen Fragen, oder treiben Masturbation, oder stehen in unnatürlichen Beziehungen zu anderen Frauenzimmern. (...) Endlich fehlt es auch nicht an solchen, die schon in frühesten Kindheit verführt und missbraucht worden oder Zeugen von schändlichen Auftritten gewesen sind, deren peinlichen Eindruck sie, ohne dass sie es zugeben wollen, selbst nicht mehr loswerden wollen.«²²

Therapien mit Brom- und Baldrianpräparaten, Wasserkuren und Elektrobildungen, wie sie um die Jahrhundertwende zur Behandlung von Hysterischen noch üblich sind, lehnt er entschieden ab. Denn diese helfen höchstens die körperlichen Symptome, nicht aber den psychischen Zustand zu bessern. Die Trennung von somatisch und seelisch, wie Forel sie zehn Jahre vorher noch vehement abgelehnt hat, hat sich bei Dubois durchgesetzt.

Als einziger Schweizer Theoretiker bezieht sich Dubois in seinen Äußerungen direkt auf die psychogenetische Schule Sigmund Freuds.²³ Meist tut er es ausgesprochen ablehnend. Die Psychoanalyse bezeichnete er als »gekünstelte Methode der Schule Freuds«. Fremd ist ihm vor allem die Vorstellung eines dem Menschen nicht bewussten Seelenzustandes: »Es gibt keine »unbewussten« Vorstellungen, keine »unbewussten« Gefühle,

noch weniger ›unbewusste‹ Phantasien.« Und ähnlich mystisch mutet den Aufklärer und Rationalisten Dubois die Verdrängungstheorie an: *»Ich halte auch dafür, dass weder in der Physiologie, noch in der Psychologie jemals erwiesen wurde, dass ein Reiz, der keine genügende Reaktion bedingt (genügend abreagiert wird, E. W.), die Neigung hätte, sich in andere Wege zu ergießen, wie ein durch ein Hindernis aufgehaltener Wasserlauf.«*²⁴

Dubois' Theorie ist darauf aufgebaut, dass seelische Bewegungen, Affekte und Phantasien der vernünftigen Argumentation zugänglich sind. Aber obwohl er sich sehr vehement gegen Freud abgrenzt und auf der Originalität seiner »Thérapie rationelle« besteht, lässt sich seine Nähe zu einzelnen Positionen Freuds nicht übersehen.²⁵

Obwohl Dubois soziale und gesellschaftliche Faktoren als »Quellen der Psychopathie« anerkennt, bleiben für ihn die Reaktionen der »Hysterikerinnen« auf die traumatisierenden Erlebnisse, Konflikte und Lebensumstände pathologisch.

»Bei allen diesen Patienten findet man neben den zahlreichen Funktionsstörungen psychogenen Ursprungs eine Menge ethischer Defekte: Kleinmut, Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Egozentrismus usw. Allen fehlt das Anpassungsvermögen an das Leben. Ihr ›Werturteil‹ ist fehlerhaft, und ich sehe darin einen ›intellektuellen‹ Fehler.«²⁶

Der anfängliche Eindruck beim Lesen von Dubois' Theorien, dass Frauen hier in ihrem Leiden ernst genommen zu werden scheinen, weil ihr familiäres und gesellschaftliches Umfeld thematisiert wird, verflüchtigt sich schnell wieder. Wie ein Bumerang schlagen die Theorien auf die Frauen zurück. Es ist ihre Schwäche, ihre selbstzuverantwortende »Suggestibilität«, die sie leiden lässt. Ihre Reaktion auf Ehekrisen, Liebeskummer, Armut oder Missbrauchserlebnisse ist unangemessen und damit pathologisch. Solange die »Hysterie« einer Erkrankung der weiblichen Genitalien oder einer Rückenmarksentzündung zugeschrieben wurde, traf die Patientin weder eine moralische Schuld, noch konnte man die Erkrankung ihrer »Charakterschwäche« zuschreiben. Mit der psychogenetischen Theorie der »Hysterie«, wie sie Dubois vertritt, wird die Frau mit Schuldgefühlen belastet: Einer unausgesprochenen Schuld, dass ihre Symptome und ihre Krankheit auf irgendeine Weise ihrem schwachen Charakter zuzuschreiben sei, für den sie die Verantwortung zu tragen habe.²⁷ Dubois' Therapie zielt darauf ab, seine Patientinnen mit ihrer Welt auszusöhnen; er zwingt sie dazu, ihre Lebensumstände, wie auch immer diese sind, zu akzeptieren. Seine Theorie und Behandlungsmethode werden dadurch gesellschaftlich wirksam, als sie zur Stabilisierung bestehender Verhältnisse, Verhältnisse zwischen den Geschlechtern, zwischen Klassen, zwischen Kindern und Eltern, beitragen.

So weit zur theoretischen Diskussion der Mediziner in der Schweiz. Welchen Niederschlag finden diese nun in der täglichen Praxis, in der Diagnose von Hysterie und in der Behandlung von Hysterikerinnen in der Schweiz? Darüber geben Krankengeschichten in der Psychiatrischen Klinik in der Waldau in Ostermundigen bei Bern Auskunft.

Die Krankengeschichte von Hysterikerinnen aus der Waldau

Der Wechsel der Symptome, ihr »unmotiviertes« Auftauchen und Verschwinden, sowie ein Herumwandern von Symptomen im Körper wie es für die »Hysterie« als typisch beschrieben wird, wird auch in den Krankengeschichten der Waldau immer wieder als Thema festgehalten: »Allerlei hysterische Übel. Alles in bunter Abwechslung« oder »Körperliche Schmerzen verschwinden ohne Behandlung wieder. Dieselben wechseln häufig ihren Sitz«. Die Liste der »hysterischen« Symptome ist ebenfalls endlos: Die »Hysterikerinnen« leiden an »perpetuellen Halluzinationen«, »neuralgischen Schmerzen in den Extremitäten«, »häufigem Erbrechen, Kopfschmerzen und allen möglichen Hyperästhesien«. Eine Frau leidet »an Anfällen, in denen sie schreit, das Bewusstsein verliert, Zuckungen hat (...)«. »Dazu hört sie beständig Stimmen, (...) hört Jesus sprechen, von der Passion, wie die guten Leute von den bösen erdrückt werden.« Auch der vom französischen Arzt und »Hysterie«-Spezialisten Jean-Martin Charcot schon in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts beschriebene klassische »hysterische Anfall« wird um die Jahrhundertwende in der Waldau beobachtet:

»Im Bett gegen Abend war eine Nebenranke aufgeregt & warf eine Tasse zu Boden; unmittelbar darauf schrie Pat. laut, markdurchschütternd & lange, fiel dann hin, bekam Schaum vor dem Munde, machte eigentümliche Bewegungen mit dem Mund, Zuckungen der Beine, arc de cercle ausgesprochen & nachher weitausgreifende Bewegungen der Arme und Beine.«

Häufig genannt werden auch verschiedene Formen von Essstörungen als Symptome: Nahrungsverweigerung, geringer Appetit, Erbrechen und massive Gewichtsabnahmen.²⁸

Außerdem werden Eigentümlichkeiten von Patientinnen beschrieben, die eher Charaktermerkmale als Symptome sind: »Ihre Angaben sind meist übertrieben, doch nicht gerade lügenhaft. Ein angeborener und stark ausgebildeter Widerspruchsgeist treibt sie oft zu den abstrusesten Behauptungen.« Wie in anderen Krankengeschichten findet sich auch hier der Vorwurf der Lügenhaftigkeit, der Simulation und der Übertreibung. »Sie

übertreibt ihre Leiden offenbar bedeutend, sie will trotzdem (trotz Kopfschmerzen, E.W.) nicht im Bett bleiben.«

Die Ärzte erklären in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts die »hysterischen« Symptome entsprechend den zeitgenössischen Theorien mit Störungen der Geschlechtsorgane und der hormonellen Prozesse, um die Jahrhundertwende zunehmend mit physischen und psychischen traumatischen Erlebnissen und seelischen Konflikten. Auch »übermäßige« Geistes-tätigkeit wird als krankmachend beobachtet: »Sie hat natürlich meinen Rat nicht befolgt, sondern weiter studiert.«²⁹ Schwierige Familienverhältnisse, eine schlechte wirtschaftliche Situation und starke körperliche und geistige Belastungen werden zwar häufig in den Krankengeschichten erwähnt, der Charakter eines krankheitsverursachenden Faktors wird ihnen aber nur selten zugewiesen.

In den Krankengeschichten wird deutlich, dass Frauen die Symptome sowie, zumindest in Ansätzen, die zeitgenössischen Erklärungen für »Hysterie« kennen. Dieses Wissen ist Voraussetzung dafür, dass sie einen Umgang mit diesem Krankheitsbild entwickeln und damit ein Bedürfnis oder ein Interesse zum Ausdruck bringen können. Erst so wird »Hysterie« als Sinnangebot für sie nutzbar.

Die Stimme der »Hysterikerin« bei der Wahrnehmung und Deutung ihrer »Krankheit«

Inwiefern spielt die Stimme der Frau bei ihrer Diagnose und den Erklärungen für eine allfällige Krankheit eine Rolle? Was äußern Frauen über ihre Leiden, wie sehen, deuten und erklären sie diese? Und ist ihre Sichtweise für die ärztliche Betrachtungsweise von Bedeutung? Grundsätzlich besteht ein Unterschied zwischen der sozio-kulturellen Wahrnehmung von persönlicher Beeinträchtigung und der medizinischen Definition von Abweichung.³⁰

Im Widerstand der Frauen gegen ihre Einweisung durch ihren Ehemann oder durch die Behörden, wie er in vielen Krankengeschichten der Waldau zum Ausdruck kommt, wird Folgendes deutlich: Frauen haben sich häufig nicht in dem Maß persönlich beeinträchtigt gefühlt, sie hätten sich selbst nicht als krank bezeichnet. Mit der Einweisung in die Anstalt wird zum Ausdruck gebracht, dass diese Einschätzung der Frauen über ihren geistigen Zustand keine Bedeutung hat. Bei der »Hysterie« stehen die Mediziner bezüglich der Aussagen der Patientinnen vor einer besonderen Situation: Ihre Aussagen über ihre Symptome können nur beschränkt überprüft und objektiv nachgewiesen werden. »*Dabei muss man nie vergessen,*

dass man bei dieser Untersuchung leider auf die Aussagen der Patientin angewiesen ist. Also Vorsicht!«³¹

Und auch Freud kann seinen Ärger über die Frauen und ihre Krankheit, die nicht vollständig seiner Kontrolle unterstellt sind, nicht verbergen: »Sie werden mir ohne weiteres zugeben, dass es wünschenswert wäre, es gäbe einen zweiten Weg, zur Ätiologie der Hysterie zu gelangen, auf welchem man sich unabhängiger von den Angaben der Kranken wüsste.«³² So versuchen die Mediziner bei den Aufnahmegesprächen in die Anstalt erst die »Kompetenz des Patienten festzustellen, für die Pathologie sprechen zu können.«³³ Im Falle der »Hysterikerinnen« ist diese Einschätzung gerade deswegen so problematisch, weil »geisteskranken« Menschen die Fähigkeit ihren Gesundheitszustand zu beschreiben und zu beurteilen, per Definition abgesprochen wird. Darauf weist die berühmte Definition hin, die Foucault zitiert: Wahnsinn bedeute, »(...) sich von der Vernunft entfernen ›in dem Vertrauen und der festen Überzeugung, dass man ihr folge«.³⁴ Wo Krankheitseinsicht zum Kriterium für geistige Gesundheit wird, wie dies entsprechend ihrer Zeit auch im Verständnis der Psychiatrieärzte der Waldau der Fall ist, entsteht für die »Hysterikerinnen« ein Teufelskreis, aus dem es kaum ein Entkommen gibt.

Zwar werden die Patientinnen dazu aufgefordert, ihre Geschichten in ihren eigenen Worten zu erzählen. Man glaubt, dass sich in dieser reinsten Form der Kommunikation die krankhaften Veränderungen am besten ausdrücken würden. Ihre Worte aber werden in einem Kontext gehört, den der Arzt bereits definiert und strukturiert hat. Dies führt zu einer starken Selektionierung und Relativierung der Aussagen der Frauen: »Ihre Angaben verdienen indessen eine höchst vorsichtige Beurteilung, da sie sich oft widerspricht.« Bei anderen Einträgen sind in den Aussagen der Frauen bereits die Korrekturen des Befragers enthalten: »Sie nimmt alles empfindlich auf, der Gatte nähme zu wenig Rücksicht auf sie und ihre Krankheit, verstehe Letztere nicht, während er, obwohl phlegmatisch, gewiss sehr sorgsam ist.« Die subjektive Wahrnehmung der Frau von ihrer Lebenssituation, die Deutung, die sie für Zeichen ihres Leidens vornimmt, findet hier keinen Platz mehr. Ihr Bericht und ihre Interpretation stößt auf eine Mauer von männlichem Unverständnis und Solidarität unter Männern.

Inwiefern dies für die Frauen bedeutsam wird, zeigt die Auseinandersetzung um die Simulation: »Alle diese Symptome lehren mich, dass bei Frau M. die Störung vorhanden ist, die vielleicht am häufigsten zu Simulation Anlass gibt, bei der Simulation vielfach gerade zum Krankheitsbild gehört«. Auch wenn, wie hier, deutlich versucht wird die Simulation als Symptom in das Krankheitsbild der »Hysterie« zu integrieren, schwingt der Vorwurf der willentlichen Vortäuschung von Krankheitszeichen implizit oder explizit immer mit: »Sagte ihr, sie wäre nicht krank, wenn sie nicht wollte.«

Der betreffenden »Hysterikerin« wird unterstellt, dass sie die Schmerzen, die sie äußert, nicht wirklich spürt, sondern dass sie lügt. Ihre Aussagen über ihre Krankheit hat jedes Gewicht verloren. Die Diagnose »Hysterie«, die den Vorwurf der Simulation beinhaltet, wird so zum Instrument, die Lebensrealität von Frauen zu verleugnen. Sie trägt dazu bei, den Berichten von Frauen über ihr Leben und ihre Leiden den Wahrheitsgehalt abzusprechen. Wie bei den Erklärungen, die die Ärzte für das Krankheitsbild der »Hysterie« anzubieten haben, wird auch im Umgang mit den Aussagen der Frauen eine mögliche soziale Ursache der »Krankheit« ausgeschlossen. Die sozialen Aspekte der »Krankheit« werden individualisiert, den »Hysterikerinnen« die Schuld für ihr »Leiden« zugewiesen. Dieser Umgang mit den Aussagen der Frauen hat für diese eine Beschuldigende und für ihre Umwelt eine entschuldigende Funktion.

Die Wirkungsrichtungen des »Hysterie«-Konzeptes

Die Diagnose »Hysterie« kommt dort zur Wirkung, wo sich Frauen von der damaligen gesellschaftlichen Norm abweichend verhalten. Veränderungen im Arbeitsverhalten, die Vernachlässigung oder sogar Verweigerung familiärer Pflichten werden als Anzeichen beginnender Geistesgestörtheit gedeutet. Speziell geahndet wird die Vernachlässigung der Kinderbetreuungsaufgaben. Sanktioniert werden auch andere Formen von räumlichen und normativen Grenzüberschreitungen, beispielsweise offene Aggression und Gewalt gegen den Ehepartner. Pathologisiert wird eine nichtsesshafte Lebensweise, auch wenn diese ökonomisch notwendig ist, wie beispielsweise bei Fabrikarbeiterinnen, die häufig Stellen wechseln, oder bei umherreisenden Händlerinnen.

Als deutlicher Ausdruck von Geisteskrankheit wird auch auffälliges sexuelles Verhalten betrachtet. Als Verstöße gegen die Sexualmoral der Jahrhundertwende gilt jede Form von Sexualität außerhalb der Ehe. *»Jede andere Form sexueller Aktivität verstieß sowohl gegen die Sitten als auch gegen das Gesetz.«*³⁵ Pathologisiert werden bei Frauen Charaktereigenschaften wie Aufsässigkeit, Aggression, zu starker Willensdrang, Eigensinn, Egoismus und Interesse an geistiger Betätigung. Es sind Eigenschaften, die von Männern als gegen sie gerichtet und bedrohlich wahrgenommen werden können.

Über die Anwendung des »Hysterie«-Konzeptes auf Frauen manifestiert sich aber nicht nur das Interesse einer männlich geprägten Gesellschaft: Zugleich kann es auf individueller Ebene im Alltag von (Ehe-)Männern als Disziplinierungsinstrument gegenüber Frauen eingesetzt werden – und zwar dort, wo es Interessensgegensätze auszufeuchten gilt.³⁶ Durch die

Diagnose »Hysterie« und die Einweisung in die Anstalt werden eheliche Konflikte zugunsten der Ehemänner gelöst.

Mit dem »Hysterie«-Konzept können Ansprüche von Frauen zurückgewiesen werden, die über den ihnen von Männern zugewiesenen, ideologisch abgesicherten, gesellschaftlichen Ort hinauszielen. Das Konzept bietet sich an als Waffe in Konflikten zwischen Männern und Frauen, wobei der Kampf ungleich ist, denn die Macht der Definition von Gesundheit und Krankheit bleibt in den Händen von Medizinerinnen, also von Männern. In der Mehrheit der Fälle werden Frauen offensichtlich zum Eintritt gezwungen. Daneben gibt es eine zweite Gruppe: Frauen entscheiden sich selbst für einen Anstaltsaufenthalt oder äußern Erleichterung darüber, in die Waldau zu kommen. Für diese Gruppe verspricht der Aufenthalt in der Anstalt Erholung und Ruhe vor häuslichen, beruflichen und anderen Belastungen. Für sie wird eine Heilung möglich.

Anmerkungen

- 1 Wüthrich, Esther, Wer ist hysterisch? Die Wirkungen des »Hysterie-Konzepts auf Frauen am Beispiel der «Hysterikerinnen« in der Waldau zwischen 1880 und 1918, Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Solothurn 1995.
- 2 Vgl. Bronfen, Elisabeth, Das verknottete Subjekt, Zürich 1998, S. 113
- 3 Schaps, Regina, Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau. Frankfurt a.M. 1982, S. 7.
- 4 Bronfen, Subjekt, S. 110.
- 5 Vgl. Von Braun, Christina, Nicht ich, Logik, Lüge, Libido. Frankfurt a. M. 1985, S. 58f.
- 6 Dubois, Paul, Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung, Bern 1905, S. 1972.
- 7 Von Braun, Nicht ich, S. 22.
- 8 Bircher, Heinrich. Die Castration bei Ovarialneuralgie und Hysterie, Correspondenz – Blatt für Schweizer Ärzte, Nr. 18, 1884. Bircher war von 1887-1917 Direktor und Chefarzt für Chirurgie am Kantonsspital Aarau. Während seiner Studienzeit hatte er als Chirurg am deutsch-französischen Krieg teilgenommen. In späteren Jahren publizierte er eine große Anzahl medizinischer und militärwissenschaftlicher Arbeiten, darunter ein »Handbuch der Kriegsheilkunde« und »Untersuchungen über die Wirkungen von Handfeuerwaffen und Artilleriegeschossen«.
- 9 Vgl. Caroll Smith-Rosenberg in: Claudia Honegger, Bettina Heintz (Hrsg.), Listen der Ohnmacht. Zur Sozialgeschichte weiblicher Widerstandsformen im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M. 1982, S. 41. Nach Heintz und Honegger wurde noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts die körperliche Symptomatik betont. Den Zeitpunkt, an dem sich eine »hysterische Charakterstruktur« abzuzeichnen beginnt, bestimmen sie nicht näher. Die von mir untersuchten Publikationen zeigen, dass körperliche Symptome zumindest im Schweizer Raum weit über die Jahrhundertmitte hinaus im Vordergrund standen.
- 10 Dubois, Paul, Über den Begriff der Hysterie, in: Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychopathologie, Nr. 11, 1988, S. 66-71, S. 66

- 11 Zur Pathologisierung der Frau vgl. v.a.: Fischer-Homberger, Esther, Krankheit Frau. Hysterie und Misogynie – Ein Aspekt der Hysteriegeschichte, Bern und Stuttgart 1969
- 12 Bircher, Heinrich, Gynäkologische Mitteilungen, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte, Nr. 3, 1890, S. 115.
- 13 Fischer-Homberger, Esther, Charcot und die Ätiologie der Neurosen, in: Gesnerus 28, 1971, Heft 1/2, S. 43.
- 14 Forel, Auguste, Übergangsformen zwischen Geistesstörungen und geistiger Gesundheit, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte, Nr. 8, 1890, S. 230-244, S. 233
- 15 Forel, Auguste, Der Unterschied zwischen der Suggestibilität und der Hysterie. Was ist Hysterie? in: Zeitschrift für Hypnotismus, Nr. 5, 1897, S. 89-94, S. 91.
- 16 Forel, Übergangsformen, S. 237f.
- 17 Forel, Auguste, Die sexuelle Frage. Eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete, München 1905, S. 382.
- 18 Vgl. dazu: Von Braun, Nicht ich, S. 45f.
- 19 Von Braun, Nicht ich, S. 53.
- 20 Dubois, Paul. Über traumatische Neurosen, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte, Nr. 17, 1891, S. 560
- 21 Ebda., S. 526
- 22 Dubois, Psychoneurosen, S. 343.
- 23 Die zentralen Arbeiten Freuds über »Hysterie« sind: Breuer, Josef, Freud, Sigmund, Studien über Hysterie, Frankfurt a.M. 1991, Erstausgabe 1895; Freud, Sigmund, Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (1893), Zur Ätiologie der Hysterie (1896) und Bruchstück einer Hysterie-Analyse (1901), in: Studienausgabe Bd. VI., Hysterie und Angst, Frankfurt a.M. 1989.
- 24 Dubois, Paul, Über die Definition der Hysterie, Separat-Abdruck aus dem Corr.-Blatt, Nr. 19, 1911, S. 1-6
- 25 Vgl. beispielsweise die große Bedeutung, die Freud und Dubois in ihren Theorien über »Hysterie« dem Sexuellen einräumen. Schon von Zeitgenossen wurde Dubois dafür kritisiert, viele Erkenntnisse für sich in Anspruch zu nehmen, die in Wahrheit auf Studien Freuds zurückgingen. Vgl. bspw. Alphonse Maeder, Dubois – Freud, Über die Definition der Hysterie, in: Corr.-Blatt, Nr. 26, 1911, S. 907-910.
- 26 Dubois, Paul, Ethik und Psychotherapie, Corr.-Blatt, Nr. 35, 1912.
- 27 Vgl. dazu auch. Shorter, Edward, Medizinische Theorien spezifisch weiblicher Nervenkrankheiten im Wandel, in: Alfons Labisch, Reinhard Spree (Hrsg.), Medizinische Deutungsmacht, 1989, S. 170-180, S. 177.
- 28 »Dies charakterisiert die Stellung, welche Essstörungen lange Zeit im Gesamtbild der Hysterie einnahmen. Sie gehörten nicht zu den wesentlichen Merkmalen der Krankheit, aber dennoch zählten verschiedene Gelehrte aus der Geschichte der Hysterie sie als Bestandteil einer langen Reihe von Symptomen auf.« Vandereycken, Walter u.a., Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Essstörungen, München 1992, S. 166f
- 29 Wilhelm von Spreyr, Direktor der Waldau in einer Krankengeschichte um die Jahrhundertwende.
- 30 Kellert, Stephen, R., »A Sociological Concept of Health and Illness«. The Journal of Medicine and Philosophy I, 3, 1976, S. 223f., nach Barbara Duden, Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730, Stuttgart 1987.
- 31 Dubois, Paul. Mitteilungen über Hysterie bei Männern und Kindern, Corr.-Blatt, Nr. 13, 1887, S. 403.
- 32 Freud, Zur Ätiologie der Hysterie, in: Hysterie und Angst, S. 53

- 33 Armstrong, David, Sagen und Hören: Das Problem der Sicht des Patienten, in: Alois Hahn, Volker Kapp (Hrsg.), Selbstthematization und Selbstzeugnis: Bekenntnis und Geständnis, Frankfurt a.M. 1987, S. 193-207, S. 195
- 34 Encyclopädie, Artikel »Folie«, zitiert nach: Foucault, Michel, Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt a.M. 1973, S. 243
- 35 Vgl. Ludi, Regula, Die Moral der Politik – Die Moral der Straße, in: Anne-Lise Head, Albert Tanner (Hrsg.), Frauen in der Stadt, Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte, Band 11, Zürich 1993, S. 185-203, S. 1989
- 36 Vgl. Krankengeschichte Nr. 6498: »Seit 11 Jahren verheiratet und kinderlos, wohnte sie mit ihrem Mann, der Kondukteur war, zuerst in Koblenz, »dort war sie einsam und langweilte sich«. Ihr Mann ist seit Jahren untreu, was sie aufbrachte, so »dass sie seit Jahren ganz anders wurde und nun seit 7-8 Jahren an Hysterie leidet«. Die Vorwürfe des Mannes an seine Frau lauten: »(...) sie halte den Haushalt zu korrekt & sauber, sie hätte in die Fabrik gesollt. Nun kam er vor 8 Tagen hierher & erklärte ihr, er werde scheiden. (...) Der Mann ärgert sich auch an der Hysterie der Frau und wirft ihr vor, onaniert zu haben (...)«.

»Debilität mit sehr schwachem Charakter«

Biografie – Sozialfall – Psychiriefall

Hans Jakob Ritter

Zusammenfassung

Vorliegender Aufsatz untersucht die Lebens- und Krankengeschichte Rosa Sutters,¹ die im Jahr 1936 in die Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt eingewiesen worden ist. Mit ihrer psychiatrischen Krankengeschichte liegt eine vielschichtige historische Quelle vor, die aber wenig über Rosa Sutters Biografie und ihre Krankheitserfahrung Auskunft gibt, sondern vielmehr über die Art und Weise, wie die Psychiater ihre Patientin wahrnahmen, beschrieben und behandelten.² Rosa Sutter war eine ledige Frau aus der Unterschicht, die »armengenössig« war und von den Wohlfahrtsbehörden der Stadt Basel kontrolliert und zur Zwangsversorgung in einer Arbeitsanstalt verurteilt worden war. Wie ging die Psychiatrie jener Zeit mit dem »Sozialfall« Rosa Sutter um? Inwiefern übernahmen die Psychiater, indem sie »Debilität mit sehr schwachem Charakter« diagnostizierten, die vorverurteilende Haltung der Behörden gegenüber ihrer Patientin? Inwiefern traf die psychiatrische Deutung des Falles Rosa Sutter, indem sie die soziale Situation der Patientin in Betracht zog, psychopathologisch relevante Sachverhalte und gelangte zu einem dem Stand der ärztlich-psychiatrischen Kunst entsprechenden adäquaten Umgang mit ihr? Mit der historischen Rekonstruktion des Psychiriefalles Rosa Sutters, stellen sich weiterführende Fragen nach dem Umgang der Psychiatrie mit sozial randständigen Frauen und auch nach einem historischen Ansatz zur Krankengeschichtenanalyse, die mit diesem Aufsatz aufgeworfen und diskutiert werden sollen.

Rosa Sutter: Skizze einer Lebensgeschichte

Wer ist Rosa Sutter? »Auf die Frage ›wer?‹ antworten, heißt, wie H. Arendt nachdrücklich betont hat, die Geschichte eines Lebens erzählen.«³ Aus der psychiatrischen Krankengeschichte Rosa Sutters aus den Jahren 1936–1950, die als historische Quelle diesem Aufsatz zugrunde liegt, lässt sich diese

Frage nur ansatzweise beantworten. Ihre Biografie und ihre Geschichte lässt sich nur skizzieren. Für eine erste Nacherzählung ihrer Lebensgeschichte war hauptsächlich der bei der ersten Aufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt von ihr verfasste Lebenslauf dienlich:

Rosa Sutter, Bürgerin von Riehen wurde 1904 als uneheliche Tochter der Marie Sutter und eines Gelegenheitsarbeiters geboren. Bald nach der Geburt kam sie zu Pflegeeltern und besuchte die Primarschule und später die Sekundarschule in Basel. Als uneheliches Kind wurde sie amtlich bevormundet: Ihr Vormund veranlasste im Alter von 16 Jahren eine Versorgung auf einem Bauernhof, wie die Mutter später vermerkt, *»weil sie einfach nicht gut getan habe.«* Sie lernte aber nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit den Glätteberuf und besuchte die Frauenarbeitschule. Darauf absolvierte sie ein sogenanntes »Welschlandjahr« im französischsprachigen Teil der Schweiz und zog darauf nach Lausanne. Nach Basel zurückgekehrt, arbeitete sie in verschiedenen Restaurants als Küchenmädchen, wechselte aber öfter Wohnort und Arbeitsstelle. Für kurze Zeit lebte sie mit dem zukünftigen Vater ihres unehelichen ersten Kindes zusammen. Dieses Verhältnis löste sich aber. Rosa Sutter hatte wechselnde Beziehungen mit Männern. Nach der Geburt ihres zweiten unehelichen Kindes im Frühling 1936, erlitt sie im Zufluchtshaus Riehen, in dem sie auf Kosten ihrer Bürgergemeinde zur Geburt ihres zweiten Kindes untergebracht war, einen »Anfall« und wurde in die Friedmatt überwiesen. Bis zu ihrem Tod, der aufgrund eines spät erkannten Tumors eintritt, verzeichnet die psychiatrische Krankengeschichte 23 psychiatrische Aufnahmen.

Rosa Sutter ist die Mutter zweier unehelicher Kinder. Während das erste vom Vater anerkannt worden ist und bei diesem lebt, wird Rosa Sutter bei ihrer Überweisung in die Friedmatt vom zweiten Kind getrennt. Schon nach der Entbindung des zweiten Kindes im Basler Frauenspital, war sie aus diesem nur unter der Bedingung sich sterilisieren zu lassen, entlassen worden. Von ihrem Kind getrennt, wird sie nach einem ersten Klinikaufenthalt in das Frauenspital verlegt, wo die Sterilisation durchgeführt wird. Nach einem zweiten Aufenthalt in der Friedmatt, wird die Patientin gemäß der Zwangsversorgungsverfügung in die Arbeitsanstalt Schachen verbracht, von wo sie aber nach einem weiteren Anfall wieder in die psychiatrische Klinik zurückkehren kann. Ihr Status ändert sich, die Zwangsversorgung in der Arbeitsanstalt wird auf Empfehlung der Friedmattdirektion zugunsten einer »zwangsweisen Versorgung dieser schwachsinnigen und schwer psychopathischen Person in der Friedmatt« aufgehoben.

Rosa Sutters Krankengeschichte

»Jüngere Frau mit groben Gesichtszügen, liegt weinend und schluchzend da, gibt auf keine Fragen Antwort, sondern jammert nur immer: Mama, Mama. Hat ein ganz verweintes Gesicht. Hält ihre Arme bewegungslos nach oben auf das Kopfkissen gelegt.«

Der erste Aufnahmebogen der Krankenakte Rosa Sutter enthält unter der Rubrik Aufnahmezustand obige Beobachtungen des diensthabenden Arztes über die mit einem ärztlichen Zeugnis eingewiesene Patientin. Dieses vermerkt, Rosa Sutter habe »einen Anfall mit starker motorischer Unruhe, mit Schreien und Toben« erlitten, nachdem ihr im Zufluchtshaus Riehen die Nachricht überbracht worden war, der Regierungsrat habe ihre Zwangsversorgung in einer Arbeitserziehungsanstalt verfügt. Nachdem sie verschiedentlich therapiert worden ist, kann sie Ende 1938 in die Familienpflege entlassen werden, in der sie Arbeit, Auskommen und Betreuung findet. Immer wieder kehrt sie aber – auch nach der Aufhebung der Zwangsversorgung – in die Friedmatt zurück, um entweder ihre somatischen Beschwerden oder ihre fortgesetzte Schlaflosigkeit und Unruhe behandeln zu lassen.

Die Ärzte an der Friedmatt stellen nach der vorläufigen Aufnahme-diagnose: »Imbezillität, verwahrlost« bei Rosa Sutter an einer Ärztekonzferenz die Diagnose »Debilität mit sehr schwachem Charakter«. Diese Diagnose wird in der Rubrik »definitive Diagnose« des ersten Aufnahmebogens aufgegliedert in »reaktive Erregung, Debilität, Verwahrlosung«. Wie es die Diagnosehandbücher und Psychiatrielehrbücher jener Zeit festhalten, ist Debilität schwierig zu diagnostizieren und von nicht krankhafter Intelligenzschwäche abzugrenzen. Die Diagnose bezieht sich auf eine Deutung des sozialen Verhaltens der Patientin und ihrer Lebensumstände, wie es mit der Kategorie »Verwahrlosung« angedeutet ist.

In der klinischen Psychiatrie zu Beginn dieses Jahrhunderts fehlt eine systematische Psychopathologie. Karl Jaspers' »Allgemeine Psychopathologie« beschrieb die ideale ärztlich-psychiatrische Diagnostik jener Zeit. Das Vorgehen der psychiatrischen Untersuchung wird dort so wiedergegeben:

»Man sucht sich objektives Material durch eine Anamnese von den Angehörigen und von der Umgebung zu verschaffen, sucht einen zuverlässigen Lebenslauf aus Akten aller Art, aus Zeugnissen zu gewinnen. Wenn der Kranke dazu fähig ist, fordert man ihn zu einer schriftlichen Selbstschilderung seiner psychotischen Erlebnisse auf. Zur Ergänzung der Resultate der Unterhaltung dient die Intelligenzprüfung nach einem bestimmten Schema.«

Ziel der Untersuchung ist »durch objektive Daten wie durch Erzählungen des Patienten zu einer vollständigen Biographie des gesamten Menschen in seelischer, soziologischer, körperlicher Beziehung zu gelangen«.⁴

Diese Beschreibung des Untersuchungsvorgehens fordert einen vollständigen Zugang zur Biografie des Kranken: In dieser Totale, die objektive Daten und subjektive Erzählungen der Patienten in den Blick rückt, sollte die Persönlichkeit der Kranken greifbar werden. Tatsächlich ist mit dem ersten Aufnahmebogen der Krankengeschichte Rosa Sutters jener medizinisch-psychiatrische Zugang zu ihrer Biographie eröffnet. Die psychiatrische Krankengeschichte ist ein vielschichtiges Dokument, das einen Blick darauf erlaubt, wie Rosa Sutter von den Psychiatern wahrgenommen und beurteilt wurde: Man findet in ihr Notizen zu den körperlichen Untersuchungen. Unter der Rubrik »Heredität« sind die Verwandtschaftsverhältnisse und die Familiengeschichte Rosa Sutters angegeben. Man findet auch subjektive Äußerungen der Patientin im schon zitierten Lebenslauf und in Briefen an den »geehrten Herr Dokter«. Auffallend am ersten Aufnahmebogen sind auch die in die Krankengeschichte aufgenommenen ausführlichen Auszüge aus den Administrationsakten des Polizeidepartements. Gegen Rosa Sutter wurden von der Polizei auf Veranlassung ihrer Bürgergemeinde »Erhebungen« unternommen.

Im ersten Aufnahmebogen findet man zwei Sorten von Aktenvermerken über Rosa Sutter, die in unterschiedlichen institutionellen Zusammenhängen entstanden sind. Der anamnestische Teil der Krankengeschichte, der dazu dient, die vorläufige Diagnose zu vertiefen und krankheitsrelevante Ereignisse und Begebenheiten aus der Lebensgeschichte der Patientin aufzuzeichnen, läuft parallel zu den Administrativaktenauszügen, die Rosa Sutters Kontrolle durch die Behörden aufzeichnen. Beide Stränge beeinflussen sich gegenseitig, die Perspektive der behördlichen Erhebungen und Verfügungen überschneidet sich mit den medizinisch-psychiatrischen Befunden. Im Folgenden zeichne ich die Vorgeschichte Rosa Sutters anhand der Perspektive der Behörden nach, um zum Punkt zu gelangen, an dem diese Perspektive in der psychiatrischen Diagnosestellung übernommen und ergänzt wird.

Der Sozialfall Rosa Sutter

Kurz vor der Geburt ihres ersten Kindes erging im Januar 1929 eine Anfrage der Bürgergemeinde Riehen an die Vormundschaftsbehörde »um Maßnahmen gegenüber der arbeitsscheuen und gänzlich der Verwahrlosung anheimfallenden Rosa Sutter«. Die Vormundschaftsbehörde ersuchte das Polizeidepartement um Erhebungen über die Bürgerin: »Auskünfte durch

Hausbewohner und frühere Arbeitsstellen lauten genau gleich. Können nichts, sei ganz unseriös, ständig auf der Straße, lässt die Burschen die Hausfassade herauf in ihr Zimmer klettern. Körperlich schwächlich.«

Die Bürgergemeinde ersuchte die Vormundschaftsbehörde im Moment um Maßnahmen gegen die ledige Rosa Sutter, an dem sie befürchten musste mit einer unehelichen Schwangerschaft und Geburt zusätzliche Fürsorgekosten zu tragen. Im Falle eines ehelichen Verhältnisses wären die Kosten zu Lasten des Ehemannes bzw. dessen Bürgergemeinde gegangen. Die Erhebungen der Polizei konzentrieren sich auf das sexuelle Verhalten Rosa Sutters und ihren Umgang mit Männern. Sie ergeben, dass Rosa Sutter auch während der Schwangerschaft wechselnde Liebhaber hatte. Nach der Geburt ihres ersten Kindes löste der Vater des Kindes und ihr Verlobter das bereits publizierte Eheversprechen auf. Hingegen hat er *»ihr Kind anerkannt, es auf seinen Namen schreiben lassen und ganz zu sich genommen«*. Verschiedene Stimmen äußerten sich damals so zu behördlichen Maßnahmen gegen Rosa Sutter: *»Das Beste wäre, wenn sie versorgt werden würde.«*

Die Zwangsversorgung wurde ihr darauf direkt angedroht, worauf sie sich zu bessern gelobt: *»Ich will mich auch bessern und nicht mehr mit den Burschen herumziehen und bescheinige, dass mir die Versorgung angedroht worden ist.«*

Als sie später von der Polizei angehalten wird, stellt man eine weitere Schwangerschaft fest und *»sie sei mit einem Angestellten des Cirkus Knie spazieren gegangen, es stellt sich heraus, dass sie mit diesem in der Rosentalanlage geschlechtlichen Verkehr hatte«*. Nach ihren Angaben kennt sie *»den Angestellten des Cirkus Knie nicht näher. Schwanger sei sie von einem gewissen Müller, Karl«*. Nun wird von der Bürgergemeinde ein Antrag auf Zwangsversorgung gestellt. Weitere Ermittlungen ergeben aber, dass Rosa Sutter wiederum ein Eheversprechen hatte, was von ihrem Verlobten bestätigt wurde. Ihre Vermieter bezeichnen sie aber als *»lügenhaftes, arbeitsscheues und moralisch und sittlich minderwertiges Geschöpf, das unbedingt versorgt gehöre«*.

Noch vor der Geburt ihres zweiten Kindes meldet Rosa Sutter der Polizei die Auflösung des Eheversprechens. Ihr zweites Kind bringt sie im Frauenspital zur Welt. Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus ins »Zufluchtshaus« geschieht nach Veranlassung der Bürgergemeinde nur unter der Bedingung sich nach sechs Wochen sterilisieren zu lassen. Eine Polizeiassistentin verzeichnet: *»Pat. sei mit der Sterilisation einverstanden.«*

Obwohl Rosa Sutter festhält: *»Es besteht keine Veranlassung, mich zu versorgen«* wird im April 1934 die Zwangsversorgung vom Regierungsrat der Stadt Basel verfügt. Begründung: *»Die S. ist eine liederliche und arbeitsscheue Person. In Folge ihrer arbeitsscheuen Lebensführung fällt sie der öffentlichen Wohlfahrt zur Last.«*

Die Administrativakten verweisen auf die Geschichte einer sozial auffälligen Frau, die in Konflikt geriet mit Vermietern und Arbeitgebern. Als »Armengenössige« wurde sie kontrolliert und geriet auch unter den Druck ihrer Heimatgemeinde, der Vormundschaftsbehörde und der Polizei. Die Perspektive auf diesen »Sozialfall« ist durchgehend negativ und von moralischen Urteilen geprägt. Vielleicht hatte die Frau im damaligen Verständnis einen »leichten« Umgang mit Männern. Vielleicht war Rosa Sutter öfter krank, und wahrscheinlich hatte sie Mühe in ihrer sozialen Position eine Arbeit zu finden, die ihr den Lebensunterhalt ermöglichte. Rosa Sutter gehörte zu einer sozialen Randgruppe, der sich die Basler Wohlfahrt unter einem fürsorglichen, aber auch kontrollierend-repressiven Aspekt annahm.⁵

Die Zwangsversorgung in einer Arbeitsanstalt sowie die Sterilisation sind in dieser Hinsicht repressive sozialpräventive Maßnahmen, die die Sexualität dieser randständigen Frau disziplinieren und kontrollieren, um weiteren Fürsorgekosten vorzubeugen. Mit der Einweisung in die Friedmatt wird Rosa Sutter zu einer Patientin. Mit dem »Anfall mit starker motorischer Unruhe«, der als »reaktive Erregung« gedeutet wird, liegt ein krankheitsrelevantes Ereignis vor. Im Umgang mit ihr scheint sich die Psychiatrie an die sozialdisziplinierenden Maßnahmen anzuschließen und die behördlichen Maßnahmen zu unterstützen. Nimmt man sich der Patientin auch in einer ärztlich-psychiatrischen Perspektive an, die ihre Heilung und Pflege ins Zentrum stellt?

Der Psychiatriefall Rosa Sutter

Welche Funktion erfüllen die Administrativakten in der Krankengeschichte? Auf den ersten Blick scheinen sie keine in einem engeren Sinne krankheitsrelevanten Ereignisse, die auf eine Imbezillität oder Debilität hinweisen aufzuzeichnen. Auf die Durchführung eines Intelligenztestes wird ebenso verzichtet.⁶ Hingegen machen die Administrativakten deutlich, dass die Psychiater eine Diagnose stellen, die sich auf die sozialen Verhältnisse der Patientin bezieht. Die Pflegenotizen und die ärztlichen Beobachtungen übernehmen damit aber auch die negative, vorverurteilende Wahrnehmung Rosa Sutters durch die Behörden. So reflektiert die Pflegenotiz die Wahrnehmung aus den Administrativakten, Rosa Sutter sei arbeitsscheu: »Wirkte in ihrer plumpen und trägen Massigkeit auch in übertragendem Sinne träge und faul und ist es sicher auch.«

Negativ auch die Beschreibung ihrer Vorführung an der Ärztekonzferenz, an der das Vorgehen gegenüber der Patientin besprochen wurde, und an der die Ärzte resümierend zu einer »offiziellen« Diagnose gelangten: »Gibt kaum Antwort, unbewegliches Gesicht. Sei nie sitzen

geblieben in der Schule. Im Rechnen sei sie nicht gut gewesen. Weint stumm vor sich hin als von der Sterilisation gesprochen wird. Bricht plötzlich in Tränen aus und ist zu keiner Antwort mehr zu bringen. Resümee: Debilität mit sehr schwachem Charakter. Seit Jahren völlig haltlos, faul und dumm, verwahrlost.«

In dieser Diagnosestellung wird die Vorgeschichte Rosa Sutters medizinisch-psychiatrisch betrachtet. Die moralischen Werturteile »faul« und »träge« werden mit der Zeitangabe »seit Jahren« als eine früh erworbene Intelligenz- und damit verbundene Charakterschwäche gedeutet. Im medizinisch-psychiatrischen Diskurs jener Zeit gilt Debilität als angeboren oder früh erworben. Langes »Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie« von 1935 hält im Kapitel »Angeborene und früherworbene Schwachsinnzustände, Oligophrenien« fest: »Dem Grade nach unterscheidet man Idioten, (...), Imbezille (...) und Debile, d.h. die leichtesten Formen des Schwachsinn, die ohne Grenzen in die einfache Dummheit hinüberführen.« Die Grenzen zur Norm sind fließend. Debilität ist damit schwierig zu diagnostizieren und von nicht krankhafter Intelligenzschwäche abzugrenzen. Zur Debilität führt das Handbuch weiter aus: »Das Schicksal der Debilen erfüllt sich erst, wenn sie die Schule verlassen haben, dann also, wenn sie wenigstens in bescheidenem Umfang denken und handeln müssen. Sind sie charakterologisch ordentlich, dann bleiben sie einfach stecken (...). Auffällig werden aber rasch die psychopathischen Debilen, solche mit Geltungssucht, hysterische, erregbare, haltlos-faule, verlogene, pseudologistische, mürrische, unlustige Debile, die bei unzureichenden Leistungen auch noch durch ihren Charakter anstoßen. Sie gehen dann alle erdenklichen Wege des Veragens; sie fliehen in die Krankheit.«⁷

Nach der Lehrbuchmeinung, die dahin geht, dass sich krankhafte Debilität erst mit einem schwierigen Charakter und mit einem Scheitern in der »Schule des Lebens« zeigt,⁸ wird es für die Diagnosestellung erforderlich, dass die Lebensumstände und damit auch die sozialen Verhältnisse der PatientInnen in Betracht gezogen werden. In Bezug auf Rosa Sutter wird deutlich, dass die Diagnose »Debilität« mit einer psychiatrischen Beurteilung ihres Charakters und ihrer sozialen Situation in einem Zusammenhang steht. Die Auskünfte in der Krankengeschichte über die Familienverhältnisse, die schulischen Leistungen und die Beurteilung ihres Charakters sowie der Einbezug der Administrationsaktenvermerke in die Anamnese werden aus dieser diagnostischen Perspektive verständlich.

Die Mutter, die nach der ärztlichen Notiz »selbst einen debilen Eindruck macht« unterrichtete zum Beispiel darüber, dass der uneheliche Vater Rosa Sutters ein »nichtsnutziger Gelegenheitsarbeiter« sei, und dass »die Pat. den hysterischen Charakter von ihm geerbt habe.« Sie kann dabei auch betonen, »dass alle Angehörige ihrer Familie fleißig und tüchtig seien, alle

in rechten Stellungen, gut beleumdet, »recht in jeder Beziehung«. Auch der Gemeindepfarrer, der darüber informierte, dass die *»Pat. bald nach der Konfirmation einmal Geld von ihm entlieh, wie sich später herausstellte unter verlogenen Angaben«*, bestätigt somit im Sinne der Diagnose Rosa Sutters schwachen Charakter.

