

ISSN: 0933-5315

BIOS

ZEITSCHRIFT FÜR
BIOGRAPHIEFORSCHUNG
UND ORAL HISTORY

Heft 2/1995 (8. Jahrgang)

Yvonne Rieker

Antisemitismus und der Mythos vom Juden

Achim Brosziewski

Lebensbilanzierung und Moral im autobiographischen
Schreiben von Kaufleuten und Unternehmern

Ludger Pries

Erwerbsbiographische Projekte kleiner Selbständiger und
Lohnabhängiger in einem semi-industrialisierten Land:
Mexiko

Ulrike Hoffmann-Richter

Das Verschwinden der Biographie in der Krankengeschichte

Wiedergelesen von Lothar Steinbach:

Auszüge aus Droysens „Historik“

Christine Ferret

Bibliothekare in der DDR

Marita Metz-Becker

Frauen im kulturellen Gedächtnis der Stadt Marburg

Dorothy Sheridan

Das britische „Mass-Observation“-Projekt

L+B

Das Verschwinden der Biographie in der Krankengeschichte

Eine biographische Skizze

Ulrike Hoffmann-Richter

1901 wird in einer gutbürgerlichen Familie ein Mädchen geboren. Das Mädchen fällt durch seine Intelligenz und vielseitige Begabung auf. Sie besucht das Gymnasium bis zur Matura ohne Probleme. Sehr lebendig erlebt ihre Umgebung sie, sie schüttelt Gelegenheitsgedichte in verschiedenen Sprachen "nur so aus dem Ärmel". Dabei wirkt sie eher extrovertiert, hat viele Freunde und Freundinnen und ist überall wegen ihrer gesellschaftlichen und künstlerischen Fähigkeiten gern gesehen. Nach der Matura verbringt sie einige Zeit in Weimar, wo sie sich im "Kunstgewerbe" ausbildet. Sie lernt malen und zeichnen und bringt "ganz hübsche Sachen" zustande. Außerdem besucht sie das Konservatorium, wo sie Einzelunterricht nimmt und im Chor singt. Die Sommermonate verbringt sie mit der Familie in einem Ferienhaus.

Im nachhinein ließ sich 1917/18 eine Zeit rekonstruieren, in der die junge Frau halluzinierte. Es schien ihr nicht gut zu gehen. Aus der Sicht des Bruders sorgte die Mutter mit einer übertriebenen Unbedingtheit für die vegetarische Ernährung der späteren Patientin. Auch eine gewisse Wildheit, die sie an den Tag legte, schrieb der Bruder dem Umgang zwischen Mutter und Tochter zu: Die Mutter habe ihre Tochter ungeheuer bewundert. Sie habe ihr alles gestattet, alles verziehen. Ihr Talent sei für sie unbestreitbar gewesen. Und in der Tat sei sie in jeder Hinsicht ein begabtes Mädchen gewesen, schön, intelligent und künstlerisch talentiert.

So könnte die hoffnungsvolle Karriere einer ungewöhnlichen Frau beginnen, die Kurzbeschreibung ihrer Biographie. Die Exposition macht neugierig. Einiges erfahren wir noch über diese Frau, dann bröckelt die Biographie ab. Das Leben jener Frau aber geht weiter. Es handelt sich nicht um Auszüge einer Biographie oder deren literarischen Verarbeitung, sondern um die Zusammenfassung aus der Akte einer psychiatrischen Krankengeschichte.

Zur Biographieforschung in der Psychiatrie

Zu Recht verweist Tölle (1987) auf die Tradition der Krankengeschichten in Psychiatrie und Psychoanalyse. Der Basler Stadtarzt Felix Platter setzte die seelischen Krankheiten seiner Patienten in bezug zu ihrer Biographie. Sigmund Freud interessierte sich für die Geschichte der Symptome seiner Patientinnen. Seine "Studien über Hysterie" (Freud 1895) sind ein Teil deutscher Literatur geworden. Karl Jaspers dissertierte mit Lebenslaufuntersuchungen ("Heimweh und Verbrechen" 1909). R. Gaupp beschrieb den "Fall Wagner" (1914); Ludwig Binswanger äußerte sich 1928 zu "Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte". Die schizophrene Patientin "Ilse" beschrieb er unter dem Titel "Wahnsinn als lebensgeschichtliches Phänomen und als

Geisteskrankheit" (1957). Und Victor v. Weizsäcker publizierte 1947 seine "klinischen Vorstellungen". Die Medizingeschichte befaßt sich vor allem mit der "Psychopathographie" berühmter Persönlichkeiten, z.B. Hölderlin (Peters 1982), Chopin (Karenberg 1985), Ignatius von Loyola (Heinrich 1992) und vielen anderen.