Mit diesen Angaben und vor dem Hintergrund der Lehrbuchbeschreibung des Krankheitsbildes wird deutlich, dass die medizinisch-psychiatrische Begutachtung, indem sie die Lebensumstände und die sozialen Verhältnisse Rosa Sutters in Betracht zieht, die negativen sozialen Werturteile mitübernimmt. Die Angaben der Mutter zu den Familienverhältnissen zeigen auch, dass sie die mütterliche Linie vom Makel einen Sozial- und Psychiatriefall in der Familie zu haben, schützen will. Rosa Sutters Erregungszustand, ihr »hysterischer Charakter« sowie ihre Charakterauffälligkeiten gehen aus der Perspektive der Mutter auf die Vererbung durch den unehelichen Vater zurück. Die Ärzte hingegen entscheiden sich bei der professionellen Diagnose für eine früh erworbene Intelligenz- und Charakterschwäche Rosa Sutters. Ihren »Anfall« deuten sie als auf eine angeborene Neigung zur reaktiven Erregung zurückgehend, und ihre soziale Situation registrieren sie als eine erst seit einigen Wochen dauernde Verwahrlosung, wie es der erste Aufnahmebogen in der Rubrik »Definitive Diagnose« vermerkt.

In der medizinisch-psychiatrischen Deutung des Falles Rosa Sutters und insbesondere in der Diagnosestellung zeigen sich verschiedene Wahrnehmungen von Rosa Sutters Biografie: Ihre Diagnose entsteht in einem Aushandlungsprozess zwischen Behördenvertretern, Familienangehörigen, der Patientin und den Ärzten, wobei aber die Deutungsmacht bei der Profession der Psychiater liegt, die die definitive Diagnose stellen.

Inwiefern Rosa Sutter an diesem Kommunikationsprozess beteiligt ist, zeigt ihre Wahrnehmung der jüngsten Ereignisse. Der Beginn ihrer Krankengeschichte, so der von ihr verfasste Lebenslauf, steht für sie in einem Zusammenhang mit der Geburt ihres zweiten Kindes und der mit der Zwangsversorgung drohenden Trennung von diesem: *»Am 20. Februar 1936 gebar ich ein fast 8 pfündiges gesundes Bublein an dem ich große Freude habe. Nun wollte man mich versorgen und das gebe ich nicht. Vor zu großer Aufregung bin ich in die Friedmatt gekommen. Nun mein Lebenslauf ist beendet.«*

Die Krankenakte und auch die darin enthaltenen Administrativakten vermerken zur Trennung von ihrem zweiten Kind nichts mehr. Weder wird die Trennung von ihrem Kind als krankheitsrelevant angesehen, noch wird ihre Fähigkeit zur Mutterschaft besprochen. Hingegen bittet Rosa Sutter ihren Arzt, während ihres ersten Aufenthaltes in der Friedmatt, den Kontakt mit ihrem Kind zu ermöglichen: *»Das einzige Verlangen ist mein Kind.«*

Möchten Sie so gut sein Herr Doktor und mir diese Freude schenken? Ich danke Ihnen ja vielmals dafür.«

Sterilisation – behördliche Maßnahme – therapeutische Intervention

Die erste Aufnahme Rosa Sutters endet mit ihrer Überweisung in das Frauenspital, wo Rosa Sutter sterilisiert wird. Die Diagnose »Debilität mit sehr schwachem Charakter« begründet die Sterilisation. Mit ihr scheint eine medizinische oder soziale Indikation für diesen Eingriff vorzuliegen. Die Sterilisation Rosa Sutters ist so gesehen als behördliche Maßnahme wie auch als therapeutischer Eingriff zu verstehen.

Das dokumentierte Vorgehen der Friedmatt in der Sterilisationsfrage zeigt, dass Rosa Sutter unter Druck gesetzt wurde ihre Einwilligung zu geben. Dabei stützt sich die Heil- und Pflegeanstalt auf das von den Behörden bereits vorgegebene Vorgehen, wie das Begleitschreiben der Klinik an das Frauenspital zeigt:

»Sehr geehrter Herr Doktor, in der Beilage erhalten sie unsere Krankengeschichte über Rosa Sutter (...). Wie sie daraus entnehmen können, handelt es sich um eine schwere Debilität, verbunden mit sehr schwachem Charakter. Die Pat. ist seit Jahren völlig haltlos und verwarlost. Durch Regierungsratsbeschluss ist sie für die vorläufige Dauer von 6 Monaten zur Internierung in eine Zwangsarbeitsanstalt verurteilt. Vorher sollte die Pat. unserer Ansicht nach unbedingt sterilisiert werden. Die Pat. hat am (...) der Polizeiassistentin ihre Zustimmung zu diesem Eingriff gegeben. Hier hat sie sich in dieser Hinsicht nicht eindeutig geäußert. Wir möchten es nun Ihnen überlassen, die Pat. definitiv zu ihrer Einwilligung zu bestimmen. Falls die Pat. sich bis zum 2. Mai 1936 nicht sollte entschließen können, bitten wir sie die Administrativabteilung des Polizeidepartements zu benachrichtigen, damit die Patientin definitiv nach Hindelbank verbracht wird.«⁹

Mit diesem Schreiben liegt eine psychiatrische Empfehlung zur Sterilisation vor. Die Frage nach der Rolle der Psychiatrie bei Sterilisationen von Geisteskranken stellt sich. In der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts kommt der Schweizer Psychiatrie in der Sterilisation von PatientInnen mit der medizinischen, sozialen und eugenischen Indikation eine europaweite Vorreiterrolle zu.¹⁰ Außer im Kanton Waadt, wo 1928 das erste europäische und eugenisch motivierte Zwangssterilisationsgesetz erlassen wurde, das die Sterilisation Geisteskranker regelte,¹¹ operierte man in der übrigen

Schweiz in einer rechtlichen Grauzone. Allerdings existierten Richtlinien und Absprachen zwischen Behörden und Ärzten wie die Richtlinien zur Sterilisation der Medizinischen Gesellschaft in Basel von 1934.¹² Diese basierten auf dem Prinzip der »freiwilligen Einwilligung« der Sterilisandin und forderten ein ärztliches Gutachten. Das heißt, da mit dem medizinischen Eingriff das Rechtsgut der körperlichen Integrität verletzt werden konnte, sollte die Patientin in den Eingriff einwilligen; die Ärzte sollten ein Gutachten stellen. Setzt man den Fall Rosa Sutters in Beziehung zur Sterilisationspraxis in Basel und der übrigen Schweiz, wird deutlich, dass sie kein Einzelfall ist. Im Basler Frauenspital wurden zwischen 1920 und 1934 »tausendundachtundsiebzig Unfruchtbarmachungen, eugenische und nicht eugenische Sterilisationen zusammengezählt«¹³ durchgeführt. In der Einleitung eines Kreisschreibens der Direktion des Berner Armenwesens an die Armenbehörden heißt es zum Beispiel: *»Es kommt in der letzten Zeit häufig vor, dass Gemeinde- und Armenbehörden dem kantonalen Frauenspital in Bern (...) Frauenspersonen zur Aufnahme anmelden (...) mit dem Verlangen, dass diese Frauenspersonen durch Vornahme einer entsprechenden Operation sterilisiert, d.h. unfruchtbar gemacht werden sollen«* und dass dabei »Druckmittel« eingesetzt würden. Die Direktion weist ausdrücklich darauf hin, dass aus »fiskalischen Gründen« keine Sterilisationen vorgenommen, dass aber auch »ledige Frauenspersonen« wegen »geschlechtlichen Leichtsinns« nicht sterilisiert werden dürften und dass kein Zwang oder Druck ausgeübt werden darf.¹⁴

Das Vorgehen der Gemeinde gegen die ledige Rosa Sutter verwendet »Druckmittel« und erfolgt aus »fiskalischen Gründen«. Die Psychiatrie schließt sich mit der Diagnose »Debilität mit sehr schwachem Charakter« und dem Vermerk »die Patientin ist seit Jahren völlig haltlos, faul und dumm« an diese Maßnahmen an, und übt ihrerseits Druck aus. In der Krankenakte ist festgehalten, dass die aufschiebende Wirkung des Klinikaufenthaltes für die »Versorgung« in einer Arbeitserziehungsanstalt bei nicht erfolgter Einwilligung der Patientin aufzuheben ist. Dabei handelt die Heil- und Pflegeanstalt rechtmäßig und dringt sogar auf eine weitere Einwilligung der Patientin im Frauenspital. Rosa Sutter hatte zwar nicht in der Psychiatrie, aber laut Polizeibericht in die Sterilisation bereits eingewilligt.

Die Psychiater stellen mit der »Debilität mit sehr schwachem Charakter« eine Diagnose, die die Sterilisation als medizinisch sanktionierte Therapie und Praxis am Körper der Patientin umsetzen lässt. Einerseits legitimiert die Psychiatrie die Sterilisation und schließt sich damit an die behördlichen Maßnahmen Zwangsversorgung und Sterilisation an. Andererseits führt aber die psychiatrisch-medizinische Betrachtung des Falles eine therapeutische Perspektive in diese Deutung ein: Das individuelle Wohl bzw. Leiden der Patientin steht im Zentrum des ärztlichen Interesses. Nicht

der Schaden, den diese Frau der Gesellschaft zufügt, ist in dieser Perspektive prioritär, sondern der eventuelle medizinische Nutzen der Sterilisation für diese Frau. Während der Regierungsratsbeschluss festhielt, dass die Frau der Wohltätigkeit zur Last fällt, und damit die Gesellschaft schädigte, nimmt die Friedmatt nun gegenüber der Patientin ein Schutz- und Pflegeinteresse wahr, allerdings erst nachdem die Sterilisation durchgeführt worden ist.

Joel Braslows Studie zur Geschichte der somatischen Therapien der US-Psychiatrie zeigt, dass das sozialpolitische und eugenische Programm der Sterilisationsgesetzgebung in den USA von den Psychiatern nicht als solches durchgeführt, sondern an den Kliniken in eine medizinische Therapie umformuliert wurde, die der Behandlung individueller PatientInnen dienen sollte. Die Effekte somatischer Therapien, als die die Sterilisation gelten kann, wurden vermittelt und interpretiert über die Art und Weise, in der die Ärzte Krankheit und ihre Behandlung sahen, die wiederum durch die therapeutische Praxis bestimmt war. Die Ärzte kreierten eine therapeutische Leitidee, über die sie die Symptome und Zeichen der PatientInnen im Kontext der vorzunehmenden Intervention deuteten. Die Ärzte, die die Sterilisation als Therapie befürworteten und durchführten gingen, so Braslow, davon aus, dass die Frauen von den psychologischen und sozialen Nöten einer weiteren Schwangerschaft befreit werden können, ein Interesse, das sie oft mit den PatientInnen teilten.¹⁵

Inwiefern man Rosa Sutter von den psychologischen und sozialen Nöten einer weiteren unehelichen Schwangerschaft bewahren wollte, geht aus ihrer Krankenakte nicht hervor. Eventuell deutete man ihre »reaktive Erregung« im Zusammenhang mit ihrer Niederkunft und der damals drohenden Trennung von ihrem Kind, d.h. im Hinblick auf die bereits durch die Behörden geforderte Intervention der Sterilisation. Immerhin sprach man in der Klinik das Thema der Sterilisation mit Rosa Sutter an, und versuchte sie eventuell in einem Gespräch vom Nutzen der Sterilisation zu überzeugen.

Rosa Sutter zwischen Psychiatrie und Arbeitsanstalt

Aus dem Frauenspital an die Friedmatt zurückverlegt, blieb die Patientin dort: »*Sie klagte über Schmerzen an der Operationswunde.*« Gegenüber der Behörde nimmt nun die Psychiatrische Klinik ein Schutzinteresse für ihre Patientin wahr: Gegenüber der Administrativabteilung des Polizeidepartements wird darauf verwiesen: »*Dass die Frau in Pflege gehalten werden soll*«, dass »*man die Patientin einer anderen als einer Pflegeanstalt nicht gut zumuten kann und auch eine sehr strenge Erziehung keinen Erfolg*

verspricht«. Damit stellt sich die Heil- und Pflegeanstalt vor ihre Patientin. Rosa Sutters Aufenthalt in der Klinik hat nun aufschiebende Wirkung für die Zwangsversorgungsverfügung in einer Arbeitsanstalt. Nach einer Besserung muss die Patientin schließlich doch in die Arbeitserziehungsanstalt Schachen überführt werden. Dort erleidet sie einen weiteren »Anfall«, worauf man den Chefarzt in der Friedmatt konsultierte: Es *»handelt (...) sich um eine schwachsinnige Person mit starker Neigung zu Erregungszuständen. Der Aufenthalt in einer Zwangsarbeitsanstalt erweist sich daher als unzweckmäßig.«*

Die zweckmäßige Unterbringung für die psychisch kranke Rosa Sutter ist nach der Aussage des Chefarztes die psychiatrische Klinik, wo nicht nur erzogen, sondern auch gepflegt werden kann. Mit Rosa Sutters Unterbringung in der Friedmatt steht nun das individuelle Wohl und Heil der Patientin stärker im Zentrum der ärztlichen Perspektive, was das Begleitschreiben zu ihrer Rücküberführung zeigt: *»(...) können wir ihnen nur bestätigen, dass wir der Ansicht sind, dass diese ausgesprochen schwachsinnige und schwer psychopathische Persönlichkeit wegen ihrer Neigung zu schweren Primitiv- und hysterischen Reaktionen in einer Arbeitsanstalt nicht zu halten sein wird. Frau Sutter bleibt auch nach ihrer Sterilisation infolge ihrer großen sexuellen Haltlosigkeit in sexueller Hinsicht gefährdet und dürfte auch sonst völliger Verwahrlosung anheimfallen, wenn sie wieder auf freien Fuss gesetzt würde.«*

In dieser Beschreibung der Patientin ist zwar explizit von einer »sexuellen Haltlosigkeit« Rosa Sutters die Rede, aber es ist primär ihre individuelle Gefährdung angesprochen und nicht eine Schädigung der Gesellschaft durch sie.

Die Begriffe »sexuelle Haltlosigkeit« und »Verwahrlosung« klassifizieren Rosa Sutters abweichendes soziales Verhalten, dem ebenfalls nur in der geschlossenen Abteilung der Klinik disziplinierend Rechnung getragen werden kann. Man kann davon sprechen, dass Rosa Sutter nach der Sterilisation und nach ihrem Aufenthalt in der Arbeitserziehungsanstalt in eine durch patriarchale Heil- und Pflegekonzepte geprägte Anstalt übernommen wird. Dabei nimmt die Friedmatt gegenüber der Patientin ein patriarchales Schutz- und Pflegeinteresse wahr. Mit diesem steht in einem therapeutischen Sinn sowohl durch die Behandlung ihrer Krankheiten als auch durch die Disziplinierung ihres abweichenden Verhaltens das individuelle Wohl der Patientin im Zentrum des Interesses. Das verdeutlicht sich im weiteren Verlauf der Krankengeschichte und den verschiedenen somatischen Therapien, die mit Rosa Sutter durchgeführt werden.

Somatische Therapien und weiterer Verlauf der Behandlungen Rosa Sutters

Die dritte Aufnahme der Patientin in der Friedmatt hat eine längere Unterbringung zur Folge. Rosa Sutter wird verschiedentlich von der ruhigen auf die unruhige Abteilung verlegt. Rosa Sutter verrichtet tagsüber Hausarbeiten. Ihr Verhalten wird als schwankend zwischen »fleißig« und »störend« beschrieben: »*Nachts fängt sie wieder an zu stören, ist tags sehr beflissen mir ihren Arbeitseifer zu demonstrieren*«, weiß eine Pflegerin zu berichten. Als sich ihr Zustand verschlechtert und man sie verschiedentlich mit »Mo-Scop« (Morphin/Scopolamin-Injektionen) beruhigt und auch isoliert hat, wird sie »für eine Schlafkur« vorbereitet. Für acht Tage wird sie in Schlaf versetzt. Eine Kurve gibt über die verschiedenen Körperwerte der Patientin während des Dauerschlafs Auskunft.

Die Schlafkur nach Jakob Kläsi, der an der Basler Friedmatt in den 20er Jahren Sekundararzt war, dient wie die Injektionen der Beruhigung der PatientInnen. Interessanterweise wird dabei der kurative Effekt nicht in der Wirkung des eingesetzten Narkotikums gesehen, sondern vielmehr in der Erfahrung der entspannenden Wirkung des Dauerschlafes durch den Patienten, die den Rapport des Kranken mit dem Arzt verbessere: »*Der Arzt ist auf einmal wieder unentbehrlich geworden. Er sowohl wie das Personal haben Gelegenheit bekommen, sich dem Kranken sichtlich nützlich und unentbehrlich zu machen und durch ihre Eingriffe dessen Dankbarkeit und Vertrauen zu gewinnen. Der Kranke seinerseits ist gezwungen, aus seiner Abkehr, seinem allfälligen Mutizismus und Negativismus herauszutreten, verständliche Worte und Gesten zu gebrauchen, die Umgebung zu berücksichtigen und sich ihr anzupassen.*«¹⁶ Indem die PatientInnen mit dieser Kur gleichsam therapeutische Zuwendung erfahren, verbessert sich ihr Verhalten. Sie werden weiterer Behandlung zugänglich.

Im Fall Rosa Sutters zeigt die Schlafkur einen therapeutischen Erfolg. Man versucht darauf eine weitere somatische Therapie, die aber einen gegenteiligen Effekt erzielt: »*Nach der Schlafkur monatelang ordentlicher Zustand in dem Pat. auf B. war. Dort vom 9.-25. Mai Insulinkur, die abgebrochen werden musste, weil der Zustand sich beständig verschlimmerte, die Pat. Nächte hindurch beinahe tierisch schrie und beständig jammerte und in den unflätigsten Ausdrücken schimpfte, so dass Mo-Scop. Injektionen nötig waren.*« Und wenig später: »*Wieder Beginn einer Insulinkur, die aber nach wenigen Tagen abgebrochen wurde, da der Zustand so unhaltbar war, dass die Patientin sofort in eine Schlafkur gebracht werden musste.*« Im Unterschied zur Schlafkur wird der kurative Effekt der Insulinschocktherapie in der Erzeugung des physiologischen Schockzustandes, also direkt im körperlichen Effekt des künstlich hergestellten Blutzuckermangels

gesehen. Beide somatischen Therapien, die im damaligen Verständnis eher als Behandlungsmittel und Kuren gelten, rücken den Körper der Patientin Rosa Sutter in die Behandlungsperspektive. Der kontraproduktive therapeutische Effekt des Insulinschocks lässt die Ärzte auf die bewährte Schlafkur zurückgreifen. Rosa Sutter verhält sich, so verzeichnet es der speziell zu ihrem Verhalten nach der Schlafkur verfertigte Bericht, ganz im Sinne der therapeutischen Leitidee Kläsis: *»Sie ist gerne unterhalten, genießt bei Tage scheinbar die ›Privatschwester‹ fragt immer, erkundigt sich, welche Schwester morgen Dienst hat.«*

In gewisser Weise steht damit bei den somatischen psychiatrischen Therapien der Körper Rosa Sutters im Zentrum der Perspektive. Über diesen erst sollten und konnten die Erregungszustände und auch das störende Verhalten der Patientin beeinflusst werden. Allerdings überwog mit der Schlafkur diejenige therapeutische Leitidee in der Behandlung Rosa Sutters, die nicht direkt im Körperlichen, sondern in der Erfahrung des entspannenden Schlafes und in der dadurch verbesserten Ansprechbarkeit den kurativen Effekt sah. Indem aber auch Rosa Sutters »negativistisches« und störendes Verhalten in der Klinik beeinflusst werden sollte, kann man auf den disziplinierenden Aspekt dieser somatischen Behandlungen hinweisen. Die Pflegenotiz nach der zweiten Schlafkur vermerkt: *»Nach 8 Tagen wieder zahm und freundlich.«*

Ende des Jahres 1938 kann die Patientin in die Familienpflege in ein nahe gelegenes Dorf entlassen werden. Von dieser Entlassung an häufen sich die im Abstand von ein bis zwei Jahren wiederauftretenden kurzen Aufnahmen: Die vorläufige Diagnose im Aufnahmestatus vermerkt meistens *»Debilität mit Erregungszuständen«*, unter Krankheitsdauer findet sich die Bezeichnung *»angeboren«*. Bei der dreizehnten Aufnahme findet sich die Beobachtung, dass die Patientin *»freiwillig komme«* und *»man hat das Gefühl, dass sie gerne wieder in die Friedmatt kommt«*.

Unterdessen, so zeigen die im Anhang der Krankengeschichte angegliederten administrativen Akten, wurde die Zwangsversorgungsverfügung zugunsten einer Vormundschaft aufgehoben. Es wird dort vermerkt, dass die Betroffene an *»Debilität mit periodisch auftretenden Verstimmungen«* leide und deshalb den wiederholten Aufenthalt in der Klinik benötigen werde. Im Jahr 1950 verstirbt die Patientin.

Weiterführendes zur historischen Krankengeschichte

Die psychiatrische Krankengeschichte lässt die Frage nach dem ›wer?‹ Rosa Sutters, nach ihrer Lebensgeschichte und Biographie, nur rudimentär beantworten. Und auch ihre Krankheitserfahrung lässt sich nur reduziert

rekonstruieren. »Krankengeschichten sind wie andere Akten Arbeitsinstrumente der Institution, die sie erstellt hat. Sie sind kein Abbild der Person. Auch nicht ihrer Biografie. Sie scheinen überwiegend geprägt von den Alltagsbedingungen, Aufgaben und Ordnungsprinzipien der Klinik.«¹⁷

Für den Historiker stellt sich die Frage wie die Krankengeschichte zu lesen und zu interpretieren ist. Wenn man mit Roy Porter Medizingeschichte aus der Sicht der PatientInnen darstellen will, dann stellt die psychiatrische Krankengeschichte als historische Quelle methodische Probleme.¹⁸ Die Quelle gibt die klinisch-psychiatrische Perspektive auf Rosa Sutter wieder und nur durch diese gebrochen ist die Stimme Rosa Sutters zu vernehmen. Rosa Sutters Krankheiten, der Behandlungsverlauf und auch ihre Situation sind ständiges Objekt der klinischen Beschreibungen. Das heißt, die Quelle psychiatrische Krankengeschichte erhellt den situativen klinischen Kontext, indem sie in Bezug auf die Patientin erstellt worden ist, und kaum die »vollständige Biografie des gesamten Menschen« im Sinne Jaspers'.

Wie dies Carlo Ginzburg für die Interpretation von Inquisitionsakten festhält, identifiziert man sich als Historiker zwar emotional mit den »Angeklagten«, bewegt sich aber kognitiv auf der Ebene der »Inquisitoren«, deren Bestreben »die Wahrheit (ihre Wahrheit natürlich) zu suchen, (...) uns sicherlich eine außerordentlich reichhaltige Dokumentation beschert hat«.¹⁹ Bei der Interpretation von Krankengeschichten gilt dasselbe für die Positionen Ärzte-PatientInnen. Die Absicht der Ärzte den Fall Rosa Sutter in seiner Faktizität darzustellen, die Krankheit und ihre Symptome zu erfassen und zu einer Behandlung zu kommen, hat eine umfassende Dokumentation ergeben, die nur vom Standpunkt des Arztes aus zu interpretieren ist. Indem aber davon ausgegangen wurde, dass die Krankengeschichte Rosa Sutters ein Text ist, der ihr Verhalten, ihren Körper und ihre krankheitsrelevanten Auffälligkeiten in einer medizinisch-psychiatrischen Perspektive beschreibt und deutet, las ich ihn als eine medizinische Deutung des Falles Rosa Sutters und nicht als ein Text, der die Krankheit Rosa Sutters als gegebenes Faktum beschreibt. Ich wollte aufzeigen, wie der medizinische Fall Rosa Sutter konstruiert wurde. Damit ging ich weder davon aus, dass Rosa Sutters Krankheiten erst in und mit ihrer medizinisch-psychiatrischen Deutung entstanden, noch die psychiatrische Behandlung und Diagnose falsch, oder nicht sachgerecht waren, sondern betone vielmehr den interpretativen und »fiktiven« Gehalt in der psychiatrischen Perspektive auf Rosa Sutter.

Die im klinischen Kontext aufgeschriebenen und beobachteten Fakten kann man mit Clifford Geertz' Ansatz der »dichten Beschreibung« als Fiktionen auffassen, »und zwar in dem Sinn, dass sie »etwas Gemachtes« sind, »etwas Hergestelltes« – die ursprüngliche Bedeutung von »fictio« –

nicht in dem Sinne, dass sie falsch wären, nicht den Tatsachen entsprechen oder bloße Als-ob Gedankenexperimente wären».²⁰

Liest man die psychiatrische Krankengeschichte als Fiktion, so werden die Daten der ärztlichen Praxis als Akte kultureller und sozialer Repräsentation verstehbar. Mit Geertz' »Dichte Beschreibung« gelesen wird die Krankenakte zu einem soziokulturellen Text, der einen medizinisch-klinischen Kontext von Symptomen, Zeichen und Bedeutungsgruppen produzierte und diese in eine Erzählung umformulierte, deren Ziel es war ihren Fall zu erklären, zu therapieren und die damit verbundenen Probleme zu lösen.²¹ In dieser Hinsicht ist die Krankengeschichte Rosa Sutters eine praxisnahe, an den Problemen der psychiatrisch-klinischen Praxis und ihrer Lösung orientierte Erzählung.

In der Krankengeschichte Rosa Sutter konnte so verfolgt werden, wie in der im institutionellen Kontext der Klinik erstellten Akte die Erhebungen der Polizei gegen Rosa Sutter eingelassen sind. Die Diagnose »Debilität mit sehr schwachem Charakter«, die die sozialen Verhältnisse der Patientin in Betracht zog, übernahm die vorverurteilende Haltung der Behörden gegenüber Rosa Sutter mit. Die psychiatrische Diagnose unterstützte die behördliche Maßnahme der Sterilisation. Mit der Empfehlung zur Sterilisation war diese Maßnahme ebenso ein therapeutischer Eingriff, der medizinisch legitimiert wurde. Wenn man davon ausgeht, dass die Diagnose Rosa Sutters wesentlich durch ihr sozial auffälliges Verhalten geprägt war, dann greift die Diagnose auf die sozialpolitische Maßnahme der Kontrolle und Disziplinierung dieser sozial randständigen Frau zurück. Begriffe wie »sexuelle Haltlosigkeit«, »Verwahrlosung« oder auch die Beschreibung »seit Jahren völlig haltlos, faul und dumm« klassifizieren in der psychiatrischen Begutachtung Rosa Sutters deviantes soziales Verhalten. Einerseits kann man sich fragen, inwiefern mit diesen Klassifizierungen für die Diagnose und Behandlung der damaligen Psychiatrie relevante Sachverhalte erkannt wurden. Andererseits zeigt sich: Die Lebensumstände Rosa Sutters wurden berücksichtigt, insofern sie sich »im Leben nicht bewährt« hat. Zugleich entsteht der Eindruck, dass ihr Sozialverhalten nicht im Hinblick auf ihre Herkunft aus einer unteren sozialen Schicht interpretiert wurde. Was insbesondere für ihre wechselnden sexuellen Kontakte als Frau und die Geburt zweier unehelicher Kinder gilt. Die medizinisch-psychiatrische Deutung von Rosa Sutters Fall reflektiert somit ein Standes- und Geschlechtsvorurteil gegenüber der Patientin, das die Diagnose- und Behandlung beeinflusste. Inwiefern moralische Vorstellungen fraglos in die Diagnostik einfließen, müssen weitere Krankengeschichtenanalysen zeigen.

Die Geschichte Rosa Sutters, die sich aus ihrer Krankenakte rekonstruieren lässt, ist die Geschichte ihrer Krankheiten und ihrer Behandlung. Sie ist die Geschichte ihres oft wortlosen Verhaltens, das verschiedentlich

gedeutet worden ist, und sie ist immer auch die Geschichte der mit ihrem Fall gefundenen Problemlösungsstrategien der psychiatrischen Praxis zwischen 1936 und 1950.

Anmerkungen

- 1 Name und Daten geändert
- 2 Im Folgenden werden die direkten Zitate aus diesem Dokument nicht mehr extra gekennzeichnet.
- 3 Vgl. Ricoeur, Paul: Zeit und Erzählung. Band III. Die erzählte Zeit. S. 395. In: Zeit und Erzählung. Band I-III. München 1988, 1989, 1991
- 4 Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie. Berlin 1920. S. 389/390
- 5 Vgl. Gossenreiter, Anna: Die Sterilisation in den 1920er und 1930er Jahren als Sozialpolitik und medizinisches Mittel. S. 231-244. In: Jaun, Rudolf; Studer, Brigitte: Weiblich- Männlich. Geschlechterverhältnisse in der Schweiz. Rechtssprechung-Diskurs-Praktiken. Zürich 1995. Die Autorin spricht in diesem Zusammenhang vom Doppelaspekt institutionalisierter Fürsorge, die einerseits den sozial Schwachen hilft, andererseits diese sozial diszipliniert.
- 6 Ein Intelligenztest wird erst bei der 13. Aufnahme durchgeführt.
- 7 Lange, Johannes: Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1935. S. 79 u. 82
- 8 Vgl. Bleuler, Eugen: Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Aufl. Berlin 1930. S. 446. Dieses Werk schlägt vor in leichteren Fällen von Intelligenzschwäche die »ganze Vergangenheit (des Patienten) zu durchforschen, um zu sehen, wie er sich da benommen hat. Der einzig sichere Prüfstein ist das Leben.«
- 9 Auffallend an diesem Schreiben an das Frauenspital ist, dass die Diagnose im Gegensatz zur institutionsinternen Diagnose verschärft ist.
- 10 Vgl. z.B. Reist, Alfred: Das Problem der Verhütung erbkranken Nachwuchses unter besonderer Berücksichtigung der Sterilisationsfrage. S. 409-426. In: Schweizerische Zeitschrift für Gemeinnützigkeit. Oktober 1934. S. 418
- 11 Vgl. z.B. Wecker, Regina: Individueller Abschluss-nationaler Konsens. S. 168-179. In: Guex, Sebastien u.a. (Hg.): Krisen und Stabilisierung. Die Schweiz in der Zwischenkriegszeit. Bd. 3. Die Schweiz 1798-1998. Staat-Gesellschaft-Politik. Zürich 1998. S. 172
- 12 Vgl. Jichlinski, Simon: Les stérilisations et castrations eugéniques, prophylactiques et thérapeutiques. Genf 1941. S. 43
- 13 Keller, Christoph: Der Schädelvermesser. Zürich 1995. S. 157. Vgl. auch: Labhardt, Alfred: Medizinische und nicht-medizinische Indikation zur Sterilisation. S. 50-53. In: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 27, 1936
- 14 Vgl. Quellenanhang: Gesetze und Richtlinien. In: Zurkuzoglu, Stavros (Hg.): Verhütung erbkranken Nachwuchses. Eine kritische Betrachtung und Würdigung. Basel 1938. Vgl. auch: Wecker, Regina: a.a.O.
- 15 Vgl. S. 54-71. In: Braslow, Joel: Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century. Berkeley 1997
- 16 Kläsi, Jakob: Über die therapeutische Anwendung der »Dauernarkose« mittels Somnifens bei Schizophrenen. S. 557-590. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Bd. 74, 1922. S. 559. Vgl. auch: Windholz, G. and Witherspoon, L.H.: Sleep as Cure for Schizophrenia. S.83-93. In: History of Psychiatry. 4. 1993. S. 84

- 17 Hoffmann-Richter, Finzen, Asmus: Die psychiatrische Krankengeschichte – eine vernachlässigte Quelle. Überlegungen zu einer Methodologie der Krankengeschichtenanalyse. In: BIOS 11, 1998 in Druck
- 18 Porter, Roy: The Patient's View. Doing Medical History from Below. S. 175-198. In: Theory and Society 14, 1985. Vgl. auch: Wolff, Eberhard: Perspektiven der Patientengeschichtsschreibung. In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hg.): Medizin-geschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt a.M. 1998. Dieser Aufsatz fordert einen konsequenten Zugang zur Patientenperspektive in der Medizingeschichte, diskutiert methodische Probleme der Quelleninterpretation aber nicht.
- 19 Ginzburg, Carlo: Der Inquisitor als Anthropologe. S. 203-218. In: Conrad, Christoph; Kessel, Martina (Hg.): Geschichte schreiben in der Postmoderne. Beiträge zur aktuellen Diskussion. Stuttgart 1994. S. 206
- 20 Geertz, Clifford. Dichte Beschreibung. Bemerkungen zu einer deutenden Theorie von Kultur. S. 203-219. In: Ders.: Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a.M. 1994. S. 23.
- 21 Epstein, Julia: Historiography, Diagnosis and Poetics. In: Literature and Medicine 11, 1992. S.23-44

Die Borderline-Störung – Syndrom oder Diagnose?

Eine Bestandsaufnahme



Judith Zehnder-Walthert, Asmus Finzen,
Ulrike Hoffmann-Richter

Zusammenfassung

Die Arbeit referiert die Ergebnisse der Literaturübersicht und Vorstudien zu einer Untersuchung über die Borderline-Störung. Anlass der Untersuchung war die Feststellung, dass in vielen Versorgungskliniken die Diagnose der Borderline-Störung in den letzten fünf bis zehn Jahren rapide zugenommen hat. ICD-10, DMS-IV und OPD zeigen, dass das Konzept der Borderline-Störung trotz der Bemühung um einen reliablen deskriptiven Ansatz bzw. eine exakte, reliable Erfassung der Psychodynamik mit den bisherigen Diagnosesystemen nicht eindeutig beschreibbar ist. Dies bestätigen auch die klinischen Vorstudien in Form von Interviews mit Ärztinnen und Ärzten, Schwestern und Pflegern einer Psychiatrischen Universitätsklinik sowie das Aktenstudium von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Störung. Die Arbeit gibt einen historischen Abriss über das Borderline-Konzept, weist auf eine Reihe von Problemen hin, die sich in Zusammenhang mit der Diagnosestellung der Borderline-Störung ergeben können und plädiert für die vorläufige Verwendung der Borderline-Störung im Sinne eines Syndroms, nicht aber einer Diagnose.

Einleitung

Die immense Literatur zum Thema Borderline bzw. Borderline-Störung spiegelt das große klinische und wissenschaftliche Interesse an der diagnostisch so schwer fassbaren und therapeutisch so schwer behandelbaren psychischen Störung. Verwirrung unter den wissenschaftlich oder praktisch tätigen Psychologen und Psychiatern stiftete nebst der für die Borderline-Störung typischen, teilweise rasch oszillierenden Symptomvielfalt auch die immer wieder sich verändernden Auffassungen über charakteristische Symptomatik und Psychodynamik, Genese (Ätiologie), sowie ideale Therapieform dieser Störung. Borderline – ein schillernder Begriff also, der

in seinen zahlreichen Anwendungen im psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychoanalytischen Sprachgebrauch nicht selten sehr vage blieb. Sass und Koehler stellen daher fest, »dass es gegenwärtig weder allgemein verbindliche Termini für Borderline-Störungen noch eine generell akzeptierte Konzeptualisierung oder eine zugrunde liegende Theorie gibt, auch sind die Auffassungen über die Kontinuität der Störungen, mögliche Subtypen, ihre diagnostischen Kriterien und damit ihre Lokalisation in den klassifikatorischen Systemen sehr unterschiedlich« (1983/221). All dies spricht für die Verwendung der »Borderline-Störung« allenfalls als Syndrom, nicht aber als Diagnose.

Zur Begriffsgeschichte¹

Das Störungsbild des Borderline-Syndroms ist keinesfalls eine erst in den letzten Jahrzehnten entstandene oder beschriebene psychopathologische Novität. Im amerikanischen Schrifttum sprach erstmals Hughes (1884) von einem »Borderland«, allerdings in recht allgemeiner Form: »The borderland of insanity is occupied by many persons who pass their whole life near that line, sometimes on one side, sometimes on the other.« (zit. n. Grinker et al., 1977) Später verwendeten Rosse (1890), Clark (1919) und Moore (1921) »Borderline« und »Borderland« als eher sporadische Bezeichnungen für neurotische und psychotische Randformen.

Erste Konzeptualisierungen von Störungen in den Übergangsbereichen zwischen psychischer Gesundheit und Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen gehen für die klassische deutschsprachige Psychiatrie auf Kraepelin (1909/1915) und Bleuler (1911) zurück. In seinem einflussreichen Lehrbuch sprach Kraepelin von einem »Grenzgebiet« zwischen einer kleinen Gruppe auffälliger Persönlichkeiten (später als Psychopathien bezeichnet) und der Dementia simplex (später Schizophrenie); in diesem Grenzgebiet finden sich – gemäß Kraepelin – allerlei »unentwickelte Fälle von Dementia simplex«. Bleuler entwickelte den Begriff der »latenten Schizophrenie«, mit dem ebenfalls Vorstadien bzw. »Formes frustes« schizophrener Psychosen gemeint waren. In den USA wurde das Bleulersche Modell der »latenten Schizophrenie« später weiterentwickelt zu den Konzepten der »ambulatorischen« (Zilboorg 1941), »abortiven« (Mayer 1950), der »subklinischen« (Peterson 1954), oder der »pseudopsychopathischen« (Dunaif u. Hoch 1955) Schizophrenie.

Als Illustration der verwirrenden Fülle von Termini und Konzepten, die im Laufe des letzten Jahrhunderts zum Thema Borderline publiziert wurden, kann die chronologische Zusammenstellung in Tabelle 1 dienen:

Borderland	Hughes, 1884
Borderline	Rosse, 1890
Unentwickelte Fälle von Dementia simplex	Kraepelin, 1909/15
Psychische Grenzzustände	Pelman, 1909
Latente Schizophrenie	Bleuler, 1911
Borderland-Neurosen und -Psychosen	Clark, 1919
Triebhafter Charakter	Reich, 1923
Borderline-Neurosen	Stern, 1938
Schizophreniforme Psychosen	Langfeldt, 1939
Als-ob-Persönlichkeit	Deutsch, 1942
Präschizophrene Persönlichkeitsstruktur	Rapaport et al., 1947/46
Pseudoneurotische Schizophrenie	Hoch u. Polatin, 1949
Abortive Schizophrenie	Mayer, 1950
Latente Psychosen	Bychowski, 1953
Borderline-Zustände	Knight, 1953
Subklinische Schizophrenie	Peterson, 1954
Pseudopsychopathische Schizophrenie	Dunaif u. Hoch, 1955
Psychotische Persönlichkeit	Bion, 1957
Borderline-Patient	Wolberg, 1952; Gunderson u. Singer, 1975
Borderline-Schizophrenie	Knight, 1954; Bellak, 1958; Kety et al., 1968
Psychotischer Charakter	Frosch, 1964
Grenzpsychose	Benedetti, 1967
Borderline-Persönlichkeitsorganisation	Kernberg, 1967
Borderline-Syndrom	Grinker, 1968; Stone, 1980
Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung	Smail et al., 1975
Borderline-Charakter	Giovacchini, 1975
Syndrom der Borderline-Persönlichkeit	Guze, 1975
Schizophrene Borderline-Zustände	Vanggaard, 1978
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	Spitzer et al., 1979
Borderline-Persönlichkeitsstörung	DSM-III, 1980
Larvierte Schizophrenie, Schizophrenia sine schizophrenia	Gross et al., 1982

Tabelle 1 nach Sass u. Köhler (1983)

Hoch u. Polatin (1949) prägten für diese »untypische Form der Schizophrenie« den Begriff der »pseudoneurotischen Schizophrenie« – ihr Konzept gewann für die weitere Forschung eine besondere Bedeutung. Ähnlich dem

Schizophrenie-Konzept Bleulers beschrieben Hoch u. Polatin eine Reihe typischer primärer Symptome wie Autismus, Ambivalenz, Störungen des Denkens und der Affekte. Hinzu traten sekundäre Symptome, die ein sehr schillerndes klinisches Bild erzeugen konnten: z.B. multiple neurotische Symptome (pan neurosis), generalisierte Angstzustände (pan anxiety) sowie eine polymorph perverse Sexualität (pan sexuality). »Mikropsychotische« Episoden mit passageren Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen, vermehrte Beziehungssetzungen sowie Hypochondrie wurden zusätzlich beobachtet.

Der Einfluss der psychoanalytischen Borderline-Konzepte auf die weitere Borderline-Forschung war erheblich. Freud selbst benutzte den Begriff der Borderline-Störung nicht – vielmehr ordnete er Patienten mit entsprechendem Störungsbild der Hysterie zu – ein nosologischer Begriff, der damals sehr weit gefasst war. Hingegen handelte Freud-Schüler Reich in seinem Werk »Der triebhafte Charakter« (1923) auch die »Frage der Grenzfälle« ab und tat somit einen wichtigen Schritt zur künftigen Trennung der Borderline-Störungen von den Hysterien. Innerhalb des psychoanalytischen Diskurses sprach erstmals Stern (1938) von »Borderline-Neurosen« in einem nosologischen Sinne – als eine sowohl von Neurosen als auch Psychosen stabil abgrenzbare Syndromgruppe. Ende der 30er Jahre veröffentlichte er eine erste umfassende Beschreibung der Symptomatik und Psychodynamik sowie der Therapie der »Borderline-Gruppe der Neurosen« (1938).

Knight (1953) beschrieb unter sorgfältiger Trennung der klinischen Beobachtung von psychodynamischen Schlussfolgerungen eine Reihe neurotischer Merkmale sowie bestimmte »mikroskopische« Symptome, die als Folge einer defizienten Ich-Entwicklung betrachtet wurden (Affekt-, Sprach-, Auffassungsstörungen), außerdem »makroskopische« Symptome wie Verhaltensauffälligkeiten und soziale Schwierigkeiten. Die Borderline-Störung wurde auch in anderen psychoanalytischen Darstellungen zumeist als Ausdruck bestimmter Persönlichkeitsdefekte und überdauernder, charakterologisch fixierter Erlebens- und Verhaltensstörungen angesehen, für die unterschiedliche Begriffe gewählt wurden, etwa »Als-ob-Persönlichkeit« (Deutsch 1942), »psychotischer Charakter« (Frosch 1964). Schmiedeburg (1959) beobachtete bei seinen Borderline-Patienten eine »stabile Instabilität« in der Persönlichkeit, und Chessik (1966) hob nebst den pseudopsychopathischen Verhaltensweisen und den sozial schwierigen Zügen das für Borderline-Patienten typische episodisch auftretende, multiple Suchtverhalten hervor, ebenso ihre Tendenz zum Ausagieren archaischer Affekte.

Neuere Arbeiten – vgl. den zusammenfassenden Bericht in Rohde-Dachser, 1991 – unternehmen den Versuch, sowohl die Borderline-

Symptomatik (diffuse Ängste, multiple Phobien, Zwangssymptome, bizarre Konversionssymptome, dissoziative Phänomene, depressive Verstimmungen, polymorph-perverse Sexualität, Impulskontrollverluste) als auch die zur Anwendung kommenden primitiven Abwehrmechanismen (Spaltung, primitive Idealisierung, Entwertung, projektive Identifizierung, Verleugnung, Omnipotenz) durch die bei diesen Patienten gestörte Identitätsentwicklung zu erklären. Maßgeblichen Einfluss auf diese heute auch über den engeren Kreis der Psychoanalyse hinaus akzeptierte Sichtweise hatten die Arbeiten Kernbergs und in einem etwas geringeren Ausmaß jene Kohuts (1966, 1973). Letzterer handelt diesen Bereich unter dem Begriff der »narzisstischen Neurosen« ab, während Kernberg (1975, 1977, 1981, 1991, 1995) von einer »Borderline-Persönlichkeitsorganisation« spricht und somit von einer borderline-spezifischen Ebene psychischen Funktionierens ausgeht: Die Persönlichkeitsstruktur von Borderline-Patienten versteht er als Niederschlag früherer gestörter interpersoneller Erfahrung, welche sich über das sog. »Strukturelle Interview«² erschließen lässt. Dieses auf Ich-Funktionen, Abwehrmechanismen und Realitätsprüfung zentrierte Interview dient der Beurteilung der psychischen Struktur des Interviewten hinsichtlich ihres Ich-Integrationsniveaus.

1978 brachten Gunderson u. Kolb das »Diagnostische Interview für das Borderlinesyndrom (DIB)«³ heraus. Das halbstrukturierte Interview stellt eine klinisch sensible, praktikable Methode zur Diagnostik von Borderline-Störungen dar und wird insbesondere auch im Forschungsbereich gerne angewandt.

Der Begriff der »Borderline-Neurose« – ein typisch psychoanalytisches Produkt – wurde von der klassischen Psychiatrie bewusst nicht verwendet. Im Anschluss an Bleulers »latente Schizophrenie« sowie Hochs u. Polatins (1949) Konzept der »pseudoneurotischen Schizophrenie« wurde durch Kety et al. (1968) der Begriff »Borderline-Schizophrenie« geprägt. Leichte Denkstörungen, Affektstörungen, instabile zwischenmenschliche Beziehungen, multiple neurotische Symptome sowie mikropsychotische Episoden werden quasi als »verdünnt« schizophrene Symptomatik interpretiert, wobei enge biologisch-genetische Beziehungen zu manifest schizophren Erkrankten postuliert werden. Das Konzept der »Borderline-Schizophrenie«, welches in Zusammenhang mit der Diagnose »Latente Schizophrenie« gestellt wird, fand sogar Eingang in die ICD-9 (Dilling, Mombour u. Schmidt 1978).⁴ Die »Borderline-Schizophrenie« wird hier als eine »schlecht definierte Untergruppe der Schizophrenie« bezeichnet, bei der eine allgemein akzeptable Beschreibung der Psychopathologie kaum möglich erscheint. Daher raten die Autoren von einer allgemeinen Benutzung dieser Diagnose ab – die Beschreibung der »Borderline-Schizophrenie« werde nur für diejenigen angeboten, die sie für sinnvoll halten (1978).

Erst 1991 wird in der ICD-10 die Borderline-Störung als Persönlichkeitsstörung aufgeführt – als Untergruppe »Borderline Typus« der »emotional instabilen Persönlichkeitsstörung«. Die Deskription der Symptomatik ist allerdings eher pauschal-diffus. Die Verfasser der ICD-10 machen aus ihrer Ambivalenz hinsichtlich ihres Konzepts der Borderline-Störung allerdings keinen Hehl:

Nach anfänglichem Zögern wurde eine kurze Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ... schließlich doch einbezogen ... in der Hoffnung, die Forschung zu stimulieren. (1991/30)

Ende der 70er Jahre war ein Umschwung im Borderline-Verständnis von einer schizophränen zu einer subaffektiven Störung festzustellen: Während Klein (1977) auf die gute Ansprechbarkeit vieler Borderline-Patienten auf Antidepressiva und MAO-Hemmer hinwies, fand Stone (1979) eine große Anzahl affektiv Erkrankter unter den Verwandten seiner Borderline-Patienten. Diese Beobachtungen betrachteten Stone und Klein als Indiz dafür, dass die Borderline-Störung in der Nähe der affektiven Störungen anzusiedeln sei. Diese Auffassung wurde v.a. durch Spitzer und Endicott (1979) dahingehend revidiert, dass das heterogene Borderline-Spektrum eine Unterteilung in einen schizophrenienahen und in einen affektiven Anteil erfahren hat.

Basierend auf den Untersuchungen von Spitzer u. Endicott wurde der Begriff der »Borderline-Persönlichkeitsstörung« bereits 1980 ins DSM-III (American Psychiatric Association 1980) aufgenommen. Auch im DSM wurde eine Differenzierung des heterogenen Borderline-Spektrums in zwei unterschiedliche Pole vorgenommen: Die »Borderline-Persönlichkeitsstörung« auf der einen Seite und auf der anderen Seite die »Schizotypische Persönlichkeitsstörung«, die konzeptionell eng an die »Borderline-Schizophrenie« angelehnt war. Diese Dichotomisierung des vielgestaltigen Feldes der Borderline-Syndrome mit einer Akzentuierung entweder auf die Erscheinung emotionaler Instabilität oder auf schizophrenienaher Phänomene erwies sich fortan als sehr klärend und wurde später auch in die revidierte Fassung des DSM-III (DSM-III-R, 1987) aufgenommen – wenn auch mit einer unterschiedlichen Gewichtung der diagnostischen Merkmale.⁵ Die Autoren des DSM-III-R hielten es allerdings für umstritten, ob es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um ein spezielles Persönlichkeitssyndrom, eine subaktive Störung, die Überlappung von affektiver Erkrankung und Persönlichkeitsorganisation oder eine heterogene Sammelbezeichnung handelt. Auch führte diese forcierte Dichotomisierung des Borderline-Spektrums immer wieder zu Überlappungsproblemen mit anderen psychischen Störungen – insbesondere mit den schizophrenen Erkrankungen, den affektiven Störungen und den anderen Persönlichkeitsstörungen.

Dennoch überlebte das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung und wurde im DSM-IV (1993) beibehalten.⁶

Der aktuelle Forschungstrend rückt das Borderline-Syndrom wieder näher in die nosologische Nachbarschaft von affektiven Erkrankungen. So geht z.B. Linehan (1989, 1994) in ihrem »affektiven Vulnerabilitätskonzept« davon aus, dass Borderline-Patienten generell unter einer Dysphorie leiden. Die autodestruktiven Impulshandlungen dieser Patienten stellen gemäß Linehan spezifisch erlernte Problemlösungsstrategien dar, die der Reduktion der unerträglichen Dysphorie dienen sollen. Dieses Konzept knüpft an die Untersuchungen von Klein (1977), Stone (1979) und Akiskal (1981) an, die das Borderline-Syndrom als eine atypische Form affektiver Störungen betrachten.

Die knappe Skizzierung der Entwicklungsgeschichte des Borderline-Begriffes spiegelt die Heterogenität der Definitionen und theoretischen Konzepte der Borderline-Erkrankung wider. Das historisch ältere Konzept, das psychopathologisch deskriptive Elemente zu fassen sucht, wurde ab den 20er Jahren durchbrochen von psychodynamischen Ansätzen, die das Syndrom über Pathologien der Abwehrmechanismen, der Ich-Struktur und der Persönlichkeitsorganisation beschrieben. Die Frage, ob es sich um eine Grenzpsychose handelt (als nicht eindeutige Symptomatik beschrieben, als beginnende Schizophrenie oder nicht voll ausgebildete Schizophrenie verstanden) oder um eine Grenzneurose (in Richtung Psychose, verstanden als schwere Neurose, später »frühe Störung«), ist deshalb nicht einfach als Frage der Nomenklatur zu verstehen, sondern als grundlegend unterschiedliches Konzept. In die aktuellen Diagnosesysteme der ICD-10 und des DSM-IV gehen Anteile beider Konzepte ein, obwohl sich beide Diagnosesysteme als »rein deskriptiv« und »atheoretisch« verstehen. Die Konzepte sind aber so wesentlich theoretisch begründet und dadurch so unterschiedlich gefasst, dass sie nicht ergänzend oder überschneidend verwendet werden können.

Vor allem Vertreter der klassischen deskriptiv-phänomenologischen Psychiatrie begegnen deshalb dem Begriff »Borderline« mit Zurückhaltung und nicht selten sogar mit massiver Ablehnung. Die Gegner des Borderline-Begriffes machen geltend, dass sein Informationsgehalt durch den unterschiedlichen Gebrauch und die uneinheitliche Definition gering sei und eher dazu diene, nicht eingestandene diagnostische Unklarheit zu verschleiern als diagnostische Klarheit zu schaffen. Dieser Einwand ist nicht ganz unbegründet; er soll im Folgenden etwas genauer betrachtet werden.

Das Problem der Fehldiagnosen

Nicht einzelne, ganz spezifische psychopathologische Auffälligkeiten, sondern eher das – meist sukzessive – Auftreten einer Fülle psychopathologischer Symptome wird als pathognomonisch für die Borderline-Störung angesehen. Diese Symptome können in jeweils unterschiedlicher Kombination und Ausprägung beobachtet werden. Unten stehende Auflistung (Symptom-Einteilung gemäß AMDP-System) gibt die verwirrende Vielfalt möglicher psychopathologischer Symptome von Borderline-Patienten wieder, die anlässlich einer klinischen Studie⁷ zu Tage gefördert wurde.

Bewusstseinsstörungen: -trübung, -verminderung (nach Substanzgebrauch)

Orientierungsstörungen: zeitlich, (allgemeine Verwirrtheit)

Aufmerksamkeits-, Gedächtnisstörungen: leicht bis ausgeprägt

Formale Denkstörungen: verlangsamt, eingeengt, Grübeln

Befürchtungen, Zwänge: Misstrauen, Phobien*, Zwangsgedanken*/-handlungen*

Wahn: Beziehungswahn, Beeinträchtigungswahn

Sinnestäuschungen: Stimmenhören*, (Gedankenlautwerden)

Ich-Störungen: Depersonalisation

Störungen der Affektivität: ratlos, affektarm, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, Angst- und Panikattacken, dysphorisch, innerlich unruhig, Insuffizienzgefühle, ambivalent, Parathymie*, affektlabil

Antriebs- u. psychomot. Störungen: antriebsarm, maniert, mutistisch, (agitiert)

Andere Störungen: soz. Rückzug, Aggressivität, Suizidalität, Selbstbeschädigung, Mangel an Krankheitsgefühl u. -einsicht, Ablehnung der Behandlung

Weitere, nicht im AMDP enthaltene psychopathologische Auffälligkeiten: Verslossenheit, starke innere Spannung, Unsicherheit, verminderte Belastbarkeit, Überforderung, massive Selbstwertstörung, primitive Abwehrmechanismen (Spaltung, Verleugnung, Projektion, projektive Identifikation, Idealisierung, starke regressive Tendenz), Süchte, Beziehungsstörungen (instabil, symbiotisch, manipulativ), Homosexualität (Ich-dyston und -synton).

* traten jeweils nur bei einem Patienten auf.

Obwohl eben jenes Oszillieren des psychopathologischen Befundes als typisches klinisches Bild der Borderline-Störung betrachtet wird, verursacht dieses Phänomen sehr oft diagnostische Probleme. Wird weniger der Verlauf, sondern das jeweils aktuell beobachtbare Syndrom beurteilt – was von der ICD-10 ja nahe gelegt wird –, führt dies zu einem häufigen Wechsel der Diagnosen und bewirkt eine allgemeine Verunsicherung aller Beteiligten.⁸

Die im klinischen Alltag oft beobachteten diagnostischen Schwierigkeiten hinsichtlich Borderline-Störungen sind jedoch nicht immer nur auf die schillernde Borderline-Symptomatik zurückzuführen. Gerade die im vorangehenden Kapitel beschriebene Fülle an Konzepten zum »besseren Verständnis« der Symptomatik, Diagnostik, Genese/Ätiologie und Therapie des Borderline-Syndroms erweist sich in der Praxis eher als verwirrend denn klärend – insbesondere bei erst bescheidener klinischer Erfahrung des Therapeuten.

Es ist zu bedenken, dass der diagnostische Prozess immer auch durch Moden und Trends beeinflusst wird, die hinsichtlich gewisser Diagnosen und Störungskonzepte in einer Klinik oder auf einer Abteilung herrschen: Während auf der einen Abteilung die Borderline-Diagnose aus Prinzip nicht vergeben wird – da diese vom zuständigen Oberarzt als zu unscharf, zu pauschal betrachtet wird – kann sie auf einer anderen Abteilung geradezu inflationär verwendet werden. Die Beurteilung eines Dritten (Supervisor, Chefarzt, hausinterner Psychologe, in- und externer Gutachter, etc.) kann sich da als sehr hilfreich erweisen.

Auch können Nachlässigkeiten wie mangelhafte Erhebung des Psychostatus oder lückenhafte Anamnese die diagnostische Entscheidungsfindung negativ beeinflussen und zu Fehldiagnosen führen. Ebenso geht das Verhaftetsein an einer einmal gestellten Diagnose – aus Unsicherheit oder Bequemlichkeit – auf Kosten einer sauberen Diagnosestellung.⁹

Gegenübertragungsphänomene begleiten den diagnostischen Prozess meist in irgendeiner Form – teils bereichernd, teils störend. Wo negative Gegenübertragungsreaktionen mit Vorurteilen speziellen Patienten-Gruppen gegenüber einhergehen, ist eine korrekte Diagnostik nicht gewährleistet, denn nicht selten kommt es dabei zu »Kurzschluss-Diagnosen«. Dieses eher unerfreuliche Phänomen des klinischen Alltags konnten wir gerade im Zusammenhang mit der so schwer fassbaren Borderline-Störung recht häufig beobachten. Die untersuchten Krankengeschichten¹⁰ und eine erste Befragung von MitarbeiterInnen des ärztlichen und Pflege-Dienstes bestätigen diese Beobachtung.

Borderline-Patient = »schwieriger Patient«

Eindrücklich ist die sowohl in der Praxis vielfach geäußerte als auch in der Literatur zuhauf vorgefundene Meinung, Borderline-Patienten seien »schwierige Patienten«. Handelt es sich dabei lediglich um ein plattes Vorurteil, oder können wir davon ausgehen, dass diese Einschätzung berechtigt ist? Zur Klärung dieser Frage wurde zum einen eine umfangreiche

Literaturrecherche vorgenommen und zum anderen eine AssistenzärztInnen- und Pflegepersonalbefragung¹¹ durchgeführt.

Unserer Erkenntnis zufolge bezieht sich das »Schwierigsein« der Borderline-Patienten auf zwei unterschiedliche Ebenen: »Schwierig« sind diese Menschen deshalb, weil sie zum einen diagnostisch schwer zu fassen sind, da es sich oftmals um Patienten mit polymorpher, nicht eindeutiger psychopathologischer Symptomatik handelt, deren Diagnose teilweise lange Zeit offen bleibt. Die therapeutischen Leitlinien werden infolgedessen häufig verändert oder nur inkonsequent durchgehalten. Zum anderen gestaltet sich der Umgang mit Borderline-Patienten als »schwierig«, denn gemäß den Aussagen der befragten AssistentInnen und Schwestern, werden die Borderline-Patienten auf der Abteilung tatsächlich oft als »mühsam« erlebt. Das schwierige Verhalten eines Patienten wird selbst zum prominenten Symptom und dominiert die anderen Symptome. Hinzu kommt die Vorerwartung, einen »schwierigen Menschen« vor sich zu haben, sobald das Stichwort »Borderline« gefallen ist. Diese Erfahrung aus dem klinischen Alltag wird durch die Literatur vielfach bestätigt. Sehr oft schon in der Einführung oder spätestens bei der Erörterung der Therapeuten-Patienten-Beziehung ist die Rede vom Borderline-Patienten als dem »schwierigen Patienten« oder »Problempatienten«. Schwartz-Salant dazu:

Der Begriff »Borderline« ist in der klinischen Praxis zu einem Modewort geworden. In Besprechungen bestätigen Therapeuten einander, »wie schwierig sie sind« – gemeint sind die Borderline-Patienten – und neigen dazu, sich gegenseitig zu bemitleiden. (1991/33)

Grotstein, Solomon und Lang betrachten dies borderlinespezifische »Schwierigsein« als eine Herausforderung für jeden beteiligten Therapeuten – es sei letztlich auch die Triebfeder enormer Forschungsanstrengungen im Bereich der Borderline-Diagnostik und -Therapie:

A most striking characteristic of those difficult patients we call borderline is that they elicit energetic concern from their therapists. They challenge us. As individuals, they can disturb and challenge us in our offices and hospitals. As a group, they challenge nearly every aspect of our theory and our technique. Every major area of conceptualisation, be it nosology, or psychobiology, or transference and countertransference, or the very definition of what is curative in therapy, is tested to its limits by the enigmas encountered when we attempt to apply the concepts to borderline patients. (1987/xvii)

Das »schwierige« Verhalten der Borderline-Patienten

Der Umgang mit Borderline-Patienten stellt für die behandelnden Personen (Ärzte, Pflegepersonal, Psychologinnen, Sozialarbeiter, etc.) meist eine besondere Herausforderung dar. Weshalb aber wird der zwischenmenschliche Kontakt mit Borderline-Patienten generell als derart schwierig oder mühsam erlebt? Literatur und Klinikalltag liefern eine ganze Reihe typischer Verhaltensweisen von Borderline-Patienten, die als besonders problematisch erachtet werden:

- Immenses Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Zuwendung: Der Therapeut bzw. das Pflegepersonal hat der Patientin quasi permanent zu Diensten zu stehen.
- Manipulatives Verhalten gegenüber den Behandelnden, um deren Zuwendung zu erwirken: Dies geschieht entweder im direkten Kontakt mit den Behandelnden oder aber indirekt: z.B. Simulation von körperlichen Beschwerden oder absichtliches Herbeiführen von somatischen Komplikationen zum Zwecke intensiverer Zuwendung (Gespräche, Medikamente, etc.) Das Münchhausensyndrom stellt eine Extremform solch (selbst- und fremd-) manipulativen Verhaltens dar (Sansone u. Sansone, 1995/170f).
- Missachtung von persönlichen Grenzen und sozialen Normen: z.B. Duzen des Behandelnden zur Herstellung von Nähe und Vertraulichkeit oder als trotzig-aggressive Missachtung sozialer Gepflogenheiten (Demonstration eigener Autonomie).
- Spalten des Teams: Mit verschiedenen Teammitgliedern »Spezialverträge« bezüglich diverser Verbindlichkeiten, wie persönliche Nähe, Behandlungsform, »Ämtchen« und Abteilungsregeln, etc. aushandeln oder Teammitglieder gegeneinander ausspielen – was unweigerlich zu Unstimmigkeiten im Team führt.
- Idealisierung vs. Entwertung: Therapeuten, Pfleger, etc. erleben in ihrer Beziehung mit Borderline-Patienten oft starke Qualitätsschwankungen, welche auf die borderlinetypische Spaltungstendenz (Dichotomisierung in »ganz gut« vs. »ganz böse«) zurückzuführen sind. So kann einer zu Beginn der Therapie als Supertherapeut idealisiert werden, um später – meist aufgrund der starken Kränkbarkeit und erhöhten Aggressionsbereitschaft der Patientin – zum Versager, zur »Niete«, etc. zu »avancieren«.
- Rasches Umschlagen der Stimmung: Euphorie vs. Depression, Verzweiflung oder unbändige Wut. Die Unvorhersehbarkeit solch rascher Stimmungswechsel erschwert den Umgang mit diesen Patienten ungemein.

Der schlechte Ruf der Borderline-Patienten

Borderline-Persönlichkeiten scheinen ihres schwierigen zwischenmenschlichen Verhaltens wegen von Therapeuten und betreuendem Pflegepersonal wenig geschätzt zu werden – dies spiegelt auch die Literatur. Immer wieder treffen wir auf negative, abwertende Charakterisierungen dieser teilweise gar gefürchteten Patientengruppe. Diese negative Einstellung hat auch Konsequenzen für die pflegerischen bzw. therapeutischen Bemühungen um diese Patienten. Snyder u. Pitts halten dazu folgendes fest:

The pejorative use of the term »borderline« may be quickly recognized by these groups (Therapeuten, Pfleger, etc.; JZW) of hospital personnel. When this is combined with their own personal negative encounters with these patients, a hostile, rejecting attitude may result in institutionalized resistance to initiating projects with these patients. (1986/136)

Eine Stimme aus der Akutabteilung belegt dies eindrücklich: Auf die Frage, welche Gefühle oder Gedanken sie habe, wenn sie erfahre, dass ein Patient mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung in ihre Abteilung eintreten werde, meint eine Stationschwester:

Bitte nicht! Nicht schon wieder! Muss das sein? Könnte der nicht auf eine andere Abteilung? Und dann kommen alte Erinnerungen hoch: Ohnmachtsgefühle. Ich habe bisher noch nie das Gefühl gehabt, dass ein »Borderliner« nach dem Aufenthalt auf unserer Akutabteilung draußen oder auf einer anderen Station wieder besser funktionieren konnte. Da ist therapeutisch so wenig auszurichten.

Doch nicht nur ihr Verhalten sondern auch die schillernde psychopathologische Symptomatik dieser Patientinnen erscheint offenbar vielen Behandelnden anrühlich und ethisch unakzeptabel:

It is my impression that much that is written about borderline patients, whether from the point of view of their sexual lives, the status of their object relations, or their narcissism, is pejorative in tone and deviates considerably from the more measured and thoughtful assessments of neurotic psychopathology found in the literature... It is my impression, furthermore, that there has been a generalized failure to differentiate between borderline patients as »bad patients« and as »bad persons«. (Friedmann, 1979/124)

Rohde-Dachser geht in ihrem Vorwort zur 4. Auflage ihres Buches *Das Borderline-Syndrom* sehr ausführlich ein auf die Probleme der Stigmati-

sierung von Borderline-Patienten zu »Problempatienten« sowie den abwertenden Gebrauch der Borderline-Diagnose:

»Borderline« ist weiter im Gespräch geblieben, hat Therapeuten, Wissenschaftler, Studierende beschäftigt,... (ebenso, JZW). Menschen, die in ihrem psychischen Leiden nach einer Orientierung suchten... Manche von ihnen haben sich bei der Lektüre (meines Buches, JZW) offenbar verstanden gefühlt oder sogar getröstet ... Es gab auch Patienten, für die dieses Etikett zum Stigma wurde, da es sie in den Augen der Umwelt (und oft genug auch in ihren eigenen!) zu Schwerkranken stempelte, zu Problempatienten, schlimmer noch: zu psychischen »Versagern«. Ich konnte nicht verhindern, dass dieses Buch auch diese Wirkung hatte, und dass es unwillentlich zur Verbreitung einer nosologischen Signatur beitrug, die eigentlich dem Verständnis des Patienten dienen sollte, entgegen dieser Intention offenbar aber auch in den Dienst seiner Desavouierung trat. Dass und warum Borderline-Patienten immer wieder eine solche Desavouierung unwissentlich auch provozieren, habe ich in diesem Buch ausführlich beschrieben. Ich habe aber auch darzustellen versucht, dass eben diese Ablehnung, auf die diese Patienten in der therapeutischen Szene immer wieder treffen, Ausdruck (und weitere Ursache!) ihrer inneren Not ist, die auf Akzeptanz hofft, trotz aller möglicherweise gegenteiligen Signale. Es ist mir trotzdem nicht gelungen den abwertenden Gebrauch der Diagnose zu verhindern. (1989/9)

Typische Gegenübertragungsreaktionen

Gemäß Friedmann geht der schlechte Ruf der Borderline-Patientinnen letztlich auf deren »schwieriges«, unstabiles Beziehungsverhalten zum Therapeuten zurück. Die häufigen Einbrüche der unter Mühen erreichten Therapieerfolge lassen einen an der Behandelbarkeit dieser Patienten zweifeln und wecken über kurz oder lang Frustrationsgefühle im Therapeuten:

...(Borderline-patients, JZW) will continue to show their tendency toward unpredictable emotional upsets particularly in the transference. It is the stormy interludes following periods of apparently reasonable functioning and growth in therapy that give these patients their bad reputation. It is the failure to recognize that these dreaded stormy reactions are neither curative nor helpful that causes many psychotherapeutic efforts with borderline patients to end in disastrous long-term-hospitalizations. (1979/138f)

Nebst Frustration und Enttäuschung werden als weitere typische Gegen-

übertragungsreaktionen im Umgang mit Borderline-Patienten Wut und Hass (z.B. wegen Manipulation, Agieren) beschrieben, ferner Kränkung (z.B. wegen Entwertung) sowie Gefühle der Omnipotenz oder des Versagens (Identifikation mit den Rollen, die der Patient auf den Therapeuten projiziert: omnipotenter Heiler vs. Versager). Auch Angst wird nicht selten beschrieben – sei dies wegen Feindseligkeiten des Patienten, Manipuliertwerden oder Suiziddrohungen. Schwartz-Salant dazu:

... die Borderline-Persönlichkeitsstörung ... schafft in der Psychotherapie tatsächlich außergewöhnliche Probleme, von denen die starken negativen Reaktionen im Therapeuten keineswegs die geringsten sind. In besonders schwierigen Zeiten einer Behandlung kann der Therapeut sogar das Kommen eines Borderline-Patienten fürchten und im Voraus Angst empfinden oder eine gewisse Phobie vor dem Patienten entwickeln. (1991/33)

»Schwierige« Patientin = Borderline-Patientin

Das schwierige zwischenmenschliche Verhalten der Borderline-Patientin pflegt beim behandelnden Gegenüber heftige Gegenübertragungsreaktionen auszulösen. Manche Autoren betrachten daher solch ausgeprägte Gegenübertragungsphänomene beim Therapeuten als ernsthaften Hinweis für das Vorliegen einer Borderline-Störung beim behandelten Patienten. Für Zanarini et al. (1990) beispielsweise, gehören ausgeprägte Gegenübertragungsreaktionen zu den sieben am meisten diskriminationsfähigen Merkmalen der Borderline-Diagnose. Und bei Rosowsky u. Gurian lesen wir:

The countertransference experienced in treating borderline patients is among its most robust diagnostic features, and responses of others to the borderline patient remain relatively constant throughout the patient's life. (1992/388)

Pütterich, einer der Autoren der deutschen Fassung des DIB (Diagnostic Interview for Borderlines, Gunderson, 1978) weist ebenfalls darauf hin, dass die letzte Gewissheit, ob eine Borderline-Persönlichkeit vorliegt, nur durch ein intensives Übertragungs- und Gegenübertragungserleben im therapeutischen Setting gewonnen werden könne. Die Berücksichtigung solcher Gegenübertragungsreaktionen betrachtet Pütterich als wesentliches Element des diagnostischen Prozesses – das diagnostische Instrument DIB sei lediglich dazu geeignet, eine diagnostische Vorentscheidung zu treffen. (1985)

Das Borderline-Gefühl als Diagnosekriterium

»Das ist doch ein typischer Borderliner...« oder »der wirkt so borderlinehaft...«. Derartige Äußerungen von AssistentInnen, OberärztInnen, Pflegepersonal, etc. erinnern einen an das sogenannte »Praecox-Gefühl«, einen durch Rümke (1958) geprägten Begriff, der den Schizophrenie-Diskurs Ende der 50er Jahre tüchtig stimuliert hatte. Das »Praecox-Gefühl« – so Rümke – stelle sich bei einem erfahrenen Psychiater quasi automatisch ein, wenn er einen schizophrenen Patienten vor sich habe. Es sei weniger die schizophrene Symptomatik, die dieses spezielle Gegenübertragungsgefühl wecke, sondern der gesamte Habitus des Patienten – äußere Erscheinung, Haltung, Bewegungsabläufe, Sprache, etc. – mute einem als typisch schizophren an.

Das »Borderline-Gefühl« meint in analoger Weise, dass im Umgang mit gewissen Patienten das untrügliche Gefühl aufkommt, dass es sich bei diesem Menschen nur um eine Borderline-Patientin handeln könne.

Grotstein, Solomon u. Lang halten fest, dass beim Therapeuten bereits während der ersten Begegnung mit einem Borderline-Patienten ein eigenartiges Gefühl – vermutlich analog dem »Praecox-Gefühl« – aufkommt, das letztlich für die Diagnose ausschlaggebend sein wird:

At the initial stage of encounter, the therapist may typically recognize that, in some hard-to-specify way, this is going to be a »difficult« patient. ... In the effort to size up the possibly borderline patient, most clinicians have stressed that an unusual amount of reliance is often placed on the feelings the patient evokes in the therapist. These feelings are difficult to define and to manage. They do not always take the form of what has classically been considered »countertransference«, but they generally provide the most reliable guide to a diagnosis or a diagnostic impression, which can be confirmed by detailed observations and interactions over time. (1987/8)

Im 1994 veröffentlichten Artikel von Krämer u. Pflug, *Die Diagnostik des Borderline-Syndroms* im klinischen Alltag, ist die Rede von einer »emotionalen Resonanz«, die sich beim Arzt angesichts von Borderline-Patienten einstelle. Nebst dieser »emotionalen Resonanz« spiele ein bestimmter »klinischer Gesamteindruck des Patienten« eine entscheidende Rolle im diagnostischen Prozess:

Möglicherweise sind es weniger die »harten« Symptome oder das Zutreffen von Punkten der Diagnosekriterien, die zu der Diagnosestellung »Borderline-Persönlichkeitsstörung« führen, sondern ein bestimmter klinischer Gesamteindruck, der mit der emotionalen Resonanz des Arztes auf den Patienten verbunden ist. (1994/228)

»Emotionale Resonanz« und »klinischer Gesamteindruck« bilden vermutlich dies schwer zu umschreibende »Borderline-Gefühl«. Bei Dulz stoßen wir in ähnlicher Weise auf dieses spezielle Gegenübertragungsgefühl, das als diagnostischer Wegweiser benutzt werden kann:

Ein wichtiges Merkmal für das Erkennen einer Borderline-Störung ist eine ganz spezifische Art von heftiger Gegenübertragung bei allen, die mit diesen Patienten arbeiten... Bei fachlicher und persönlicher Kompetenz ist es möglich, sich Gegenübertragungsgefühle in der Psychotherapie zu Nutze zu machen – etwa wenn in dem Therapeuten im Erstgespräch eine Emotion entsteht und wahrgenommen wird, die bei hinreichender Kenntnis der eigenen emotionalen Reaktionen auf bestimmte Patienten in Verbindung mit klinischer Erfahrung diagnostische Aufschlüsse geben kann. Dies ist vergleichbar mit jenem »Praecox-Gefühl«, das erfahrene Psychiater von der Exploration eines Schizophrenen her kennen... Die Einschätzung des psychischen Zustandes eines Borderline-Patienten ist also häufig im wahrsten Sinne des Wortes »Gefühlssache«, wobei hier das Gefühl des Therapeuten, also die Gegenübertragungsreaktion gemeint ist. Nach sogenannten objektiven Hinweisen sucht der Therapeut manches Mal vergebens. (1997/43)

Dies sogenannte »Borderline-Gefühl« ist nicht nur Therapeuten vorbehalten – es stellt sich auch beim Pflegepersonal ein. Danach befragt, ob bei ihr angesichts bestimmter Patienten gelegentlich das untrügliche Gefühl aufkomme, dass es sich bei diesem Menschen nur um einen Borderline-Patienten handeln könne, berichtet eine Krankenschwester einer Akutabteilung:

Ja, wenn ich den Eindruck habe, dass der (Patient) jetzt ganz komisch ist, in kein Schema hineinpasst und v.a. auch ein mühsames Verhalten zeigt. Etwas Negatives, Unangenehmes muss immer dabei sein.¹⁴

Missbräuchliche Verwendung der Borderline-Diagnose

So praktisch es sein mag aufgrund heftiger negativer Gegenübertragungsreaktionen auf eine bestimmte Störung schließen zu können, so schwierig scheint für viele Untersucher bzw. Therapeuten der sorgfältige Umgang mit diesem reichlich subjektiven »Diagnose-Kriterium« zu sein. Auf den misslichen Umstand, dass es im klinischen Alltag wohl nicht selten zu einer missbräuchlichen Verwendung der Borderline-Diagnose kommt, wird in der Literatur mehrfach hingewiesen. Die Gründe für einen Missbrauch der Borderline-Diagnose erscheinen sehr vielfältig – doch dürften im We-

sentlichen die heftigen Gegenübertragungsreaktionen selbst für eine missbräuchliche Diagnosestellung verantwortlich sein. Zusammenfassend schreibt Richards:

A patient may be labeled borderline because the physician is frustrated, angry, or does not like the patient. Tagging a patient borderline may be used to explain away treatment failures and countertransference acting out. (1989/7f)

In der Literatur findet sich eine ganze Reihe von Hypothesen zu den möglichen Gründen für eine missbräuchliche Verwendung der Borderline-Diagnose:

- Borderline-Diagnose als Abwertung eines Patienten zur Stützung der eigenen Selbstachtung: Gemäß Glazer ist die Borderline-Diagnose aufgrund ihres pejorativen Beigeschmacks bestens dazu geeignet, feindselige, fordernde und schwierig zu behandelnde Patienten damit zu entwerten – zur Abwehr von Gegenübertragungsangst und damit zum Erhalt der eigenen Selbstachtung:
There is a devaluation of the patient, the motive for which is readily apparent: anxiety. When confronted by a patient who might make us anxious by their hostility, recalcitrance, and general taxing of our skills, devaluation is a common defense. We disparage the patient instead of ourselves, thereby safeguarding our self-esteem. (1979/377)
- Borderline-Diagnose als Abwehr von eigenen uneingestandenen oder unbewussten persönlichen Unzulänglichkeiten des Therapeuten: Die Diagnose schafft künstliche Distanz zwischen dem Therapeuten und dem Borderline-Patienten. Rosegrant dazu:
Borderlines becomes »them« and therapists and higher functioning people are »us«. This defense can help the therapists feel safer from the regressive puls of working with borderline patients. (1995/409)

Und Glazer präzisiert:

... borderline patient is someone quite different from the therapist. Therapists will readily own up to hysterical, obsessive-compulsive, even schizoid traits in themselves but never have I heard one identify with borderline traits. These individuals are seen as qualitatively different. (1979/378)

- Abwehr von »oedipalem klinischem Material«: Reiser et al. konnten mehrfach beobachten, dass neurotisch gestörte Patienten von ihren Therapeuten kränker, schwerer gestört eingeschätzt wurden, als dies effektiv der Fall war – anstelle einer Neurosen-Diagnose wurde die Borderline-Diagnose gestellt. Auch hier dient diese »Pathomorphisierung« der Patienten dem Schutze des eigenen Selbstwertgefühls:

Confronted with an oedipally fixated patient, male or female, one whose unconscious conflicts may closely resemble the trainee's own, the trainee responds in a predictable way: He claims that such a patient is »sicker than he looks«. (1984/1531)

- Identifikation mit dem Patienten: Im klinischen Alltag zeigt sich gelegentlich, dass zum – vermeintlichen – Schutze des Patienten anstelle der Diagnose Schizophrenie die Borderline-Diagnose gestellt wird. Um eine Stigmatisierung des Patienten durch die »schreckliche« Diagnose Schizophrenie zu verhindern, wird also die »mildere« Borderline-Diagnose gewählt.
- Labeling: Gemäß einer Hypothese von Henry et al. (1995) wird die Diagnose Borderline-Störung viel eher bei Frauen als bei Männern gestellt, da das typisch männliche Verhalten dem Borderline-Verhaltensstil (z.B. das sexuelle Verhalten) viel näher sei als das typisch weibliche Verhalten. (1983/1529)
- Verkenning organischer Störungen: Schmid et al. (1989) beschreiben einen als Borderline-Störung verkannten Fall von generalisierter Epilepsie, bei dem zeitweilig borderline-ähnliche psychopathologische Symptome auftraten.

Bei Reiser et al. (1984) finden sich zahlreiche weitere Hypothesen zu den möglichen Gründen für eine missbräuchliche Verwendung der Borderline-Diagnose:

- Borderline-Diagnose als Ausdruck von Gegenübertragungs-Hass: Reiser et al. haben verschiedentlich beobachtet, dass der Begriff »Borderliner« – von Therapeuten notabene – quasi als Schimpfwort für wenig geschätzte Patienten verwendet wurde. Seines theoretischen Hintergrundes völlig entkleidet kaschiere dieser technische Begriff dann lediglich Gegenübertragungs-Hass. (1984/1528f)
- Maskierung von nachlässigen, unpräzisen diagnostischen Überlegungen: Durch das Kreieren einer Illusion – der Diagnose Borderline-Störung – versuche manch ein Therapeut seine eigene (diagnostische) Verwirrung und Unsicherheit zu klären; dies wollen Reiser et al. in ihren Supervisionen gelegentlich festgestellt haben. (ebd./1529f)
- Rechtfertigung für Ausagieren der Gegenübertragung: Die Autoren berichten über einen Therapeuten, der angesichts seiner ausnehmend attraktiven jungen Patientin Empathie und Anteilnahme verweigerte. Die Angst vor den eigenen heftigen Gegenübertragungsgefühlen trieb ihn in eine große emotionale Distanz zur Patientin.
All therapists will at times feel a pull to be seductive or be seduced. It is not always easy for a therapist to be an object of adoration and occasionally of overt sexual desire. Many therapists respond to such

transference pressures by becoming excessively aloof and distant ..., others respond by behaving in ways that are grandiose and overseductive... The therapist who is grandiose and seductive argues that he is introducing necessary »parameters« to treat his »borderline« patients. The therapist who is rigid ... offers the identical argument – invoking concepts of »limit setting« and »rigid frames« in the treatment of borderline patients... (ebd./1539)

- Rationalisierung von therapeutischem Fehlverhalten oder Therapie-misserfolgen: Den Grund für das Scheitern einer Therapie beim Patienten zu suchen, ist sicher einfacher, als den Misserfolg als eigene schwache Leistung verbuchen zu müssen. Da mutiere manch ein schwieriger Patient im Nachhinein zum nur schwer therapierbaren »Borderliner« (ebd./1529f).
- Rationalisierung für das Vermeiden einer medikamentösen Therapie: Reiser et al. nennen das Beispiel einer Psychologin, welche durch die Verwendung der Borderline-Diagnose ihre eigenen Interessen – mit einem schizophrenen Patienten Langzeittherapien durchführen zu können – gewahrt haben wollte. (ebd./1531)

Erschreckend und geradezu grotesk wirken die meisten der oben genannten Gründe für eine missbräuchliche Verwendung der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung – ganz zu schweigen von den Folgen, die ein solch unreflektiertes, nachlässiges Verhalten auf die betroffenen Patienten haben kann.

Dulz warnt daher zu Recht vor dem raschen diagnostischen Etikettieren schwieriger Patienten – »zumeist jene, die zahlreiche Symptome aufweisen und besonders gestört bzw. nicht oder nur wenig terapiemotiviert sind« (1997/11) – als »Borderliner«:

Diese Patienten bereiten uns häufig im Klinikalltag selbst in scheinbar banalen Situationen Probleme. Dies darf aber nicht dazu führen, dass alle Patienten, deren Diagnose unklar geblieben ist oder die mit dem Etikett »unangenehme Zeitgenossen« versehen werden und abgelehnt werden, fast automatisch als »Borderliner« eingestuft werden. Die Borderline-Störung ist ... keine Ausschlussdiagnose, sondern muss positiv nachgewiesen werden ... (ebd.)

Das Borderlinekonstrukt

Die umfangreiche Begleitliteratur zu den Diagnosesystemen DSM (Version III-R und Version IV) und ICD-10 hat wiederholt darauf hingewiesen, dass die Idee eines international konsensfähigen Diagnosesystems, das

darauf beruht, »atheoretisch« zu sein, aus theoretischen und klinischen Gründen nicht greifen kann: Zunächst ist es nicht möglich Diagnosen theoriefrei zu konzipieren. Es ist allenfalls möglich, dass unterschiedliche Autoren bzw. Leser und Leserinnen unter denselben Begriffen – auf ihrem jeweiligen theoretischen Hintergrund – Unterschiedliches verstehen. Birley spricht davon, dass bereits das DSM-III ein »essenziellistischer Wolf im nominalistischen Schafspelz« sei (1990/116). Beobachtungen im theoretischen Vakuum sind nicht möglich. (Birley 1990, Scadding 1996) Der zugrunde liegende Essenziellismus ist weit überwiegend ein biologischer, wenngleich er nicht vollständig durchgehalten werden kann, wie Scadding zeigt. Kein anderes medizinisches Fachgebiet jedoch war in der Vergangenheit bestrebt ein systematisch kohärentes Diagnosesystem aufzubauen. Darum scheint sich allein die Psychiatrie zu bemühen, und zwar in einer Zeit, in der Psychiatrie wie die Medizin insgesamt daran interessiert ist, sich als Naturwissenschaft zu begreifen.

Nachdem es international gelungen ist, sich von etwa 40 verschiedenen Diagnosesystemen auf zwei (DSM und ICD) zu einigen, entstehen derzeit wieder neue Systeme. Sie weisen darauf hin, dass das Bemühen um einen rein deskriptiven Ansatz in kürzester Zeit unbefriedigend geworden ist. Die »operationalisierte psychodynamische Diagnostik« versteht sich als Ergänzung zu ICD und DSM (Arbeitskreis OPD 2. Auflage 1998). Sie will zur Deskription die Psychodynamik wieder einführen und systematisieren. Da aber auch hier eine einheitliche theoretische Grundlage fehlt, sind die Konzepte – nach vorhergehendem Training – womöglich einigermaßen reliabel, jedoch nicht valide. Das Grundproblem der bestehenden Diagnosesysteme wurde damit nicht aufgehoben, wohl aber ihre Begrenzung demonstriert. In absehbarer Zeit sollen zusätzlich Pflegediagnosen in die klinische Behandlung eingeführt werden, da die von Ärzten erstellten Diagnosen für die Pflege als Handlungsanleitung nicht befriedigend sind. Es bleibt abzuwarten, welche weiteren Systeme folgen werden. Offensichtlich wird mit dem Bemühen um Deskription und theoretische Zurückhaltung nur ein Teil der Ansprüche erfüllt werden können, die an ein möglichst objektives, international gültiges Diagnosesystem gestellt werden.

Dieser Mangel ruft eine wesentliche Ausgangsüberlegung der Diagnosesysteme wieder ins Bewusstsein: Die Diagnosen sind keine real existierenden Entitäten, sondern Konstrukte. Sie versuchen auf der deskriptiven Ebene zu fassen, was nicht ursächlich beschrieben werden kann. Die Grenzen dieser Systematik zeigt in besonderer Weise das Konstrukt der »Borderline-Störung«: Ihre Deskription bleibt so vage, dass der Ausdehnung des Konzeptes für vielerlei Syndrome sowie der missbräuchlichen Verwendung Tür und Tor geöffnet sind. Aus der Beschreibung der ICD-10 geht hervor, dass sich die Autoren dieser Problematik bewusst waren.

Die Literaturzitate haben gezeigt, dass immer mehr Autoren zu dieser Feststellung gelangt sind. Dennoch hat die Diagnosestellung einer »Borderline-Störung« eher zu- als abgenommen. Sie ist fast so etwas wie eine Modediagnose geworden, unter der sich vielerlei Aspekte fassen lassen, nicht zuletzt eine breite Gruppe jener Patientinnen, die bis vor einigen Jahren mit dem Etikett einer »hysterischen Neurose« oder einer »hysterischen Persönlichkeitsstörung« versehen wurden. Bis zu 75 % der so beschriebenen Personen sind Frauen (Herpetz et. al. 1998). Daneben werden unter dem Begriff weiterhin Grenzzustände zur schizophrenen oder schizoaffektiven Psychose subsumiert, wenn nach den neuen Diagnosesystemen im Untersuchungszeitraum keine eindeutigen Symptome fassbar sind. Ebenso werden schwierige Gegenübertragungskonstellationen im Rückschluss auf Borderline-Störungen zurückgeführt.

All dies spricht dafür, was bisher unter der »Borderline-Störung« zusammengefasst wurde, als Syndrom zu fassen, das vielerlei Ursachen haben kann. Es eignet sich allem Anschein nach nicht für eine eindeutige Diagnose, sondern umfasst einen Zustand instabiler Befindlichkeit, der sowohl im An- oder Abklingen einer schizophrenen oder schizoaffektiven Psychose auftreten kann, im Rahmen von posttraumatischen Belastungsstörungen, als Reaktion auf schwere aktuelle Lebenskrisen (»Anpassungsstörung«) wie aus einer sich zuspitzenden, aggressiv getönten Gegenübertragungssituation. Als Modediagnose eignet sich das Borderline-Syndrom aufgrund seiner schillernden Natur, womöglich aber auch deshalb, weil es in der derzeitigen theoretischen Diskussion zwingende Auseinandersetzungen vermeiden hilft. Und schließlich haben vielerlei Zustände hier einen Platz gefunden, angefangen von bisher als »hysterisch« bezeichneten Symptomen bis hin zur »multiplen Persönlichkeit«.

Anlass dieser Arbeit war der klinische Eindruck, dass die Diagnose der »Borderline-Störung« in einer großen Versorgungsklinik in den letzten Jahren drastisch zugenommen hatte. Literaturübersicht, explorative Befragung von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik, die Auswertung von Basisdaten sowie ein erstes Aktenstudium dienten der Entwicklung einer genaueren Fragestellung. Die vorliegende Analyse zeigt, dass der Begriff der »Borderline-Störung« noch weitaus problematischer ist als bisher angenommen. Möglicherweise kann das »Borderline-Syndrom« von einer enger zu fassenden »Borderline-Störung« unterschieden werden. Vorläufig muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Diagnose einer »Borderline-Störung« nicht gerechtfertigt ist, sondern allenfalls von einem »Borderline-Syndrom« die Rede sein darf.

Anmerkungen

- 1 Die historische Entwicklung des facettenreichen Begriffes Borderline kann hier nur skizzenhaft wiedergegeben werden. Es wird lediglich eine Auswahl an Borderline-Konzepten vorgestellt – insbesondere Konzeptionen zur Genese/Ätiologie fallen hier sehr spärlich aus. Als Übersichtsarbeit ist das Werk »Das Borderline-Syndrom« von Rohde-Dachser (1991) zu empfehlen.
- 2 Dieses diagnostische Hilfsmittel kann hier aus Platzgründen nicht eingehend beschrieben werden. Der interessierte Leser wende sich an die entsprechende Literatur: Kernberg, 1977: The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartocollis, P. (Ed.): Borderline Personality Disorders.
- 3 Siehe Gunderson, 1985: Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom. Deutsches Manual.
- 4 Auf die vollständige Nennung der diagnostischen Merkmale, die zur Diagnosestellung der Borderline-Schizophrenie bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt sein müssen, muss hier ebenfalls verzichtet werden. Der interessierte Leser konsultiere die entsprechende Literatur: Dilling et al. (Hrsg.) 1991: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10.
- 5 Die jeweiligen diagnostischen Merkmale, die gemäß DSM-III und DSM-III-R zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt sein müssen, entnehmen Sie den entsprechenden Manualen: American Psychiatric Association 1980 bzw. 1987.
- 6 Die diagnostischen Merkmale finden Sie in: American Psychiatric Association 1993.
- 7 Unveröffentlichte Studie zur Borderline-Psychopathologie von J. Zehnder-Walthert in Zusammenarbeit mit U. Hoffmann-Richter und A. Finzen, PUK Basel, 1997. Es wurden insgesamt neun Krankengeschichten von Patienten (fünf Frauen und vier Männer), welche 1994 erstmals unter der Diagnose F60.31 emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus in der PUK Basel hospitalisiert waren, hinsichtlich vorgefundener psychopathologischer Auffälligkeiten untersucht.
- 8 Zum Thema Oszillieren der Borderline-Psychopathologie und der Diagnosen ist eine Publikation von J. Zehnder-Walthert und U. Hoffmann-Richter in Vorbereitung.
- 9 Zum Vorgehen bei der psychiatrischen Diagnosestellung, der Anwendung des AMDP-Codiersystems etc. (Daten stammen aus der PUK Basel) ist eine Publikation von J. Zehnder-Walthert und U. Hoffmann-Richter in Vorbereitung.
- 10 Eine detaillierte Borderline-Kasuistik ist in Vorbereitung (J. Zehnder-Walthert/U. Hoffmann-Richter)
- 11 Unveröffentlichte Resultate aus der PUK Basel, erhoben durch J. Zehnder-Walthert, in Zusammenarbeit mit U. Hoffmann-Richter und A. Finzen, PUK Basel, 1997.
- 12 Zum Thema Oszillieren der Borderline-Psychopathologie und der Diagnosen ist eine Publikation von J. Zehnder-Walthert und U. Hoffmann-Richter in Vorbereitung.
- 13 Unveröffentlichte Resultate aus der PUK Basel, erhoben durch J. Zehnder-Walthert, in Zusammenarbeit mit U. Hoffmann-Richter und A. Finzen, PUK Basel, 1997.
- 14 Unveröffentlichte Resultate aus der PUK Basel, erhoben durch J. Zehnder-Walthert, in Zusammenarbeit mit U. Hoffmann-Richter und A. Finzen, PUK Basel, 1997.