Die Sozialpsychiatrie verpaßte den Anschluß an die neueren Entwicklungen der Methoden in der Soziologie der letzten zwanzig Jahre. Aus der Zusammenarbeit mit der Soziologie war seit den dreißiger Jahren ihre wissenschaftliche Grundlage erwachsen (Finzen 1993). Chronisch psychisch Kranke mußten auch nach der Psychiatriereform ein oft unbefriedigendes Dasein fristen. Die Methoden, mit denen akut psychisch Kranke behandelt werden, sind nicht selbstverständlich auch für chronisch Kranke geeignet. Die Beschäftigung mit ihrer Biographie stellt eine wichtige Möglichkeit dar, sie als Personen kennenzulernen. Die biographische Einordnung ihrer Krankheit genügt nicht (Finzen 1984).

Es gibt bis heute nur wenige soziologische (biographische, ethnomethodologische oder konversationsanalytische) Untersuchungen, die sich mit der Biographie psychisch Kranker beschäftigen. Eine seltene Ausnahme bildet Gerhard Riemanns "Fremdwerden der eigenen Biographie" (1987). Seine Interviews mit Psychiatrie-Patienten und deren Auswertung sind eine Fundgrube sozialwissenschaftlicher Erkenntnis. Sie können darüber hinaus viel zum Verstehen von Patienten in ihrem Alltag beitragen.

Akten

Akten einer Institution sind kein Abbild einer Person. Sie sind geprägt von den Aufgaben und Ordnungsprinzipien der Institution, für die sie erstellt werden. Die jeweilige Institution (z.B. Gericht, Polizei, somatisches Spital, Psychiatrische Klinik, Jugendamt ...) bedarf einer Akte zur gezielten, selektiven Datenerhebung. Sie stellt mit ihrer Hilfe fest, was (unter ihrem Blickwinkel) geschehen ist. Zugleich bietet diese Form der Datenerhebung ein Mittel der sozialen Kontrolle. Die Rekonstruktion ist einseitig (Cicourel 1968, Müller 1980).

In einer psychiatrischen Krankenakte geht es um die Erhebung der Krankengeschichte aus der Biographie; um die Beschreibung und Erfassung von früheren und jetzigen Symptomen als wichtige Hilfsmittel zur Erstellung einer Diagnose. Weiterhin dient sie der Verlaufsbeobachtung aus Krankheitsperspektive sowie der Erfassung und Dokumentation institutioneller und Behandlungsprobleme. Wiederum liegen erstaunlich wenige Arbeiten zur biographischen Untersuchung mit Hilfe von Akten aus dem Bereich Psychiatrischer Krankenhäuser vor. Eine der wenigen Arbeiten beschäftigt sich mit dem Suizid von Patienten und deren psychiatrischer Behandlung. Cornelia Österreich (1989) wertete dazu 40 Krankengeschichten von Patienten aus einem Psychiatrischen Krankenhaus aus. Die Krankengeschichten sollten Aufschluß geben über Aspekte der Biographie, der Kommunikation im therapeutischen Prozeß und des therapeutischen Settings, die den Suizid möglicherweise gefördert hatten. Bei einigen der Krankengeschichten fiel der Untersucherin ein "psychologischer" Spannungsbogen auf, der den Suizid als logische Konsequenz erscheinen ließ. Zusammen mit Finzen arbeitete sie einige charakteristische "Therapeutenfehler" heraus. Nach dem Studium der Krankengeschichten warnt sie jedoch, die Verantwortung allein den Therapeuten zuzuschreiben: "Die Untersucherin hat aber gerade herausarbeiten wollen, daß solche Fehleinschätzungen in Diagnostik, Bewertung der Psychopathologie und/oder

der therapeutischen Konsequenzen gerade nicht etwa allein in mangelndem psychiatrischen Handwerkszeug ihre Ursache haben, sondern Ergebnis sind eines komplizierten, dynamischen Beziehungssystems zwischen Patient und behandelndem Team." (Österreich 1990, 399) In der Therapeuten-/Patientenbeziehung scheint die Ansicht des Therapeuten eine Rolle zu spielen, der Patient befinde sich in einer hoffnungslosen Situation; Schuldgefühle in einem therapeutischen Team nach Suiziden können zu unreflektierten kurzfristigen Maßnahmen führen, die langfristig das Suizidrisiko eher erhöhen. Weitere Probleme in der therapeutischen Beziehung können zu hohen Erwartungen an den Patienten sein. Unterbrechungen der therapeutischen Beziehung durch Urlaub oder Stationswechsel des Therapeuten können den Patienten einbrechen lassen. Feindseligkeit und Zurückweisung in der Gegenübertragung können Patienten in ihrem negativen Selbstwertgefühl unterstützen.