Literatur

- Akiskal, H.S. (1981): Sub-affective disorders, dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm. *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 4, 25-46.
- American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM III). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM III-R). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1993): Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM IV) draft criteria. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik, Grundlagen und Manual. 2., korrigierte Auflage. Bern: Hans Huber
- Birley, J.L.T. (1990): DSM III: From Left to Right or from Right to Left? *British Journal of Psychiatry*, 157, 116-118.
- Bleuler, E. (1911): *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Wien: Deuticke. Nachdruck: Tübingen, edition diskord 1988
- Chessik, R.D. (1966): The psychotherapy of borderland patients. *Amer. J. Psychother.*, 20, 600.
- Clark, L.P. (1919): Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neurosis and psychoses. *Psychoanal. Rev.*, 6, 306-308.
- Deutsch, H. (1942): Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal. Q.*, 11, 301-321.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1978): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-9. Bern Göttingen Toronto: Huber.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Bern Göttingen Toronto: Huber.
- Dulz, B. (1997): *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Dunaif, S.; Hoch, P.H. (1955): Pseudopsychopathic schizophrenia. In: Hoch, P.H.; Zubin, H. (Hrsg.): *Psychiatry and the Law*, 169-195. New York: Grune and Stratton.
- Fiedler, P. (1995): *Persönlichkeitsstörungen*. 2. Auflage Psychologie. Weinheim: Verlagsunion.
- Friedmann, H. J. (1979): Exaggerated Transference Conflict as a Criterion for the Diagnosis of Borderline Personality. *The Hillside Journal of Clinical Psychiatry*.1/2; 123-142.
- Frommer, J.; Reissner, V. (1997): Neuere Ansätze zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 65, 34-40.
- Frosch, J. (1964): The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. *Psychiatr. Q.*, 38, 81-96.
- Goldstein, W.N. (1989): Update on psychodynamic thinking regarding the diagnosis of the Borderline patient. *Am. J. Psychoth.*, 43/3, 321-42.
- Grinker, R.R.; Werble, B.; Dry, R. (1977): *The Borderline syndrome: a behavioral study of ego functions*. New York: Basic Books.
- Grotstein, J.S.; Solomon M.F.; Lang J.A. (Hrsg.) (1987): *The Borderline Patient – Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics and Treatment*. London: The Analytic Press.
- Glazer, M.W. (1979): The borderline personality diagnosis: Some negative implications. *Psychotherapy*, 16/4, 376-380.
- Gunderson, J.G. (1985): *Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom*. Manual. Deutsche Bearbeitung von H. Pütterich. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

- Gunderson, J.G. (1994): Building structure for the borderline construct. *Acta Psychiatr. Scand.*, (suppl. 379), 12-18.
- Gunderson, J.G.; Kolb, J.E. (1978): Discriminating features of borderline patients. *Am. J. Psychiatry*, 135, 792-796.
- Henry, K.A.; Cohen C.R.; Cohen, C.I. (1983). The role of labeling process in diagnosing borderline disorder. *American Journal of Psychiatry*, 140/11, 1527-1529.
- Herpetz, S.; Menges, Ch.; Huolen, J.; Schürkens A.; Sass, H. (1995): Der schwierige Patient – Psychopathologie und Theorie der Persönlichkeitsstörungen. In: Weig, W.; Cording, C. (Hrsg.): *Der »schwierige« Patient im psychiatrischen Krankenhaus*. Regensburg: Roderer.
- Kernberg, O.F. (1975): *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson (Deutsch: 1978: *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.)
- Kernberg, O.F. (1977): The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartocollis, P. (Ed.): *Borderline Personality Disorders*. New York: International University Press, 97-121.
- Kernberg, O.F. (1981): Diagnosis of borderline personality: A pilot study using multiple diagnostic methods. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 196, 225-231.
- Kernberg, O.F. (1991): *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O.F. (1995): Die psychotherapeutische Behandlung von Borderline-Patienten. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, 45, 73-82.
- Kety, S.S.; Rosenthal, D.; Wender, P. H.; Schulsinger, F. (1968): The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: Rosenthal, D.; Kety, S.S. (Eds.): *The transmission of schizophrenia (345-362)*. New York: Pergamon Press.
- Klein, D. (1977): Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. In: Hartocollis, P. (Ed.): *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient*. (365-384) New York: International Universities Press.
- Knight, R.P. (1953): Borderline states. *Bull. Menninger Clin.*, 17, 1-12.
- Kohut, H. (1966): Formen und Umformungen des Narzissmus. In: *Die Zukunft der Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kohut, H. (1973): *Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Krämer, S.; Pflug, B. (1994): Die Diagnostik des Borderline-Syndroms im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis*, 21, 226-229.
- Linehan, M. (1989): Cognitive and behaviour therapy for borderline personality disorders. In: Tasman, A., Hales, R., Frances, A. (Eds.): *Review of Psychiatry*, Vol. 8. American Psychiatric Press, Washington D.C., 84-102.
- Linehan, M. (1994): Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Zielke, M.; Sturm, J. (Hrsg.): *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags-Union. 796-804.
- Mayer, W. (1950): Remarks on abortive cases of schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 112, 539-542.
- Moore, T.V. (1921): The parataxes: A study and analysis of certain borderline mental states. *Psychoanal. Rev.*, 8, 252-283.
- Peterson, D.R. (1954): The diagnosis of subclinical schizophrenia. *J. Consult Psychol.*, 18, 198-200.
- Pütterich, H. (1985): Manual. In: Gunderson J.G. (Hrsg.): *Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom*. Weinheim: Beltz.
- Reich, W. (1923): Der triebhafte Charakter. In: *Frühe Schriften I* (1977). Köln: Kiepenheuer und Witsch. 246-340.

- Reiser, D.E.; Levenson, H. (1984): Abuses of the borderline diagnosis: A clinical problem with teaching opportunities. *American Journal of Psychiatry*, 41/12, 1528-1532.
- Richards, C.J. (1989): Who are borderline patients? *South Dakota Journal of Medicine*, 42/10, 5-8.
- Rohde-Dachser, C. (1991): *Das Borderline-Syndrom*. 4. ergänzte Auflage Bern Göttingen Toronto: Huber.
- Rosegrant, J. (1995): Borderline Diagnosis in Projective Assessments. *Psychoanalytic Psychology*, 12/3, 407-428.
- Rosowsky, E.; Gurian, B. (1992): Impact of borderline personality disorder in late life on systems of care. *Hospital and Community Psychiatry*, 43/4, 386-389.
- Rosse, I. (1890): Clinical evidence of borderline insanity. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 17, 619-674.
- Sansone, R.A.; Sansone, L.A. (1995): Borderline personality disorder. Interpersonal and behavioral problems that sabotage treatment success. *Postgraduate Medicine*, 97/6, 169-179.
- Sass, H.; Koehler, K. (1983): Borderline-Syndrome: Grenzgebiet oder Niemandland? Zur klinisch-psychiatrischen Relevanz von Borderline-Diagnosen. *Nervenarzt*, 54, 221-230.
- Sass, H. (1989): Zur klinisch-psychiatrischen Bedeutung der Borderline-Diagnose. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 8, 197-204.
- Scadding, J.G. (1996): Essentialism and nominalism in medicine: Logic of diagnosis in disease terminology. *Essay. Lancet*, 348, 594-596
- Schmid, E.M.; Handelman, M.J.; Bidder, T.G. (1989). Seizure Disorder misdiagnosed as borderline syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 146/3, 400-401.
- Schmiedeberg, M. (1959): The borderline patient. In: Arieti, S. (Ed.), *American Handbook of psychiatry*. Vol.1, New York: Basic Books.
- Schwartz-Salant, N. (1991): *Die Borderline-Persönlichkeit. Vom Leben im Zwischenreich*. Olten: Walter-Verlag.
- Snyder, S.; Pitts, W. M. (1986): Challenges of Research with the Borderline Patient. *Psychopathology*, 19/3, 131-137.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J. (1979): Justification for separating schizotypal and borderline personality disorder. *Schizophr. Bull.*, 5, 95-100.
- Stern, A. (1938): Psychoanalytic investigation of a therapy in the borderline-group of neurosis. *Psychoanal. Q.*, 7, 467-489.
- Stone, M.H. (1979): Assessing vulnerability to schizophrenia or manic-depression in borderline states. *Schizophrenia Bulletin* 5, 105.
- Zanarini, M.C.; Gunderson, J.G.; Frankenburg, F.R.; Chauncey, D.L. (1990): Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 161-167.
- Zilboorg, G. (1941): Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry*, 4, 149-155.

Soldatensuizid und Militärpsychiatrie im »Dritten Reich«

Ursula Baumann

Zusammenfassung

Die Selbsttötung von Soldaten der deutschen Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg wird in diesem Artikel unter einer wissenschaftsgeschichtlichen Fragestellung untersucht. Analysiert wird das Verhältnis von Psychiatrie und Psychologie zu den Imperativen des nationalsozialistischen Systems und seiner totalitären Kriegsführung. Die Autorin arbeitet unterschiedliche zeitgenössische Suizid-Konzepte heraus. Die im späten 19. Jahrhundert formulierte sozialdarwinistisch inspirierte »Degenerationsthese« wurde bemerkenswerterweise von der NS-Militärpsychiatrie in den 40er Jahren teilweise ausgesprochen kritisch beurteilt, was u.a. auf steigende Suizidzahlen im Heer und die Realität des totalen Krieges zurückgeführt werden kann. Die unterschiedlich starke Affinität zum Nationalsozialismus war für die Gutachtertätigkeit der Militärpsychiater zunehmend ausschlaggebend. Doch auch die Psychiater, deren professionelle Selbstbehauptung den Systemzumutungen Grenzen setzten, fungierten als Teil der NS-Kriegsmaschinerie.

Wer seinem Leben ein Ende setzt, entzieht sich der Gesellschaft ein für alle Mal, doch »noch in der vollkommenen Negation der Gesellschaft ist das Individuum Teil dessen, was es negiert«.¹

Vielleicht am schärfsten ausgeprägt ist diese Ambivalenz beim Suizid des Soldaten, der zum Sterben prädestiniert, sich der Anforderung des Kollektivs eben durch seinen Tod entzieht.

Im Folgenden soll die Selbsttötung von Soldaten weniger aus der Perspektive der Betroffenen selbst als aus der ihrer Kontrolleure analysiert werden. Der militärische Bereich kommt hier nicht nur als »totale Institution« (Goffman) in den Blick, sondern als zentrale Bastion eines totalitären Systems, für das der Krieg seine eigentliche raison d'être darstellte. Bei der Untersuchung der Frage, wie sich das Verhältnis von angewandter Wissenschaft, nämlich Psychiatrie und Psychologie, zu den Interessen des Militärs und des NS-Staates im Zweiten Weltkrieg gestaltete, möchte ich die zeitgenössischen Sichtweisen auf den Suizid herausarbeiten.²

Medizinische und psychologische Konzepte

Schon vor dem Ersten Weltkrieg kursierte in Deutschland das Konzept vom Suizid als Mittel der natürlichen Auslese. Aus der von namhaften psychiatrischen Autoritäten seit dem frühen 19. Jahrhundert bis heute immer wieder postulierten These, dass es sich bei der Mehrzahl der Suizidenten um krankhafte Persönlichkeiten handelte, konnte in Kombination mit darwinistischen Modellen der Schluss gezogen werden, dass Suizide als Mittel der natürlichen Zuchtwahl funktionierten.

Entwickelt wurde dieses Konzept in den Arbeiten der italienischen Kriminalanthropologie im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts. Neben Cesare Lombroso ist hier Enrico Morselli zu nennen, dessen materialreiche Monographie über den Selbstmord schon zwei Jahre nach der Erstveröffentlichung 1879 auch auf deutsch zugänglich war.³ Dem Liberalismus und Positivismus gleichermaßen verpflichtet argumentierte der Psychiater mit seiner These von der Selbsteliminierung der Schwachen gegen die damals besonders unter Konservativen populäre Sicht, welche das vielerorts beklagte Ansteigen der Suizidzahlen auf die Industrialisierung und Urbanisierung zurückführte. Dieser pessimistischen Einschätzung konnte Morselli schon deshalb nicht folgen, weil er die auch von ihm konstatierte Zunahme autoaggressiver Akte mit einer Verringerung von Mord- und Totschlagsdelikten korrelierte und in dieser Tendenz einen Fortschritt der Zivilisation erblickte, da der Suizid verglichen mit Fremdtötung das kleinere Übel sei.⁴ Diese Überlegung spielte bezeichnenderweise im Dritten Reich keine Rolle mehr ganz im Unterschied zum Postulat der Liquidierung der Lebensschwachen. Anleihen bei den Italienern bedurfte es zu dieser Zeit ohnehin nicht mehr, war doch die These, dass sich ganz überwiegend »psychisch minderwertige Individuen« das Leben nähmen, die teilweise erbbiologisch belastet seien, von deutschen Medizинern und Psychiatern seit dem Ersten Weltkrieg wiederholt vorgetragen worden,⁵ ohne je allerdings unumstritten zu sein.⁶ Dass diese These sich im Nationalsozialismus größter Beliebtheit erfreute, liegt auf der Hand. Umso bemerkenswerter ist es, dass diese Position in den 1940er Jahren in Fachkreisen auf offenen Widerspruch stieß. Vor einer Überschätzung der endogen erblichen Komponente bei neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen wurde gewarnt und das darwinistisch inspirierte Verständnis des Suizids ausdrücklich zurückgewiesen:

»Die Annahme, dass Selbstmorde ... eine Art natürlicher Auslese darstellen und eine Ausmerzung unbrauchbarer, wehruntüchtiger, wehrunfähiger oder erblich belasteter Menschen bedeute, ist falsch. Im Allgemeinen sind Selbstmörder für die Volksgemeinschaft durchaus brauchbare Menschen, auf die eine verantwortungsbewusste Bevölkerungspolitik nicht verzichten kann.«⁷

Das Zitat stammt aus einer Broschüre von H. Strauß und H(einrich) Grunwaldt zur Verhütung des Selbstmordes, die als amtliche Drucksache des Reichsheers im Mai 1942 für den Gebrauch der Truppe verteilt wurde. Die Verfasser, promovierte Psychologen mit dem Titel Regierungs- bzw. Oberregierungsrat,⁹ waren bei der Inspektion des Personalwesens im Oberkommando des Heeres (OKH) tätig. In ihrer Abhandlung warben sie für die »Arbeit des tiefenpsychologisch geschulten Psychologen« mit »Selbstmord-Kandidaten«, bei denen es sich zumeist um »Neurotiker«, also gestörte, aber nicht organisch erkrankte bzw. erbkrankte Personen handelte. Der Suizid resultiere aus einer »falschen Einstellung zum Leben«, aus »Fehlhaltungen und Unangepasstheiten«, deren Ursprünge in der Kindheit lägen.¹⁰ Gegen die »frühere psychiatrische Ansicht« machten sie ihren am Verstehen orientierten Ansatz als den moderneren geltend, der besser imstande sei, die Zahl der Selbsttötungen im Heer zu reduzieren. Sich abgrenzend gegen »humane Gefühlsduselei« – ein Vorwurf, mit dem sie offenbar rechneten,¹¹ verwiesen sie auf das Ziel, »wertvolles Volksgut ... zu bewahren«, das sie mit Verweis auf eine 1941 am Psychiatrisch-wehrpsychologischen Institut der Militärärztlichen Akademie entstandene Arbeit des Assistenzarztes H. Goder untermauern konnten. Der Schüler des habilitierten Neuropsychiaters Otto Wuth, der als Beratender Psychiater beim Heeressanitätsinspekteur der oberste Militärpsychiater beim Heer war, hatte spätere Schicksale und militärische Verwendungsfähigkeit von Soldaten, die Selbstmordversuch verübt haben, anhand von 200 Einzelfällen untersucht.¹² Das Ergebnis sah so aus, dass rund 60 % der Betroffenen noch zu nützlichen Soldaten qualifiziert werden konnten und war daher ganz im Sinne von Strauß und Grunwaldt, die vermutlich umso lieber die Arbeit eines Mediziners ins Feld führten, als sie dadurch quasi von der gegnerischen Seite Unterstützung erhielten.

Die Rezeption psychoanalytischer Erklärungsmodelle und die Abgrenzung von der medizinischen Psychiatrie zieht sich als roter Faden auch durch einen 1941 publizierten Artikel von Strauß, der den programmatischen Titel *Psychologisches zum Selbstmordproblem* trägt.¹³ Hier wurden unverkennbar professionelle Terrainansprüche vorgetragen, konkurrierte doch die sowohl wissenschaftlich als auch berufspraktisch noch in der Etablierungsphase steckende Psychologie mit der arrivierten Neuropsychiatrie um Arbeitsfelder und Stellen.¹⁴ Deren naturwissenschaftliches Selbstverständnis sollte mit einem stärker hermeneutischen Ansatz/Konzept herausgefordert werden. Dabei ging es in erster Linie um einen Streit der Methode. Konsens herrschte darüber, dass »Selbstmord-Kandidaten« nicht durch Entlassung aus dem Militärdienst »belohnt« werden dürften, sondern möglichst zahlreich wieder wehr- bzw. arbeitsfähig gemacht werden müssten. Auf die psychologischen Ambitionen nach Kompetenz-

erweiterung reagierten die Psychiater mit Abwehr, was nicht weiter verwundert. Wichtiger als diese Querelen ist in unserem Zusammenhang, dass der Impuls aus der Wehrmachtpsychologie von der Militärpsychiatrie zumindest teilweise aufgegriffen wurde, was eine Reaktion darauf gewesen sein dürfte, dass sich der Problemdruck beim Soldatensuizid im Laufe des Krieges verstärkte.

Soldatensuizide

In einem Schreiben vom 29.3.1943 an den Beratenden Psychiater lehnte der Heeres-Sanitätsinspekteur es ab, ein Flugblatt zur Suizidprophylaxe im Heer zu initiieren, weil ein solches Merkblatt in der Truppe nur Beunruhigung hervorriefe und das Problem quantitativ zu unbedeutend sei. Den monatlichen Prozentsatz der vollendeten und versuchten Suizide bezifferte er auf 0,02 % für das Ersatzheer und auf 0,05 % für das Feldheer,¹⁵ eine Größenordnung, die immerhin über der ebenfalls schon hohen Suizidrate der Reichswehr lag.¹⁶

Statistisches Material über den Suizid in der Wehrmacht ist nur bruchstückhaft vorhanden.¹⁷ Fest steht, dass die Zahl der Suizide unter Soldaten seit 1940 anstieg und schon in der ersten Kriegshälfte höher lag als im Ersten Weltkrieg.¹⁸ Waren bei der Heeres-Sanitätsinspektion vom 1. April 1939 bis zum 30. September 1941 1169 Fälle von Selbsttötungen aus den Wehrkreisen gemeldet, lagen vom zweiten bis zum vierten Quartal 1943 2021 Fälle vor. Späteren Berechnungen zufolge sollen sich von Kriegsbeginn bis Mitte 1943 6898 Heeresangehörige das Leben genommen haben.

Für die letzten beiden Kriegsjahre gibt es überhaupt keine Angaben,¹⁹ auch wenn sich die naheliegende Vermutung eines weiteren Anstiegs auf qualitative Indizien stützen kann. Wenn bei Zahlen über Suizide Skepsis stets am Platze ist, so gilt das für die Selbsttötungen in der Wehrmacht in besonderem Maße. Mit Recht nimmt Ebbinghaus eine Untererfassung an:²⁰ Abgesehen davon, dass über Marine und Luftwaffe kaum Daten vorliegen, kann man weder davon ausgehen, dass der Befund »Suizid« klassifikatorisch immer eindeutig war noch dass jeder Selbsttötungsfall von den Wehrkreis-kommandos weiter an die Heeressanitäts-Inspektion gemeldet wurde. Darüber hinaus gibt es m.E. das Problem einer tendenziellen Ununterscheidbarkeit von Selbst- und Fremdtötung im Krieg. Denn anders als Zivilisten im normalen Leben müssen an der Front stehende Soldaten, denen ihr Leben verhasst geworden ist, zum Sterben keine besonderen Anstrengungen unternehmen. Bekannt ist der Fall des von Hitler entlassenen Heeres-Oberbefehlshaber Werner von Fritsch, der als Chef eines

Artillerieregiments im September 1939 vor Warschau den Tod suchte und fand.²¹ Dieser Fall ist wohl in erster Linie wegen der Prominenz des Protagonisten überliefert, doch wird dieses Phänomen auch unter tausenden unbekannter Gefallener nicht ganz selten gewesen sein.

Wer sich todeswillig in den feindlichen Kugelhagel begab, starb den Heldentod, richtete er die Waffe gegen sich selbst, wurde er als feiger Selbstmörder verunglimpft. Der Suizid des Soldaten, so meinte Max Simoneit 1936, damals wissenschaftlicher Leiter der Wehrmachtpsychologie, zielt auf ein »«Sich-Entziehen im Sinne egoistischer Zwecke«, und sei daher »eine schwere Sünde wider den heiligen Geist der Einsatzbereitschaft für ein Volk«.²²

Ein OKW-Erlass vom 5.6.1942 legte fest, dass ein »während des Krieges begangener Selbstmord von Wehrmichtsangehörigen« in der Regel »wie Fahnenflucht zu werten sei«.²³ Angeblich kam das OKW damit einem Führerbefehl nach.²⁴ Der Erlass, der vermutlich eine Reaktion auf den Anstieg der Selbsttötungen darstellte, regelte die »Beisetzung von Selbstmördern«. Unter Rekurs auf die historisch älteste Diskriminierung von Suizidenten wurde hier verfügt, dass diese ohne militärische Ehren »in aller Stille« und »abseits von den Gräbern der anderen Wehrmichtsangehörigen« zu bestatten seien. Noch härter wurden die Angehörigen dadurch getroffen, dass bei Suizid eventuelle Versorgungsansprüche in der Regel entfielen, es sei denn die Selbsttötung wurde als Folge einer sogenannten Wehrdienstbeschädigung (WDB) diagnostiziert. Der Dreh- und Angelpunkt bei der Suizidproblematik im Krieg war die Zu- oder Aberkennung von WDB, über die ein medizinisch-psychiatrisches Gutachten die Vorentscheidung traf, indem es den Zusammenhang des Körperschadens bzw. Todesfalls mit dem Wehrdienst bejahte oder verneinte.²⁵ Für die neuropsychiatrische Profession war dies keine neue Aufgabe. Schon im Ersten Weltkrieg waren Psychiater im Auftrag der militärischen Behörden mit der Begutachtung (und Behandlung) sogenannter »Kriegshysteriker« befasst.²⁶ In den 1920er Jahren gehörten die Beurteilungen von (Kriegs-)Dienstbeschädigungen und Todesfällen, darunter auch Suiziden, für die Versorgungsämter und -gerichte, zum Alltag; schon vorher hatten Lebens- und Unfallversicherungen die Dienste der medizinischen Experten in Anspruch genommen.

Suizid als Wehrdienstbeschädigung

Gesetzliche Grundlage für das WDB-Verfahren war das Wehrmichts-fürsorge- und Versorgungsgesetz vom 26.8.1938.²⁷ Hier wurde Wehrdienstbeschädigung als Körperschaden (einschließlich Tod) definiert, der infol-

ge des Wehrdienstes eingetreten war. Hatte der Wehrdienst einen schon früher bestehenden Körperschaden verschlimmert, wurde ebenfalls Wehrdienstbeschädigung anerkannt. Diese war dagegen prinzipiell ausgeschlossen bei einem durch den Geschädigten vorsätzlich herbeigeführten Körperschaden.

Die hier enthaltenen Kriterien für die Beurteilung der rentenrechtlichen Relevanz von Suiziden unterschieden sich im Kern nicht von denen des Reichsversorgungsgesetz vom 12.5.1920, das die Hinterbliebenen- und Kriegsofferrenten der Soldaten des Ersten Weltkriegs geregelt hatte,²⁸ ein Aspekt von Kontinuität, der bislang übersehen wurde.

Generell galt der Suizid nur dann als WDB, wenn er die Folge eines durch den Wehrdienst verursachten gesundheitlichen Schadens war. Ein solches Kausalverhältnis wurde z.B. angenommen bei Schädel- und Hirntraumata, die psychopathische Reaktionen auslösen konnten,²⁹ und bei Erschöpfungsdepressionen. Sogenannte »Bilanzsuizide« aus nachvollziehbaren Motiven – z.B. eheliche Zwistigkeiten, Furcht vor der Entdeckung und Bestrafung eines Vergehens –, fielen auch dann aus dem WDB-Bereich heraus, wenn der Beweggrund für die Selbsttötung, wie z.B. die Trennung von der Familie des Soldatseins, durch den Militärdienst bedingt war. Ließ sich der Suizid auf Konstitutionsschwäche oder Geisteskrankheit zurückführen, galt er ebenfalls als irrelevant für eine WDB-Anerkennung. Allerdings gab es hier zwei Ausnahmeregelungen. WDB konnte attestiert werden, wenn eine durch den Wehrdienst bedingte Verschlimmerung des ursprünglichen Zustandes vorlag, und, wenn der Zustand des Wehrpflichtigen in der Truppe nicht richtig eingeschätzt worden war. Neben falscher Behandlung durch die militärischen Vorgesetzten waren es besonders Fehler und Versäumnisse der Truppenärzte, die als sogenannte Sonderverhältnisse den Ausschlag dafür geben konnten, auch bei Selbsttötungsfällen, die nicht als WDB durchgegangen wären, eine Verursachung durch den Wehrdienst plausibel zu machen.

Für die Gutachter eröffneten diese Bestimmungen einen gewissen Ermessensspielraum, der sowohl durch ihre Auffassungen über den Suizid und seine Genese als auch über ihre Rolle in der Wehrmacht und ihre Nähe zum Nationalsozialismus determiniert wurde. Eine sehr restriktive Auslegung wurde in den Gutachten der Berliner Charité unter der Federführung von Max de Crinis (1889-1945) praktiziert, die im Auftrag des Wehrkreiskommandos (WKK) III zwischen dem 10. Dezember 1941 und dem 15. Oktober 1944 erstellt wurden. Der Österreicher de Crinis, Mitglied der Nazi-Partei seit 1931, war 1938 als Ordinarius für Psychiatrie an die Charité berufen worden, wo er Karl Bonhoeffer ablöste. Seine Zuverlässigkeit im Sinne des NS-Staates stellte de Crinis nicht zuletzt durch seine Mitwirkung am »Euthanasie-Programm« unter Beweis.³⁰ Seine Tätig-

keit als Beratender Psychiater des WKK III zeichnete sich durch eine besonders niedrige Anerkennungsquote aus. Von den 534 Fällen wurde in rund 18 % WDB (einschließlich »Sonderverhältnisse«) attestiert. Bei dem Hamburger Psychiater Hans Bürger-Prinz, zuständig für das WKK X, von dem für den Zeitraum zwischen Januar 1943 bis August 1943 175 Gutachten über Suizidenten überliefert sind, betrug diese Quote rund 34 %.³¹ Der oberste Heerespsychiater Otto Wuth, der vom Oktober 1939 bis Dezember 1940 150 Fälle zur Oberbegutachtung bearbeitete, empfahl WDB bei 49, also rund 33 %.³²

Zweifellos hing der Ermessensspielraum des Gutachters auch davon ab, wie dicht und präzise der Fall in den Akten ermittelt worden war,³³ es spricht jedoch nichts dafür, dass de Crinis diesbezüglich mehr Einschränkungen in Betracht zu ziehen hatte als seine Kollegen. Einige wenige Beispiele sollen seine Gutachterpraxis illustrieren,³⁴ vor deren Hintergrund sein eigener Suizid 1945 angesichts des Zusammenbruchs des NS-Regimes als ironische Pointe erscheint.

In einem Schreiben vom 22.7.1942 verneinte de Crinis das Vorliegen von WDB für den Suizid des Unteroffiziers Hans Wilhelm Barnach in der Hindenburg-Kaserne in Schwerin:

»Wie aus den Akten hervorgeht, suchte B. den Freitod, ›da sein jahrelanger Kampf aussichtslos erschien‹ und er sich den Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen fühlte. Nach Ansicht der Vorgesetzten war B. innerlich unausgeglichen, und durch die Beschäftigung mit philosophischen Schriften ›verwirrt‹.«

In diesem Fall gibt es über die mögliche Alternative keinen Zweifel. Mit dem Hinweis, dass den Vorgesetzten Barnachs seine Suizidneigung entgangen war, hätten durchaus »Sonderverhältnisse« postuliert werden können.

Horror vor dem Einsatz im Osten wird mehrfach als Suizidmotiv angeführt. De Crinis nahm dies in der Regel als Beweis dafür, dass die Selbsttötung rein persönlich und nicht durch den Wehrdienst bedingt war. Um so erstaunlicher ist seine Anerkennung von WDB bei dem Leutnant der Feldgendarmarie Max Boss. Der 43-jährige, den seine Frau als »lebensfroh und lustig« beschrieb, war erst kurz vor seinem Suizid am 30.5.1942 zu einer neuen Einheit gekommen, wo er noch keinen rechten Anschluss gefunden hatte:

»Seitens der Vorgesetzten wurde die Mutmaßung ausgesprochen, dass B. sich wahrscheinlich die vielen Erschießungen von Partisanen und Zigeunern, die er zu leiten gehabt hatte, derart zu Herzen genommen habe, dass er im Zustand geistiger Umnachtung seinem Leben ein Ende setzte. Da sich in erbbiologischer Hinsicht nichts Belastendes findet ... darf angenommen werden, dass B infolge der besonde-

ren Einwirkungen der militärischen Verhältnisse in eine reaktive Depression geraten ist, in der er seinem Leben ein Ende setzte.«

Soll man annehmen, dass de Crinis mit der schlimmsten Seite des »Rußlandfeldzuges« konfrontiert eine Art Betroffenheit entwickelte? Plausibler ist m.E., dass der Psychiater mit seinem Urteil lediglich der Tendenz der Aktenlage entsprach, kann man doch an den angeführten »Mutmaßungen« der Vorgesetzten ablesen, wie der Fall schon seitens der Truppe eindeutig auf WDB hin konstruiert worden war. Mit Zallmann ist im Übrigen darauf zu verweisen, dass die Konsistenz der Beurteilungskriterien in den Gutachten durchaus zu wünschen übrig lässt.³⁵ Keinerlei Uneindeutigkeiten kannte de Crinis allerdings in seiner Ablehnung von WDB bei Selbsttötungen, denen angeblich Furcht vor Strafe zugrunde lag.³⁶ Seine Gutachten sprechen explizit aus, dass die Rubrik »Furcht vor Strafe«, das in den Motivaufstellungen der Wehrmachtpsychiater den ersten Platz belegte, neben Lebensmitteldiebstählen u.a. politisch missliebige Äußerungen verbarg. Als Kategorie schloß »Furcht vor Strafe« allerdings generell – wie Alkoholabusus – eine WDB-Anerkennung aus.³⁷

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang ein Beispiel für die obergutachterliche Tätigkeit, die Otto Wuth als Beratender Heerespsychiater verantwortete.³⁸ Der Suizid des Majors d.R. Dr. Wilhelm Fromm war von dem zuständigen Wehrkreisarzt als ausschließlich persönlich bedingt klassifiziert worden. Der 56-jährige Vater dreier Kinder hatte sich am 6.9.1941 in Pantino/Burgmündung (Ostfront) erschossen, nachdem er wegen Devisenvergehen und abfälliger Äußerungen über den Führer und andere hochgestellte Persönlichkeiten von seinem Posten entfernt und ein Kriegsgerichtsverfahren gegen ihn eingeleitet worden war. Der Arzt des WKK VI hatte ihn als Menschen »mit übersteigertem Geltungsbedürfnis« charakterisiert, der als Offizier zwar »sehr fähig, aber auch ... unausgeglichene und aufbrausende« gewesen sei. Im Abschlussbericht des Gerichts vom 12.9.1942 wurde als Grund für Fromms Suizid »unwürdiges Verhalten« und »Nervosität« genannt. Dieser Einschätzung widersprach der ranghöchste Militärpsychiater; in seinem Gutachten vom 4.10.1943 diagnostizierte er erhebliche seelische Störungen bei Fromm und erkannte auf WDB, weil notwendige Präventivmaßnahmen seitens der Truppe unterblieben seien.³⁹ Der Fall illustriert, welche Möglichkeiten besonders die Kategorie der Sonderverhältnisse eröffnen und wie groß der Ermessensspielraum der Mediziner im Einzelfall sein konnte.

Mit Blick auf die Gutachten von Bürger-Prinz kritisiert Ebbinghaus, dass mit der Konzession von »Sonderverhältnissen« zwar die Belastungen durch den Militärdienst, »aber dennoch nie der Krieg, sondern ... die gängigen psychiatrischen Diagnosen als Ursache des Suizids herangezogen

gen« wurden.⁴⁰ Dabei verkennt sie m.E. jedoch, dass die Gutachter im Rahmen einer Logik zu operieren hatten, die in ihren Grundlinien durch das Reichsversorgungsgesetz von 1920 vorgegeben und wohl durch die betriebliche Unfallversicherung inspiriert war. Ebenso wie schwere und abstumpfende Arbeit darin per se kein Argument für das Vorliegen eines entschuldigungspflichtigen Schadens darstellte, verhielt es sich hier mit dem Krieg an sich. Dieses juristische Regelwerk wurde unter rechtsstaatlichen und relativ zivilisierten Verhältnissen entwickelt.

Das Problematische der gutachterlichen Praxis im Zweiten Weltkrieg sehe ich darin, dass hier ungeachtet aller Differenzen zwischen den Gutachtern Regeln angewendet wurden, deren Grundlage zerfallen war. Die Akzeptanz eines verbrecherischen Krieges wurde so von vornherein vorausgesetzt.

Militärische versus psychiatrische Sichtweisen

Wie zu erwarten spiegeln sich in den Gutachten die medizinisch-psychiatrischen Lehrmeinungen zur Selbsttötung; umgekehrt beeinflusste die WDB-Frage jedoch auch die Einstellung zum Suizid.

Aufschlussreich in diesem Zusammenhang ist eine Anweisung zur Suizidprophylaxe, die der Sanitätsinspekteur der Luftwaffe Erich Hippke im Herbst 1942 an die ihm unterstellten Truppenärzte richtete.⁴¹ Darin betonte er, dass »etwa die Hälfte der geistesgesunden Selbstmörder einen Verlust für Luftwaffe und Volk bedeuten«. Darüber hinaus verwies er auf die »erhebliche wirtschaftliche Belastung« des Staates durch die als WDB anerkannten Suizidfälle, bei denen Rentenzahlungen für die Hinterbliebenen bewilligt werden mussten. Sein Appell an die Truppenärzte, sich stärker der Prophylaxe anzunehmen, dürfte zum einen durch die Zunahme der Selbsttötungen motiviert gewesen sein, zum anderen durch die Bedeutung der »Sonderverhältnisse« bei der WDB-Frage.

Unverkennbar von den Thesen der Wehrmachtpsychologen beeinflusst,⁴² lag diese Anweisung des obersten Luftwaffenmediziners auch auf der Linie des Heerespsychiaters Wuth. In Kenntnis der hippkeschen Anweisung hatte sich dieser bei seinem Sanitätsinspekteur wohl für ein analoges Schreiben an die im Heer beschäftigten Ärzte eingesetzt, war jedoch nicht zuletzt deshalb abschlägig beschieden worden, weil der oberste Heeresmediziner – anders als sein Kollege von der Luftwaffe – den Suizid für die Domäne minderwertiger Psychopathen hielt.⁴³ Wuths Position dürfte in einem Vortrag über die »WDB-Frage bei Selbstmord« zu finden sein, den sein damals 36-jähriger Mitarbeiter, Stabsarzt Alfred Christukat, bei der Kriegstagung der Beratenden Psychiater in Berlin am 6.11. 1941 hielt.⁴⁴

Die hier vorgetragene Erörterung »fachärztlicher-psychiatrischer Fragen« mündete in eine unverhohlene Kritik an der restriktiven Anerkennungspraxis seitens der für die Wehrmattsangehörigen zuständigen Versorgungsgerichte. Christukat wandte sich gegen eine Unterschätzung exogener Faktoren bei neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen und gegen das Vorurteil, dass Nerven- und Geisteskrankheiten in Kriegszeiten konstant blieben. Dagegen machte er geltend, dass solche Krankheitsbilder durch die Kriegseinflüsse akut verschlimmert oder sogar mitverursacht werden könnten und meinte eine Zunahme der endogenen Depressionen feststellen zu können. Diesen Erkenntnissen würde aber die Handhabung des Problems vielerorts nicht entsprechen. Die Fallgutachten, die zur Oberbegutachtung bei der Dienststelle des Beratenden Psychiaters beim Heeres-Sanitätsinspekteur eingingen, legten den Schluss nahe, von ihm vorsichtig als »Verdacht« formuliert, »dass die überwiegenden Ablehnungen von WDB bei Selbstmord nicht zu Recht bestehen«. Die hieran anschließende Forderung nach einer »gerechten Beurteilung des Einzelfalls« muss im Zusammenhang gesehen werden mit seiner Klage über das geringe Ansehen von Neurologie und Psychiatrie und die Anmaßung von Nichtärzten. Hintergrund dürfte u.a. die Rückverlagerung der »Entscheidung über die Versorgungsfragen bei Selbstmord und Selbstmordversuch« an die Wehrkreiskommandos sein, die das Oberkommando der Wehrmacht (OKW) am 20. Juni 1941 mit sofortiger Wirkung angeordnet hatte.⁴⁵ Im Vorfeld war als Grund für die Neuregelung die erhebliche Zunahme der Suizide und Suizidversuche bzw. der daraus entstehenden Versorgungsfälle angeführt worden.⁴⁶ In seiner Verfügung wies das OKW ausdrücklich darauf hin, dass die »ärztlich-wissenschaftliche Beurteilung« der WDB-Frage den »mehrfach wiederholten Befehl« zu berücksichtigen habe, demzufolge »Selbstmord ... als Fahnenflucht anzusehen« sei.⁴⁷ Die Dezentralisierung zielte daher wohl nicht zuletzt darauf ab, die Quote der WDB-Anerkennungen zu drücken, indem man sowohl dem Sanitätsinspekteur der Luftwaffe (und seinen Wehrmachtpsychologen) als auch dem Beratenden Psychiater bei der Heeresanitätsinspektion Kompetenzen entzog. Der Protest Hippkes ist aktenkundig.⁴⁸ Wuths Ablehnung dürfte in Christukats Vortrag eingegangen sein, der sich überhaupt als implizite Antwort auf den Versuch des OKW lesen lässt, die medizinischen Gutachten vollständig dem Primat militärisch-fiskalischer Interessen zu unterwerfen. Einen erneuten Anlauf dieses Ziel zu erreichen, unternahm die Wehrmachtfürsorge- und versorgungsabteilung des OKW im November 1943.⁴⁹ Mit dem Vorschlag die WDB-Anerkennung bei Sonderverhältnissen weitgehend abzuschaffen, setzte sie den Hebel genau da an, wo es größere Ermessensspielräume für die Gutachter bei der Beurteilung gab. Begründet wurde die Notwendigkeit einer solchen Verschärfung damit, dass das Zugeständnis von Sonderverhältnissen in den

meisten Fällen im Widerspruch zur »soldatischen Grundeinstellung zum Selbstmord« stünde und daher »aus wehrpolitischen Gründen nicht tragbar« sei. Die geplante Neuregelung sollte rückwirkend gelten, mit der Konsequenz, dass schon abgeschlossene Fälle erneut überprüft und die Quote der WDB-Anerkennungen nachträglich nach unten korrigiert werden sollten. Das an den Chef des Heeressanitätswesens adressierte Schreiben ging mit der Bitte um baldige Stellungnahme am 21.12.43 an den Beratenden Psychiater. Wuths Dienststelle reagierte am 6.1. in der Tat prompt mit einer klaren Absage der Pläne des OKW und ergriff ihrerseits die Gelegenheit noch einmal an der seit 1941 geltenden Regelung Kritik zu üben.⁵⁰ Seit der Dezentralisierung der Entscheidungsprozedur seien über den Tisch des obersten Beratenden Psychieters hauptsächlich nur noch solche Fälle gegangen, wo Angehörige sich über einen Ablehnungsbescheid bei der Kanzlei des Führers oder anderen höheren Parteidienststellen beschwert hätten. Von der Uneinheitlichkeit der Gutachterpraxis bei den Wehrkreis-kommandos abgesehen müsse man feststellen, dass die Ablehnung von WDB oft mehr mit fehlender psychiatrischer Kompetenz als mit sachgemäßem Urteil zu tun hätte. Ohne Scheu vor einer grundsätzlichen Auseinandersetzung beharrte der Beratende Psychiater auf der Eigenlogik medizinischer Diagnostik, die »gänzlich frei von irgendwelchen moralisch wertenden Tendenzen« bleiben müsse. Daher sei es unzulässig, den deskriptiven Begriff der Wehrdienstbeschädigung, der auf eine »ärztlich feststellbare Gesundheitsstörung« abziele, mit einem normativen Postulat wie dem sogenannten »soldatischen Empfinden« zu vermengen. Darüber hinaus wies er den zumindest impliziten Vorwurf des OKW, die Praxis der WDB-Anerkennung bei Suizid schwäche die Wehrkraft, zurück. Der Hinweis auf die Härten des Krieges und die daraus resultierende staatliche Verantwortung wurde bezeichnenderweise in eine umständliche nationalsozialistische Phraseologie eingebettet:

»Ärztliche Behandlung und Vorsorge haben bei der Wehrmacht entsprechend der verantwortungsvollen Aufgabe gegenüber der Volksgemeinschaft, für deren Schutz sowie die Erhaltung der Wehrkraft zu sorgen, besonders vorbildlich zu sein. Wenn dies während des Krieges im Gegensatz zum Frieden nicht immer möglich ist, dann liegt es eben in der großen Mehrzahl der Fälle an den besonderen Eigentümlichkeiten des Wehrdienstes im Kriege, aus denen sich in geeigneten Fällen eine Haftpflicht des Staates herleitet.«⁵¹

Nach dem Vorstoß der Wehrmachtfürsorge und -versorgungsabteilung des OKW scheint die Angelegenheit dann bis August 1944 geruht zu haben. Diesmal ging die Attacke vom Hauptamt der Nationalsozialistischen Kriegsoferversorgung (NSKOV) aus; das Ziel war nach wie vor die Ab-

erkennung von WDB qua Sonderverhältnisse im Suizidfall, die das Hauptamt für »politisch nicht tragbar« hielt. Erneut distanzierte sich Wuths Dienststelle umgehend von dem Ansinnen unter Bezugnahme auf ihr Schreiben vom 6. Januar.⁵²

Anfang 1945 trat Otto Wuth als Beratender Psychiater beim Heeres-sanitätsinspekteur zurück, angeblich aus Altersgründen, wie es in der bislang nur spärlichen Literatur heißt. Am 19.5.1885 geboren, war Wuth, der laut Komo in den 1960er Jahren gestorben ist, damals noch nicht 60. Sein Rückzug dürfte daher weniger aus Altersgründen erfolgt sein als aus mangelnder Bereitschaft sich mit seiner Arbeit dem nationalsozialistischen Imperativ des totalen Krieges zu unterwerfen.⁵³ Für dessen Ablehnung müssen nicht in erster Linie humanitäre Motive eine Rolle gespielt haben; möglicherweise war es die realistische Einschätzung der Lage Anfang 1945, die Wuth zu seinem Schritt veranlasste. Doch hatte er bereits während seiner Tätigkeit als oberster Heerespsychiater bewiesen, dass sein Selbstverständnis als Mediziner und seine Bemühung um professionelle Selbstbehauptung seiner Willfähigkeit außerfachlichen Zumutungen gegenüber Grenzen setzten.⁵⁴ Sein Nachfolger im Amt, der überzeugte Nationalsozialist Max de Crinis, kannte solche Skrupel nicht.

Insgesamt gesehen waren die Suizid-Gutachten, die zu den vergleichsweise harmlosen Tätigkeiten der Militärpsychiater gehörten, Teil der nationalsozialistischen Kriegsmaschinerie.

Für die Betroffenen (hier die Hinterbliebenen eines Suizidenten) war die Person des Gutachters allerdings alles andere als unerheblich. Wie das Wirken von Max de Crinis und Otto Wuth idealtypisch zeigt, hingen die Unterschiede zwischen den Gutachtern entscheidend davon ab, ob sie sich primär am NS-Staat oder am individuellen Fall orientierten. Dabei konnte jedoch auch die Arbeit der relativ wenig nazifizierten Fachärzte für das System funktional werden, indem z.B. durch eine großzügigere Erteilung von WDM-Attesten der Unmut der Hinterbliebenen abgefangen wurde.

Anmerkungen

- 1 Hans-Peter Dreitzel, *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens*, Stuttgart 1968, 380.
- 2 Vgl. Ursula Baumann, *Suizid im »Dritten Reich«*, in: Michael Grüttner, Rüdiger Hachtmann, Heinz-Gerhard Haupt (Hg.), *Geschichte und Emanzipation. Festschrift für Reinhard Rürup*, Frankfurt/M. 1998 (im Druck).
- 3 Heinrich Morselli, *Der Selbstmord. Ein Kapitel aus der Moralstatistik*, Leipzig 1881.
- 4 Ausführlich zu Lombroso und Morselli: Realino Marra, *Suicidio, diritto e anomia. Immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale*, Napoli 1987, bes. 151-175.
- 5 Max Sichel, *Der Selbstmord im Felde*, in: *Ztschr. f.d. gesamte Neurologie und Psychiatrie* 49.1919, 392. Von »Konstitutionslegierungen« spricht Friedrich-Wil-

- helm Bremer, Zur Vererbung der Selbstmordneigung, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 73. 1925, zit. nach Susanne Hahn, Beitrag der pathologischen Anatomie und Gerichtsmedizin Forschungsansätze zu einer Theorie des Selbstmords in Deutschland zwischen 1870 bis 1933, in: Zentralblatt Pathologie 137.1991, 458. Verheerende Brisanz erhielt dieser Ansatz in der Epoche der Weltkriege durch seine kollektivistische Einbettung. Im Zentrum medizinischen Selbstverständnisses stand nicht mehr die Therapie des Einzelnen, sondern die einer übergeordneten Ganzheit, die »unter Zugrundelegung biologischer Sozialtheorien als lebendiger Organismus verstanden wurde«. Hans-Walter Schmuhl, Die Selbstverständlichkeit des Tötens. Psychiater im Nationalsozialismus, in: Geschichte und Gesellschaft 16.1990,433; weiterführend hierzu Gisela Bock, Sterilization and »Medical« Massacres in National Socialist Germany. Ethics, Politics and the Law, hg. v. Manfred Berg u. Geoffrey Cocks, Cambridge 1997, 149-172.
- 6 Richard Detlev Loewenberg, Selbstmordforschung und Eugenik, in: Eugenik. Erblehre. Erbpflanze 2.1931/32, 257-263.
- 7 Bundesarchiv – Militärarchiv (Freiburg): BA-MA RHD 23/31. Strauß/Grunwaldt, Zur Verhütung des Selbstmordes, o.O. (Berlin), Mai 1942, 27.
- 8 Die Laufbahnregelungen für die Psychologen der Wehrmacht orientierte sich an denen der Verwaltungsjuristen, Ulfried Geuter, Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus, Frankfurt/M.1988, 263
- 9 BA-MA RHD 23/31. Strauß/Grunwaldt, 12.
- 10 Ebd., 8ff.
- 11 Ebd., 5. Dass die beiden Psychologen dieser emotionalen Verwirrung nicht anheimgefallen waren, zeigt ihre Ermahnung, bei Suizidversuchen in der Truppe die militärischen Belange über das menschliche Verständnis für den Täter zu stellen. In jedem Fall müsse eine Anzeige wegen Selbstverstümmelung erwohnen werden (32) – was damals im Falle einer Verurteilung durch ein Militärgericht für den Betroffenen in der Regel den Tod bedeutete. Schätzungen auf der Basis von Hochrechnungen gehen von ungefähr 6200 vollstreckten Todesurteilen wegen Selbstverstümmelung im Zweiten Weltkrieg aus, Klaus-Jürgen Preuschoff, Suizidales Verhalten in deutschen Streitkräften, Regensburg 1988, 123. Über das Verhältnis von Psychiatrie und Justiz in der Wehrmacht s. Peter Riedesser/Axel Verderber, »Maschinengewehre hinter der Front«. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie, Frankfurt/M. 1996, 175-196.
- 12 Als Amtsdrucksache des Reichs-Heeres: BA-MA RHD/43/63.
- 13 Dr. Strauß, Psychologisches zum Selbstmordproblem, in: Wehrpsychologische Mitteilungen 12.1941, 46-55.
- 14 S. hierzu ausführlich Geuter, Professionalisierung, bes. 381-388.
- 15 BA-MA H 20/475.
- 16 Bingler, Statistische Betrachtungen über den Selbstmord im Reichsheere in den Jahren 1921-1929, in: Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Heeressanitätswesens, Heft 84 1930, 74-88.
- 17 Ich stütze mich im folgenden auf Angelika Ebbinghaus, deren Beitrag mehr enthält als der Titel erwarten lässt: Soldatenselbstmord im Urteil des Psychiaters Bürger-Prinz, in: Kein abgeschlossenes Kapitel. Hamburg im 3. Reich, hg. v. Angelika Ebbinghaus und Karsten Linne, Hamburg 1997, 486-537.
- 18 So pries ein bei der Luftwaffe tätiger Mediziner 1942 die harte Strafpraxis in der Wehrmacht, die hysterische Reaktionen bei den Soldaten anders als im Ersten Weltkrieg kaum aufkommen ließ. Dafür nahm er in Kauf, »dass aus Angst vor Strafe auch einmal einige Selbstmorde mehr vorkommen als in früheren Zeiten«. Gustav Störing, Die Verschiedenheit der psychopathologischen Erfahrungen im Weltkriege

- und im jetzigen Krieg und ihre Ursachen, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 89.1942, 27.
- 19 Ebbinghaus, Soldatenselbstmord, 517ff.
- 20 Ebd., 518 und 529ff. Anm. 91 und 96.
- 21 Für die zahlreichen Suizide bei dem militärischen Führungspersonal am Ende des zweiten Weltkrieges in Japan gibt es bei deutschen Generälen keine Parallele. Ausschlaggebend sind hierfür kulturelle Unterschiede, insbesondere die ungleich positivere Wertung des Suizids in Japan. Maurice Pinguet, Der Freitod in Japan. Ein Kulturvergleich, Berlin 1992.
- 22 zit. nach Preuschoff, Verhalten, 36
- 23 BA-MA H20/490. Abschr. HVBL.1942 Teil B Nr. 476.
- 24 Rudolf Brickenstein, Häufigkeit und Ätiologie des Selbstmordes beim Heer und die Auswirkungen des Alkoholmissbrauchs auf diese. Diss.Med.Erlangen 1943, 39f. Der spätere Psychiater der Bundeswehr war damals eine Zeit lang an der Militärärztlichen Akademie in Berlin tätig. Die Gleichsetzung von Suizid und Fahnenflucht hatte das OKW bereits 1941 auf einen »mehrfach wiederholten Befehl des OKH« [Oberkommando des Heeres] zurückgeführt. Schreiben vom 20. Juni 1941, in: BA-MA H 20/498.
- 25 Der rechtsverbindliche Bescheid erging dann von dem zuständigen Wehrmachtsfürsorge und -versorgungsamt. Curt Heinemann-Grüder, Versorgungsgesetze der Wehrmacht, in: Heinemann-Grüder/Ernst Rühle (Hg.), Der Arzt in der Wehrmachtversorgung, Dresden 1944, 12.
- 26 Riedesser/Verderber, Maschinengewehre; Paul Lerner, »Ein Sieg deutschen Willens«. Wille und Gemeinschaft in der deutschen Kriegspsychiatrie, in: Wolfgang Eckart/Christoph Gradmann (Hg.), Die Medizin und der Erste Weltkrieg, Pfaffenweiler 1996, 85-107; Doris Kaufmann, Science as cultural practice: psychiatry in the First World War and Weimar Germany, in: Journal of Contemporary History (im Druck), hier auch noch weitere Lit.hinweise.
- 27 Der im folgenden paraphrasierte § 4 des WFVG ist zitiert bei Zallmann, Verfahrensweise, 21. Zur offiziellen Darstellung und Auslegung s. C. Heinemann-Grüder, Versorgungsgesetze und im selben Band Otto Wuth, Selbstmord und WDB, 352-362.
- 28 Gesetz über die Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigung, insbes. § 2. RGL 1920, Nr. 112, 989.
- 29 Diese Suizide erklärte Wuth (Selbstmord und WDB, 356f.) hier auf einer Linie mit den Versorgungsgerichten der Weimarer Republik damit, dass durch schwere Erkrankungen oder Verletzungen sich tiefgreifende Charakterveränderungen, manchmal auch erst nach längerer Zeit, ausbilden könnten. Wegweisend war hier ein Gutachten des Neuropsychiaters Siegfried Placzek aus dem Jahr 1911 gewesen, in dem ein Zusammenhang zwischen einer Kopfverletzung und dem später erfolgten Suizid bejaht wurde. (Hahn, Beitrag, 458). Diese Argumentation vermischte Wuth jedoch mit dem ganz anderen Fall, dass einem Soldaten das Leben infolge schwerster Verwundung, Verstümmelung o.ä. »nicht mehr lebenswert, ja sogar untragbar erscheint« (356). Ein solcher Bilanzsuizid bedarf zu seiner Erklärung jedoch gerade nicht der Annahme einer Charakterveränderung – ein Widerspruch, den Wuth nicht realisiert.
- 30 Komo, Volk, 147f. Ausführlich zur berufl. Biografie: Hinrich Jasper, Maximilian de Crinis (1889-1945). Eine Studie zur Psychiatrie im Nationalsozialismus, Husum 1991
- 31 Ebbinghaus, Soldatenselbstmord, 503f.
- 32 Ebd., 529, A 88.

- 33 Drauf weist Zallmann (Verfahrensweise, 27) zu Recht hin, Ebbinghaus berücksichtigt diesen Aspekt in ihrer Auswertung nicht.
- 34 Alle aus: Archiv der Humboldt-Universität Berlin, Best. Nervenklinik Nr. 11. Die Gutachten sind alphabetisch nach dem Zunamen der Suizidenten geordnet.
- 35 Zallmann Verfahrensweise, 30. Der Autor nimmt eine Privilegierung der Offiziersränge an, da diese 20 % der WDB-Anerkennungen ausmachen, ihr Anteil an der gesamten Fallzahl aber nur 9 % beträgt (ebd., 27). Die von Ebbinghaus behauptete Bevorzugung von Offizieren in den Gutachten von Bürger-Prinz wird von Komo (Volk, 145) auf der Basis seiner Auswertung des Quellenbestandes bestritten.
- 36 Dafür ein Beispiel. Der Suizid des 41-jährigen Unteroffiziers Hans Tornow, gegen den ein Verfahren wegen Beleidigung eines Kreisleiters lief, wurde von de Crinis folgendermaßen kommentiert: »Er soll staatsfeindliche Äußerungen gemacht haben. Tornow hatte sich zwar bei seiner Vernehmung hinreichend rechtfertigen können, er schien aber dennoch über die Angelegenheit nicht hinweggekommen zu sein.« Gegenüber Gefreiten habe T. die Befürchtung geäußert »in die Sache weiter verwickelt zu werden«.
- 37 Nach Ebbinghaus ist dies bei den Gutachten von Bürger-Prinz ebenfalls zu konstatieren, 504.
- 38 BA-MA H 20/478.
- 39 Ebd.
- 40 Ebbinghaus, Soldatenselbstmord, 510.
- 41 BA-MA H 20/498.
- 42 Zum im Vergleich mit den anderen Waffengattungen engeren Verhältnis zwischen Luftwaffe und Wehrmachtpsychologie s. Geoffrey Cocks, Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute, Oxford 1985, 220.
- 43 BA-MA HA 20/475. Schreiben des Heeres-Sanitätsinspektors vom 29.3. 1943 an den Beratenden Psychiater beim Heeres-S-I-. Diese Einschätzung hatte wie schon erwähnt eine weit zurückreichende Tradition: Bei Suiziden in der Armee, so hieß es z.B. schon 1888, stelle sich nach genauerer Untersuchung meistens heraus, »dass es sich um erblich belastete Psychopathen oder Leute mit invalidem Gehirn handelt hat«. H. Bernheim, Der Selbstmord in der Armee, in: Die Gegenwart, Heft 11, 1888, 164. Ebbinghaus' Behauptung, dass anders als in den 1920er und 30er Jahren im 19. und frühen 20. Jahrhundert die Suizide im Militär hauptsächlich soziologisch interpretiert worden seien, ist nicht zutreffend, weil der »medizinische« Ansatz schon damals sehr verbreitet war. Festzustellen ist allerdings eine deutliche Verengung nach dem Ersten Weltkrieg, weil das Thema nun fast ausschließlich von der Reichswehr nahestehenden Medizinern und Psychiatern behandelt wurde, während sozialwissenschaftlich inspirierte und militärkritische Stimmen nun fehlten. Ein Grund hierfür könnte die in der Weimarer Republik durch den Versailler Vertrag durchgesetzte Abschaffung der allgemeinen Wehrpflicht gewesen sein.
- 44 BA-MA H 20/480, wo sich die Tagesordnung des Treffens findet. Es ist davon auszugehen, dass es sich bei dem ohne Datum und Verfasser mit »WDB-Vortrag« überschriebenen Text in BA-MA H 20/498 um den genannten Vortrag Christukats handelt.
- 45 BA-MA H 20/498.
- 46 Darauf nimmt das Schreiben der Ärztlichen Abteilung des Chefs der Luftwehr vom 27.5.41 Bezug. BA-MA H 20/498.
- 47 Ebd., OKW vom 20. Juni 1941.
- 48 Ebd., Schreiben der Ärztlichen Abteilung des Chefs der Luftwehr vom 27.5.41
- 49 Ebd.
- 50 Ebd. 6.1.1944. Das Schreiben des Beratenden Psychiaters trägt das Kürzel CH, stammt also wohl von Christukat, damals offenbar Wuths Stellvertreter.

- 51 Ebd.
- 52 Ebd. Schreiben vom 20.8.1944.
- 53 In diesem Zusammenhang wäre das Todesdatum von Wuth aufschlussreich. Berger, Psychiater, gibt in seinem biographischen Anhang das Jahr 1945 an. Seine einzige Quelle hierfür (Alma Kreuter, Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon, 3 Bde., München usw. 1986) macht diese Angabe aber durch die Hinzufügung von zwei Fragezeichen als äußerst ungewiss kenntlich. Nach einem von Komo referierten Insiderwissen ist Wuth erst in den 1960er Jahren in Norddeutschland gestorben.
- 54 Dies ist besonders deshalb bemerkenswert, weil Wuth seine Beamtenkarriere dem »Dritten Reich« verdankte. 1921 an der Universität München habilitiert war er dort 1925 zum nicht planmäßigen, also unbesoldeten, a. o. Professor ernannt worden. 1925 bis 1927 unterrichtete er in den USA, an der Hopkins University in Baltimore. 1927 bis 1935 war er im Schweizer Kreuzlingen an einer Kurklinik tätig. Als Gründungsmitglied der Ortsgruppe Kreuzlingen wurde er am 1.2.1934 über die Auslandsorganisation der NSDAP in die Partei aufgenommen. 1935 erfolgte sein Eintritt in die Wehrmacht und seine Berufung an die Militärärztliche Akademie in Berlin und zum ao. Professor für Psychiatrie an der dortigen Universität. Bundesarchiv (Berlin): BA BDC Opg Otto Wuth.

Vom Wärter zur Psychiatrie-Schwester?

Zum Vergleich der Krankenpflege und
der Psychiatriepflege in der Schweiz

■
Sabine Braunschweig

Zusammenfassung

Während sich in der Schweiz die Krankenpflege um die Jahrhundertwende zu dem idealen Frauenberuf entwickelte, kann die Psychiatriepflege nicht eindeutig als Frauen- oder als Mannerberuf eingeordnet werden. Die Autorin zeichnet die Entwicklung dieser beiden Pflegeberufe nach und untersucht den Ort der Geschlechter im Berufsbild, wobei für die Psychiatriepflege weitere Forschungen mit geschlechtsspezifischen Fragestellungen notwendig sind.

»Die Korperkrankenpflege und die Irrenpflege sind zwei verschiedene Berufe, für die getrennte Spezialausbildung und spezielle Diplome zu verlangen sind. Die Irrenpflege erfordert zwar weniger technische Kenntnisse, aber erhohnte Einfuhlungs- und Anpassungsfähigkeit, längere Erfahrung und eine bestimmte Auslese.« Diese These stellte der Psychiater Arthur Kielholz, Direktor der Aargauer Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, an der Sanitatsdirektorenkonferenz von 1927 auf. Auch sein Berufskollege Walter Morgenthaler schrieb in der Schweizerischen Ärztezeitung vom 27. November 1925: »Eine kurze Überlegung zeigt denn auch ohne weiteres, dass die Meinung, ausgebildetes und tüchtiges Pflegepersonal für körperlich Kranke eigne sich ohne weiteres auch für die Pflege psychisch Kranker *vollständig falsch* ist.« Fast siebzig Jahre später gibt es in der Schweiz nur noch eine Grundausbildung für die verschiedenen Pflegezweige. Nicht SpezialistInnen, sondern GeneralistInnen sind gefragt, die flexibel einsetzbar sind und den unterschiedlichen Anforderungen durch ihre Transferkompetenz gerecht werden können.

Die Entwicklung der beiden Pflegeberufe verlief sehr unterschiedlich, eine schrittweise Annäherung fand erst in den letzten fünfzig Jahren statt, die nun zur Vereinheitlichung des Lehrgangs führte. Während sich die Krankenpflege im Verlauf des 19. Jahrhunderts zu dem idealen Frauenberuf entwickelte, war die Psychiatriepflege weder als Männer- noch als Frauenberuf einzuordnen, wie sich dies auch in den zeitgenössischen Quellen zeigte. Während etwa Gewerkschaftszeitungen durchgehend vom Irren-

wärter und Irrenpfleger sprachen und Pflegerinnen nur ausnahmsweise besonders erwähnten, erschien in den Zeitschriften der Frauenverbände und Krankenpflegeorganisationen nur der Begriff Irrenpflegerin oder Nervenpflegerin. Um die Frage zu erörtern, ob die Psychiatriepflege zu den Frauen- oder zu den Männerberufen zählt, gehe ich zunächst auf die Entstehung und die Entwicklung dieser beiden Pflegeberufe ein.

Entstehung und Entwicklung des Krankenpflegeberufes

Ausschlaggebend waren folgende, sich gegenseitig beeinflussende Faktoren: Durch die gewaltigen medizinischen Fortschritte entwickelte sich im 19. Jahrhundert das alte Spital von einer Aufbewahrungsstätte für mittellose Kranke und Alte zu einem medizinischen Zentrum, das mit neuen vielversprechenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden alle, auch begüterte Bevölkerungsgruppen, aufnahm. Das Krankenhaus wurde für eine neue Generation von engagierten Ärzten zusehends zu einem Ort der Lehre und Forschung. Diese Strukturänderungen beeinflussten auch die Pflege. Betreuten zuvor religiös gebundene Schwestern und Brüder sowie zivile Laienwärter und -wärterinnen aus unteren Schichten die Insassen, so verlangten Ärzte nun ein Pflegepersonal, das den neuen Ansprüchen und Erfordernissen genügen konnte. Gesucht wurden bildungsfähige Frauen, die die notwendige Vor- und Nachbetreuung der PatientInnen zuverlässig besorgen konnten. Diakonissen und Nonnen standen für die Spitalneubauten, die im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts wie Pilze aus dem Boden schossen, zahlenmäßig nicht ausreichend zur Verfügung. Außerdem lösten diese eigenständigen Frauen, die offenbar einen männlichen Schutz entbehren konnten, bei Ärzten eine gewisse Skepsis aus. Den Wärtern und Wärterinnen wiederum traute man die erhöhten Anforderungen nicht zu.

Diese Lücke sollten also Frauen aus bürgerlichen Schichten füllen. Die um 1900 entstandenen Pflegerinnenschulen richteten sich denn auch an junge, bildungshungrige Frauen, die sich das Schulgeld leisten konnten. Ihnen kam die Erschließung dieses neuen Berufsfeldes entgegen, weil sie bis zu ihrer Verheiratung eine sinnvolle Tätigkeit ausüben wollten und ihnen neben Gouvernante und Lehrerin bis dahin nur wenig standesgemäße Berufe offen standen.

Das bürgerliche Ideal der Geschlechtscharaktere

Mit der Industrialisierung und der Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft im 18. und 19. Jahrhundert bildete sich das bis heute bestehende

Modell von der Trennung des öffentlichen und privaten Raumes heraus. Den (bürgerlichen) Frauen wurde kraft ihrer Gebärfähigkeit die emotionale Rolle in der privaten Sphäre, der Familie, zugewiesen, während Männer die rationale Rolle im öffentlichen Bereich, in der Welt der Politik und der Wirtschaft, für sich beanspruchten. Als eine Kombination von Biologie und gesellschaftlicher Bestimmung wurden die charakterlichen Anforderungen aus der Natur abgeleitet und als Wesensmerkmale ins Innere der Menschen verlegt. Gemäß dieser Geschlechterideale war die eigentliche Berufung und höchste Erfüllung einer Frau, Gattin, Hausfrau und Mutter zu sein.

Was sich vorerst im Bürgertum entwickelte, strebten alsbald auch die unteren Schichten an, wobei sich hier das Ideal der Nur-Hausfrau erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit dem nun für eine Familie ausreichenden Ernahrerlohn durchsetzen konnte. Zuvor konnte eine Arbeiterfamilie den sogenannten Zuverdienst der Arbeiterfrauen nicht entbehren.

Parallelität von Hausarbeit und Krankenpflege

Frauen, denen der Weg an die Universität noch weitgehend versperrt war, wurde die Krankenpflege als Alternative und als geeignete Vorbereitung auf die spätere Hausarbeit gepriesen. Wie sehr Krankenschwestern die Pflege als idealen Frauenberuf erachteten, zeigen folgende Zitate. Schwester Emmy Freudweiler schickte ihrem 1913 gehaltenen Referat voraus, »dass es meines Erachtens kaum einen andern Beruf gibt, der so vollständig der weiblichen Psyche entspricht und ihr eine annähernd gleiche Befriedigung gibt wie die Krankenpflege, natürlich immer die glückliche Ehe ausgenommen, aber nur die glückliche«.

In ihren weiteren Ausführungen formulierte sie treffend die Definition des weiblichen Geschlechtscharakters: »Das Bedürfnis für andere zu sorgen, ihnen wohlzutun, ihnen Liebe zu zeigen, Trost zuzusprechen, in Schmerzensstunden Linderung zu bringen, ihre Umgebung rein und freundlich zu halten, mit einem frohen Wort ein Lächeln hervorzulocken auf verbitterten Gesichtern, zu sorgen, zu schaffen, zu springen, sich zu mühen, Liebe zu geben, ohne Dankbarkeit dafür zu verlangen, das ist das mütterliche Prinzip unserer Frauennatur.«

Auch Schwester Emmy Oser gebrauchte beim selben Anlass von 1913 ähnliche Worte: »Dies mütterliche Sorgen liegt tief in der weiblichen Natur; im Hegen und Pflegen, im Trösten und Helfen besteht unser Glück. ... dass es nur zwei vollkommene Frauenberufe gibt, in welchen die Frau zur größten Entwicklung ihrer Eigenart gelangen kann: den der Gattin-

Mutter und den der Krankenschwester... Es sei nur damit betont, dass die spezifisch weiblichen Eigenschaften im Krankenpflegeberuf völlig zur Geltung kommen können.«

Hausarbeit und Krankenpflege wiesen strukturelle und inhaltliche Gemeinsamkeiten auf. Strukturell bestanden beide Tätigkeiten aus tausend verschiedenen Verrichtungen, die ein großes Organisations- und Koordinationstalent erforderten. Die inhaltliche Übereinstimmung der beiden Arbeitsgebiete geht aus folgender Aufzählung von Schwester Emmy Freudweiler hervor: »Und nun was verlangt man von einer Krankenpflegerin? *Alles*, – neben den selbstverständlichen Diensten am Krankenbett, der eigentlichen Pflege: Treppen scheuern, Boden aufreiben, wischen, blochen, Öfen heizen, Laboratorien putzen, kochen, waschen, Geschirr aufwaschen, Klosett reinigen, schmutzige Wäsche zählen, schwere Waschkörbe schleppen, Speisewagen ziehen, Särge im Kellerraum holen, bei delirierenden Männern wachen, Ärzten bei Tisch auftragen, Bücher führen, erziehen, zu Handarbeiten anlernen, fremde Sprachen sprechen, Geschäftsbriefe schreiben, Haushalt leiten, photographieren, entwickeln, mikroskopische Präparate bereiten, Gemüsegarten besorgen, Fenster putzen, Messing glänzen, Krankengeschichte registrieren, Meerschweinchen züchten etc. etc.«

Wie die damalige Hausfrau verrichtete auch die Krankenschwester körperlich schwere und anstrengende Arbeiten, die in der Idealisierung der Pflege als »unser Beruf, Frauenberuf, wie kein zweiter« selten Erwähnung fanden. Die pflegerischen Verrichtungen, die heute das Tätigkeitsfeld definieren, machten zu Beginn des 20. Jahrhunderts einen kleinen Teil des Arbeitstages aus.

Wo bleiben die Krankenwärter?

Vor der Professionalisierung der Krankenpflege um die Jahrhundertwende arbeiteten auch Wärter, die meist aus unteren Schichten stammten, in der Spitalpflege. Der folgende Exkurs geht auf den steinigen Weg der Männer in der Pflege ein. In Deutschland kämpfte Georg Streiter in einem 1910 erschienenen Aufsatz »Das Geschlechtsproblem in der Krankenpflege« für den Einsatz von Pflegern beim »Kranken- und Leichentransport, Laboratoriums- und Apothekendienst, der Beaufsichtigung unruhiger Kranken und der Pflege unterleibs- und geschlechtskranker Männer«. Weitere Pfleger äußerten sich dahingehend, dass dort, wo »das Schamgefühl der Frau geschont werden muss, männliche Hilfe« beigezogen werden soll.

Auch in der Schweiz gerieten Krankenpfleger ins Hintertreffen, nur schon weil sie zu den neuen Ausbildungsstätten keinen Zugang hatten. Interessierte konnten lediglich nach Absolvierung der Sanitäts-Rekruten-

schule einen Wärterkurs in einem Spital besuchen. Wenn sie diesen erfolgreich bestanden, wurden sie vom Oberfeldarzt zu Militärkrankenwärtner ernannt, die sich im Kriegsfall zur Verwundetenpflege verpflichten mussten. Wegen der fehlenden Qualifikationsmöglichkeiten betrachteten Wärter den Pflegedienst eher als Übergangslösung, entweder bis sie auf ihrem angestammten Beruf Arbeit erhielten oder eine besser bezahlte Stelle fanden. Dies führte zu häufigem Wechsel, was ihrem Ruf nicht eben diente. Erschwerend empfanden die Wärter zusätzlich, dass sie den gut ausgebildeten Krankenschwestern, die aus höheren sozialen Schichten kamen und in leitenden Positionen waren, untergeordnet waren. Sie bekundeten Mühe mit deren Weisungsbefugnis und Macht, sie auf weniger qualifizierte Tätigkeiten einzuschränken. Damit verkehrte sich im Spital die gesellschaftlich dominante Rangordnung der Geschlechter.

Im Verbandsorgan des Schweizerischen Krankenpflegebundes, »Blätter für Krankenpflege«, wurde die Diskussion um den Ort der Männer in der Krankenpflege rege geführt. So fragte sich ein Pfleger in der ersten Ausgabe von 1911, ob die Frau allein die Eigenschaften zu pflegen besitze, und meinte entschieden: »Nein, sage ich, auch unter Männern gibt es feinfühlende genug, die von Jugend auf den Drang, anderen zu helfen, in sich tragen und unglücklich genug sind, wenn sie diesen nicht verwerten können.« Dem Vorschlag Wärter auf den Männerabteilungen und Wärterinnen auf den Frauenabteilungen einzusetzen, hielt ein Einsender entgegen, dass die Krankenpflege »bis dato eben doch noch das Gebiet der Frau war, aus dem wir sie nicht von heute auf morgen verdrängen können«.

In Verkennung der realen Situation, dass einerseits nicht genügend qualifiziertes männliches Personal vorhanden war und dass andererseits immer mehr Schwestern auf den Männerabteilungen eingesetzt wurden, endete er seinen Artikel mit dem Satz: »Ganz ausschalten können wir die Frauen bis dato von der Männerpflege noch nicht.« Aus verschiedenen Beiträgen wird ersichtlich, wie sich Wärter mit ihrem Stand und ihrer Rolle in der Spitalhierarchie schwer taten. Ein Schreiber meinte sich so von Schwestern abgrenzen zu müssen, indem er betont, dass es doch Fälle von Krankheiten gäbe, »die ganz gut von einer Frau besorgt werden können, deren Dienst überhaupt für einen Mann zu leicht wäre«. Ein anderer Wärter »muss neidlos anerkennen, dass diese [die Schwestern] in gewisser Beziehung dem männlichen Personal entschieden überlegen sind, und zwar namentlich hinsichtlich der Zubereitung der Krankenspeisen, die in der Krankenpflege eine so große Rolle spielen und dann in der Instandhaltung der Krankenzimmer«. Anzustreben sei eine Zusammenarbeit, betonte er weiter: »Wie kann man da die Arbeit schön einteilen, der Wärter leiht die Kraft im Transport des Kranken, die Schwester die leichte Hand, und ausgezeichnet muss es gehen, sofern sich das eine nicht über das andere zu

erheben sucht.« Damit verweist er die Schwestern auf ihren Platz – eben nicht über den Wärtern, sondern höchstens neben ihnen. Trotz ihrer Bemühungen die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung aufzubrechen, blieben die Männer in der Krankenpflege bis heute in einer deutlichen Minderheit.

Die Krankenpflege als Liebestätigkeit

Mit der Systematisierung der Krankenpflegeausbildung seit 1900 verfestigte sich das Berufsbild der Krankenschwester; bereits vorhandene Ansätze – die kompensatorische Funktion zur rationalen Medizin und damit die große Ähnlichkeit mit der Aufgabe der Hausfrau – wurden verstärkt. Wie die Hausfrau musste die Krankenpflegerin ein emotionales Klima schaffen, das der Heilung förderlich war. Sie übte einen Beruf aus, der nicht mit einem »männlichen« Beruf verglichen wurde. Ihr Beruf gehörte in die Reihe der »Liebestätigkeiten« mit denselben Konsequenzen wie die Arbeit der Hausfrau. Als Liebestätigkeit konnte die Krankenpflege nicht mit Geld bezahlt und bewertet werden. Im Unterschied zu den Lohnarbeiten genügte es nicht, wenn sie die konkreten Tätigkeiten vorschriftsgemäß ausführte, sie musste mehr geben. Dieses »Mehr« war mit ihrer ganzen Person verbunden. Es bedeutete mit »Leib und Seele«, mit dem ganzen Herzen bei der Arbeit zu sein. Dazu passte die Verpflichtung des Internats und Zölibats. »Krankenpflege als Beruf und gleichzeitig als Nichtberuf: Ihre Beruflichkeit wurde verschleiert und geleugnet durch die Nichtbezahlung, die Kasernierung, die Verfügbarmachung der ganzen Person, die Verhinderung eines freien Arbeitsverhältnisses, durch die Ideologie der weiblichen Liebestätigkeit.« (Bischoff, S. 119)

Außerdem fehlten bestimmte Merkmale, die »männliche« Berufe wesentlich auszeichnen: Es fehlte eine individuelle Leistungsorientierung, d.h. die Pflegerin durfte auf ihre Arbeit nicht stolz sein; ferner fehlten Distanz und Gelassenheit gegenüber der Arbeit und dem Arbeitsgegenstand, die oft unter Lohnarbeitsbedingungen auftreten; außerdem fehlte eine Konkurrenz- und Aufstiegsorientierung und die Verfolgung eigener beruflicher Interessen zum Zweck der Existenzsicherung.

Berufsbezeichnung: Krankenschwester

Diesem Berufsbild, das Komponenten eines Berufes und eines Nichtberufes umfasste, entsprach die Berufsbezeichnung »Krankenschwester«. Dieser Begriff leitete sich aus dem Ordensstand ab und wurde von den freien

qualifizierten Berufskrankenschwestern gewissermaßen als Auszeichnung übernommen. Viele gebräuchliche Bezeichnungen für die Berufstätigkeit, die den Verwandtschafts- oder den Angestelltenstatus ausdrücken, weisen auf ständische Strukturen hin. Die »Hausmutter«, die in der Hauswirtschaft an der Spitze des Personals stand, wird in der bürgerlichen Gesellschaft zur »Hausfrau«. Die in der ständischen Hierarchie rangniedrigen Mägde halten Einzug als »Dienstmädchen«, »Zimmer- und Küchenmädchen« im Gastgewerbe und Hausdienst und als »leichte Mädchen« in der Prostitution. Auch der Begriff »Tochter« für »Serviertochter« und »Lehrtochter« drückt ein ökonomisch bedingtes Gefälle und ein Abhängigkeits- und Erziehungsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmerin aus.

Im Unterschied zu den Berufsbezeichnungen männlicher Berufe, die von wenigen Ausnahmen wie Laufbursche oder Liftboy abgesehen, funktionsbezogene Berufsbezeichnungen erhalten wie Gärtner, Chauffeur, enthalten die oben als Beispiele angeführten weiblichen Berufsbezeichnungen ständische Komponenten wie Unmündigkeit, Abhängigkeit, Ledigsein, Minderwertigkeit – unabhängig davon, ob diese Bedingungen real zutreffen. Es sind unschwellige Anforderungen an das Verhalten und die privaten Lebensverhältnisse der weiblichen Angestellten.

Entstehung und Entwicklung des Psychiatriepflegeberufes

Während sich die Krankenpflege vor allem aus den religiösen Orden und bürgerlichen Rollenvorstellungen entwickelte, hatte die »Irrenpflege« andere Wurzeln. Für die Beaufsichtigung der »Irren« brauchte man den Tier- und Gefängniswärtern vergleichbares Personal. Wärter mussten »Körperstärke und trotziges Aussehen« und Wärterinnen mussten »Muskel- und Knochenkraft, Courage und Geläufigkeit der Zunge« vorweisen. Ausbildung gab es keine. »Ein rechter Mensch geht nicht als Wärter«, war eine verbreitete Ansicht. Zum geringen Ansehen des »Irrenwartpersonals«, das vorwiegend aus unteren Schichten stammte, kamen harte Arbeitsbedingungen und durch das Internat eine umfassende Kontrolle hinzu. Die Arbeitsbedingungen der Krankenschwestern waren zwar auch hart, aber sie wurden durch ein hohes, sogar überhöhtes Sozialprestige kompensiert.

Für viele war die »Irrenwartung« deshalb eine Übergangslösung. Vor diesem Hintergrund wird die hohe Fluktuationsrate verständlich, die weder zu einer Optimierung der Arbeitssituation noch zu einem qualifizierteren Umgang mit den Kranken führte. Nach der Jahrhundertwende setzten in den Heil- und Pflegeanstalten die ersten gewerkschaftlichen Organisationsversuche ein mit der Absicht, das Wartpersonal für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu gewinnen. Der VPOD (Verband des

Personals öffentlicher Dienste) gewann in den großen staatlichen Heil- und Pflegeanstalten wie etwa dem Burghölzli und der Rheinau in Zürich, der Friedmatt in Basel und der Waldau in Bern wegen der geringen Berührungsängste mit »roten« Ideen rasch an Einfluss. Der erst 1925 entstandene Berufsverband des Personals für Nerven- und Gemütskranke erreichte dagegen nie eine große Bedeutung.

Bald mussten die Verantwortlichen erkennen, dass allein die Forderung nach besseren Arbeitsbedingungen nicht zur »Hebung des Berufs« führte. Weitere Schritte waren notwendig: vor allem eine systematische Berufsausbildung. Mit dem Zusammenschluss der in Heil- und Pflegeanstalten aktiven VPOD-Mitglieder zum Anstaltskartell 1920 wurde ein erster Grundstein zur Professionalisierung des Psychiatriepflegeberufes gelegt. Um in diesen Anstrengungen erfolgreich zu sein, wurde von Beginn weg die Zusammenarbeit mit der ärztlichen Seite gesucht. Nach anfänglichem Zögern konnte der Schweizerische Verein für Psychiatrie, die heutige Gesellschaft für Psychiatrie, zur Mitarbeit gewonnen werden. Der Berner Psychiater Walter Morgenthaler spielte eine wichtige Rolle in der Vermittlung zwischen seinen eher skeptischen Berufskollegen und dem Anstaltskartell und engagierte sich stark für die Ausbildungsfrage. Zum Beispiel legte er 1922 einen Lehrplan für Kurse vor und arbeitete ein Prüfungsreglement aus, das sich eng an die Vorschriften des Schweizerischen Krankenpflegebundes anlehnte. Damit prägte er entscheidend die inhaltliche Ausrichtung der Ausbildung. Auf diesen Grundlagen begannen in den zwanziger Jahren verschiedene Anstalten Kurse für das Wartpersonal abzuhalten. Die ersten Prüfungen wurden 1927 abgehalten. Ein weiteres Projekt, das vom VPOD und dem Verein für Psychiatrie gemeinsam getragen wurde, war das von Morgenthaler verfasste Lehrbuch »Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken«, das 1930 erschien und bis in die sechziger Jahre mehrere Male neu aufgelegt und überarbeitet wurde. Im gleichen Jahr kam eine französische Ausgabe heraus und fünf Jahre später folgte eine italienische Übersetzung. Lehrplan, Kurse, Prüfungen, Diplome und Lehrbuch waren die wichtigsten Etappen am Anfang der geregelten Berufsausbildung für das schweizerische Psychiatriepflegepersonal.

Misstrauen gegenüber ausgebildetem Personal

Im Gegensatz zur Krankenpflegeausbildung, die von verschiedener Seite unterstützt und vorangetrieben wurde, war die Ausbildung für die Psychiatriepflege nicht unbestritten: Aufseiten der Ärzte wie auch aufseiten des Personals bestanden Ängste vor den Konsequenzen. Eindrücklich zeigt ein an die Aufsichtskommission gerichteter Brief des Friedmattdirektors

Gustav Wolff von 1920 die Verunsicherung, die die Vorstellung von ausgebildetem Personal auslöste:

»Unser Wartpersonal kann dasjenige, was es zu lernen hat, nur unmittelbar am Krankenbett und auf der Abteilung lernen. Es lernt genug, wenn es die Anweisungen der Ärzte und des Oberwärtpersonals sich einprägt und befolgt. Sogenanntes ›geschultes‹ Wartpersonal, wie wir es ja immer von Zeit zu Zeit bekommen, ist meistens für die Irrenanstalten das unbrauchbarste. Dieses will gewöhnlich selbst den Arzt spielen, Injektionen machen, Schlafmittel verabreichen etc., was natürlich aufs strengste verboten ist. ... Das plötzliche Verlangen des Wartpersonals nach ›Kursen‹ entspringt nicht etwa einem wirklichen Trieb, etwas zu lernen, sondern nur einer Wichtigmacherei oder dem Wunsch nach Besserwissen. Ich habe früher selbst dem Wartpersonal Kurse gegeben, aber sehr schlechte Erfahrungen damit gemacht. Wenn die Leute etwas Ernstes lernen sollten, verloren sie sofort das Interesse, nur wenn man ihnen Anekdoten erzählte oder Späße machte, waren sie zufrieden. ... Am allerwenigsten kann gestattet werden, dass das Personal offiziell zu auswärtigen Kursen geschickt wird, wenn jemand für sich persönlich an solchen Kursen teilnimmt, so kann das natürlich nicht verhindert werden. Nutzen wird die Anstalt nicht davon haben.«

Mit der Ausbildung schien die Unantastbarkeit der Ärzte ins Wanken zu geraten und ihr alleiniger medizinischer Wissensanspruch und damit ihre Autorität bedroht zu sein. Auch unter dem Pflegepersonal selbst meldeten sich kritische Stimmen. Besonders in ländlichen Anstalten herrschte ein gewisses Misstrauen gegen solche Erneuerungen. Eine Pflegerin formulierte dies in einem Leserinnenbrief in der Novemberausgabe der »Kranken- und Irrenpflege« von 1922:

»Ein stiller, aber hartnäckiger Widerstand gegen jedes Streben, das nicht nur Lohnfrage heißt, macht sich gerade unter dem Personal breit.«

Langjährige Wärter und Wärterinnen hatten sich in ihrer Alltagsroutine eingerichtet und taten sich schwer mit dem Gedanken, nach vielen Dienstjahren noch Kurse besuchen zu müssen. Weiter wurde befürchtet, dass ein »Privilegiertenstand« von besser besoldetem Personal entstehen würde, während das übrige Personal zu schlecht bezahlten Putz- und Hilfskräften degradiert würde. Diese Gefahr einer hierarchisch gegliederten Arbeitsteilung stand für Verfechter und Verfechterinnen einer Ausbildung damals nicht im Vordergrund.

Mit der Schaffung einer Ausbildung hoffte das Wartpersonal, das Ansehen des Berufes zu verbessern, was wiederum bessere Arbeitsbedingungen nach sich ziehen sollte. Morgenthaler drückte den Zusammenhang zwischen Ausbildung und materieller Lage so aus:

»Je besser jemand ausgebildet ist, umso besser ist er auch in wirt-

schaftlicher Beziehung für den Kampf ums Dasein gewappnet; und andererseits, je besser er wirtschaftlich gestellt ist, um so mehr ist ihm die Möglichkeit gegeben, sein Interesse höhern Kulturzielen zuzuwenden, wovon die Ausbildung ja nur ein Teilstück ist.«

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Ärzte

Während also Direktor Wolff befürchtet hatte, ausgebildetes Personal schwäche seine Autorität, erkannten andere Psychiater die Vorteile wie etwa Dr. Kielholz aus Königsfelden: »Nur ein gut ausgebildetes und ausgelesenes Personal kann den Anstaltsärzten helfen, die modernen Heilmethoden bei Psychosen und Neurosen in erfolgreicher Weise durchzuführen und somit beizutragen, dass die bestehenden Anstalten nicht ins Ungemessene vermehrt werden müssen.«

Mit der Einführung neuer Therapien wie der Arbeitstherapie und den somatischen Therapien (Schlaf- und Malariakuren, später Cardiazol-, Insulin- und Elektroschocktherapien) waren die Psychiater auf eine fundierte Unterstützung des Wartpersonals angewiesen. Mit der gleichen Zielsetzung wie im Professionalisierungsprozess der Krankenpflege zwei Jahrzehnte zuvor, zu Beginn des 20. Jahrhunderts, sollte das Personal zu Mitarbeitern der Ärzte herangebildet werden, »durch a) Vermittlung der für den Pflegeberuf nützlichen und das Verständnis der Kranken nötigen Kenntnisse und b) Weckung und Ausbildung der für den Beruf notwendigen Charaktereigenschaften«, wie es im Lehrplan hieß. Bis zu einem gewissen Grad sollte das Personal Eigenverantwortung für sein Tun übernehmen und als selbstständig denkende und handelnde Individuen die ärztlichen Verordnungen ausüben. Allerdings durfte dieser neue Handlungsspielraum die Macht der Psychiater nicht tangieren. Nach wie vor waren die Pflegenden Hilfspersonal der Ärzte, was eine gleichwertige Beziehung ausschloß.

Um den Wandel im Selbstverständnis des Berufes sichtbar zu machen, verlangte das Personal eine neue Berufsbezeichnung. An die Stelle von Wärtung im Sinne von Beaufsichtigung, Kontrolle und Überwachung der »Irren« trat die Pflege, ähnlich wie sie in den Krankenhäusern ausgeübt wurde. Das Schwergewicht lag nun auf der Betreuung, Begleitung und Umsorgung der Geisteskranken. Das gewandelte Berufsbild zeigt sich anschaulich in einem Schreiben des Personals an den Basler Großen Rat von 1928:

»Die Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt ist, wie dies übrigens die Benennung schon sagt, nicht leichthin mit einer Irrenanstalt zu vergleichen; sie ist vielmehr Heil- und Pflege-Anstalt. Das bringt mit sich, dass an das

Personal ganz andere Anforderungen gestellt werden, als an eigentliche Irrenwärter. Das Personal hat sich mit der neuen Heil- und Pflegemethode namentlich in den letzten Jahren vollständig umstellen müssen. Es ist heute ein ausgesprochenes Pflegepersonal. Durch den Besuch vieler Kurse und Unterrichtsstunden außerhalb der Arbeitszeit hat es sich bemüht, schnellstens in das Wesen der neuen Methoden eingeführt zu werden und den Herren Ärzten ihren verantwortungsvollen Dienst zu erleichtern und den Kranken nicht mehr ›Wärter‹, sondern Pfleger zu sein.«

Die neuen Pflegerinnen wünschten sich noch eine weitere Differenzierung: So verlangte das weibliche Oberwartzpersonal der Anstalt Rosegg in einem Antrag 1930: »Es soll der Name ›Pflegerin‹ nach erfolgter Prüfung in ›Schwester‹ umgewandelt werden.« Mit dem Begriff »Schwester« wollten sie die Annäherung an die angesehenere Krankenpflege und den Spitalbetrieb zum Ausdruck bringen. Die Annäherung der Psychiatriepflege an die Krankenpflege war die Folge der Entwicklung der Psychiatrie als Spezialgebiet der Medizin. Die Professionalisierung der Psychiatrie beschleunigte sich durch die neuen Therapiemethoden seit den zwanziger Jahren, was sich auf verschiedenen Ebenen zeigte. Die »Irrenanstalt« löste sich vom Charakter eines Gefängnisses und tendierte in Richtung psychiatrisches Spital. Die Psychiater, die noch vor kurzer Zeit als »zu dumm für den Beruf des ›eigentlichen‹ Arztes« (Max Müller) geächtet worden waren, wollten sich wie die medizinischen Ärzte mit einem qualifizierten Hilfspersonal umgeben. Hier muss nun die Frage gestellt werden, ob sich die Psychiatriepflege mit dieser Entwicklung zu einem Frauenberuf wandelte, wie dies bei der Krankenpflege geschehen war.

Feminisierung der Psychiatriepflege?

Seit 1912 nahm in der Friedmatt der Pflegerinnenanteil rapide zu. Das hing einerseits mit dem Ersten Weltkrieg zusammen: Frauen mussten die ins Militär eingezogenen Männer ersetzen. Damit wurde die strikte Trennung der Geschlechter, die sowohl aufseiten der Kranken wie aufseiten des Personals bestand, ein Stück weit aufgehoben. Das Tabu, dass Frauen Männer pflegen, wurde gebrochen und Pflegerinnen begannen auch auf der Männerseite zu arbeiten. Nach Kriegsende hatte man sich an die Pflegerinnen gewöhnt und schätzte ihre Dienste aus mehreren Gründen. Einer betraf die finanzielle Seite. Die Pflegerinnen hatten wie überall niedrigere Löhne, was kurz mit dem Stichwort Zuverdienst zum Ernährerlohn erklärt werden kann. Der VPOD unternahm in seiner Lohnpolitik nichts, um seiner theoretischen Forderung »gleiche Arbeit, gleicher Lohn« Nachdruck zu verleihen. Er verlangte keine Angleichung der Frauen- an die Männerlöhne,

womit er nicht verhinderte, dass Frauen als Lohndrückerinnen missbraucht wurden. Genau dieses Lohnargument diente den Anstaltsdirektionen dazu, immer mehr Pflegerinnen einzustellen und männliches durch weibliches Personal zu ersetzen, »um am Gehalt bedeutende Einsparungen zu machen«, wie dies beispielsweise 1920 im Kanton Zürich geschah. Auch in der Friedmatt wurden zusehends schlechter bezahlte Pflegerinnen auf den ruhigeren Männerabteilungen eingesetzt. Das folgende Zitat Morgenthalers zur »Wärterfrage und Platzfrage« von 1920 entlarvt die Doppelbödigkeit:

»Auf der Männerseite hauptsächlich hält es mit jedem Jahr schwerer, taugliches Wartpersonal in genügender Zahl anzustellen. Daran ist vor allem die zu geringe Besoldung schuld. Sind doch die Irrenwärter bei der großen Verantwortung, die sie haben, und bei den hohen Ansprüchen, die man an ihren Charakter stellen muss, schlechter bezahlt als die Gefängniswärter, die Polizisten, das Betriebspersonal der Eisenbahner usw. Da tüchtige Wärterinnen etwas leichter zu bekommen sind, als Wärter, so haben wir in der Waldau nun angefangen, weibliches Pflegepersonal auch auf verschiedenen Männerabteilungen einzuführen, und wir hoffen, dass sich diese Neuerung bei uns ebenso bewähren wird, wie anderwärts.«

Die billigeren Frauenlöhne waren nicht der einzige Grund, dass Pflegerinnen ihre männlichen Berufskollegen zu ersetzen begannen. Sie hatten sowohl durch äußere Umstände wie durch die »innere Disposition« – ihre »weiblichen Charaktereigenschaften« – eine andere Bereitschaft zur Pflegearbeit. Sie waren durch das für sie in vielen Anstalten bestehende Zölibat nicht von einer eigenen Familie »abgelenkt« und durch das übliche Internat standen sie dem Anstaltsbetrieb uneingeschränkt zur Verfügung, d.h. sie konnten ihre Kräfte voll in der Arbeit verausgaben. Das mit dem Motto »allzeit einsatzbereit« beschriebene Engagement bewirkte eine Vermischung von Arbeit und Leben, wie dies in anderen Berufen mit geregelten Arbeitszeiten nicht der Fall war. Die Pflegerinnen wurden zum Dienst gerufen ohne Rücksicht auf ihre freie Zeit und ihr Privatleben. Dahinter stand die Vorstellung, dass eine Frau nichts anderes zu tun habe, als auf ihren Einsatz für andere zu warten. Und weil mit den Jahren ein Weg aus der Verstrickung von Beruf und Eigenleben versperrt war, begannen sie – überspitzt formuliert – auch wirklich zu warten. Was sollten sie mit weniger Arbeitszeit anfangen, wenn sie kein Eigenleben hatten, wenn niemand außerhalb des Arbeitsfeldes auf sie wartete? Hier liegt möglicherweise ein Erklärungsansatz für die Stellungnahme von zahlreichen Pflegerinnen gegen eine Arbeitszeitverkürzung, gegen die Einführung des Achtstundentages, wie er nach dem Ersten Weltkrieg diskutiert wurde. Wenn sie während Jahren darauf getrimmt wurden, nur für Kranke und Hilfsbedürftige dazusein und da ihren Lebenssinn zu sehen, konnte eine Arbeitszeitverkürzung die Angst auslösen die neu erhaltene Freizeit als Leere zu emp-

finden, weil keine anderen Menschen diese Beziehungslücke füllen würden.