Auch wenn diese Ergebnisse bisher Hinweise geblieben sind und einer retrospektiven Untersuchung entstammen, sind sie doch wichtige Hinweise dafür, wie sich für einen suizidalen Patienten eine ausweglose Situation zuspitzen kann. Auch ohne Interview des Patienten, auch ohne prospektive Untersuchungen können psychiatrische Krankengeschichten, können biographische Skizzen aus Akten wertvolle Informationen liefern.

Das Verschwinden der Biographie

1. Institutionelle Mechanismen

Goffmans "Asyle" (1973) enthalten eine subtile Analyse institutioneller Mechanismen, die Patienten ihrer Individualität und damit auch ihrer Biographie enteignen. Riemann (1987) kritisiert an Goffmans Untersuchung ("Die moralische Karriere des Geisteskranken") und anderen Arbeiten aus derselben Zeit, daß die Untersucher sich für Patienten erst zu interessieren beginnen, wenn ihre Karriere als psychisch Kranke einsetzt. Goffman betont jedoch, ihn interessiere, was die Institution mit dem Patienten macht: "Dieser Aufsatz will also einen Beitrag zum Studium des Selbst unter institutionellem Gesichtspunkt liefern ..., d.h. dem regulären Ablauf der Veränderungen, die die Karriere im Selbst des Menschen und im metaphorischen Bezugsrahmen, mit dem er sich und andere beurteilt, zur Folge hat." (Goffman 1973, 127) Wenn Patienten in die Klinik eingeliefert würden, bestünden zwischen ihnen erhebliche Unterschiede: sie litten an verschiedenen Krankheiten, diese seien sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Aber einmal auf dem Weg durch die Instanzen der Klinikpsychiatrie, sind sie im wesentlichen mit ähnlichen Gegebenheiten konfrontiert und reagieren im wesentlichen ähnlich darauf. Da diese Ähnlichkeiten nicht durch eine seelische Erkrankung bedingt sind, treten sie offenbar trotz dieser auf, es muß also der Macht gesellschaftlicher Kräfte zugeschrieben werden, wenn der uniforme Status des Geisteskranken einer ganzen Personengruppe nicht nur ein gemeinsames Schicksal und mithin schließlich einen gemeinsamen Charakter zuweist, sondern jener soziale Umformungsprozeß auch auf die vielleicht krasseste Vielfalt von Charakteren, die die menschliche Gesellschaft hervorbringt, angewendet werden kann. (Goffman 1973, 129)

Patienten würden mit dem Eintritt in die Klinik ihrer gewohnten Sicherheiten, Befriedigungen und Abwehrmechanismen beraubt und seien vielerlei demütigender Erfahrungen ausgesetzt. Sie müßten Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Leben in der Gemeinschaft, diffuse Autorität einer Vielzahl von Menschen in Kauf nehmen. Ihre Situation sieht Goffman als ein Beispiel dafür, "in wie geringem Maße ein Begriff vom eigenen Selbst aufrechterhalten werden kann, sobald die gewohnten Hilfsmittel wegfallen." (Goffman 1973, 147)

Die Institutionalisierung dieser radikal veränderten Lebensbedingungen verdeutlicht die Folgen sozialer Verhältnisse für das Selbst. Und dies wiederum bestätigt die Tatsache, daß das Selbst nicht nur aus den Interaktionen seines Trägers mit für ihn relevanten anderen besteht, sondern auch aus den Arrangements, die eine Organisation für ihre Mitglieder entwickelt. Es gibt Bedingungen, die ein Mensch mitunter nur widerstrebend als einen Ausdruck seiner selbst akzeptieren kann. Wenn ein Tourist die Slums aufsucht, so kann er an der Situation Vergnügen finden, nicht weil sie eine Widerspiegelung seiner selbst ist, sondern weil sie dies gerade mit so großer Bestimmtheit nicht ist. Es gibt andere Bedingungen, z.B. die gute Stube einer Wohnung, die jemand unterhält und benutzt, um die Meinung der anderen über ihn selbst vorteilhaft zu beeinflussen. Und es gibt wiederum andere Begebenheiten, wie den Arbeitsplatz, die den beruflichen Status des Angestellten ausdrücken, über die er jedoch letzten Endes keine Kontrolle hat, da diese - wie taktvoll auch immer - seinem Arbeitgeber vorbehalten bleibt. Psychiatrische Kliniken sind ein Extremfall dieser letzteren Möglichkeit. (Goffman 1973)

Zusätzlich existieren in einer Psychiatrischen Klinik als Institution Mechanismen, die nicht nur das Verschwinden der eigenen Biographie fördern, sondern auch paranoide Ideen unterstützen. Aus der Sicht der Patienten gewinnen Personalbesprechungen eine andere Bedeutung: Die einzelnen Mitglieder eines Teams tauschen Erfahrungen mit einem Patienten und Ansichten über ihn aus. Sie suchen nach einer gemeinsamen Haltung. So sehr dies für ihre Arbeit wichtig erscheinen mag, erlebt ein Patient dabei, wie unterschiedliche Reaktionen verschiedener Teammitglieder hinter seinem Rücken zu einer gemeinsamen Einstellung verschmelzen, als richte sich eine Verschwörung gegen ihn. Dazu werden nicht selten gerade solche Informationen ausgetauscht, die der Patient lieber verheimlichen würde.

Patienten sehen sich in einer Klinik anderen Erwartungen gegenübergestellt als in ihrer Alltagswelt. Was Versäumnisse sind, was Fehler oder Erfolge, gerät in Bewegung

Der Versuch, fundierte Behauptungen über sich selbst aufrechtzuerhalten, hat wenig Sinn ... Die Situation in der Heilanstalt erzeugt also anscheinend eine Art kosmopolitische Weisheit, eine Apathie hinsichtlich des eigenen bürgerlichen Status. (Goffman 1973, 162 f.)

Eine Klinik, je mehr sie einer totalen Institution entspricht, ist von der Außenwelt abgeschlossen, hat ihre eigenen Gesetze, ihre eigenen moralischen Wertvorstellungen und Bezüge, die dafür sorgen, "welche auflösenden Effekte ein Leben in einer solchen, in eine andere Welt, eingelagerten Welt zeitigt." (Goffman 1973, 164)

Jede moralische Karriere und darüber hinaus jedes Selbst entwickelt sich im Rahmen eines institutionellen Systems, sei dies eine soziale Institution wie eine Heilanstalt oder ein Komplex von persönlichen und beruflichen Beziehungen. Daher kann man behaupten, daß das Selbst definiert wird durch die in einem sozialen System für dessen Mitglieder verbindlichen Gegebenheiten. In diesem Sinne ist das Selbst nicht Eigentum der Person, der es zugeschrieben wird, sondern sitzt eher in den Mustern sozialer Kontrolle, nach denen sich der einzelne und die Personen seiner Umgebung verhalten. Ein institutionelles Arrangement dieser Art unterstützt das Selbst weniger, als daß es dieses konstituiert. (Goffman 1973, 166)

2. Behandlungsmethoden und deren Auswirkungen

Nicht nur die Institution Krankenhaus, auch die Tatsache der ärztlichen Behandlung ist ein soziologisches Phänomen. Medizinisch dient eine Behandlung der Heilung einer Krankheit. Ist dies nicht möglich, soll sie Symptome beseitigen oder zumindest lindern. Sie soll einen Zustand erträglicher machen und für eine bessere Lebensqualität trotz Krankheit sorgen. Pflicht der Ärztin oder des Arztes ist es, einen Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln "ohne Ansehen der Person". Das heißt zuerst einmal, daß sie mächtige oder reiche Personen nicht besser und arme und unbedeutende nicht schlechter behandeln sollen. Ihre Aufgabe besteht in der aufmerksamen Untersuchung und korrekten Anwendung von Behandlungsmethoden. Dazu gehört die wissenschaftliche Untersuchung ihrer Tätigkeit. Das Phänomen Krankheit und das Interesse am therapeutischen Effekt treten in den Vordergrund. In diesem System besteht die Gefahr, die mangelnde Wirkung einer erprobten Behandlungsmethode auf die vermeintliche Mangelhaftigkeit des Behandlungsobjekts zu schieben.

Nun besteht aber die ärztliche Aufgabe in der Heilung oder zumindest Behandlung eines Kranken und nicht nur seiner Krankheit. Diese bedürfen als Voraussetzung einer funktionierenden therapeutischen Beziehung. Das interaktionelle Geschehen muß in den Behandlungsprozeß miteinbezogen werden. In diesem System besteht die Gefahr, einen mangelnden Behandlungseffekt der therapeutischen Beziehung oder ganz gezielt dem Kranken zuzuschreiben. In beiden Aspekten ärztlichen Tuns kann sich somit die Tendenz verstärken, Störungen in der Systematik der Behandlung dem Kranken zuzuschreiben.