Nachdem in der Friedmatt nach einem mehrjährigen Arbeitskampf die neue Dienstordnung von 1924 das Zölibat für die Pfleger aufhob, wurde der Unterschied zwischen männlicher und weiblicher Biografie weiter verfestigt. Während Pfleger sowohl einer Berufsarbeit nachgehen wie auch eine Familie haben konnten, mussten Pflegerinnen sich für eines der beiden Lebensmuster entscheiden. Damit stand den Frauen allgemein nicht eine Entscheidung für Chancen offen, sondern nur für verschiedene Formen des Verzichts. Männern dagegen war es möglich dank einem ehedem häufigen Rückhalt mehrere Tätigkeitsfelder zu vereinbaren. Weil sich so Pflegerinnen leichter in den Anstaltsbetrieb einordnen ließen, wurden sie mehr und mehr den Pflegern vorgezogen. Allerdings nahm die Anstaltsleitung der Friedmatt in Kauf, dass durch das Zölibat der Pflegerinnen die Fluktuationsrate höher lag als bei den Pflegern. Die Vorteile der »weiblichen Eigenschaften«, die sich im Umgang mit den Kranken zeigten, die zu geringeren Autoritätsproblemen zwischen Ärzten und Pflegerinnen führten, weil Kritik und Aufmüpfigkeit dem idealen Frauenbild nicht entsprach, und die niedrigeren Frauenlöhne, wogen den Nachteil des häufigeren Wechsels bei weitem auf.

Doch die Feminisierung der Psychiatriepflege setzte sich nicht vollständig durch, weil das Anforderungsprofil bis zu einem gewissen Grad nach wie vor »männliche« Eigenschaften wie Durchsetzungsvermögen und Strenge beinhaltete. Im Vergleich zur Krankenpflege blieb denn auch der Anteil der Pfleger mit etwa einem Drittel relativ hoch. Das bedeutete, dass sich die Psychiatriepfleger nie mit ihrem Platz und ihrer Stellung auseinandersetzen mussten. Im Gegenteil: In der Gewerkschaft, die sich um Arbeitsfragen kümmerte, gaben sie den Ton an. So meinte eine Psychiatrieschwester in einem Gespräch, dass »die Männer immer dominiert« hätten.

Dennoch war die Psychiatriepflege kein Männerberuf ebenso wenig wie sie ein typischer Frauenberuf vergleichbar mit der Krankenpflege geworden ist. Die bisherigen Forschungsergebnisse lassen es nicht zu, die Psychiatriepflege eindeutig einem Geschlecht zuzuordnen, weil das Berufsbild »männliche« wie »weibliche« Aspekte umfasst. Es braucht weitere Untersuchungen, die der Entwicklung dieses Berufes und seiner schrittweisen Annäherung an die Krankenpflege bis zur heutigen gemeinsamen Grundausbildung nachgehen und diese Berufstätigkeit auch im Gefüge einer psychiatrischen Klinik auf geschlechtsspezifische Aspekte hin analysieren.

Literatur

- Bischoff Claudia: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt/New York 1984.
- Braunschweig Sabine: Hüten – Warten – Pflegen. Das Pflegepersonal der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt in Basel, 1910-1930, Basel 1988 (unveröff. Lizentiatsarbeit).
- Braunschweig Sabine: »Wir waren wie eine Familie«. Das Psychiatriepflegepersonal der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt in Basel in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in: Frauen und Öffentlichkeit, Beiträge der 6. Schweizerischen Historikerinnentagung, Hg. Mireille Othenin-Girard, Anna Gossenreiter, Sabine Trautweiler, Zürich 1991, S. 185-196.
- Braunschweig Sabine: »Die Männer haben immer dominiert«. Die ersten Frauen im Basler VPOD, in: »Und dass nur ein Mittel dagegen hilft, nämlich die Organisation«, VPOD Sektion Basel 1891-1991, hg. vom Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD) Sektion Basel, redigiert von Sabine Braunschweig, Bernard Degen und Josef Zwicker, Basel 1991, S. 7-16.
- Braunschweig Sabine: Wundermittel Largactil. Wissenschaftlicher Fortschritt und Arbeitsalltag aus der Sicht ehemaliger Schwestern und Pfleger der psychiatrischen Klinik »Friedmatt«, in: Vielstimmiges Gedächtnis. Beiträge zur Oral History, hg. von Gregor Spuhler u.a. (und S.B.), Zürich 1994, S. 127-140.
- Braunschweig Sabine: Der steinige Weg der Männer in der Krankenpflege zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in: Gazetta interna, Hauszeitung des Kantonsspital Basel 2/98.

Die Psychotherapeutin auf der Leinwand

Klaus Schonauer, Inès Nagl

Zusammenfassung

Der Film, historisch im gleichen Jahrzehnt wie die Psychoanalyse zur Welt gekommen, hat sich kaum – obwohl technisch gerade dazu prädestiniert – zu einem dokumentarischen Abbildungsverfahren entwickelt, sondern – eher im Gegenteil – zum führenden Medium der Mythopoesis. Die Debatte um Chancen und Gefahren dieser Entwicklung wird seit der Stummfilmzeit von Psychiatern und Psychoanalytikern mitgestaltet. Psychiatrie und Psychotherapie werden als Sujet im Kino kaum weniger verfremdend als andere Professionen behandelt. Psychiatrisch filmkritische Studien über Rollenstereotypen im Spielfilm zeigen drei idealtypische Muster dieser Profession: skurrile Seelentüftler, bössartige Manipulatoren und Helden der Philanthropie. In geschlechtsvergleichenden Studien werden einige weitere Stereotypen beschrieben. Unter anderen wird die Hypothese entwickelt, dass weibliche Leinwand-Psychotherapeutinnen sich wesentlich häufiger als ihre männlichen Kollegen in Gegenübertragungskomplikationen verlieren und wesentlich seltener therapeutisch effektiv sind. Wir führen durch das überraschend reichhaltige Schrifttum zur psychiatrisch-psychotherapeutischen »Kinodebatte«, verweisen detaillierter auf einige ihrer geschlechtsbezogenen Aspekte und teilen eigene Beobachtungen an 17 Spielfilmen mit insgesamt 19 Leinwandtherapeutinnen mit. Als besonders bemerkenswert erscheint uns, dass diese in ihrer Mehrzahl außerhalb ihrer Berufstätigkeit kein Alltagsleben gestalten, keine signifikanten Beziehungen pflegen, und selbst dann, wenn sie im Plot des Films als Protagonistinnen ausgewiesen werden, kaum mit »eigenen« Biografien »ausgestattet« sind.

Im Impressum dieser Zeitschrift werden potenzielle Autorinnen und Autoren zu sprachlicher Gleichbehandlung von Mann und Frau, zugleich zum kreativen Umgang mit der deutschen Publikationssprache eingeladen, ohne dass ihr, der Sprache, Gewalt angetan werden solle. Eine der Herausgeberinnen hat den Titel der Zeitschrift im Editorial des gleichen Heftes als naheliegendes Gegengewicht zu geschlechtsgeneralisierenden Titeln wie »Der Nervenarzt«, »Der Gynäkologe« oder »Der Hausbesitzer« beschrieben.

ben. »Die Psychotherapeutin« will – jedenfalls nach dem von uns erlesenen Eindruck ihrer editorischen Praxis – kaum weiblicher sein als »Der Psychotherapeut« männlich ist. Sie ist eine ganz »normale« Fachzeitschrift, so wie er ein ganz »normaler« Fachzeitschriftling ist, in der thematischen Breite klinischer und theoretischer Spektren der Psychotherapie. Gleichwohl lädt sie aber zu einer besonderen Sensibilität für geschlechtsgebundene Themen innerhalb dieser Spektren ein. Unser Aufsatz behandelt ein solches Thema.

Wir haben 17 Kinofilme, in denen 19 psychotherapeutisch tätige Psychiaterinnen auftreten, quasi-kasuistisch betrachtet. Wir möchten – der empirischen Tradition kasuistischer Forschung folgend – einige Besonderheiten dieser Stichprobe beschreiben. Dabei interessiert uns vor allem die Frage nach der Bedeutung, die dem weiblichen Geschlecht dieser fiktiven Figuren zugeordnet wird. Unsere Hypothese ist, dass die Weiblichkeit dieser Therapeutinnen dort nicht als Eigenschaft ihrer Person, sondern als Determinante ihrer Arbeit konzipiert wird. Auf der Leinwand arbeiten Psychiaterinnen nach unserem Eindruck nicht »einfach« psychotherapeutisch, sondern sie tun es entweder »obwohl« oder »gerade weil« sie Frauen sind. In diesem Sinne erscheinen sie bei vergleichender Betrachtung durchaus »weiblicher« als männliche Psychotherapeuten »männlich«. Ihr Geschlecht und vor allem dessen Beziehung zu ihrer Arbeit wird zu etwas auf schwierige Weise Bemerkenswertem und stimuliert eine Form von Aufmerksamkeit, die eine besondere Art der Projektion zu induzieren vermag.

Bevor wir uns mit ihren möglichen Rückwirkungen auf die Realität psychotherapeutischer Arbeit beschäftigen können, soll diese Art Projektion, nämlich diejenige die im Kino stattfindet, ausführlicher betrachtet werden. Im Anschluss daran möchten wir eine Übersicht über die überraschend reichhaltige Literatur im thematischen Umfeld unseres Themas geben und zuletzt eigene Beobachtungen mitteilen und uns an ihrer Deutung versuchen.

Reine Projektion

Allenthalben ist von »Projektion« die Rede. Sie wird als Fachbegriff in verschiedenen Disziplinen kultiviert, begünstigt terminologische Artenvielfalt und zugleich eilfertige Analogiebildungen. Im rhetorischen Schatz alltäglicher Streitkultur hat sie ihren festen Platz. Hier wird sie von Beklagten geschätzt und von Klägern gefürchtet. Etymologisch verwurzelt ist sie im lateinischen Verb *proicere* »hervorwerfen«. Die älteste ihrer Disziplinen ist die euklidische Geometrie. Hier beschreibt sie Transformationsregeln, nach denen von jedem Punkt eines Originalgebildes Geraden, sogenannte

»Projektionsstrahlen«, ausgehen, die entweder parallel zueinander liegen oder durch ein gemeinsames Zentrum führen und in der sogenannten »Bildebene« enden. In ihr entsteht ein Abbild des Originalgebildes, das geometrisch auch als »Riss« bezeichnet wird. Die rechtwinklige Parallelprojektion eines Gebäudes auf die Bildebene der Fläche, auf der es errichtet ist, ist sein »Grundriss«.

Projektion reduziert. Sie kann Übersicht schaffen oder verfremden. Sie stiftet und richtet aus: Verbindungen zwischen Innen und Außen oder auch – wie »Projektionsfasern« – zwischen neuroanatomischen Kerngebieten. Die psychoanalytische Metapsychologie begründet eine eher skeptische Tradition in der Geschichte des Projektionsbegriffs, modelliert ihn als Abwehrmechanismus: Laplanche und Pontalis (1986: 400), akribische Kartographen der psychoanalytischen Terminologie, definieren ihn als »Abwehr sehr archaischen Ursprungs, die man besonders bei der Paranoia am Werk findet, aber auch in ›normalen‹ Denkformen wie dem Aberglauben.« Wer projiziert, ent-sorgt sich, distanziert sich von einem schmerzhaften Teil der Wirklichkeit, zugleich unbewusst und dennoch auf gerichtete, geradezu adressierende Weise. Projektion schützt – wie alle Abwehrmechanismen – auf Kosten von Realitätsnähe. Als Grenzpfiler der menschlichen Erkenntnisfähigkeit wird sie bereits – wenn auch unter anderem Namen – im platonischen Höhlengleichnis beschrieben. Schließlich ist sie eine Art Elementarvorgang der Übertragung, also derjenigen Verknennung, die den Ausgangspunkt und zugleich das Arbeitspensum tiefenpsychologischer Psychotherapie namhaft macht.

Etwa zeitgleich mit der Psychoanalyse kommt eine weitere, für die hier behandelten Zusammenhänge noch wichtigere, Domäne der Projektion auf die Welt: 1895 entwickeln Louis Jean und Auguste Lumière ein Verfahren, das es ermöglicht sequenziell belichtete Transparentfolien mit gleichmäßig hoher Geschwindigkeit an einer Lichtquelle vorbeizuführen. Sie nennen es »Kinematographie«. Die Entdeckung der Brüder Lumière ist – wie wir heute wissen – folgenreich. Sie macht die menschliche Erlebnissphäre auf bis dahin ungeahnte Weise reproduzierbar, ebnet den Weg zu einer Art in-vitro-Fertilisation der Vorstellungskraft. Vor allem aber führt sie die geometrische und die metapsychologische Domäne des Projektionsbegriffs wieder zusammen: Die Leinwand ist *zugleich* im geometrischen Sinn Bildebene einer Zentralprojektion der im Film belichteten Originalgebilde *und* Austragungsort metapsychischer Übertragungsvorgänge, an denen sowohl dessen Autoren als auch seine Zuschauer beteiligt sind. Wenn es trotz aller terminologischer Verwicklung irgendwo angemessen ist, von »reiner Projektion« zu sprechen, dann im Kino.

Im Kino kommen Mythen zur Welt (Scheugl 1978). Die Mythopoesis ist eine besondere Stärke seiner Ausdrucksmöglichkeiten, zugleich aber

auch Ansatzpunkt kulturkritischer Skepsis. Umstritten ist bis heute, ob gerade im Dunkel des »Lichtspieltheaters« eine besondere Art von Aufklärung möglich wird. Versuche dazu hat es sicher zahlreich gegeben. Über das erfolgreiche Scheitern (»successful failure«) eines solchen Versuchs berichtet Ries (1995):

Am 24.3.1926 wurde im Berliner Gloria Palast Georg Wilhelm Pabsts »Geheimnisse einer Seele« uraufgeführt. Dieser beim Publikum wie bei der Kritik überaus erfolgreiche Stummfilm (»a highly successful silent film about the talking cure«) war aus einer vom Berliner Produzenten Hans Neumann vermittelten Zusammenarbeit zwischen einem UFA-Team und dem 15 Jahre zuvor von Max Eitingon gegründeten Berliner Psychoanalytischen Institut hervorgegangen. Seine Autoren hatten sich zum Ziel gesetzt, dem breiteren Publikum einige Grundlagen der psychoanalytischen Theorie mit den Gestaltungsmöglichkeiten einer Spielfilmhandlung auf eher anschauliche als spektakuläre Weise näher zu bringen. Hanns Sachs und Karl Abraham, seinerzeit Lehranalytiker des Berliner Instituts (der Letztgenannte zugleich auch Präsident der International Psychoanalytic Association), hatten sich in der psychoanalytischen Bewegung weitgehend vergeblich um einen Konsens im Hinblick auf eine Öffnung gegenüber dieser Form von Öffentlichkeit bemüht. Ihre Beratertätigkeit für die UFA blieb umstritten. Sigmund Freud verweigerte Abraham in einem Schreiben die von diesem hierzu erbetene Autorisierung. Er selbst hatte 1924 ein ausgesprochen lukratives Angebot Samuel Goldwyns zur Mitarbeit an einer Hollywood-Produktion »about famous love stories in history« ausgeschlagen, 1925 gar an Sándor Ferenczy geschrieben: »Die Verfilmung lässt sich so wenig vermeiden wie, scheint es, der Bubikopf. Aber ich lasse mir selbst keinen schneiden und will auch mit keinem Film in persönliche Verbindung gebracht werden« (zit. n. Stingelin 1995). Gerade der Publikumerfolg von »Geheimnisse einer Seele« führte nach Ries' Einschätzung zum Scheitern der eigentlichen Absicht Abrahams.

»[The film] caused disagreement within the psychoanalytic community, which put personal and professional relationships to a test, which Freud came to feel that ›our Circle has not passed well‹, and which has left the film as a millstone round the neck of psychoanalysis and its practitioners.« (Ries 1995: 76)

Die Geschichte des Tonfilms und die Emissionen der Traumfabriken, in denen er produziert wurde, haben die frühe Skepsis gegenüber dem Stummfilm, zu der neben der psychoanalytischen auch die psychiatrische Fachöffentlichkeit genuine Beiträge geleistet hat (Podoll & Ebel 1998), weitgehend bestätigt. Der Kinofilm hat die Aufklärung in der Summe seiner Strömungen nicht zu seiner Sache gemacht. Wenn »Projektion« – wie wir

einleitend hervorgehoben haben – sowohl Übersicht schaffen als auch verfremden kann, so ist die »reine Projektion«, wie sie im Kino stattfindet, im Wesentlichen eine verfremdende. Detailgetreue Abbildungen der Realität finden man und frau auf der Leinwand vergleichsweise selten. Versuche dazu haben allenfalls in einem seiner entlegeneren Genres, dem Dokumentarfilm, überlebt.

Das Original im Schatten seines Abbilds

Der Befund, dass psychische Krankheiten und ihre Therapie im Kino unrealistisch abgebildet werden, ist als solcher nicht sonderlich bemerkenswert. Kaum jemand geht in der Erwartung ins Kino, dort Abbildungen der Wirklichkeit vorzufinden. Warum sollte es Psychiatern und Psychotherapeuten anders ergehen als amerikanischen Rinderhirten, deren Berufstätigkeit in idealisierter Form im Kino genrebildend ausgebaut wurde? Schneider (1987: 996) erhebt als Ergebnis einer Analyse von 207 amerikanischen Spielfilmen, die die Psychiatrie als Sujet behandeln, den zusammenfassenden Befund:

»In fact, psychiatry in the movies has developed its own characteristics, which only occasionally intersect with those of the real-life profession.«

Von großer – wenn man so will: alltagspraktischer und klinischer – Bedeutung ist nun die Frage, ob die verfremdende Projektion auf die Kineleinwand ihrerseits eine Rückwirkung auf ihr Originalgebilde, also auf die Realität von Psychiatrie und Psychotherapie hat. Eine solche Rückwirkung ließe sich vor allem dann vermuten, wenn man Grund zur Annahme hätte, dass die Begegnung mit der verfremdenden, idealisierten oder dämonisierten Projektion der Begegnung mit dem Originalgebilde mit einer gewissen Regelmäßigkeit vorausgeht, sie vielleicht sogar – in der Sichtweise des platonischen Höhlengleichnisses – in den Schatten stellt. So haben Fountoulakis et al. (1998) in einer auf griechische Filmproduktionen der Nachkriegsära beschränkten Untersuchung 30 Spielfilme identifiziert, in denen psychisch kranke Protagonisten auftreten. In keinem dieser Filme wird jedoch eine psychiatrische Erkrankung als positiv therapeutisch beeinflussbar dargestellt. Erfahrungen mit anderen Genres machen einige Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung mit der Frage nach den Folgen der Realiätsverfremdung im Kino deutlich: Selbst besondere Liebhaber von Westernfilmen würden ihre Kinoerfahrung kaum in ihr Bild über mögliche Probleme der Rinderhaltung einfließen lassen. Einerseits hat der Westernfilm als Genre nachhaltig zur Umbewertung oder gar Leugnung

des Genozids an der nordamerikanischen Urbevölkerung beigetragen, andererseits sind aber gerade aus dem Inneren eben dieses Genres die bis heute breitenwirksamsten Impulse zur Korrektur dieser Geschichtslüge hervorgegangen. Davis (1998) hat ermittelt, dass die Stadt Los Angeles in cineastischen und anderen fiktionalen Szenarien bislang insgesamt 184 mal vollständig zerstört wurde. Dennoch hat der Film gerade diese Stadt und ihre Umgebung, empirisch betrachtet, sicher nicht *ruiniert*.

Im Fall von Psychiatrie und Psychotherapie sind die Verhältnisse kaum weniger schwierig. Sie sind empirisch nicht ohne weiteres zugänglich, da sie öffentliches Interesse mit einer beträchtlichen Tabuisierungstendenz verbinden. Wulff (1985: 115) hat im internationalen Vergleich eine Reihe von sujetgebundenen Zensur-Regelungen beschrieben und verweist beispielhaft auf eine bis etwa 1970 vom British Board of Film Censors angewandte Grundregel: »Alle Filme, in denen Probleme der psychischen Krankheit behandelt werden, werden generell als für Jugendliche nicht geeignet angesehen.« Condrau (1981: 911) berichtet über drastische Zensurmaßnahmen anlässlich der Aufführung des amerikanischen Spielfilms *The Snake Pit (Die Schlangengrube)* in Basel im Jahr 1950. Einige Szenen seien »auf Antrag baslerischer Psychiater, auf Verlangen der Polizei« herausgeschnitten worden, und dem Restfilm sei ein warnender Hinweis vorausprojiziert worden, der darauf aufmerksam machte, dass die »in diesem amerikanischen Film dargestellten Zustände keine Rückschlüsse auf die Einrichtungen und Behandlungsmethoden der schweizerischen psychiatrischen Anstalten gestatten«. Fraglos projiziert diese 1948 von Anatole Litvak inszenierte Verfilmung eines Romans der als Patientin psychiatrieerfahrenen Mary Jane Ward grell dramatisierte Stereotype. Zugleich hat er aber auch historisch im ersten Nachkriegsjahrzehnt weichenstellende Verdienste in der Werbung um öffentliches Verständnis für psychisch Kranke. Eine ähnlich zwiespältige Rolle hat der beim deutschsprachigen Publikum wohl bis heute bekannteste psychiatrische Genrefilm *One flew over the cuckoo's nest (Einer flog übers Kuckucksnest)* gespielt. Kuhn (1976) hat die Verzerrungen seiner Leinwandprojektion gegenüber der psychiatrischen Alltagswirklichkeit kritisiert. Folkerts (1999) hat etwa zwei Jahrzehnte später an einem klinisch sicher relevanten Beispiel mögliche Folgen dieser Verzerrung untersucht und einen eher entwarnenden Befund erhoben: Er befragte Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine von ihnen erlebte Serie von Elektrokrampftherapien nach ihren prämorbidem Informationsquellen über dieses Therapieverfahren. Viele von ihnen gaben an, in ihrer Einschätzung vor dem Beginn ihrer eigenen Erkrankung unter anderem durch eben diesen Film geprägt worden zu sein. Mithin hatten sie sich mit einem Verfahren behandeln lassen, das ihnen im Dunkel des Lichtspieltheaters zuvor als menschenverachtende Repressionsmaßnahme vorgestellt worden

war. Sie hatten sich also bei ihrer Entscheidung zur Elektrokrampftherapie über ihre – im Einzelfall ausgesprochen plastisch erinnerte – Kinoerfahrung hinweggesetzt.

Empirisch bislang ebenfalls wenig untersucht ist die Frage, inwieweit psychotherapeutisch Tätige Selbsterfahrungen mit dem Abbild ihrer Tätigkeit auf der Kinoleinwand sammeln. Wir vermuten, dass dies nur relativ selten und eher sporadisch geschieht. Nicht wenige Autoren (Fritz & Poe 1979, Swift & Wonderlich 1993, Tretter 1994) plädieren ausdrücklich dafür, den psychiatrisch-psychotherapeutischen Genrefilm, seine Anschaulichkeit, seine Übertreibungen und gerade sein projektives Potential systematisch in der Aus- und Weiterbildung zu nutzen. Schließlich nötigt bisweilen gerade die Verfremdung jeder bildenden Kunst zu einer Art des Verstehens, die kein noch so naturgetreues Abbild zu erschließen vermag.

»But first she's a girl«

In der 1965 von ihm selbst inszenierten Klamauk-Komödie *Three on a couch* (*Drei auf einer Couch*) spielt Jerry Lewis einen Maler, der seine – von Janet Leigh verkörperte – Freundin, eine Psychotherapeutin, mit langatmiger Beharrlichkeit zu einer romantischen Europareise zu überreden versucht. Dabei muss er fürchten, an der pflichtbewussten Bindung seiner Freundin an ihre Patientinnen zu scheitern, die eine derart weite Reise nicht zulässt. Sein Lamento gegenüber einem Freund, der von Beruf Gynäkologe ist, mündet in die resignative Bemerkung »She's a psychiatrist« und diese wiederum in die tröstende Replik des Freundes »But first she's a girl«.

Dieser kleine Dialog ist in der psychiatrisch-filmkritischen Literatur (Gabbard & Gabbard 1989) als paradigmatisch für die Darstellung von Psychotherapeutinnen auf der Leinwand behandelt worden. Er illustriert unsere Hypothese, dass das Geschlecht einer Psychotherapeutin im Kino nicht als Eigenschaft ihrer Person, sondern vielmehr als Determinante ihrer Arbeit konzipiert wird (obwohl er sie auf den ersten Blick eher zu konterkarieren vorgibt).

Wir möchten nun zunächst eine Übersicht über die relevante Literatur im thematischen Umfeld unserer Hypothese geben und im Anschluss daran eigene Beobachtungen an einer Reihe von »Kasuistiken« mitteilen.

Die Filmgeschichte hat ein variantenreiches Spektrum von Abbildungen der Psychiatrie, ihrer Patienten und Therapeuten hervorgebracht. Bilder von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereichern die Ideenwelt von Kinogängern und beeinflussen ihre Vorstellungen der psychotherapeutischen Realität. Trotz des Variantenreichtums hat sich aber keine rechte Artenvielfalt entwickelt. Nach einer von Schneider (1977) an

einem Korpus von 207 amerikanischen Spielfilmen entwickelten Typologie kann man die Gattung der Filmpsychiaterinnen und Filmpsychiater mit nur drei Varianten schon recht umfassend inventarisieren. Insgesamt 72 % der von ihm analysierten Figuren ließen sich recht eindeutig einer der folgenden Stereotypen zuordnen:

Dr. Dippy (35 %), benannt nach dem Protagonisten des ersten psychiatrischen Genrefilms *Dr. Dippy's Sanitarium* aus dem Jahr 1906, ist unkonventionell, ein wenig trottelig, in aller Regel lebenswürdig, kaum weniger gestört als seine Patienten. Seine Behandlungsmethoden sind bizarr, aber ungefährlich und bisweilen auf überraschende Weise effektiv.

Dr. Wonderful (22 %) ist kompetent, berührbar und gut, aber keineswegs übertrieben ambitioniert. Zeit ist keine Kategorie für ihn. Für Gespräche ist er jederzeit zu haben, schier unerschöpflich ist sein Reservoir an Empathie. Er verfügt über besonderes Improvisationstalent, kommt immer gerade rechtzeitig mit der vielleicht unorthodoxen aber vom Hergang der Ereignisse bestätigten Interpretation einer traumatisierenden Erfahrung seiner Patientinnen und Patienten. Er meidet invasive Therapiemethoden, wird sich allenfalls zur Hypnose oder zum Einsatz eines »Wahrheitsserums« entschließen. In der Regel sucht er aber das therapeutische Gespräch. Bisweilen ist er auch machtlos.

Dr. Evil (15 %) hingegen ist geradezu auf Macht versessen, wesentlich an deren Maximierung und am persönlichen Profit orientiert. Er ist auf misanthropische Weise verrückt und liebt gefährliche Experimente. Elektroschocks, Lobotomie und Psychopharmaka setzt er gerne und vorzugsweise manipulativ ein. Herrschaftsverhältnisse bestimmen die ihm hauptsächlich geläufige Beziehungsform.

Schneider entwickelt seine Typologie ohne explizite Bezugnahme auf das Geschlecht der von ihm analysierten Filmpsychiater. Die von ihm illustrierend angeführten Beispielfälle sind jedoch ausnahmslos männlich. Samuels (1985) hat sich nach unserer Literaturrecherche als erste explizit mit der Darstellung von Psychotherapeutinnen im Film (und anderen fiktionalen Medien) beschäftigt. Sie weist auf die determinierende Rolle hin, die deren Geschlecht in der Entwicklung ihrer professionellen Praxis spielt. Diese entsteht nach ihrer Interpretation vor allem dadurch, dass diese fiktionalen Psychotherapeutinnen recht eng und »diszipliniert« in den Grenzen der ewig weiblichen Rollenklischees »madonna, virgin and whore« dargestellt werden. Diese Begrenzung wird von der Autorin recht apodiktisch behauptet. Auf einer Expedition durch eine Vielzahl von Filmen, Theaterstücken und Romanen analysiert sie mit kritischer Distanz die Darstellung verschiede-

dener Psychotherapeutinnen und beschreibt eine Reihe von Stereotypen. Weibliche Therapeutinnen würden häufig als »unerfüllte« Frauen dargestellt, die unfähig seien dauerhafte Beziehungen mit männlichen Männern einzugehen, von ihren Töchtern und Söhnen zurückgewiesen würden, sich in der Beziehungsgestaltung zu – besonders männlichen – Klienten regelmäßig grenzverletzend oder aber verführbar verhielten. Trotz ihres (Über-)Engagements seien die Psychotherapien dieser fiktionalen Therapeutinnen aber nur selten effizient. Ihre Porträts seien ausgesprochen sexistisch, unprofessionell und unethisch geraten.

Gabbard und Gabbard (1989) quantifizieren und systematisieren diese Eindrücke. Ihre Analyse basiert auf einem Korpus von 250 zumeist amerikanischen Spielfilmen. In 63 von ihnen treten Psychotherapeutinnen auf. Im Gegensatz zu männlichen Therapeuten, die im Zeitverlauf der Filmgeschichte unterschiedlich dargestellt würden, seien die Porträts weiblicher Therapeutinnen relativ gleichförmig in ihrer Kontur. Einige Stereotypen erschienen bei männlichen und weiblichen Therapeuten gleichermaßen. Wenigstens eines sei jedoch relativ spezifisch bei Frauen, insbesondere wenn sie als Psychoanalytikerin dargestellt würden. Wenn diese die Behandlung von männlichen Patienten übernähmen, scheine ein ganz typisches Muster auf. Die weiblichen Therapeutinnen seien vorrangig Frauen, erst an zweiter Stelle stehe ihr Beruf. Im Konfliktfall zwischen diesen beiden Identitäten würden sie immer zuerst als Frau entscheiden und bestenfalls in zweiter Instanz als Psychiaterin. Entsprechend schutz- und ratlos seien sie ihrer Gegenübertragung ausgeliefert. Gabbard und Gabbard überschreiben ihren historischen Streifzug durch die Filmgeschichte »Five Decades of Countertransference Love«. Sie zählen im Gesamtkorpus ihrer Filmographie 19 (von 63) weibliche Therapeutinnen, aber nur neun (von einer nicht dokumentierten aber vermutlich wesentlich höheren Gesamtzahl) männliche Therapeuten, die einem gegengeschlechtlichen Klienten bzw. einer gegengeschlechtlichen KlientIn »verfallen«.

Daneben werde im deskriptiv statistischen Geschlechtervergleich ein weiterer Punkt evident. Weibliche Therapeuten hätten nicht in einem Fall eine stabile Beziehung zu einem Mann, der kein Patient sei. Stabile »außertherapeutische« Zweierbeziehungen existierten bei männlichen Therapeuten jedoch in 25 Filmen des erfassten Korpus'. Der Erfolg einer Therapie, ohne dass die Therapeutin sich in den Patienten verliebe, sei rar. Nur zwei (von 63) Psychotherapeutinnen im Korpus dieser Autoren »schaffen« eine – lege artis – erfolgreiche Therapie, während unter den männlichen Kollegen immerhin 33 dieses Ziel erreichen.

Grenzverletzungen weiblicher Therapeutinnen in der Beziehungsgestaltung zu gleichgeschlechtlichen Klientinnen sind im amerikanischen Korpus von Gabbard & Gabbard nicht beschrieben. (Eine solche Konstel-

lation war – hier auch als handlungstragendes Motiv – in der Verfilmung des gleichnamigen Romans *Per le antiche scale* (*Irrwege*) des Romanciers und früheren ärztlichen Leiters des psychiatrischen Krankenhauses in Lucca, Mario Tobino, lediglich auf europäische Leinwänden zu sehen.) Recht kritisch setzen sich Gabbard & Gabbard schließlich mit der therapeutischen Beziehung im Genreklassiker *I never promised you a rose garden* (*Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen*) auseinander. Dieser Film ist im Hinblick auf seinen dokumentarischen Hintergrund sicher ein Sonderfall (vgl. Rubin 1972). Seine Romanvorlage ist als Erfahrungsbericht einer von Frieda Fromm-Reichmann in der später als psychoanalytische Avantgardekllinik bekannt gewordenen »Chestnut Lodge« behandelten Patientin entstanden. Er nutzt filmische Ausdrucksmöglichkeiten ausgesprochen kreativ zur Darstellung psychotischer Erlebnisweisen. Gabbard & Gabbard sehen in ihrer – auf den Film und nicht die Romanvorlage bezogenen – Deutung einen recht direkten Zusammenhang zwischen der Intensität und Nähe der therapeutischen Übertragungsbeziehung und der Kinderlosigkeit der Filmtherapeutin, die ihre Filmklientin bisweilen jenseits der Grenzen des therapeutisch Gebotenen adoptiere.

Vier Kasuistiken und eine Motivsammlung

Im folgenden wollen wir die Ergebnisse eigener Beobachtungen in einem Korpus von 17 Spielfilmen mitteilen, von denen uns Videokopien zugänglich waren. Tabelle 1 auf der nächsten Seite vermittelt eine Übersicht über die 19 darin auftretenden Psychiaterinnen. Wir wollen zunächst vier Filme etwas ausführlicher im Gesamtzusammenhang ihrer »plots« darstellen und anschließend in der Tradition der von uns referierten Literatur einige vergleichende Motivbetrachtungen anstellen.

1. Ent-Hexung und Feminisierung

Dr. Constance Peterson, dargestellt von Ingrid Bergman in dem 1945 von Alfred Hitchcock inszenierten Film *Spellbound* (wörtl.: »verhext«, deutscher Verleihtitel: *Ich kämpfe für Dich*), ist eine filmhistorisch recht frühe Verkörperung einer Psychiaterin. Sie wird dem Zuschauer als kompetente und engagierte Ärztin vorgestellt, die therapeutische Beziehungen souverän, distanziert, mit eher gebremster Empathie gestaltet und Deformationen ihrer Patienten als Herausforderung versteht. Sie empfängt ihre Klienten hinter dem Schreibtisch sitzend, gönnt sich während der Arbeit ab und zu einer Zigarette, die sie in einer Zigarettenspitze raucht. Sie wohnt auf dem Klinikgelände, und scheint für Lebensinhalte, die nicht zu ihrem

	Deutscher Verleihstitel (Stoff)	Behandlungstechniken	Institution	Lebenssituation außerh. Therapie	Grenzüberschreitung?
Dr. Peterson (I. Bergmann) W ¹	Ich kämpfe für Dich, USA 1945 (O ²)	aufdeckend/Traum- deutung	Klinik	lebt allein (auf dem Klinikgelände)	verliebt sich in Pat., gemein- same Flucht
Lucy (-) D	Charlie Brown und seine Freunde, USA 1969 (O)	kognitive VT	freie (!) Praxis	Lebt auf peer group bezogen, »Nörgelvir- tuosin«	nein
Dr. Fried (B. Andersson) P	Ich hab Dir nie einen Rosen- garten versprochen, USA 1977 (R)	supportiv/Arbeit mit Übertragungsbeziehung (R)	Klinik	lebt allein (auf Klinik- gelände?), kinderlos	fraglich: »adoptionsähnli- che« Beziehung
Dr. Katz (A. Düringer) E	Die Sehnsucht der Veronika Voss, BRD 1982 (O)	edukativ	Praxis	hat private »dates«	körperbetonte Beziehung zur Patientin
(namenlose Ab- teilungsärztin) E	Die Geschichte der Piera BRD/I/F 1982 (O)	supportiv	Klinik	?	nein
Dr. Flechter (M. Farrow) W	Zelig, USA 1983 (O)	aufdeckend/Milieu- therapie/Hypnose	Klinik/ Praxis	verlobt	verliebt sich in und ehelicht Patientin
Dr. Livingstone (Jane Fonda) W	Agnes – Engel im Feuer USA 1985 (A)	aufdeckend/Hypnose	aufsuchend bei Pat.	lebt allein	fraglich: sehr involvierte Gegenübertragung
Dr. Ford (L. Crouse) W	Haus der Spiele USA 1987 (O)	supportiv	Klinik	lebt allein	verleiht große Geldsumme für Pat.
Dr. Quistère (C. Deneuve) W	Frequenz Mord F 1988 (R)	»counseling«/ Krisenintervention	städt. psych. Krisendienst	lebt mit adoleszen- ter Tochter	nein
(A. Lachapelle) W	Leolo, CAN/F 1991 (O)	edukativ	Klinik	?	nein
Dr. Bowen (L. Olin) W	Mr. Jones	aufdeckend	Klinik	lebt allein	Liaison mit Patient
Dr. Holland (A. Bancroft) P	USA 1992 (O)	Supervision	Klinik leit. Ärztin	?	nein

Dr. Lowenstein (B. Streisand) W	Herr der Gezeiten USA 1992 (R)	aufdeckend	Praxis und Klinik	unglücklich verheiratet	schläft mit Patient
Dr. Mendez (L. Richardson) P (Familientherapeutin) P	When a man loves a woman USA 1993 (O)	supportiv	Klinik	geschieden	berichtet (ausführlich) von eigenem Scheitern nein
Dr. Olsen (N. Richardson) W	Nell USA 1994 (A)	edukative Interaktion (autist. Pat.)	Klinik (Ki- Ju) aufsuch.	lebt allein	mündet in Freundschaft mit Patientin
Dr. Hudson (S. Weaver) ?	Copy Kill USA 1995 (O)	nur gutachterlich und wissenschaftl. tätig	Forensisch- psych. Gut- achterin	lebt allein	<i>Opfer</i> eines Übergriffs von Begutachtetem
Dr. Raily (M. Stowe) W	12 Monkeys USA 1996 (O)	supportiv (nicht konfliktzentriert)	Klinik	lebt allein	gemeinsame Flucht mit Pat.
Dr. Charlotte (M. Martindale) W	Marvins Töchter USA 1997 (A)	edukative Interaktion	Klinik	?	nein

Tabelle 1: Neunzehn Psychotherapeutinnen auf der Leinwand. Persönliche, professionelle und dramaturgische Rahmenbedingungen.

¹ W=Wonderful, D=Dippy, E=Evil (n. Schneider 1977), P=professionell.² O=Originaldrehbuch, R=Romanverfilmung, A=adaptiertes Bühnenstück.

Arbeitsumfeld gehören, wenig Raum zu haben. Signifikante Bezugspersonen, die nicht zu diesem Umfeld gehören, lassen sich nicht blicken und werden – auch im autobiografischen Rückblick bis auf ihren alkoholkranken Vater – niemals erwähnt. Die Werbungs- und Annäherungsversuche eines ihrer Klinikkollegen beobachtet sie mit amüsiertem Interesse. Dieser zieht sich schließlich zurück und bedeutet ihr, sie müsse noch Erfahrungen machen, um ihre Patienten besser verstehen zu können. Das Blatt wendet sich mit der Ankunft des neuen Chefarztes Dr. Edwardes, dargestellt von Gregory Peck, in der Klinik. Dieser wirkt entgegen mancher der an ihn – auch vom Zuschauer – gerichteten Rollenerwartungen recht vorsichtig, bisweilen sogar unsicher. Dr. Peterson verliebt sich in ihn und entwickelt sich »darüber« zur Frau. Sie legt ihre kühle Distanziertheit und auch ihre Hornbrille ab, trägt ihr Haar offen, bereichert ihre Arbeit um Empathie und Intuition. Nach einiger Zeit entstehen im Kollegenkreis der Klinik Zweifel an der fachlichen Kompetenz und schließlich auch an der Identität von Dr. Edwardes. Er wird schließlich beschuldigt, den wahren Dr. Edwardes getötet und sich an seiner statt in die Klinik eingeschlichen zu haben. Dr. Peterson glaubt jedoch unverrückbar an die Unschuld ihres Geliebten und bringt ihn zu ihrem ehemaligen Lehranalytiker, der ihm im Rahmen einer Traumanalyse dissoziativ-amnestisch verlorene Erinnerungen wieder zugänglich macht, die zutage fördern, dass er tatsächlich nicht Dr. Edwardes, aber auch nicht dessen Mörder ist. Der aber kann als Ergebnis der Analyse und als Schlussmotiv des Films überführt werden.

II. Des Chamäleons Zähmung

Dr. Eudora Fletcher, gespielt von Mia Farrow, hat die Aufgabe ein »menschliches Chamäleon« psychotherapeutisch zu behandeln, nämlich den Protagonisten des gleichnamigen Films *Zelig*, geschrieben, verkörpert und 1983 inszeniert von Woody Allen. Leonard Zelig leidet an seiner Anpassungsfähigkeit, die derart ausgeprägt ist, dass er sogar physische Eigenschaften eines Gegenübers annehmen kann. In der Gesellschaft von Republikanern wird er zum Republikaner, auf einer Europareise als Zaungast einer nationasozialistischen Parteiversammlung zum Faschisten, in überwiegend weiblicher Gesellschaft verändert er beinahe sein Geschlecht. Sein Syndrom schlägt Sensationswellen im Amerika der Zwanziger Jahre. Er wird auf Kongressen und Pressekonferenzen präsentiert und gibt den renommiertesten Psychiatern, in deren Gesellschaft er sich selbstverständlich wie ein Psychiater gebärdet, Rätsel auf. Unter den mit ihm befassten Fachleuten befindet sich auch eine recht schüchterne, junge und hochmotivierte Psychiaterin, die sehr an diesem Fall interessiert ist, ganz offensichtlich kaum ein Privatleben hat, filterlose Zigaretten raucht und schließ-

lich all ihre Kraft dem Versuch widmet, Leonard Zeligs Erkrankung auf die Spur zu kommen. Diagnostisch tasten alle mit dem Fall befassten Kollegen im Ungewissen. Dr. Bruno Bettelheim (im Film gespielt von ihm selbst) erinnert sich in einem Interview rückblickend: »I myself felt that his feelings were really not that different from the normal«. Dr. Fletchers Theorie, es handle sich um eine Neurose, in der der Wunsch, geliebt zu werden, durch eine Extremform von Anpassung unbewusst ausgelebt werde, wird im Kollegenkreis verhöhnt, von Leonard Zelig aber trefflich und unübersetzbar bestätigt im Satz: »I want to be liked«. Ihre durchweg männlichen und älteren Kollegen behandeln den Patienten mit Medikamenten und EKT, erreichen damit jedoch nichts, sodass sie schließlich als ultima ratio mit der Behandlung beauftragt wird. Sie nimmt den Patienten mit aufs Land. Dort lebt sie mit ihm zusammen, teilt seinen Alltag, gewinnt sein Vertrauen. Als Therapiemethode setzt sie primär Hypnose und Gesprächstherapie ein. Aus teilnehmender Beobachtung wird im Behandlungsverlauf – immer weniger – beobachtende Teilnahme. Dr. Fletchers tiefes Interesse an ihrem Patienten verändert sich. Erhoffte sie sich anfangs insgeheim mit einer psychopathologischen Studie über seinen Kases vor allem wissenschaftliche Reputation, so entwickelt sich im Lauf dieser Landpartie eine Zuneigung zwischen der Psychiaterin und dem Patienten, die die Grenzen der therapeutischen Beziehung leichtfüßig überspringt und am Ende des Films in den Hafen der Ehe führt. Der Patient wird vom Plot des Films ausdrücklich als »geheilt« auf den weiteren Lebensweg an der Seite Dr. Fletchers entlassen. Sie gelangt zum anfangs so ersehnten Ruhm, empfindet diesen aber gar nicht mehr als so wesentlich.

III. Eine Gläubigerin

Dr. Margaret Ford, gespielt von Lindsay Crouse, interessiert sich in dem 1987 von David Mamet inszenierten (und geschriebenen) Film *House of Games* (*Haus der Spiele*) vor allem für forensisch-psychiatrische Probleme und die Schattenseite der menschlichen Sphäre. Ohne es zu bemerken, wird sie Zeugin einer raffinierten Intrige, die sich inmitten dieser Sphäre entwickelt. Ein Patient eröffnet ihr in der Therapiesitzung, dass er einem professionellen Spieler eine hohe Summe schulde. Er werde umgebracht, wenn er das Geld nicht bald zurückzahlen könne. Gleichzeitig wirft er ihr vor, die Therapie nutze nichts. »It's talk, just talk. This doesn't help me.« Dr. Ford lässt sich dazu hinreißen, ihm zu versprechen, sie werde alles tun, um ihm zu helfen. Später entschließt sie sich ganz aus der professionellen Rolle auszusteigen und aktiv in sein Leben einzugreifen. Sie sucht den Gläubiger ihres Patienten auf, um ihn für diesen um Schuldenerlass zu bitten. Zwischen dem Spieler und ihr entwickelt sich eine leidenschaftliche

Beziehung, in deren Verlauf sie ihm – um ihren Patienten zu schützen – eine hohe Summe leiht. Schließlich stellt sich heraus, dass er und seine Bande ein Netz an Intrigen um sie gelegt und sie von vornherein manipuliert haben. In einer Art Rache- und Befreiungsakt erschießt sie ihren Geliebten. Dr. Ford wirkt anfangs ausgesprochen androgyn. Sie ist Kettenraucherin, trägt eine strenge Kurzhaarfrisur, Business-Anzüge. Sie verrichtet ihre Arbeit beinahe mechanisch und intellektualisierend, und wirkt abweisend und gleichsam unlebendig im Kontakt mit den Patienten. Erst als sie sich in den Spieler verliebt, scheint sie zum Leben erweckt zu werden, wird zugleich lebendig und weiblich. In einer Schlüsselszene fragt Dr. Ford ihn, was er meine, was sie sich wünsche. Er erwidert: »(...) Somebody to come along, somebody to possess you, to take you into a new thing (...).« Dementsprechend verändert sie sich tatsächlich tiefgreifend im Verlauf der Liebesbeziehung. In der Schlusszene sitzt sie im Restaurant, trägt große Ohringe, eine Blumenkleid, das Androgyne der anfänglichen Szenen ist einer verführerischen Weiblichkeit gewichen. Während einer kurzen Abwesenheit ihres Begleiters stiehlt sie ein Feuerzeug einer Frau am Nebentisch. Als sie sich hiermit eine Zigarette anzündet, wirkt sie eigenartig befriedigt und scheint fast psychopathische Züge ihres getöteten Liebhabers angenommen zu haben.