Mit der Betonung naturwissenschaftlicher Methoden in der Medizin wurde immer wieder versucht, den subjektiven Faktor aus Behandlungen herauszufiltern, um objektive Wirkungen beobachten und perfektionieren zu können. Die Konzentration auf solche objektiven Behandlungsmethoden wirkt sich auf den Umgang mit den Kranken ebenso aus wie auf die Dokumentation des Behandlungsverlaufs in der Krankengeschichte. Im besten Sinne könnte damit erreicht werden, daß sich die behandelnde Ärztin vom Leid des Kranken nicht überfluten läßt, was sie an ihrem Tun hindern könnte. Sie sollte einen distanzierten Blick bewahren, um handeln zu können. In der klinischen wie in der wissenschaftlichen Arbeit bestehen jedoch viele Tendenzen, diese Distanzierung zu betonen und den notwendigen persönlichen Kontakt hintanzustellen. Gerade in der Psychiatrie bedeutet dies, daß nicht nur der Patient der Ärztin fremd bleibt, sondern auch der Patient sich selbst. Denn er bedarf des persönlichen Gegenübers, um durch sein Fremdwerden und die Krankheit hindurch sich selbst wiederzufinden.

3. Durch die Krankheit ausgelöste Mechanismen

Riemann (1987) zeigt anhand seiner narrativen Interviews von psychiatrischen Patienten, welche Prozesse auf ihrer Seite dafür sorgen, daß sie ihrer Biographie verlustig gehen. Während eines längeren Praktikums in einer psychiatrischen Klinik lernte Riemann die Patienten kennen, die er ausführlich interviewte. Die Interviews hat er auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Theoretisch bezieht er sich auf die Arbeiten von Schütze, Berger und Luckmann zur Theorie des Alltagshandelns und des Alltagswissens sowie auf die Arbeiten Goffmans (insbesondere "Asyle" und "Stigma") und der Ethnomethodologen.

Verlaufskurventransformationen durch psychische Erkrankungen und ihre Folgen (medikamentöse Behandlung, Hospitalisierung u.a.) befördern in vielfacher Weise befremdende Erfahrungen und lassen den Betroffenen die Welt um ihn, den Körper, das eigene Selbst und die Biographie fremd werden. Riemann hat vielfältige derartige Prozesse in den Erzählungen seiner Informanten aufgeschrieben und herausgearbeitet.

So kann der eigenen Biographie gegenüber eine merkwürdige Gleichgültigkeit auftreten. Der Betreffende kann sie erzählen, als stehe er neben sich. Es kann für diesen notwendig scheinen, Erfahrungen, die angesprochen werden, nicht zu rekapitulieren oder sich für nicht zuständig für die eigene Biographie zu erklären. Während des stationären Aufenthaltes in einer Psychiatrischen Klinik können Lebensabschnitte unterbrochen werden. Sie wirken wie verschüttet. Die Betroffenen haben dann Mühe, sich beim Erzählen über diese Zeiträume an einer Struktur zu orientieren. In den Vordergrund drängen sich dabei die Zeitabläufe der Institution. Der Umgang mit der eigenen Krankheit über eine längerfristige Behandlung mit Professionellen der Psychiatrie kann dazu führen, daß die psychiatrische Terminologie die eigene Geschichte über-, wenn nicht gar verformt. Ein Wahn kann geordnetes Erzählen über Auszüge der eigenen Biographie unmöglich machen: Die eigene Biographie kann sich im Denken nicht mehr figurieren; sie hat sich als Orientierungsgröße aufgelöst; der Bezug zum eigenen Sosein ist verlorengegangen. Dennoch ist es möglich, über die Aufzeichnung solchen Erzählens, anhand der Analyse des Inhaltes, aber auch übergeordneter Ordnungsmarker wie deren Fehlen solch ein Fremdwerden zu beschreiben und zu erfassen.

Unglücklicherweise scheinen also Mechanismen der Institution Psychiatrisches Krankenhaus als krankhaft bezeichnete Erlebnisverarbeitungen zu unterstützen, statt sie zu beenden; die Institution sorgt ihrerseits dafür, daß Patienten ihrer Identität unsicher werden und ihrer Biographie verlustig gehen. Die ersten Jahrzehnte, die die eingangs erwähnte Patientin in einer psychiatrischen Klinik verbrachte, waren sicher ein Zeitraum, in dem man die Klinik als totale Institution bezeichnen konnte. Die hoffnungsvoll beginnende Biographie mündete in einen schwerst chronifizierten Krankheitsverlauf. Die Geschichte dieser Frau beschreibt in erschütterndem Ausmaß, wie diese ihrer Biographie und zumindest zeitweise ihrer Identität verlustig ging.¹

¹ Hierzu stellen sich viele Fragen: Inwiefern ist die Biographie einer oder eines Kranken mit einer "Normalbiographie" vergleichbar? In welchem Sinn kann heute überhaupt von einer Normalbiographie gesprochen werden? Welche Vorstellungen hat der Psychiater oder die Psychiaterin von einem normalen Leben auch der Kranken? War - in diesem Fall - die Patientinnen-Biographie zwar existent, doch aus der Akte nicht ersichtlich? Wie erlebte die Kranke selbst ihr Leben? Besteht ein Unterschied - und gegebenenfalls worin - zwischen der Biographie von Gesunden mit ihren Brüchen und den Brüchen, die durch die Krank-

Biographische Skizze

1923/24 reiste Julia O.² mit einem Bruder und einer Schwester nach Amerika zu Bekannten. Dort sollte sie ein Kind erziehen. Bruder und Schwester finden sich in der Neuen Welt gut zurecht, Julia nicht. In ihrer Phantasie hat sie sich die Reise, den Aufenthalt und ihre Arbeit dort ganz anders vorgestellt. Sie kann sich nicht zurechtfinden und reist ein halbes Jahr später wieder nach Hause. Sehr wahrscheinlich erlebt sie in den USA auch erste sexuelle Kontakte. Eine Abrasio wird durchgeführt. Die Gründe werden nicht genannt. Nach der Rückkehr nach Hause fällt sie als sehr apathisch auf. Sie hat keine Lust mehr, im Haushalt mitzuarbeiten, wird sehr scheu und wirkt fast stumpf. Dennoch nimmt sie Gesangsstunden am Konservatorium und geht in den Basler Gesangverein. M. (ein Musikprofessor, Musikdirektor, Dirigent?) scheint sich für sie sehr zu interessieren. Er pflegt sie nach Hause zu begleiten. Er komponiert ihr Lieder für Sopran und erzählt ihr von seiner unglücklichen Ehe. Wie nahe der Kontakt war, bleibt offen. Als Patientin hüllt sich Julia O. darüber in Schweigen. Von den Verwandten weiß niemand, was genau geschehen ist. In der Krankengeschichte heißt es dazu:

Ob M. mit ihr auch sexuellen Verkehr gehabt hat, geht aus den Erzählungen der Mutter nicht hervor. Oder: ... bis anlässlich eines etwas intimeren Verhältnisses mit einem angesehenen verheirateten Musiker, Erregungszustände mit Halluzinationen auftreten, die sich so steigerten, daß die Mutter die Patientin in die Sonnenhalde bringen mußte ... Oder: L'accès actuel aurait commencé le 6 avril, lors d'une cérémonie au Munster. Elle s'est éprise du directeur M., qui lui aurait fait ce cadeau de fleurs, qui l'aurait reçu après le concert. Elle voyait dans cet acte la preuve de l'amour du directeur M. (marié et très correct envers la malade). Elle rentrait toujours très déprimée des répétitions, ne se mit plus au lit, ne rentrait plus dans la maison. On était forcé de la reconduire. Elle prétendait être en communication téléphonique avec le directeur et ne voulait pas qu'on la touchait, pour ne pas rompre la communication ...

Nach der Beschreibung in einem Brief der Mutter ging es der ältesten Tochter zwischen 1924 und 1930 wieder erstaunlich gut. Neben der Gesangsausbildung am Konservatorium ging sie an die Gewerbeschule und "bewegte sich wieder in Gesellschaft wie zuvor". Malen war die beste Beschäftigung für sie. Während einer langen Krankheitszeit des Vaters half die Tochter der Mutter im Geschäft. Sie nahm dort Verwaltungsaufgaben wahr. Außerdem sorgte sie zu Hause für die Küche. Dann - klingen die Beschreibungen der Mutter etwas vage

... kommt der unglückliche Zusammenbruch des Kindes. Es hätten sich wirklich noch andere junge Leute um sie interessiert, sie hätte nicht all ihr Sinnen auf diesen Menschen richten sollen. Sie wußte, daß ich gegen dieses Verhältnis war und vertraute somit ihrem Vetter alles an, der die Sache von einem ganz

heit hervorgerufen werden? Gibt es also so etwas wie eine "Krankenbiographie", der der Psychiater oder die Psychiaterin auf die Spur kommen muß? Diese und weitere Fragen bedürften einer eigenen Ausführung - für die Zukunft. Die Anregungen zu diesen Überlegungen verdanke ich A. v. Plato.

² Der Name wurde geändert.

anderen Standpunkt ansah und sie für einen harmlosen Flirt hielt und mir Verschiedenes verschwieg ...