IV. Herrin der Gezeiten

Im 1991 von ihr selbst nach einer Romanvorlage von Pat Conroy inszenierten Film *Prince of Tides* (*Herr der Gezeiten*) spielt Barbra Streisand die Psychiaterin Dr. Susan Lowenstein. Sie verkörpert weibliche Attraktivität in der Form, wie man ihr in Hochglanzjournalen begegnet, arbeitet selbstständig und engagiert in eigener Praxis und lebt unglücklich mit Ehemann und Sohn in einem mit schlichter Eleganz ausgestatteten Heim. Der Film behandelt die Lebensgeschichten und spätere Therapie des Geschwisterpaares Tom und Sallie. Tom ist als Kind eher gefühlkalt, aber auf den ersten Blick »gesund«, Sallie hingegen recht sensibel und erkrankt später an einer Schizophrenie. Beide Eltern werden recht borniert und prohibitiv geschildert. Nachdem Sallie wieder einmal einen Suizidversuch unternommen hat und in einem kataton anmutendem Zustand verharrt, wird Dr. Lowenstein an ihr Krankenbett gerufen. Sie versucht den Bruder ihrer Patientin, der inzwischen Familienvater ist und weit entfernt wohnt, in die Behandlung einzubinden. Tom unternimmt die weite Reise, tritt damit in die Haupthandlung des Films ein, entwickelt sich vom Angehörigen der Patientin zunächst selbst zum Inexpatienten und von dort aus beinahe »zwangsläufig« zum Liebhaber seiner Therapeutin. Damit kommt die Therapie in ihre »heiße« Phase. In einer relativ emotional gestalteten Szene wird

Toms Erinnerung an eine in der Kindheit erlebte Vergewaltigung aufgedeckt. Damit scheint der Schlüssel zur Restabilisierung des familiären Systems gefunden. Sallie findet ihr Gleichgewicht wieder, nachdem Dr. Lowenstein ihr vermittelt hat, dass auch ihre Geschichte von Traumatisierung und anschließender Tabuisierung geprägt ist.

Profession und Profess

Typologien

Alle von uns bei der Arbeit beobachteten Leinwandtherapeutinnen sind mit großem Enthusiasmus und die meisten von ihnen mit außerordentlichem Altruismus bei der Sache. Nur zwei Therapeutinnen lassen sich dem machtorientierten und misanthropischen »Dr. Evil«-Typ nach der von Schneider (1977) eingeführten Typologie zuordnen. Dr. Katz in *Die Sehnsucht der Veronika Voss* missbraucht das therapeutische Verhältnis, um sich Reichtümer von Patienten zu eigen zu machen. Durch die Gabe von Morphin an abhängige und krebserkrankte Patienten erlangt sie so nicht nur finanzielle Vorteile, sondern hält die Patienten in einer sadistisch geprägten Abhängigkeit. Eine weitere, im Film namenlose Therapeutin, die dem »Dr. Evil«-Typ entspricht wird in einer Nebenrolle in *Die Geschichte der Piera* dargestellt. In den wenigen kurzen Szenen, in denen sie erscheint, wirkt sie kühl und abweisend. In gleichgültiger subtiler Grausamkeit verharrend initiiert sie, dass einer schizophren erkrankten Patientin die langen Haare bis auf Streichholzlänge gekürzt werden. Die Patientin wehrt sich vehement, aber vergeblich gegen diese Schikane. 14 von 19 Figuren hingegen erfüllen Schneiders »Dr. Wonderful«-Kriterien. Sie haben ein gewinnendes Wesen, sind äußerlich attraktiv, freundlich, geduldig, ideenreich und flexibel, bei der Arbeit souverän, aber auch unorthodox und nicht übertrieben ambitioniert. Eine einzige Figur lässt sich – wohl am ehesten genrebedingt und auch mit einigen Einschränkungen – dem grotesk ironisierten »Dr. Dippy«-Typ nach Schneider zuordnen: Es ist Lucy, die weibliche Protagonistin der *Peanuts (Charlie Brown und seine Freunde)*: Sie hat unter freiem Himmel ein Sprechzimmer eingerichtet und betreibt trotz ihres vermutlich noch jugendlichen Alters dort eine psychiatrische Praxis. Sie geht recht konventionell und schematisch vor, führt mit ihrem Klienten Charlie Brown Expositionsübungen durch und gibt ihm Selbstverbalisations- und Selbstsicherheitsübungen als Hausaufgabe mit auf den Weg. In der Beziehungsgestaltung zu ihrem Klienten ist sie recht hölzern und unsensibel, bestätigt damit die in dieser Hinsicht gegenüber der Verhaltenstherapie bestehenden Vorurteile. Bisweilen scheint sogar eine für sie als

»Nörgelvirtuosin« typische Art von Sadismus in der therapeutischen Arbeit auf.

Nicht alle Figuren lassen sich – wie ja auch in Schneiders eigenem Korpus – einem der drei Schneiderschen Idealtypen zuordnen. Hervorhebenswert erscheint uns vor allem, dass vier Therapeutinnen relativ differenziert, realitätsnah und weitgehend frei von Idealisierungstendenzen, zudem in einer Weise abgebildet werden, die das Wesen therapeutischer Interaktion für den Zuschauer erfahrbar macht. Sie sind in Tabelle 1 als »professionelle« Therapeutinnen klassifiziert. Es sind – trotz der von Gabbard & Gabbard (1989) ausgesprochenen Vorbehalte – Dr. Fried (*Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen*) und Dr. Holland, die einzige Chefärztin in unserem Korpus, die im Film *Mr. Jones* jedoch nur supervidierend tätig wird und letztlich vergeblich versucht ihre Mitarbeiterin (und Protagonistin des Films) Dr. Bowen vor den Verstrickungen überbordender Gegenübertragung zu bewahren. In *When a man loves a woman* werden sowohl Dr. Mendez, als auch eine weitere, namenlose, Paartherapeutin als recht professionell und erfolgreich dargestellt. Bei beiden erscheinen die therapeutischen Interventionen wohlüberlegt und wegweisend. Ebenfalls nicht klassifizierbar ist Dr. Hudson, die im Psychothriller *Copy Kill* als forensische Psychiaterin und wissenschaftlich reputierte Fachfrau für Serienmörder eingeführt wird. Sie entgeht schon zu Beginn der Filmhandlung nach einem öffentlichen Vortrag über ihr Spezialthema nur knapp einem Mordanschlag eines von ihr begutachteten Täters und lebt fortan beschäftigungslos, agoraphob und tief traumatisiert in einer mit Stahltür und Alarmanlage bewehrten Wohnung, ohne ihrerseits therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Dr. Hudson und auch die Kinder-/Jugendpsychiaterin Dr. Olsen (*Nell*) verbindet zunächst ausschließlich oder vornehmlich wissenschaftliches Interesse mit ihrer Arbeit. Dr. Raily (*12 Monkeys*) hat ein Buch geschrieben und hält populärwissenschaftliche Vorträge. Alle übrigen Figuren sind ausschließlich klinisch tätig. 14 Therapeutinnen arbeiten als Angestellte einer Klinik oder sind zumindest konsiliarisch an eine vergleichbare Struktur assoziiert. Dr. Quistère (*Frequenz Mord*, neben *Herr der Gezeiten* der einzige Film in unserem Korpus mit einer weiblichen Regisseurin: Elisabeth Rappeneau) arbeitet nebenbei als öffentliche Beraterin für Menschen in Krisen bei einer lokalen Radiostation und hauptamtlich beim städtischen psychiatrischen Krisendienst. Auch Dr. Olsen (*Nell*) und Dr. Livingstone (*Agnes – Engel im Feuer*) sind im Auftrag von Behörden aufsuchend bei ihren Patientinnen zu Haus tätig. Lucy (*Charlie Brown und seine Freunde*), Frau Dr. Katz (*Die Sehnsucht der Veronika Voss*) und die namenlose Paartherapeutin in *When a man loves a woman* sind ausschließlich in freier Praxis tätig. Lucy dokumentiert ihr ökonomisches Interesse

an der Arbeit unzweideutig dadurch, dass sie die vom Klienten zu entrichtende Pauschalgebühr für eine Konsultation gleich in ihr Praxisschild mit aufgenommen hat.

Lucy ist zugleich die einzige ausgewiesene Verhaltenstherapeutin in unserem Korpus.

Auf der Suche nach Geheimnissen

So heterogen die therapeutische Orientierung der übrigen auch ausfällt, so lässt sich aber durchaus eine Art behandlungstechnisches Generalmoment beschreiben, das zumindest dramaturgisch mit großer Übereinstimmung in der Mehrzahl der Plots ganz im Mittelpunkt der Handlungsentwicklung steht: Alle Psychotherapeutinnen sind hauptsächlich auf der Suche nach Geheimnissen, bemühen sich darum, Verborgenes, Vergessenes, Verdrängtes aus dem Dunkel ans Licht zu holen. Sie arbeiten vornehmlich aufdeckend, bedienen sich dabei nicht selten detektivischer Methoden, die aus einem anderen Filmgenre entliehen zu sein scheinen. Dabei ist es wichtig, dass sie die Patientinnen und Patienten in diese bisweilen geradezu »archäologisch« amutende Arbeit relativ wenig – oder allenfalls passiv während einer »aufdeckenden« Hypnosesitzung – einbeziehen. Dr. Lowenstein etwa lässt extra den Bruder ihrer Patientin anreisen, um dessen autobiographische Erinnerung zum Ausgangspunkt der anamnestischen Recherche zu machen. Dr. Bowen macht sich auf die Suche nach der Ex-Freundin ihres Patienten, von der sie anfangs nur den Vornamen und den Namen der Hochschule kennt, an der beide vor vielen Jahren gemeinsam studiert haben. Über die Ergebnisse derartiger Recherchen wird im Rahmen direkter therapeutischer Interaktion relativ wenig verhandelt oder gestritten, vielmehr präsentieren die Therapeutinnen ihre Deutungen in der Regel mit dem Tenor »schauen Sie mal, was ich Interessantes über Sie herausgefunden habe«. Verhandelt wird hingegen hauptsächlich über die Grenzen der therapeutischen Beziehung. Und hierbei ziehen die Leinwandtherapeutinnen, wie weiter unten noch zu zeigen sein wird, mit großer Regelmäßigkeit den Kürzeren.

Gebremste Attraktivität

Frauen müssen auf der Leinwand gut aussehen. Diesem Grundgesetz der kinematographischen Projektionslehre entsprechen in der Mehrzahl auch die Psychotherapeutinnen unserer Stichprobe. Ingrid Bergman (*Ich kämpfe für Dich*), Catherine Deneuve (*Frequenz Mord*), Lena Olin (*Mr. Jones*) Jane Fonda (*Agnes – Engel im Feuer*) und Madeleine Stowe (*12 Monkeys*) setzen hier protagonistische Maßstäbe, lassen aber auch Raum für androgy-

ne (Sigourney Weaver in *Copykill*, Lindsay Crouse in *Haus der Spiele*), mütterliche (Bibi Andersson in *Ich hab Dir nie einen Rosengarten versprochen*), oder eher blaustrümpfige (Mia Farrow in *Zelig*) Darstellungsvarianten. Allein in Margo Martindales psychotherapeutischer Nebenrolle in *Marvin's Töchter* darf sich eine gewisse geschlechtliche Unscheinbarkeit entwickeln. Die sexuelle Attraktivität all dieser Figuren hat aber etwas ausgesucht Gebremstes. Ihr Kleidungsstil ist meist von konservativem Geschmack geprägt. Wollkostüme, Blusen, Perlenohrringe dominieren die bisweilen geradezu altersunangemessene »klassische« Ausstattung. Dr. Peterson (*Ich kämpfe für Dich*) und Dr. Fried (*Ich hab Dir nie einen Rosengarten versprochen*) sind Brillenträgerinnen, die ihre Brille kaum jemals als Sehhilfe auf der Nase, sondern stets als Accessoire in der Hand oder an einem Band um den Hals gelegt tragen. Gebremst, um nicht zu sagen »domestiziert«, gebärdet sich auch die Haartracht: 17 Therapeutinnen haben längeres Haar in klassischen Frisuren wie Hochfrisuren, zurückgebundenem Haar oder offen getragen arrangiert. Im Lauf des Filmes kann man mitunter eine vielleicht richtungweisende Veränderung bzw. »Öffnung« der Frisur beobachten, die meist mit einer Art therapeutischem »Durchbruch« und/oder einer Annäherung an den meist männlichen Patienten zumindest zeitlich korreliert. Bemerkenswert erscheint auch der Nikotinkonsum der Leinwandtherapeutinnen. Sechs Therapeutinnen aus unserem Korpus werden als arbeitsbegleitende Raucherinnen präsentiert. Dr. Livingstone und Dr. Ford beschreiben sich selbstkritisch als nikotinabhängig. Dr. Quistère raucht in einer Phase beruflicher Überforderung als Stressentlastungsversuch. Bei Dr. Fletcher und Dr. Peterson hingegen, deren aktive Zeit in der ersten Hälfte unserer Jahrhunderts liegt, lässt sich der Griff zur Zigarette möglicherweise aber auch als emanzipatorischer Einbruch in eine Männerdomäne oder als Ausdruck eines gewissen weiblichen Selbstbewusstseins deuten.

Arbeit als absolute Priorität

Mit großer Übereinstimmung über alle Drehbücher hinweg, gibt es außerhalb der Arbeitswelt für die von uns betrachteten Psychotherapeutinnen kaum etwas zu genießen oder zu erleben. Sie arbeiten viel und gern und haben ansonsten in ihrem Leben wenig Platz. Signifikante Bezugspersonen, Hobbies, individualisierbare Lebensinhalte, Liebhabereien oder Marotten werden kaum erkennbar. Dr. Martha Livingstone konzentriert sich als Protagonistin von *Agnes – Engel im Feuer* vollständig darauf, die Lebensgeschichte einer ihr als Patientin anvertrauten jungen Novizin eines Klosters zu rekonstruieren und unternimmt in den 98 Minuten der Filmhandlung als einzige private Aktivität einen Besuch bei ihrer Mutter im

Altersheim. Dr. Fried verlässt den *Rosengarten* nur ein einziges Mal für eine Kongressreise nach Europa (während der ihre Patientin Deborah vertretungsweise von einem unsensiblen und recht abweisenden männlichen Kollegen behandelt wird). Nur selten begegnet der Zuschauer der Leinwandtherapeutin in ihrer eigenen Wohnung, die wenn überhaupt als unaufgeräumte Schlafstätte und Fluchtborg zur Überwindung von Erschöpfungszuständen präsentiert wird. Will man nun einen gewissen Eindruck über die Biographie oder über private Aspekte gewinnen, ist die Suche mühsam und wenig aufschlussreich. Meist wird die Darstellung des Privatlebens nur angeschnitten. In *Ich kämpfe für Dich* ist die Suche zu Beginn fast gänzlich vergebens. Dr. Peterson wohnt sogar auf dem Psychiatriegelände. Eine Beziehung zu einem Mann existiert nicht. Daneben wird ihre Einstellung zu Beziehungen gezeigt, als sie mit Interesse die Annäherung eines Kollegen beobachtet und ihn kühl und amüsiert abweist. Es wird daneben später eine fast väterliche Bindung zu ihrem Analytiker geschildert. Ansonsten erfährt man nichts Privates aus ihrem Vorleben. In *Zelig* wird berichtet, Dr. Fletcher verbringe sehr viel Zeit in der Bibliothek. An einer anderen Stelle erfährt man in einer sehr kurzen Szene Details über die Kindheit. Daneben wird ein »Verlobter« gezeigt, in den Szenen mit ihm ist sie jedoch gedanklich auf ein Problem mit ihrem Patienten beschäftigt. Der Verlobte wird gelegentlich »vorgeführt«, jedoch wird deutlich, dass Dr. Fletcher die Beziehung immer hintenan stellt und auch emotional nicht tief involviert erscheint. Die Arbeit ist ihre absolute Priorität. Nichts erscheint ihr sonst als wichtig.

In *Herr der Gezeiten* liegt eine etwas andere Konstellation vor, denn Dr. Lowenstein ist – als einzige Therapeutin unserer Stichprobe – verheiratet. Damit vertritt sie einen bei Leinwandtherapeutinnen ansonsten kaum repräsentierten Familienstand, der etwa auch in der wesentlich größeren Stichprobe von Gabbard & Gabbard (1989) praktisch nicht vorkommt. Ihre Ehe ist allerdings zerrüttet, eher Quelle für Zurückweisung und Kränkung durch Ehemann und Sohn als selbstgestalteter Lebensinhalt. Mr. Lowenstein ist Musiker und hat eine Geliebte, die auch am Familienleben teilnimmt. Der gemeinsame Sohn möchte sich auf dem offenbar auch für ihn nicht ganz einfachen Weg durch die Pubertät nicht von seiner Mutter begleiten lassen und rät ihr, sich ihre guten Ratschläge für ihre Patienten aufzusparen. Sie aber sucht und findet genau dort die nach Art und Umfang ihrem Bedürfnis gemäße Zuwendung, die ihr zu Hause versagt wird, nämlich in der kasuistisch hier bereits geschilderten Begegnung mit dem Bruder ihrer Patientin. Diese dramaturgische Figur, nämlich die Erfüllung von Bedürfnissen in der therapeutischen (oder zumindest als solche deklarierten) Beziehung, die im realen Leben versagt werden, erscheint uns in der Gesamtschau der hier betrachteten Filme, aber auch der verfügbaren Se-

kundärliteratur, als eine Art Kernmotiv der Leinwandprojektion psychotherapeutischer Arbeit. Prinzipiell liegt sie recht nah an einem Grundprinzip psychotherapeutischer Interaktion, nämlich der »Übertragung«, für die die Projektion, wie wir eingangs darzustellen versucht haben, eine Art Elementarvorgang darstellt. Das entscheidende Detail, das der dramaturgischen Figur allerdings fehlt, um »wirkliche« therapeutische Übertragungsvorgänge abzubilden, ist die Kennzeichnung dieser Projektion als Verknennung und der Hinweis auf den mühevollen Weg von der idealisierenden Übertragung zurück in die Realität, der ja in der therapeutischen Arbeit an und mit Übertragungsphänomenen das eigentliche Pensum darstellt.

Transzendenz der Übertragung

Im Film werden die Verhältnisse demgegenüber auf den Kopf gestellt, denn die Überschreitung (und nicht die «Verteidigung») der Grenze der zwischen Therapeuten und Patienten möglichen Annäherungsweisen wird zum Angelpunkt der dramaturgischen plots und der vermeintlich »therapeutischen« Beziehung. Über die Demarkation dieser Grenze wird tatsächlich in allen von uns betrachteten Filmen ständig gestritten, verhandelt und gerungen. Die Auseinandersetzung darüber erscheint uns als das eigentliche Thema der therapeutischen Interaktion auf der Leinwand. Die Tatsache, dass sie als Grenze wichtig ist, wird für den Zuschauer zweifelsfrei dadurch erkennbar gemacht, dass beispielsweise nicht etwa alle Therapeutinnen selbstverständlich mit ihren Patienten in Urlaub fahren, vor der Polizei fliehen, mit ihrem Vermögen für deren Schulden bürgen oder sexuelle Kontakte haben, sondern dass das alles unmöglich und unvorstellbar ist und »eigentlich« gar nicht vorkommt. Der plot entwickelt sein dramaturgisches Potenzial wesentlich aus der Frage, ob auf der Leinwand das Unmögliche möglich, die Realität transzendiert (»überschritten«) werden kann. Diese Frage kann nur dann abendfüllend gestellt werden, wenn sie tatsächlich bis zum Ende des Films offen gestaltet wird, obwohl die Antwort von Anfang an feststeht. Dr. Elizabeth Bowen, von Kollegen und Vorgesetzten liebevoll »Libbie« genannt, versucht bereits in einem frühen Stadium der therapeutischen Arbeit mit dem bipolar affektkranken *Mr. Jones*, nach Kräften vor seinem Charme in Deckung zu gehen. Ihr Abgrenzungsversuch, der einen guten Teil der gesamten Filmhandlung ausmacht, scheitert trotz ihrer freimütigen Selbstkritik und trotz der tatkräftigen Unterstützung von Supervisorin und Kollegen in den Armen von *Mr. Jones* auf dem Dach des Hauses, von dem er sich wiederholt zu stürzen versucht hat. Er muss scheitern, weil der Film hauptsächlich von diesem Scheitern lebt. Anekdotisch bemerkenswert ist, dass der Regisseur des Films, Mike Figgis, ursprünglich versucht hat, das Ende nicht als »happy ending

romance«, sondern offen und sozusagen »fragezeichenbewehrt« zu gestalten, sich wegen des Widerstands der Produktionsfirma gegen diese Absicht aber vorzeitig von den Dreharbeiten zurückzog (und das Feld Jon Amiel überließ, dem späteren Regisseur von *Copy Kill*).

Die hier geschilderten Verwicklungen sind nicht unbedingt geschlechtsspezifisch. Sie unterlaufen auch männlichen Leinwandtherapeuten. Nach unserem Eindruck – und nach den geschlechtsvergleichenden Daten von Gabbard & Gabbard (1989) – unterlaufen sie Therapeutinnen auf der Leinwand aber eben deutlich häufiger als ihren männlichen Kollegen, nämlich: fast immer. In diesem Sinne erscheinen sie in der Leinwandprojektion weiblicher als jene männlich. Wichtiger noch aber als die besondere grenzüberschreitende Nähe zu ihren – nicht nur gegengeschlechtlichen – Patienten und Patientinnen erscheint uns der Abstand zu ihrem *eigenen* Leben. Dieses wirkt auf der Leinwand so herzlich wenig entwickelt, dass man sich als kritischer Zuschauer fragt, ob es überhaupt existiert. Wir möchten auf diese Frage eine etwas provokative, aber unserer Einschätzung nach anschauliche Antwort versuchen:

Abstand zum eigenen Leben

Die Psychotherapeutin auf der Leinwand hat zwar ein eigenes Leben, jedoch entwickelt es sich nur unter den Bedingungen und in den Grenzen einer Art von Zölibat. Mit Hingabe versieht sie allein ihre Arbeit, um die herum sich ihr Alltag konzentrisch entwickelt. Sie hat – abgesehen von einzelnen traumatischen Erinnerungen – kaum eine eigene Biographie. Ihr Kühlschrank ist leer, ihre Lebenslust eine Art protrahierter Aufschub. Sie übt ihren Beruf aus, als habe sie ein Gelübde, die »*Profess*«, abgelegt. Ihr beträchtliches Potential, ihre Kompetenz, Philanthropie und Kreativität haben sich lange gesammelt, um gereift aber unverbraucht in den Dienst am Patienten zu fließen, so wie die Hingabe des ehelosen Priesters in den Dienst an seiner Gemeinde fließt. Wie dieser findet auch sie darin erst – unvorhersehbar, am Ende aber dennoch wenig überraschend – eine um so tiefere Erfüllung, die dem Zuschauer – wie Gabbard & Gabbard (1989) bereits angemerkt haben – den Eindruck vermittelt, dass eher der Kranke die Therapeutin von etwas befreit wenn nicht gar geheilt habe als umgekehrt.

Abschließend kommen wir zu einem der Ausgangspunkte unserer Darstellung zurück, nämlich zur Frage nach Art und Umfang der Rückwirkungen verzerrter Leinwand-Projektion auf ihr Original: So weit die Verzerrungen der Leinwandprojektion auch von der Wirklichkeit abweichen mögen, glauben wir jedoch kaum, dass sie sich auf die psychotherapeutische Wirklichkeit allzu schädlich auswirken dürften. Bemerkenswert erscheint, dass sie sich in eine recht präzise umschreibbare, beinahe »signi-

fikante« Richtung entwickeln. Darin scheint sich die Projektion der Psychotherapeutin auf die Leinwand von anderen Leinwandprofessionen (Rinderhirten, Auskunft-Betreiber, Astronauten, Ordnungshüter) zu unterscheiden. Diese Verzerrungen spiegeln nach Art und Umfang im Wesentlichen die Idealisierungen und Dämonisierungen, die sich ohnehin im Übertragungsprozess entwickeln. Wenn Psychotherapeutinnen auf der Leinwand weiblicher wirken mögen als Psychotherapeuten am gleichen Ort männlich, dann bedeutet das zunächst einmal nicht mehr und nicht weniger als dass die Projektionsformen des Kinos diejenigen der realen Psychotherapie mit einer gewissen Geschlechtsprädisposition überhöhen. Eine wichtige, vielleicht prägende Rolle bei der Entwicklung dieser Prädisposition spielt wohl die Tatsache, dass die Mehrzahl der Autoren, Regisseure und »Planner« dieser Projektion, einem bestimmten Geschlecht angehören (nämlich dem der Autoren, Regisseure und Planer). Die Aufgabe die Realität im therapeutischen Prozess gegenüber der Phantasie zu »emanzipieren«, also gewissermaßen von der »Profess« zur Profession zurückzufinden, wird durch diese Überhöhung eher in den Vordergrund gerückt als erschwert. Wer etwas über Übertragungsprozesse im therapeutischen Prozess erfahren will, ist nach unserer Einschätzung beim psychiatrischen Genrefilm im Kino am richtigen Platz.

Literatur

- Condrau, Gion: Film und Psychiatrie. In: Ders. (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band XV: Transzendenz, Imagination und Kreativität. Zürich (Kindler) 1981, S. 886-926.
- Davis, Mike: Ecology of fear – Los Angeles and the imagination of disaster. New York (Metropolitan Books) 1998.
- Folkerts, Here (1999): Elektrokrampftherapie – Monitoring, Effektivität und pathischer Aspekt. Darmstadt (Steinkopff).
- Fountoulakis, K.; Kogiopoulos, K.; Nimatoudis, I.; Iacovides, A.; Nikolaou, T.; Ierodiakonou, Ch.: The concept of mental disorder in Greek cinema. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98 (1998): 336-340.
- Fritz, Gregory K.; Poe, Richard O.: The role of cinema seminar in psychiatric education. *American Journal of Psychiatry* 136 (1979): 207-210.
- Gabbard, Glen O.; Gabbard, Krin: The female psychoanalyst in the movies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 37 (1989): 1031-1049.
- Gabbard, Krin; Gabbard, Glen O.: *Psychiatry and the cinema*. Chicago (University of Chicago Press) 1987.
- Katholisches Institut für Medieninformation (KIM), Psychiatrie-Verlag (Hg.): *Caligaris Erben – Der Katalog zum Thema »Psychiatrie im Film«*. Bonn (Psychiatrie-Verlag) 1994.
- Kuhn, Richard: Die Psychiatrie des »Cockoo's Nest«. Bemerkungen zu einem aktuellen Spielfilm. *Schweizerische Ärztezeitung* 28 (1976).
- Laplanche, Jean.; Pontalis, Jean Baptiste: *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1973.
- Podoll, K.; Ebel, H.: Psychiatrische Beiträge zur Kinodebatte der Stummfilmära in Deutschland. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 66 (1998): 402-406.
- Ries, Paul: Popularise and/or be damned: Psychoanalysis and film at the crossroads in 1925. *International Journal of Psycho-Analysis* 76 (1995): 759-791.
- Rubin, Stephen E.: Conversations with the author of »I never promised you a rose garden«. *The Psychoanalytic Review* 59 (1972): 201-215.
- Samuels, Laurel: Female psychotherapists as portrayed in film, fiction and nonfiction. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 13 (1985): 367-378.
- Scheugl, Hans: *Sexualität und Neurose im Film – Die Kinomythen von Griffith bis Warhol*. München (Heyne) 1978.
- Schneider, Irving: Images of the mind: Psychiatry in the commercial film. *American Journal of Psychiatry* 134 (1977): 613-620.
- Ders.: The theory and practice of movie psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 144 (1987): 996-1002.
- Stingelin, Martin: Unbewußtes in Zeitlupe – Hundert Jahre Ambivalenz: Psychoanalyse und Film. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* v. 22.2.1985.
- Swift, William J.; Wonderlich, Stephen: House of games: A cinematic study of countertransference. *American Journal of Psychotherapy* 47 (1993): 38-57.
- Tretter, Felix: Film, Psychiatrie und Öffentlichkeit. In: Katholisches Institut für Medieninformation, Psychiatrie-Verlag (Hg.) (1994), S. 12-20.
- Wulff, Hans Jürgen: Konzeptionen der psychischen Krankheit im Film – Ein Beitrag zur »strukturalen Lerngeschichte«. Münster (MAKS) 1985.

Krankheit und Medizin in der Geschichte des Films

Dargestellt am Beispiel der Epilepsie



Giovanni Maio

Zusammenfassung

Im folgenden Beitrag wird die mediale Kontextualisierung der Epilepsie in ihrem historischen Wandel untersucht. Dabei lässt sich im Film ein auffallend langes Vorherrschen traditioneller Bedeutungskomplexe der Epilepsie konstatieren. Die Epilepsie als Erbkrankheit, als Degenerationserkrankung, als Ursache für Kriminalität, dies sind Motive, etablierte Mythen, die im Film lange Zeit noch weiterlebten, als die wissenschaftliche Lehrmeinung sich schon längst davon distanziert hatte. Der große Umbruch in der Darstellungsweise der Epilepsie setzte mit den ausgehenden Sechzigerjahren ein. Seitdem hat sich nicht nur die Konnotation der Epilepsie gewandelt, sondern vor allem der Blick auf den Kranken, der nunmehr – entsprechend gesellschaftlicher Veränderungsprozesse – als selbstbewusster und aktiver Gestalter seines Lebens dargestellt wird. So zeigt gerade die Entwicklung der letzten fünfzehn Jahre, in denen zahlreiche sensible Filme sich der Innenperspektive des Kranken angenommen haben, dass der Film nicht nur etablierte Mythen wiedergibt, sondern gleichsam auch Promotor neuer Haltungen zur Krankheit sein kann. Und mit einer derartigen medialen Konstruktion von Krankheit und Kranken schafft der Film wegen seiner unmittelbaren Breitenwirkung gleichsam neue Realitäten, wie es anderen Medien kaum möglich ist.

Der Film als Quelle historischer Forschung

Das geschriebene Wort gilt nach wie vor als zentrale Quelle medizinischer historischer Forschung. Doch zunehmend richtet die Medizingeschichte – wie die Geschichte überhaupt – ihre Aufmerksamkeit auch auf nicht-textuelle Quellen. Eine wichtige nicht-textuelle Quelle stellt neben dem gesprochenen Wort und neben der Photographie zweifelsohne der Film dar. Während nun der Dokumentarfilm noch einen gewissen Anspruch an Realitätsnähe hat und somit als Produkt einer Aufzeichnung von Außenrealität durchaus Rückschlüsse auf historische Zusammenhänge bieten

könnte, die der Schrift verwehrt bleiben,¹ so ist beim Spielfilm hingegen – und um diesen soll es in unserem Beitrag gehen – die Frage nach der historischen Verwertbarkeit auf den ersten Blick nicht so eindeutig. Der Medienwissenschaftler Werner Faulstich hat den Spielfilm als fiktionale Literatur im Medium Film bezeichnet.² Der Spielfilm ist also – wie der Name schon sagt – Fiktion. Kennzeichen jeder Fiktion ist es nun, dass sie aus dem realen Bezugssystem der Wirklichkeit Dinge entnimmt und aus ihnen eine eigene Wirklichkeit formt; die Wirklichkeit wird somit stilisiert und deformiert, sie folgt der Eigengesetzlichkeit des Films. Film wie Literatur nehmen Teile der Wirklichkeit auf und bringen sie verformt in neue Zusammenhänge, in neue Dimensionen. Wie könnten Fiktionen Aufschlüsse über historische Zusammenhänge geben? Betrachtet man beispielsweise den Heimatfilm, so wird diese Diskrepanz zwischen Realität und fiktionalem Film besonders deutlich. Doch auch der Heimatfilm ist am Ende ein Produkt einer bestimmten Zeit, er vermittelt eine Rechtfertigung traditionsbewusster Bodenständigkeit und sagt damit über den Zeitgeist einer Epoche durchaus etwas aus. – Und genauso ist es auch mit der Medizin im Film.

Wenn wir uns im Folgenden mit der Darstellung der Epilepsie im Film beschäftigen, so können unsere Beobachtungen keine Einsichten in die früheren Lebenswelten der Epilepsiekranken geben. Der Epilepsiekranken im Spielfilm der Vierzigerjahre deckt sich nicht mit der Lebenswelt eines Kranken in jener Zeit – zumindest nicht zwangsläufig. Aber die Darstellung des Epilepsiekranken im Spielfilm sagt etwas darüber aus, welche Vorstellungen von Epilepsie in der Gesellschaft jeweils herrschten. Der Film ist darauf angewiesen, ein popularisiertes Bild von Epilepsie aufzugreifen, damit das auf der Leinwand Gezeigte von den Zuschauern auch erkannt wird. Von daher greift der Spielfilm in seiner Darstellungsweise der Epilepsie auf allgemeine Konventionen zurück und produziert somit Stereotypen einer Krankheit.³ Doch der Spielfilm beschränkt sich nicht darauf, bestimmte Vorstellungen in der Gesellschaft zu reproduzieren, er hat gleichsam auch die Macht, bestimmte Aspekte dieser Vorstellungen zu verstärken. Der Film, er spiegelt nicht nur eine Realität wider, er schafft auch Realität.⁴ Und da beginnt der Moment, wo der Spielfilm sogar selbst Geschichte machen kann. Gerade der Film kann durch seine Breitenwirkung einerseits und durch seine Unmittelbarkeit andererseits ein mediales Bild von Krankheit konstruieren, das einen wesentlichen Einfluß auf die Wahrnehmung des Epilepsiekranken in der Gesellschaft – und somit auch in der Wissenschaft – ausübt. Der Film, er stellt eine so kraftvolle und überzeugende Wiedergabe einer gedachten Realität dar, dass er am Ende unsere Art, die Welt zu sehen, verändert. Er verändert unseren Blick auf die Dinge, werden doch Filmbilder auch dann noch als real empfunden werden, wenn sie in offensichtlichem Widerspruch zum Bild der Wirklichkeit stehen.⁵

Diese Ausführungen machen deutlich, worin unser Erkenntnisinteresse liegt und warum es auch für die Medizin lohnend sein kann darüber nachzudenken, in welcher Weise in der Gesellschaft vorherrschende Vorstellungen von Krankheit und von Medizin im Medium Film ihren Niederschlag finden. Die Epilepsie bietet sich als Beispiel für eine solche Fragestellung besonders an, weil gerade sie zu den klassischen Erkrankungen gehört, die von je her verschiedenste Deutungen und Assoziationen hervorgerufen haben. Es kann nicht Aufgabe dieses Beitrages sein, jeden Film, der das Epilepsie-Motiv aufgreift, in seiner Vielschichtigkeit darzulegen. Jeder Film wäre da einer eigenen detaillierten Untersuchung wert. Vielmehr wollen wir einen allgemeinen Überblick über den Wandel der Darstellungsweise von Epilepsie geben. Diese Arbeit versteht sich von daher als einleitende Übersicht, die nicht zuletzt entsprechende Forschungsdesiderate ausmachen möchte.

Das Quellenmaterial

Während die Epilepsie in vielfältigster Weise in zahlreichen Werken der Weltliteratur verarbeitet worden ist,⁶ stellt sie im Spielfilm auf den ersten Blick ein eher seltenes und scheinbar randständiges Motiv dar. Eine Recherche im Lexikon des Internationalen Films führt zu dem Ergebnis, dass von den dort über 40.000 aufgelisteten Filmen einzig bei fünf das Stichwort Epilepsie in der Inhaltsangabe auftaucht. Die amerikanische Datenbank »All-Movie Guide«, die insgesamt 130.000 Filme enthält, listet unter dem Schlagwort Epilepsie nicht mehr als 15 Filme auf, während das Motiv der psychischen Störung in fast jedem zehnten Spielfilm auftaucht.

Erst eingehendere Recherchen haben es möglich gemacht, Belege dafür zu finden, dass das Epilepsie-Motiv im Spielfilm bei genauerer Betrachtung doch nicht so selten ist wie es auf den ersten Blick scheint. Nach dem Studium zahlreicher gängiger elektronischer und gedruckter Nachschlagewerke und Filmographien konnten wir (bislang) knapp 60 internationale Spielfilme ausmachen, in denen das Epilepsiemotiv auftaucht.⁷ Wenn die gängigen Datenbanken eine viel geringere Zahl erfassen, so liegt dies daran, dass nur in den wenigsten Fällen die Epilepsie handlungsleitendes Motiv ist. Meist taucht sie nur am Rande auf, oft ist sie Merkmal der Nebenrolle; in sehr vielen Filmen kommt sie gar nur in Verbindung mit einer Hintergrundrolle vor. Die Filme in der aufgeführten Filmographie (s.u.) sind also in sich – was die Präsenz des Epilepsiemotivs angeht – nicht gleichrangig.⁸ Dass die Filmografie nicht vollständig sein kann, versteht sich von selbst. Viel zu versteckt sind oft die »Epilepsieszenen« als dass sie sich alle in der internationalen Filmliteratur niederschlagen könnten. Sie ist aber

auch deswegen nicht vollständig, weil bewusst eine Selektion vorgenommen worden ist. Eine Selektion in der Weise, dass nicht alle Filmadaptionen von Romanen mit Epilepsie-Motiven aufgenommen wurden, sondern jeweils nur diejenigen mit dem stärksten Hinweis auf Epilepsie. Eine Selektion aber auch insofern als nicht alle Filmbiografien über bekannte Persönlichkeiten, denen eine Epilepsie nachgesagt wird (wie z.B. Cäsar, Napoleon oder Van Gogh) hier auftauchen können. Für Cäsar beispielsweise haben wir im Film »Cleopatra« von 1962 den stärksten Hinweis auf die Epilepsie, nämlich in der Weise, dass Cäsar hier explizit über seine Angst spricht, in der Öffentlichkeit einen Anfall zu haben. Nur wenn solche direkten Hinweise bestehen, findet der entsprechende Film Eingang in unserer Übersicht.

Phänomenologie einiger Erkenntnisse

Eine überblicksartige Betrachtung aller Spielfilme mit Epilepsiemotiv lässt schon auf der Ebene der reinen Phänomenologie einige Erkenntnisse zu, die in folgender Weise zusammenzufassen wären:

1. Allen gegenteiligen Vermutungen zum Trotz, das Epilepsiemotiv im Spielfilm ist alt, sehr alt. Der erste Film, von dem wir es sicher wissen, dass das Epilepsie-Motiv vorkommt, stammt aus dem Jahre 1929; doch wir haben Hinweise darauf, dass auch 1921 schon die Epilepsie im Film »*Irrrende Seelen*« von Carl Fröhlich auftaucht, ohne dass wir dies bislang selbst verifizieren konnten.⁹Jedenfalls, seit den Zwanzigerjahren gibt es keine Periode, in der die Epilepsie nicht in irgendeiner Form im Spielfilm vorkäme. Bei genauerer Betrachtung muss jedoch festgestellt werden, dass in der frühen Filmgeschichte das Epilepsiemotiv nur ein sehr punktuell war; es sind zunächst nur vereinzelte Filme, die es aufgreifen. Erst ab der Mitte der Sechzigerjahre schließlich kann von einer relativ kontinuierlichen Präsenz des Epilepsiemotivs im Spielfilm gesprochen werden. Es ist dies eine Entwicklung, die nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, dass der Kranke – und nicht nur der Epilepsiekranke – in den letzten Jahrzehnten an Selbstbewusstsein gewonnen hat und mithilfe zahlreicher Aufklärungsinitiativen dafür sorgt, dass die Epilepsie allmählich ihre historisch gewachsene Stigmatisierung abstreift und somit auch für den Film »salonfähig« wird.

2. Weiterhin ist zu konstatieren, dass erstaunlich wenig amerikanische Filme das Epilepsiemotiv verarbeitet haben. Auffällig ist hier die starke Präsenz europäischer Filme, wobei insbesondere Italien hervorsteicht. Möglicherweise steht die relative Seltenheit der Epilepsie im US-amerikanischen Film mit der Zensurierung von Hollywood in Zusammenhang. Seit

1930 hatte sich Hollywood dem sogenannten Hays Code (The Motion Picture Production Code) unterzogen, einem selbstverpflichtenden Kodex, der bis zum Ende der Fünfzigerjahre hinein bindende Wirkung hatte.¹⁰ Dieser Code legte nicht nur fest, dass im Film keine Liebesszene, keine Drogen oder keine Homosexualität gezeigt werden durfte. Eine strenge Auslegung des Codes konnte auch das Verbot der Psychiatrie-Darstellung implizieren, sodass der Zusammenhang hier nahe liegt.

Was Hollywood betrifft gibt es überdies konkrete Hinweise darauf, dass das Epilepsie-Motiv bewusst gemieden wurde. Ein Beispiel hierfür ist der Hollywood-Film »*The Winning Team*« aus dem Jahre 1952. Es ist dies eine Filmbiografie von Grover Cleveland Alexander, einem legendären amerikanischen Baseball-Spieler (1887-1950), von dem bekannt war, dass er unter epileptischen Anfällen litt.¹¹ Im Film, in dem Ronald Reagan die Hauptrolle des Alexander spielte, wurde die Epilepsie völlig unspezifisch lediglich in Form von Schwindelanfällen mit Doppelbildern szenisch aufgegriffen, und die Filmgesellschaft Warner Brothers bestand darauf, dass das Wort Epilepsie im Film nie ausgesprochen werden durfte. Für den Zuschauer blieb die Art der Erkrankung auf diese Weise bis zum Ende völlig unklar; ein Umstand, gegen den Ronald Reagan öffentlich Protest erhob.¹²

3. Bemerkenswert ist weiterhin der Befund, dass die allermeisten der frühen Filme mit Epilepsie-Motiv durch die Literatur motiviert sind, und nicht selten gar durch die hohe Literatur. Bestes Beispiel ist hierfür »*Bestie Mensch*« von 1938; hier diente Emile Zolas »*La bête humaine*« als Vorlage; bei »*Mit dem Kopf gegen die Wände*« war es Hervé Bazin, und bei nicht wenigen frühen Filmen mit Epilepsie-Motiv liefert Dostojewskij die Vorlage, bei anderen sogar Thomas Mann.

4. Wenn man nun analysiert, aus welchem Filmgenre heraus auf Epilepsiemotive zurückgegriffen wird, so fällt auf, dass es vor allem die Filmdramen sind, also die Gattung Film, in der die Spannung um einen zentralen Konflikt meist aus einer Beziehungskonstellation aufgebaut wird, die Gattung, deren Handlung sich mit begrenzt vielen Personen um eine Dilemmasituation eines Beteiligten rankt. Aber es ist nicht das Drama allein. Interessant ist, dass kaum ein Genre ausgeschlossen wird. Vom Detektivfilm über die Komödie, die Biographie, den Western, den Science-Fiction-Film bis hin zum Experimentalfilm sind hier alle wesentlichen Filmgenres vertreten.

5. Eine genauere Betrachtung der im Spielfilm dargestellten Epilepsie-Kranken unter dem Kriterium des Geschlechts macht deutlich, dass die Epilepsie zunächst vornehmlich als eine Erkrankung des Mannes zur Darstellung kommt. Die Frau als Epilepsiekranke tritt zunächst nur sehr selten auf. Allein die Erklärungen hierfür zu benennen, wäre einen eigenen Beitrag wert. Wir beschränken uns hier auf die augenscheinlichsten. Eine

denkbare Erklärung mag die historische Konnotation der Epilepsie mit der Delinquenz sein. Eine weitere mag in der allgemeinen Infragestellung der klassischen Geschlechtsrollenverteilung liegen, die seit den späten Sechzigerjahren die Gesellschaft verändert hat. Die weibliche Regie ist erst seit zwanzig Jahren kein extremer Sonderfall mehr. Was das Epilepsiemotiv angeht, so ist es sehr auffällig, dass ein beträchtlicher Anteil dieser Filme aus den Achtziger- und Neunzigerjahren eine weibliche Regie hatten (*Brainwaves*, *Der große Kürbis*, *Ein Engel an meiner Tafel*, *Wilde Alice* usw.); eine weibliche Regie, die dann meist weibliche Protagonisten ausgewählt hat.

6. Eine weitere Auffälligkeit besteht darin, dass ganz offensichtlich Epilepsie im Film bis in die Achtzigerjahre hinein mit nur ganz wenigen Ausnahmen als eine Erwachsenenkrankheit dargestellt wurde. Das an Epilepsie leidende Kind tritt erst in den letzten zehn Jahren filmisch in den Vordergrund. Hierbei wiederum ist beachtenswert, dass ein Großteil dieser Filme, in denen ein epilepsiekrankes Kind dargestellt wird, für das Fernsehen gedreht wurde. Es ist also anzunehmen, dass die Wahl des Kindes als Protagonisten mit den Interessen und dem Zuschauerkreis des Fernsehens zusammenhängt. So ist der TV-Movie im allgemeinen näher an der Kategorie des Kitsches und der Sentimentalität anzusiedeln als der Kinofilm.