Im April 1930 wird Julia O. in die Sonnenhalde eingewiesen, wo sie sich bis zum Oktober 1930 aufhält. Sie hat sich dort nicht wohl gefühlt. Außerdem ist die Familie mit dem Aufenthalt nicht einverstanden. Im Oktober 1930 tritt sie in Préfagier ein. Am 29.3.1931 wird sie in die private Nervenheilanstalt Wyss, Münchenbuchsee, verlegt. Dort heißt es beim Eintritt: "Hereditäre Belastung: Vater psychisch abnorm, lief jeder Schürze nach. Mutter normal. Geschwister normal. Kinder keine." Am 2.4.1931 wird sie körperlich untersucht: "Leptosomie, gut entwickelte Gestalt mit leichter Skoliose der Wirbelsäule und gesunden inneren Organen. Nervensystem in Ordnung. Hat die hohe Gestalt ihrer Mutter. Schön gebaut mit mäßig guter Fettpolsterung der Haut ..."

Im Januar 1933 tritt sie aus der Klinik Wyss aus. Beim Austritt heißt es: "Ungebessert. Katatonie". Am 14.1.1933 tritt sie in die Friedmatt ein, wo sie die nächsten 22 Jahre verbringt. Im Februar 1955 wird sie von dort in die psychiatrische Station Holdenweid verlegt. Nach vielen therapeutischen Versuchen wurde sie 1953 erstmals mit dem neuen Medikament Chlorpromazin, dem ersten Neuroleptikum, behandelt. Die Holdenweid ist eine Alters- und Langzeitstation. Eine Besserung ihres Zustandes oder ein möglicher Austritt aus der psychiatrischen Klinik stehen längst jenseits der Erwartungen. Mehrfach wird Julia O. in den folgenden Jahren in die Friedmatt zurückverlegt, weil sie wegläuft oder zu unruhig und aggressiv ist. Oktober 1956 bis Dezember 1957, Februar 1958 bis Juni 1960, August 1960 bis Januar 1963 und Mai 1963 bis Oktober 1966 verbringt sie in der Friedmatt. Bis 1966 verbringt sie also nur wenige Monate in der Holdenweid. Dennoch klingt die Krankengeschichte so, als sei sie der Holdenweid zugehörig und in der Friedmatt nur zu Gast. Zwischen 1966 und 1983 lebt sie schließlich in der Holdenweid. Dann wird das Haus dort geschlossen. Julia O. kehrt nach Basel zurück. Bei Eintritt in die PUK (früher Friedmatt) heißt es 1983:

Frau O. ist eine lebenswürdige, ehemals chronisch-schizophrene Patientin. Die Patientin ist recht selbständig, kann auch alleine ohne Hilfe gehen, obwohl ihr Gang demjenigen eines Cerebralparetikers gleicht. Der Patientin scheint es gut auf dem E zu gefallen. Wenn man sie begrüßen will, erhebt sie den Kopf aus ihrer gewohnten Stellung, streckt einem freundlich und freudig die Hand entgegen ... Meist hat die Patientin ihren Kopf mit ihren schönen weißen Haaren in den Schoß gelegt, erinnert dabei fast an einen Storch, welcher seinen Kopf in sein Gefieder steckt ...

Sie wird körperlich hinfällig. 1986 heißt es: "... sitzt den ganzen Tag zusammengekauert in ihrem Stuhl und strahlt, wenn man ein paar Worte mit ihr redet. Keine Probleme." Oder 1987: "Frau O. ist in ziemlich ausgeglichener Stimmung. Freut sich über eine Zigarette". 1988 heißt es: "... freut sich, wenn sie ihre täglichen Zigaretten kriegt, ansonsten sind die Kontakte der Patientin zur Außenwelt sehr eingeschränkt". 1987 kann sie einen Ausflug nach Luzern mitmachen; 1990 nimmt sie an Patientenferien teil, in der Folgezeit vielfach an kleineren Ausflügen, z.B. auf die Messe und auf die Fasnacht. Besonders gerne geht sie mit den Schwestern zum Kiosk. Insgesamt ist ihre Stimmung eher gut und ausgeglichen. Anfang Juni 1993 macht sie noch einmal einen Ausflug an den Flughafen mit. Am 22.6.1993 verstirbt sie an einem Herzinfarkt.

Mit dem Wiedereintritt in die PUK 1983 klingen die Einträge anders. Die Patientin wird so beschrieben, als sei die Schizophrenie während ihres letzten Aufenthaltes auf der Holdenweid zwischen 1966 und 1983 abgeklungen. Aufgefallen zu sein scheint es niemandem. Dabei klingen die Beschreibungen in dramatischer Weise anders als die Jahre zuvor.