Die Ausgrenzung des Epilepsiekranken

An dieser Stelle wollen wir uns nun vom panoptischen Blick lösen und etwas näher auf die Kontextualisierung der Epilepsie eingehen, sozusagen deren Imagegeschichte aufrollen. Als Einleitung sei ein historisches Zitat aus dem Jahre 1843 wiedergegeben, das sehr eindringlich aus der Sicht eines französischen Psychiaters die soziale Stellung des Epilepsiekranken schildert:

»On fuit généralement l'épileptique; il lit sur tous les visages sa condamnation à l'isolement. Partout, sur ses pas, s'élèvent menaçants et insurmontables des obstacles à son placement, à son établissement, à ses relations, à sa subsistance; adieu pour lui les rêves de fortune, car les maîtres d'atelier lui refusent même du travail; adieu les rêves d'époux et de père, adieu les jouissances du foyer domestique. Il est frappé de mort morale.«¹³

Dieses Zitat umschreibt die klassische Phase der Kontextualisierung der Epilepsie, wie sie im Film bis noch vor wenigen Jahren dominiert hat. Die hier durchschimmernde zentrale Konnotation zum Epilepsiekranken ist

die Ausgrenzung, »l'isolement«. Diese Ausgrenzung manifestiert sich in verschiedenster Weise. Ein wesentlicher Aspekt der Marginalisierung ist die Assoziation der Epilepsie mit der Delinquenz. Diese Verknüpfung hat lange historische Wurzeln, und sie ist schon in der Weltliteratur des 19. und frühen 20. Jahrhunderts mehrfach aufgegriffen worden. Wir haben bereits darauf hingewiesen, dass die frühen Filme mit Epilepsiemotiv durch die Literatur motiviert sind, und so wird es nicht erstaunen, dass diese Verknüpfung von Epilepsie und Delinquenz auch im Film auftaucht. Ein Beispiel hierfür ist die Verfilmung des 1890 veröffentlichten Zola-Romans »La bête humaine«. Wir wissen, daß Zola wesentlich von den kriminalanthropologischen Vorstellungen Cesare Lombrosos beeinflusst war,¹⁴ der als einer der einflussreichsten Protagonisten dieser Verknüpfung von Epilepsie, Degeneration und Delinquenz galt. Jean Renoir hat diesen Roman 1938 verfilmt, und er benutzt hier die Epilepsie als Metapher für den triebhaften und rein mechanischen Ablauf einer Handlung. Betrachten wir heute die Szene, in der Jacques Lantier – gespielt von Jean Gabin – in einem »Anfall« gewalttätig wird, so erscheint uns dieser Anfall weit entfernt von der Epilepsie zu sein. Doch hier ragen historisch gewachsene Konnotationen hinein. »Ist das deine Krankheit?« wird Jacques Lantier nach dem »Anfall« von seiner Cousine Simone Simon gefragt, und er antwortet: »Ja ... hat's dir deine Mutter erzählt? Ja, das ist es. Es ist, als ob mir eine Wolke in den Kopf steigt und auf einmal alles verändert. In dem Zustand bin ich wie ein tollwütiger Hund, der zubeißen muß. Dabei trinke ich überhaupt nichts, nicht einmal eine Flasche Schnaps. Wenn ich Alkohol trinke, werde ich verrückt. Allmählich glaube ich, dass ich für die anderen büße, die Väter und Großväter, die getrunken haben, die vielen Generationen von Trinkern, die mein Blut verdorben haben,...« – Allein diese Sätze rekapitulieren das ganze Lehrbuchwissen des 19. Jahrhunderts über Epilepsie, sie greifen Konnotationen auf, die im 19. Jahrhundert wissenschaftlich diskutiert wurden. Konnotationen wie Epilepsie und deviantes Verhalten, Epilepsie und Erbkrankheit, Epilepsie und Degeneration, Epilepsie und Alkoholismus. Der Psychiater und Kriminalanthropologe Cesare Lombroso soll Zola dazu beglückwünscht haben, mit Jacques Lantier einen »vertige criminel épileptoïde« beschrieben zu haben,¹⁵ und es ist bemerkenswert, dass moderne Regisseure in modernen Filmographien diese Konnotationen übernehmen und Lantier ausdrücklich als »Epileptiker« bezeichnen, obwohl Zola selbst wie von Epilepsie gesprochen hat.¹⁶

Gerade der Topos des gemeingefährlichen Epilepsiekranken lässt sich auch dann noch finden, als die medizinische Lehrmeinung längst von dieser Vorstellung Abschied genommen hatte. Noch 1978 findet sich diese Verquickung von Epilepsie und Kriminalität im Film wieder, so z.B. in der Raymond-Chandler-Adaptation »Tote schlafen besser« (*The Big Sleep*).

Seitdem allerdings ist diese Assoziation im Film nie mehr aufgetaucht, selbst im sensationsheischendsten Krimi nicht.

Die Delinquenz ist also ein wesentlicher Aspekt der Marginalisierung des Epileptischen. Ein weiterer, filmisch häufig aufgegriffener Aspekt der Ausgrenzung, ist die Demenz. Wenn der Kranke nicht im Kontext der Gemeingefährlichkeit auftaucht, so wird er oft als ein von geistigem Verfall bedrohter Mensch dargestellt. Ein Beispiel hierfür ist der Film »*Dr. Kildare's Crisis*« aus dem Jahre 1940.¹⁷ Es ist dies eine frühe Folge einer Arztserie, die sich in den USA der Vierziger- und Fünfzigerjahre größter Beliebtheit erfreute und sogar beste Kritiken erhielt. Gerade dieser Film zeigt sehr deutlich, dass diese Konnotationen alles andere als eine Schöpfung des Films waren. Filmhistoriker sind sich darüber einig, dass sich auch Hollywood nicht leisten konnte im Detail historische Unkorrektheiten wiederzugeben: »While Hollywood has taken some liberties with historical generalities, it has on the whole paid meticulous attention to the reconstruction of historical detail.«¹⁸ Für die Dr. Kildare-Filme hatte der Regisseur eigens einen Wissenschaftler eingestellt, dessen Aufgabe darin bestand, den jeweils aktuellen medizinischen Diskussionsstand der zu verfilmenden Medizinthemen zu eruieren.¹⁹ Der im Hollywood-Film wiedergegebene Bedeutungskomplex der Epilepsie als eine auf geistigen Abbau hinführende Erkrankung stellt somit eine Rezeption der in der Zeit geltenden Lehrmeinung dar.

Die Innensicht – der Epileptische als Held

Als Zwischenergebnis lässt sich festhalten: In vielen Filmen wird die Epilepsie im Kontext der Marginalisierung, der Isolierung, der Ausgrenzung dargestellt. Die Eigenschaften des Kranken (Delinquenz und Demenz, aber auch allgemeine Degeneration und erbliche Vorbelastetheit) sind Zuschreibungen, die allesamt als Rezeption einer wenngleich überholten Lehrmeinung aufgefasst werden können. Doch diese Kontextualisierung durchzieht nicht die gesamte Filmgeschichte; vielmehr kann man hier von einer klassischen Phase der Epilepsie-Darstellung sprechen. Seit Mitte der Sechzigerjahre ändert sich die Kontextualisierung des Epileptischen im Film beträchtlich.

Einer der ersten Filme, der diesen Umschwung in der Darstellungsweise verdeutlicht, ist der Italo-Western »*Mehr tot als lebendig*« aus dem Jahre 1967. Dieser stellt insofern einen Wendepunkt dar, als der an Epilepsie Leidende hier nicht mehr nur als Ausgestoßener dargestellt wird. In diesem Film ist es der Held selbst, der an der Erkrankung leidet. Auch wenn dieser Held Züge des Anti-Helden trägt, ist die Kontextualisierung der

Krankheit eine andere als bis dahin. Anders ist das »feeling with«, die Positionierung des Zuschauers. In eindeutigerer Weise als frühere Filme richtet sich hier die Sympathie des Zuschauers auf den Kranken, und in deutlicherer Art als zuvor wird hier die individuelle Erfahrung von Andersartigkeit thematisiert. Es ist dies ein früher Film, der sich der Innensicht des (vermeintlich) an Epilepsie Leidenden annimmt,²⁰ und es ist dies ein Film, der eine neue Kontextualisierung der Epilepsie andeutet. Denn es lässt sich seit Mitte der Sechzigerjahre ein deutlicher Wandel in der Darstellungsform der Epilepsie im Film festmachen, ein Wandel allerdings, der nicht schlagartig einsetzte. Es handelt sich hier um ungleichzeitige Modelle. Für eine Weile persistierte die klassische Metaphorologie der Epilepsie, aber gleichzeitig kamen neue Modelle auf.

Besonderer Ausdruck dieses Wandels ist der erst in den Achtzigerjahren aufkommende Typus des Films, der die Epilepsie zum Hauptthema macht. Denn bis dahin kam das Epilepsiemotiv im Film zwar vor, aber die Epilepsie selbst war selten zentraler Gegenstand des Films; sie spielte eine mehr oder weniger sekundäre Rolle. Dies ändert sich nun. Seit etwa fünfzehn Jahren erst gibt es den eigentlichen Epilepsiefilm. Wenn wir als prominente Beispiele die Filme »Die Herausforderung« (1985), »Mein Kind darf nicht sterben« (1987) und »Solange es noch Hoffnung gibt« (1997) herausgreifen, wird deutlich, wie viele Charakteristika diese »Epilepsiefilme« gemeinsam haben: alle diese drei Filme sind bemerkenswerterweise für das amerikanische Fernsehen gedreht worden; in allen drei Filmen ist der an Epilepsie Leidende ein Kind oder ein Jugendlicher in der Obhut der Eltern, und in allen drei Filmen geht es um den Kampf des Patienten beziehungsweise seiner Eltern um die »richtige« Therapie, wobei gerade »Solange es noch Hoffnung gibt« den Machtkampf zwischen Eltern und medizinischer Institution zum Inhalt hat. In allen drei Filmen kommt eine deutliche Medizinkritik zum Ausdruck, und in allen drei Filmen sind am Ende der Patient bzw. die Eltern die Sieger des gegen die Medizin ausgetragenen Konfliktes. Interessanterweise decken die filmisch bearbeiteten Plädoyers für die Therapiemethoden der Epilepsie eine breite Palette ab: während sich der Film von 1985 für die Kommissurotomie stark macht, plädiert der Fernsehfilm von 1987 vehement für die medikamentöse Behandlung mit Valproat; und der neueste von 1997 schildert den verzweiferten Kampf der Mutter für die Durchführung der ketogenen Diät, die als fast omnipotente Behandlungsmethode der Epilepsie dargestellt wird. Diese Filme sind somit zwar medizinkritisch, sie sind aber nicht nur im Sinne eines Plädoyers für alternative Heilmethoden zu verstehen.

Die Struktur aller drei Filme weist darauf hin, dass deren Entstehen am Ende durch die seit den Siebzigerjahren bestehende Patientenrechtsbewegung zu erklären ist, eine Bewegung, die deutlich macht, dass sich das

Arzt-Patient-Verhältnis in dieser Zeit gravierend gewandelt hat. So ist gerade »Solange es noch Hoffnung gibt« eine Aneinanderreihung medizin-kritischer Darstellungen, in denen der ärztliche Paternalismus angeprangert wird. Dabei wird insbesondere die Unfähigkeit der Ärzte zur Einbeziehung des Kranken in die therapeutische Entscheidung beklagt. Bezeichnenderweise endet dieser Film mit folgenden Sätzen aus dem Munde des Vaters des erkrankten Kindes, gerichtet an die Mutter: »Ich muss immer daran denken, wie du mich verzweifelt gefragt hast, warum uns die Ärzte Informationen zurückhalten und uns der Hoffnungen berauben, und ich frage mich, wie unser ganzes Gesundheitssystem in diese falsche Richtung laufen konnte. Wir haben unseren Sohn in die Obhut der Ärzte gegeben. Wir haben ihnen unser Vertrauen geschenkt. Und anstatt uns eine einfache Auskunft zu geben, haben sie Robby missbraucht und beinahe unser aller Leben zerstört.« – Sätze, die anzeigen, worin die Hauptaussage des Filmes besteht.

Doch diese medizin- und arztkritische Note ist nicht das einzige Charakteristikum, worin sich der jüngere »Epilepsiefilm« vom früheren unterscheidet. Was viele neuere Filme kennzeichnet, ist vor allem anderen das künstlerische Sichannehmen der Innenperspektive des Kranken. Was 1967 mit dem Western begann, hat gerade in den Achtziger- und Neunzigerjahren einige nennenswerte Nachfolger gefunden, die weniger die Umgebung des Kranken als dessen Innenwelt fokussieren. Die Inhalte dieser Innensicht sind sehr unterschiedlich. Der italienische Spielfilm »Der große Kürbis«, bei dem die 38-jährige italienische Filmemacherin und Psychologin Francesca Archibugi Regie führte, lässt die an Epilepsie leidende Pippi aussprechen, wie sehr sie die Erkrankung als etwas Abstoßendes empfindet, und um wie viel lieber sie stattdessen ein körperliches Leiden hätte. Als Kontrast dazu schildert Ugo Assis im gleichzeitig gedrehten brasilianischen Film »Wilder Kapitalismus« den epileptischen Anfall als ekstatischen Übergang zu einem anderen Ich: »Seit ich klein war, passiert das manchmal mit mir... Es ist schrecklich! Aber dieses Mal nicht. Dieses Mal war es irgendwie anders. Denn, als es vorbei war, kam da so was ... eine Empfindung ... ein Gefühl, Elisa. [...] Weißt du, Elilsa, mir kommt es so vor, als hätte ich die Natur in einer anderen Inkarnation erlebt.« Die epileptischen Anfälle eröffnen Assis den Durchgang zu einer anderen Persönlichkeitsschicht, den Blick in eine urwüchsige, naturnahe Welt, den Zugang zu einer anderen Wirklichkeit.

Wie sehr die neueren Filme sich der Innenperspektive des Kranken annehmen, kommt besonders deutlich in der Marsha Norman-Adaptation »Nacht, Mutter« von 1986 zum Ausdruck. Hier schildert die an Epilepsie leidende Jessie Cates, wie stigmatisierend sie die Erkrankung empfunden habe. Jessie Cates bringt die Empfindungen einer Kranken zum

Ausdruck, die durch die Epilepsie in die Isolation getrieben, keinen anderen Ausweg als den Selbstmord sieht.

Verstärkung von Strömungen und Entwurf gesellschaftlicher Gegenbilder

Diese letzten drei Filme stellen den neuen Typus von »Epilepsie-Film« dar, wie er erst seit wenigen Jahrzehnten vorherrschend ist. Mit diesen Filmen hat sich weniger die Darstellung der Krankheit als solche geändert. Es ist der Blick auf den kranken, der sich am meisten gewandelt hat. Lange Zeit war der an Epilepsie Leidende als ein bemitleidenswertes Geschöpf dargestellt worden, als passives Opfer, das seiner Erkrankung ausgeliefert ist.²¹ Seit den späten Sechzigerjahren aber taucht der neue Typus von Krankem auf, der nun sein Schicksal selbst in die Hand nimmt und mit vollem Selbstbewusstsein für seine Rechte kämpft. Zu den Bürgerrechtsbewegungen der späten Sechzigerjahre gehörten nicht zuletzt die Patientenrechtsbewegungen. Und es sind die Folgen dieser Bewegungen, die diesen neuen Typus von Kranken geschaffen haben.

So zeigt sich hieran, wie sehr gerade der Film gesellschaftliche Strömungen aufgreifen und wiedergeben kann. Die Bilder auf der Leinwand sind letztlich irgendwo in der »realen Welt« gefunden worden. Doch der Film bildet nicht einfach gesellschaftliche Tendenzen ab. Das Beispiel der Epilepsie zeigt, dass der Film gleichzeitig bestimmte Aspekte der gefundenen Realität verstärkt. Verstärkt wurden im »Epilepsie-Film« die Aspekte der Epilepsie, die Bestandteil eines popularisierten Wissens über diese Erkrankung in der Gesellschaft sind. Hier erweist sich der Film in gewisser Weise als reaktionär, denn er greift auf etablierte Mythen zurück. Die Epilepsie als Erbkrankheit, als Degenerationserkrankung, als Ursache für Kriminalität, dies sind etablierte Mythen, traditionelle Bedeutungskomplexe der Epilepsie, die im Film lange Zeit noch weiterlebten, als die wissenschaftliche Lehrmeinung sich schon längst davon distanziert hatte. Der Film neigt dazu, ein popularisiertes Wissen in der Weise zu konzeptualisieren und zu repräsentieren, dass traditionelle Vorstellungen verstärkt werden.

Auf der anderen Seite aber – und dies zeigt die neueste Entwicklung in der Darstellungsweise der Epilepsie – kann der Film auch gesellschaftliche Gegenbilder entwerfen, die als Promotor »neuer« Haltungen im Umgang mit der Krankheit fungieren können. Der Film kann auf diese Weise gleichsam Seismograph für unterschwellige Regungen und Erwartungen in der Gesellschaft sein; er kann »zum Sprachrohr der sozialen Spontanität und des sozialen Wandels«²² werden. So hätte eine ganze Buchreihe nicht

genügt, um das sensible Verständnis für die Nöte des Kranken zu wecken wie so mancher Film der letzten fünfzehn Jahre. Gerade diese ambivalente Funktion des Films macht deutlich, dass dieses Medium nicht nur für den Medizinhistoriker, sondern für die Medizin selbst bedeutungsvoll sein kann.

Filmographie: Spielfilme mit Epilepsiemotiven

- 1921 *Irrende Seelen*; Deutschland 1921, Carl Fröhlich
- 1929 *To What Red Hell*; Großbritannien 1929, Edwin Greenwood. – Nach Percy Robinson
- 1939 *La Bête humaine* (Bestie Mensch); Frankreich 1939, Jean Renoir. – Nach Emile Zola ***²³
- 1940 *Dr. Kildare's Crisis* (Dr. Kildare: Verhängnisvolle Diagnose); USA 1940, Harold S. Bucque ***
- 1945 *The Big Sleep* (Tote schlafen fest); USA 1945, John Huston. – Nach Raymond Chandler. Remake: *The Big Sleep*, 1978 (Tote schlafen besser); USA 1978, Michael Winner
- 1946 *L'Idiot* (Der Idiot); Frankreich 1946, Georges Lampin. – Nach Fjodor Dostojewskij. ***²⁴
- 1946 *A Matter of Life and Death*; USA 1946, Michael Powell, Emeric Pressburger
- 1949 *Night Unto Night*; USA 1949, Don Siegel. – Nach Philip Wylie ***
- 1952 *The Winning Team*; USA 1952, Lewis Seiler. – Nach G. Merwin und S. Lester
- 1954 *The Egyptian* (Sinuhe, der Ägypter); USA 1954, Michael Curtiz. – Nach Mika Waltari
- 1956 *Lust for Life* (Vincent van Gogh – Ein Leben in Leidenschaft/Ein Leben in Leidenschaft); USA 1956, Vincente Minnelli. – Nach Irving Stone
- 1957 *Bekenntnisse des Hochstaplers Felix Krull*; BRD 1957, Kurt Hoffmann.²⁵ – Nach Thomas Mann
- 1957 *The Brothers Karamazov* (Die Brüder Karamasow); USA 1957, Richard Brooks.²⁶ – Nach Fjodor Dostojewskij
- 1958 *Nazarin* (Nazarin); Mexiko 1957/58, Luis Buñuel. – Nach Benito Pérez Galdós
- 1958 *La Tête contre les Murs* (Mit dem Kopf gegen die Wände); Frankreich 1958, Georges Franju. – Nach Hervé Bazin
- 1959 *Ein Mann geht durch die Wand*; BRD 1959, Ladislao Vajda
- 1962 *Cleopatra* (Cleopatra); USA 1962, Joseph Mankiewicz.
- 1965 *Pugni in Tasca* (Mit der Faust in der Tasche); Italien 1965, Marco Bellocchio ***

- 1966 *Mouchette* (Mouchette), Frankreich 1966, Robert Bresson. – Nach Georges Bernanos
- 1967 *Un minuto per pregare, un istante per morire/Escondido* (Mehr tot als lebendig); Italien 1967, Franco Giraldi ***
- 1968 *The Bed Sitting Room* (Danach); Großbritannien 1969, Richard Lester. – Nach J. Antrobus, S. Milligan
- 1968 *Riten* (Der Ritus); Schweden 1968, Ingmar Bergman
- 1970 *The Andromeda Strain* (Andromeda; Andromeda – Tödlicher Staub aus dem All); USA 1970, Robert Wise.
- 1970 *Tell Me That You Love Me, Julie Moon*; USA 1970, Otto Preminger
- 1971 *Laia*; Spanien 1971, Vicente Lluch. – Nach Salvador Espriu
- 1973 *J'irai comme un cheval fou*; Frankreich 1973, Fernando Arrabal
- 1973 *Mean Streets* (Hexenkessel); USA 1973, Martin Scorsese
- 1973 *Traumstadt*; BRD 1973, Johannes Schaaf. – Nach Alfred Kubin
- 1974 *The Apprenticeship of Duddy Kravitz* (Duddy will hoch hinaus); Kanada 1974, Ted Kotcheff – Nach Mordecai Richler
- 1974 *Matchless*; Australien 1974, John Papadopoulos
- 1974 *The Terminal Man* (Der Killer im Kopf); USA 1974, Mike Hodges. – Nach Michael Crichton
- 1975 *Novocento I* (1900 I); Italien/Frankreich/BRD 1975/76, Bernardo Bertolucci
- 1975 *Peppino e la vergine Maria/Maria, vergine e di nome Maria/Vergine e di nome Maria*; Italien 1975, Sergio Nasca
- 1978 *The Big Sleep*, 1978 (Tote schlafen besser); USA 1978, Michael Winner. – Nach Raymond Chandler
- 1980 *Dvadsat Shest Dney Iz Zhizni Dostoyevskogo* (Sechszwanzig Tage im Leben Dostojewskis); UdSSR 1980, Alexander Sacharchi. – Nach Fjodor Dostojewskij ***
- 1981 *Passione d'Amore/Passion d'Amour* (Passion der Liebe); Italien/Frankreich 1981, Ettore Scola. – Nach Iginio Ugo Tarchetti ***
- 1981 *Der Zauberberg*; BRD 1981, Volker Schlöndorff. – Nach Thomas Mann
- 1982 *Bekenntnisse des Hochstaplers Felix Krull*; BRD 1982, Bernhard Sinkel. – Nach Thomas Mann
- 1983 *The Sting II* (Zwei ausgekochte Halunken); USA 1983, Jeremy Paul Kegan
- 1985 *A Fighting Choice* (Die Herausforderung); USA 1985, Ferdinand Fairfax ***
- 1985 *Vierzig Quadratmeter Deutschland*; BRD 1985, Tevfik Basak
- 1986 *La Storia*; Italien 1986, Luigi Comencini. – Nach Elsa Morante ***
- 1986 *'Night Mother* ('Nacht, Mutter); USA 1986, Tom Moore. – Nach Marsha Norman ***

- 1986 *Promise* (Trage Deines Bruders Bürde); USA 1986, Glenn Jordan
- 1987 *Fight for Life* (An einem Freitagabend/Mein Kind darf nicht sterben [TV-Titel]); USA 1987, Elliot Silverstein ***
- 1988 *Brainwaves*; Großbritannien 1988, Ann Marie di Mambro
- 1991 *An Angle at My Table* (Ein Engel an meiner Tafel); Neuseeland 1991, Jane Campion. – Nach Janet Frame
- 1991 *Van Gogh* (Van Gogh); Frankreich 1991, Maurice Pialat
- 1991 *Wildflower* (Wilde Alice); USA 1991, Diane Keaton ***
- 1991 *Frankie and Johnny* (Frankie und Johnny); USA 1991, Gary Marshall
- 1991 *Mama* (Mama); China 1991, Zhang Yuan ***
- 1993 *Il grande cocomero* (Der große Kürbis); Italien 1990, Francesca Archibugi. – ***
- 1992 *Romper Stomper* (Romper Stomper); Australien 1992, Geoffrey Wright
- 1993 *Capitalismo salvagem* (Wilder Kapitalismus); Brasilien 1993, André Klotzel ***
- 1994 *The Englishman Who Went Up a Hill But Came Down a Mountain* (Der Engländer, der auf einen Hügel stieg und von einem Berg herunterkam); Großbritannien 1994, Christopher Monger
- 1995 *Con gli occhi chiusi*; Italien 1995, Francesca Archibugi ***
- 1997 *Die Cellistin*; BRD 1997, Sherry Hormann
- 1997 *First Do No Harm* (Solange es noch Hoffnung gibt); USA 1997, Jim Abrahams ***
- 1997 *Vie de Jesus*; Frankreich 1997, Bruno Dumont

Anmerkungen

- 1 Freilich ist auch hier zu bedenken, dass die Art und Weise, wie man im Dokumentarfilm Außenrealität darstellt, nicht frei ist von Vorverständnissen.
- 2 Faulstich, Werner: *Die Filminterpretation*. Göttingen 1995, S. 8.
- 3 siehe Wahl, Otto F.: *Media Madness. Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1995, S. 117.
- 4 Wuss, Peter: *Kunstwerk des Films und Massencharakter des Mediums. Konspete zur Geschichte der Theorie des Spielfilms*. Berlin: Henschel Verlag, 1990, S. 518ff.
- 5 Shortland, Michael: *Medicine and Film. A checklist, survey and research resource*. Oxford: Joshua Associates Limited, 1988, S. 7.
- 6 siehe hierzu beispielsweise Engelhardt, Dietrich von: *Epilepsie in der Literatur der Neuzeit. Fundamenta Psychiatrica* 7 (1993) 148-156.
- 7 Es sei darauf hingewiesen, dass die wichtigsten Hinweise nicht aus den gängigen Nachschlagewerken zu entnehmen waren. Hier ist der Autor vielen Menschen und Institutionen zu Dank verpflichtet, die in zahlreichen persönlichen Anmerkungen dazu beigetragen haben, dass eine umfangreiche Filmografie zustande kommen konnte. Stellvertretend für viele seien an dieser Stelle Herr Prof. Hans Jürgen Wulff (Kiel), das Informationszentrum Epilepsie (Bielefeld) und die von Prof. von Engelhardt (Lübeck), Prof. Wolf (Bielefeld) und Dr. Schneble (Kehl-Kork) veranstalteten Colloquien »Epilepsie in der Literatur« erwähnt, die als wesentliches Forum für diese Ausführungen gedient haben.
- 8 Es sei überdies darauf hingewiesen, dass viele Stoffe mehrfach verfilmt worden sind; so gibt es insgesamt vier Adaptationen von Dostojewskis *Idiot* (D 1921, F 1946, Japan 1951, UdSSR 1958). Von den Brüdern Karamasow gibt es gar sechs Verfilmungen (UdSSR 1914, D 1920; F 1921; D. 1931; Italien 1947; UdSSR 1968).
- 9 Was den Dokumentarfilm angeht, so reichen hier die Spuren noch viel weiter in die Filmgeschichte zurück. So hat der Neurologe Walter G. Chase schon im Jahre 1905 an der Craig Colony for epileptics in Sonyea, N.Y. eine Dokumentation mit verschiedenen Anfallsformen gedreht. Dieser Dokumentarfilm trägt den Titel »Epileptic Seizures, Nos. 1-9«.
- 10 Zu den Auswirkungen dieses Codes siehe Lederer, Susan E.: *Repellent Subjects: Hollywood Censorship and Surgical Images in the 1930s. Literature and Medicine* 17 (1998)1, 91-113.
- 11 Abgesehen davon litt er auch unter einer einseitigen Taubheit und galt als Alkoholiker.
- 12 Siehe die Kritik von Hal Erickson zu diesem Film, die in der Datenbank All-Movie Guide im Internet veröffentlicht ist.
- 13 Billod, Ernest (1818-1886): *Recherches et considérations relatives à la symptomatologie de l'épilepsie. Annales médico-psychologiques* 2 (1843): 381-423, hier S. 419.
- 14 Kanes, Martin: *Zola's La Bête Humaine. A Study in Literary Creation*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1962.
- 15 siehe Temkin, Owsei: *The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*. Baltimore, London: The Johns Hopkins Press, 1971.
- 16 siehe Bazin, André: *Jean Renoir. Mit einem Vorwort von Jean Renoir und einer Filmografie seiner Werke von 1924 bis 1969*. München [u.a.] : Hanser, 1977.
- 17 siehe Turow, Joseph: *Playing Doctor. Television, Storytelling, and Medical Power*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1989.

- 18 Fraser, George MacDonald: *The Hollywood History of the World*. London 1988.
- 19 Kalisch, Philip A. und Beateice J. Kalisch: *When Americans called for Dr. Kildare. Images of Physicians and Nurses in the Dr. Kildare and Dr. Gillespie Movies, 1937-1947*. *Medical Heritage* Sept/Oct 1985: 348-363; siehe auch Shortland, Michael: *Medicine and Film. A checklist, survey and research resource*. Oxford 1989, S. 4.
- 20 Unbeachtet soll hier die Tatsache bleiben, dass die vermeintliche Epilepsie des Helden sich am Ende als Symptom einer fremdkörperbedingten Nervenirritation herausstellt. Wesentlicher Inhalt des Films bleibt die Erfahrung von Andersartigkeit in der Konfrontation mit der genuine Epilepsie des Vaters des Helden, die die Befürchtungen einer »ererbten« Epilepsie wesentlich bedingt hat.
- 21 siehe insbesondere *La bête humaine* (1938), *La tête contre les murs* (1958) und *Nazarin* (1958).
- 22 Adorno hat den Film gar als »Chiffre gesellschaftlicher Tendenzen« bezeichnet. Siehe Kroner, Marion: *Film. Spiegel der Gesellschaft*. Heidelberg 1973, S. 13.
- 23 *** (Epilepsie ist handlungsleitendes Motiv)
- 24 Weitere Verfilmungen des Stoffes: Deutschland 1921, Lupu Pick. — Hakuchi; Japan 1951, AkiraKurosawa. – Nastasja Filippowna (*Der Idiot*); UdSSR 1958, Iwan Pyrjew.
- 25 Weitere Verfilmung des Stoffes: Bekenntnisse des Hochstaplers Felix Krull; BRD 1982, Bernhard Sinkel.
- 26 Andere Verfilmung: Rußland 1914; Deutschland 1920; Frankreich 1921; Deutschland 1931; Italien 1947; UdSSR 1968.

Literatur

- Bazin, André: *Jean Renoir. Mit einem Vorwort von Jean Renoir und einer Filmografie seiner Werke von 1924 bis 1969*. München [u.a.]: Hanser, 1977
- Billod, Ernest (1818-1886): *Recherches et considérations relatives à la symptomatologie de l'épilepsie*. *Annales médico-psychologiques* 2 (1843): 381-423
- Engelhardt, Dietrich von: *Sinn und Bedeutung von Epilepsiemotiven in der Literatur*. *Epilepsie-Blätter* 9 (1996) Suppl. 1, 9-18
- Engelhardt, Dietrich von: *Epilepsie in der Literatur der Neuzeit*. *Fundamenta Psychiatrica* 7 (1993) 148-156
- Faulstich, Werner: *Die Filminterpretation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1995
- Fleming, Michael und Roger Manvell: *Images of Madness. The Portrayal of Insanity in the Feature Film*. Rutherford, Madison, Teaneck: Fairleigh Dickinson University Press, 1985
- Fraser, George MacDonald: *The Hollywood History of the World*. London 1988
- Herting, Barbara: *Psychisch Kranke in den Medien – exemplarisch dargestellt am Medium Film*. In: H. Jürgen Kagelmann, Rosemarie Zimmermann (Hrsg.) *Massenmedien und Behinderte. Im besten Falle Mitleid?* Weinheim, Basel: Beltz, 1982, S. 25-46
- Kalisch, Philip A. und Beateice J. Kalisch: *When Americans called for Dr. Kildare. Images of Physicians and Nurses in the Dr. Kildare and Dr. Gillespie Movies, 1937-1947*. *Medical Heritage* Sept/Oct 1985: 348-363
- Kanes, Martin: *Zola's La Bête Humaine. A Study in Literary Creation*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1962
- Karpf, Anne: *Doctoring the Media. The Reporting of Health and Medicine*. London: Routledge, 1988

- Klobas, Lauri E.: *Disability Drama in Television and Film*. Jefferson, London: MacFarland & Company, 1988
- Lederer, Susan E.: *Repellent Subjects: Hollywood Censorship and Surgical Images in the 1930s*. *Literature and Medicine* 17 (1998)1, 91-113
- Norden, Martin F.: *The Cinema of Isolation. A history of physical disability in the movies*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1994
- Rabkin, Leslie Y.: *The Celluloid Couch. An Annotated International Filmography of the Mental Health Professional in the Movies and Television, from the Beginning to 1990*. Lanham, London: The Scarecrow Press, 1998
- Reuter, Martin: *Ärzte im Bundesdeutschen Spielfilm der Fünfziger Jahre*. Alfeld: Coppi, 1997
- Shortland, Michael: *Medicine and Film. A checklist, survey and research resource*. Oxford: Joshua Associates Limited, 1988
- Temkin, Owsei: *The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*. Baltimore, London: The Johns Hopkins Press, 19712
- Turow, Joseph: *Playing Doctor. Television, Storytelling, and Medical Power*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1989
- Wahl, Otto F.: *Media Madness. Public Images of Mental Illness*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1995
- Walker, Janet: *Couching Resistance. Women, Film, and Psychoanalytic Psychiatry*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1993
- Wolf, Peter: *Erfahrung und Vorurteil in literarischen Epilepsiedarstellungen*. *Fundamenta Psychiatrica* 10 (1996) 148-155
- Wulff, Hans Jürgen: *Psychiatrie im Film*. Münster: MAkS, 1995
- Wuss, Peter: *Kunstwerk des Films und Massencharakter des Mediums. Konzepte zur Geschichte der Theorie des Spielfilms*. Berlin: Henschel Verlag, 1990

Bücher

■
Moustafa Safouan: Die Übertragung und das Begehren des Analytikers. Aus dem Französischen übersetzt und herausgegeben von Gerd Schnedermann. 167 Seiten, DM 39,-, Verlag Königshausen & Neumann 1998.

»Die Übertragung und das Begehren des Analytikers« – ein sehr spezielles Buch, gedacht wohl insbesondere für Kenner und Liebhaber der Psychoanalyse Lacans.

Safouan, der in Ägypten geboren ist, dort Philosophie studiert hat und sich dann in England und Frankreich auch psychoanalytisch weitergebildet hat, lässt die Weite seiner Erfahrungen und Gedanken in die intensive Auseinandersetzung mit dem Platz von Analytiker und Analysant einfließen. Das Buch erhält auf diese Weise eine hohe Komplexität, die wohl nur mühsam vom Französischen ins Deutsche zu übersetzen ist. So kommt zu dem ohnehin schwer zu erarbeitenden Stoff eine nicht gerade leicht zugängliche Übersetzung.

Wer sich dennoch nicht abschrecken lässt, findet im ersten Teil des Buches die historische Einbettung und Entwicklung des Übertragungsbegriffes bei Freud, garniert mit der Darstellung einer eigenwilligen Sichtweise des damals Nicht-Gesehenen, aber den-

noch Wirksamen. Safouan bezieht sich auf die klassischen Fälle von Anna O. und Dora. Er macht dabei interessantes, unveröffentlichtes Material zugänglich und verdeutlicht die wachsende Differenzierung zwischen dem konventionell definierten Platz des Arztes und dem des Analytikers. Einen zentralen Stellenwert räumt er der Frage nach der »Suggestion« ein, die er deutlich vom »Begehren« als Quelle der Übertragung zu unterscheiden weiß. Obgleich es um die Historie der Psychoanalyse geht, ist die Aktualität der von Safouan aufgeworfenen Fragen nicht zu übersehen. Er steht voll und ganz in der Tradition Lacans, wenn – wie hier – es ihm gelingt, dass »Ungewusstes« und »Ungefragtes« bei der Auseinandersetzung mit dem Text andrängt.

Des Weiteren geht es um die in der Nachfolge Freuds entstandenen Positionen, zu denen Safouan vorwiegend kritisch Stellung bezieht. Manches greift dabei zu kurz, so z.B. seine Auseinandersetzung mit dem aktuellen Übertragungskonzept von Gill, das er sehr reduziert wiedergibt. Dieser Teil des Buches ist wohl auch deswegen mühsam, weil Thesen nicht mehr in dem von den entsprechenden Autoren erarbeiteten Kontext stehen, sondern herausgegriffen der Kritik anheimfallen, eher selten auch mal der Akzeptanz, in jedem Fall jedoch ist ohne umfassende Vorkenntnisse kein eigenes Urteil möglich.

Auch die von Safouan rezipierten Theorien zur Gegenübertragung bleiben fragmentarisch. Sie dienen ihm in erster Linie als Vorbereitung auf sein Anliegen, nämlich die Vermittlung der Bedeutsamkeit des Begehrens des

Analytikers, die Entwicklung einer »Theorie des Objekts des Phantasmas«. Interessant ist die Bedeutung, die er in diesem Zusammenhang der Lehranalyse zukommen lässt und seine Sicht der in ihr begründeten »Übertragungen« des Analytikers auf seinen Analysanden, die Begehren formen.

Schließlich kommt dann auf dem Boden philosophischer Studien und der Lacanschen Psychoanalyse Safouans Versuch zur Entfaltung, die in den Theorien zu Übertragung und Gegenübertragung hinterlassenen Probleme zu lösen. Diese haben – seiner Meinung nach – damit zu tun, dass die Psychoanalyse eine Erfahrung ist, die zwei Personen umfasst, von denen jedoch »eine so wenig glaubhaft wie die andere« ist. Analyse wird konzeptualisiert als Entdeckung der Struktur des Begehrens.

Ein anspruchsvolles Buch, für das man sich Zeit nehmen muss, nicht nur zum Lesen, sondern auch die für die gedankliche Nacharbeit.



Astrid Kloth, Sulzburg



Gill, Merton M.: Psychoanalyse im Übergang. 259 S., DM 48,-, Verlag Internationale Psychoanalyse Stuttgart 1997

Gills Anliegen ist es – so sein Vorwort – »ein Lehrbuch sowohl für den Experten als auch für den Anfänger« zu schreiben, »das die Kontroversen in der Psychoanalyse hervorhebt«. Es ist ein Buch geworden, in dem über den Weg der Aufarbeitung der Geschichte von psychoanalytischer Theorie

und klinischer Praxis mit bestechender Genauigkeit Essentials der Psychoanalyse zutage treten, wie wir sie heute dringend benötigen. Gill wagt es, tradierte Standards der Psychoanalyse in Frage zu stellen, auch in Anbetracht der heutigen für die Psychoanalyse existentiell schwierig gewordenen Situation zu hinterfragen, ohne dass dabei der Psychoanalyse Auflösung drohen würde. Dies zeugt von großer Theorie- und klinischer Erfahrung des Autors. Er stellt dar, wie seine Auseinandersetzung identitätssichernde Inhalte hervorbringt. So kommt er schließlich auch überzeugend zum Schluss, dass »die Identität des Therapeuten als Analytiker gesichert bleibt, wenn er die Psychoanalyse nicht nur als herkömmliche Psychoanalyse praktiziert, sondern als Therapie, die er mit einem veränderten äußeren Arrangement durchführt«.

Zunächst geht es um Klärung des Kontextes, innerhalb dessen dann inhaltliche Fragen diskutiert werden. Es geht um die wissenschaftstheoretischen Konzeptionen des Konstruktivismus und der Hermeneutik, die die Psychoanalyse als Lehre vom Unbewussten beherbergen. Der Begriff der Realität, materieller und psychischer Realität, die Problematik der Interpretation und das Finden individueller Bedeutsamkeit und deren Variationsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Individuen werden diskutiert. Innere und äußere Faktoren werden in ihrer Wechselseitigkeit gewichtet. Dies hat Konsequenzen für die Konzeptualisierung von Übertragung und Gegenübertragung als Vorgänge, die sich gegenseitig formen und zu denen Analytiker wie Analysand einen eige-

nen Beitrag leisten. Gill bezieht sich auf sein im vorausgegangenen Buch über die Übertragungsanalyse im o.g. Sinn ausführlich dargelegtes Konzept. Er erörtert nochmals die psychoanalytische Kontroverse »Ein-Personen-Psychologie versus Zwei-Personen-Psychologie« anhand des Konzepts der Neutralität sowie der Grundregel und des Widerstands. Gill erweist sich durchgängig als konsequenter Analytiker, der Analysieren den Regeln und Anweisungen übergeordnet hat. Sein Ziel psychoanalytischer Behandlung ist es, zu verstehen, dass alles, was stattfindet (auch das vom Analytiker Gesagte oder nicht Gesagte) in der interpersonellen Beziehung interaktive Implikationen hat, die der Pfad sind zum Verstehen der Psychopathologie des Patienten auf dem Hintergrund seiner Entwicklung. Auch in die von Gill favorisierte Technik der Übertragungsanalyse findet der theoretische Standort des Analytikers Eingang. Die hierarchische Ordnung der Variablen Trieb, Ich, Objekt und Selbst unterscheidet sich je nach Ausrichtung des Analytikers, kann aber bei sensibler Wahrnehmung der Interaktion im Sinne der Analyse genutzt werden. Auch wenn die Idee einer spontanen Entfaltung der Neurose des Patienten als Mythos entlarvt wird, glaubt Gill, dass bei konsequenter Handhabung der Übertragungsanalyse »jeder kompetente Analytiker bei gleichen Patienten dieselben Hauptprobleme aufdecken würde«.

Wichtiges Kapitel in diesem Buch ist eines über »Psychoanalyse und Psychotherapie«. Gill lehnt äußere Kriterien – Verwendung der Couch, Sitzungsfrequenz, Behandlungsdauer

– als Unterscheidungsmerkmale ab und rückt statt dessen die Herstellung einer psychoanalytischen Situation als differenzierendes Kriterium ins Zentrum der Betrachtung. Eine psychoanalytische Situation ist – seiner Meinung nach – dann gegeben, »wenn beabsichtigt ist, die Interaktion so tiefgreifend wie möglich zu analysieren«. Was dieses, zwei Verfahrensweisen trennende Prinzip im Einzelnen bedeutet, wird in Abgrenzung zu anderen Betrachtungsweisen ausgeführt.

Was an Gills Buch »Psychoanalyse im Übergang« fasziniert, ist zweierlei: Zum einen ist es die inhaltlich fundierte Auseinandersetzung, die Wandel und Wahrung von Werten in der Psychoanalyse ermöglicht und sich auf diese Weise den heutigen Erfordernissen und Herausforderungen gewachsen zeigt, zum anderen heißt, sich mit diesem Buch zu befassen, sich einbeziehen lassen in den persönlichen Kampf, den es immer bedeutet, wenn Positionen verlassen und neu gewonnen werden müssen. In diesem Sinne sollte Gills »Lehrbuch« zur heutigen Pflichtlektüre für Psychoanalytiker gehören.



Astrid Kloth, Sulzburg

Die Autorinnen und Autoren

- Dr. phil. Ursula Baumann
Gutmuthsstr. 16; 12163 Berlin
Historikerin; wiss. Assistentin am
Institut für Geschichtswissenschaft
der TU Berlin
- lic.phil. Sabine Braunschweig
Büro für Sozialgeschichte
Utengasse 47; 4058 Basel
Historikerin und dipl. Erwachse-
nenbildnerin; Dozentin für Sozial-
und Berufsgeschichte an verschie-
denen Schulen; freie Forschung.
- Prof. Dr. Asmus Finzen
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
Nervenarzt, Psychotherapeut;
stellv. ärztl. Direktor
- Dr. med. Giovanni Maio
Institut für Medizin- und
Wissenschaftsgeschichte
Medizinische Universität zu Lübeck
Königstraße 42; 23552 Lübeck
Arzt; Medizinhistoriker; wiss.
Assistent
- Dr. med. Inès Nagl
Psychiatrische Universitätsklinik
Albert-Schweitzer-Strasse 11
D-48149 Münster
Ärztin; Assistenzärztin
- Dr. med. Dr. phil. Klaus Schonauer
Psychiatrische Universitätsklinik
Albert-Schweitzer-Straße 11
D-48149 Münster
Arzt f. Psychiatrie; Sprachwissen-
schaftler; Oberarzt
- lic. phil. Judith Zehnder-Walthert
Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel
Psychologin; Dissertantin
- lic.phil. Esther Wüthrich
Thannerstrasse 44; 4054 Basel
Historikerin; Gewerkschafts-
sekretärin
- lic.phil. Hans-Jakob Ritter
Wasserstrasse 19; 4056 Basel
Historiker

■ Die Psychotherapeutin

versteht sich

- als Publikationsforum vornehmlich für Frauen,
- als schulen- und fachübergreifend,
- praxisorientiert und theoriebewusst,
- aus dem Blickwinkel von Frauen.

Die Psychotherapeutin ist offen für Psychiatrie, Psychologie, Pädagogik, Sprach- und Literaturwissenschaften, Kultur- und Sozialgeschichte u.a.m.

Psychotherapie wird verstanden als therapeutische Arbeit mit Konzepten der Psychoanalyse, der humanistischen Psychologie, der Systemtheorie und Verhaltenstherapie und anderen rational begründeten Methoden.

Die Psychotherapeutin bietet ein Diskussionsforum zur Frage, was Psychotherapie ausmacht und wie sie praktisch wirken kann; zu Kritik, zu neuen Fragestellungen und theoretischen Neuansätzen. Dazu bedarf sie der Auseinandersetzung mit Leserinnen und Lesern, der aktiven Beteiligung von Autorinnen und der inhaltlichen und materiellen Unterstützung.

Die Themen seit 1994

- Heft 1 (1994): Psychotherapie und Psychiatrie
- Heft 2 (1995): Psychotherapie in Institutionen
- Heft 3 (1995): Psychotherapie und Recht
- Heft 4 (1996): Verletzliche Beziehungen (vergriffen)
- Heft 5 (1996): Psychotherapeutin werden
- Heft 6 (1997): Psychotherapie fürs Leben –
Leben für die Psychotherapie
- Heft 7 (1997): Fremde in der Psychotherapie
- Heft 8 (1998): Wieviel Alltag braucht die Psychotherapie?
- Heft 9 (1998): Das Böse

die Psychotherapeutin 10 (1999)

Herausgeberinnen:

Beatrice Alder, Basel; Ulrike Hoffmann-Richter, Basel;
Ursula Plog, Berlin

Mitarbeiterinnen:

Johanna Lalouschek (Wien), Almuth Massing (Göttingen), Mariele Ritter-Gekeler (Müllheim/ Baden), Angela Schürmann (Lübeck).
Autorinnen wenden sich bitte an die geschäftsführende Herausgeberin:
Dr. Ulrike Hoffmann-Richter, Entenwaidstr. 20, CH-4056 Basel,
Telefon 0041/61/32 15 770; E-Mail: uhr@datacomm.ch

Erscheinungsweise und Bestellungen

Die Psychotherapeutin erscheint halbjährlich im Juni und November in der Edition Das Narrenschiff. Das Einzelheft kostet DM 25,- oder sFr. 25,- oder öS 351,- zuzüglich Versandkosten.
Bestellungen über den Buchhandel oder den Psychiatrie-Verlag, Thomas-Mann-Str. 49a, D-53111 Bonn,
Tel.: 0228/7 25 34-0; Fax 0228/7 25 34-20
E-Mail: verlag@psychiatrie.de; <http://www.psychiatrie.de/verlag>

Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag

Die Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag wird von Beatrice Alder und Asmus Finzen herausgegeben. Sie macht es sich zur Aufgabe, anspruchsvolle wissenschaftliche Texte zur Sozialpsychiatrie, Psychiatriesoziologie, Psychiatrie- und Psychotherapiegeschichte, -philosophie und -politik zu veröffentlichen.
Herausgeberin und Herausgeber fühlen sich zeitkritischer Vernunft verpflichtet. Sie streben die Verbreitung von Büchern an, die jenseits von Zeitgeist und modischen Strömungen Bestand haben.

Die neuesten Titel in der Edition Das Narrenschiff:

ZAUMSEIL/LEFERING: Schizophrenie der Moderne – Modernisierung der Schizophrenie (1997)

ANGERMEYER/ZAUMSEIL: Verrückte Entwürfe (1997)

MARNEROS: Sexualmörder (1997)

MÜLLER: Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? (1998)

FINZEN: Das Pinelsche Pendel (Sozialpsychiatrische Texte 1: 1998)

DÖRNER/PLOG: 1968. Reise durch die sozialpsychiatrischen Pioniereinrichtungen der Republik (Sozialpsychiatrische Texte 2: 1999)

Fordern Sie für weitere Informationen das Verlagsverzeichnis an.