Krankheitsverlauf

Über die ersten beiden Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken - Sonnenhalde und Préfagier - wissen wir wenig. Während dieser Zeit erscheint Julia O. aus den Beschreibungen der Krankenakte noch zur Familie und zur Welt der Gesunden zu gehören: Die Familie sorgt sich um eine angemessene Behandlung. Bei Aufnahme in die Klinik Münchenbuchsee scheint sie bereits als Kranke etikettiert zu sein. Beim Vater wird eine hereditäre Belastung ausgemacht: "Vater psychisch abnorm, lief jeder Schürze nach. Mutter normal. Geschwister normal. Kinder keine". Die Dokumentierung der körperlichen Untersuchung läßt ahnen, daß ihre Erscheinung den Aufnahmearzt beeindruckt hat: "Leptosome, gut entwickelte Gestalt ... Hat die hohe Gestalt ihrer Mutter. Schön gebaut ..." Um so mehr muß ihr Verhalten provoziert haben. Einzelne distanzierende bis entwertende Sätze ("Man sieht gleich, daß es sich um einen alten Fall handelt ...") kontrastieren mit einer lebendigen Beschreibung Julia O.s bei der Aufnahme:

Man sieht gleich, daß es sich um einen alten Fall handelt, sie ist ziemlich gesperrt, setzt sich in erotisch herausfordernder Weise lässig in den Sessel, beantwortet alle an sie gestellten Fragen richtig, aber sehr affektlos und in gleichgültigem Tone, ist aber zwischenhindurch immer wieder gesperrt und ab und zu fällt auf, daß sie sich aus der Sperrung direkt herausreißen muß, um zu antworten ... Bei näherer Betrachtung zeigt sie sich sehr maniert, sie trägt eine Stoffpuppe mit sich herum, riecht an ihr, selber ist sie ganz phantastisch behangen mit mindestens einem halben Kilo wertloser Glas- und Holzperlen, trägt an den Händen mindestens ein halbes Duzend mehr oder weniger schöner Ringe, geht nach kurzer Besprechung mit der Wärterin auf ihr Zimmer, legt sich dort, ohne nur den Mantel auszuziehen, sofort auf das Kanapee, bleibt so liegen, auch als ich nach etwa drei Stunden wieder zu ihr komme, ist sie noch gleich, bei der ersten Besprechung schon drängt sie sich an mich heran, zeigt ihre Beine bis über die Mitte der Oberschenkel ...

Beim Austritt im Januar 1933 heißt es lapidar: "Ungebessert. Katatonie". Sie wird in die Friedmatt Basel verlegt mit folgendem Überweisungszeugnis:

... Julia O., die seit dem 29.03.31 mit einer katatonen Schizophrenie in unserer Anstalt ist. Der ständig zunehmende Autismus konnte trotz intensiven Versuchen nicht zurückgehalten werden. Gegenwärtig hat die Kranke den Rapport fast völlig mit der Mitwelt verloren und flackert nur selten interessiert auf, um dann wieder zu versinken. In der letzten Zeit war sie häufiger unrein. Der Krankheitsprozeß schreitet sichtlich vorwärts und die innere Verarmung nimmt zu.

Mit dem Eintritt in die Friedmatt scheint Julia O. zur chronisch kranken Anstaltsinsassin zu werden. Im Aufnahmestatus heißt es: "... folgt ohne Widerstreben auf die Abteilung. Fängt gleich in zerrfahrenere Weise vom Prinz of Wales und anderen Fürsten zu reden, die sich mit ihr verlobt haben wollen." Zwei Tage später: "Patientin ist vollkommen zerrfahren. Sie spricht von allen möglichen Männern, die sie demnächst heiraten werden. Sie lernt sehr viel; ist nicht zum Aufstehen zu bewegen." Am darauffolgenden Tag: "Patientin war so lärmend und erregt, daß sie auf F versetzt werden mußte."

Abteilung F ist die unruhige Station. Mehrfach wird Julia O. von der ruhigen auf die unruhige Station verlegt. Dort heißt es dann z.B. einmal: "Seit einigen Wochen wieder auf F. Ist genau gleich wie früher. Onaniert schamlos. Zerreißt ihr Nachthemd; ist erregt, ist gleichzeitig mit dem Prinzen von Wales und einem König verheiratet. Muß wegen großer Erregung oft im Bad gehalten werden."

In den folgenden 20 Jahren - bis zur Einführung des Chlorpromazins - werden vielfache therapeutische Maßnahmen versucht: Der Erfolg ist kurzfristig oder gering.

Im September 1933 wird eine Schlafkur durchgeführt mit "Mo. Scop." (Morphium?). Daneben scheint sie immer wieder im Deckelbad zu liegen. Nach der Schlafkur scheint eine leichte Beruhigung eingetreten zu sein. In der Folgezeit heißt es wieder, sie könne nicht zu den anderen Patientinnen gelassen werden, da sie ihre Hände ständig unter dem Rock habe.

1934 muß sie sich auf Veranlassung der Mutter einer Abmagerungskur unterziehen mit dem Erfolg, daß ihre Erregungszustände sich häufen. Sie wird aggressiver und noch weniger zugänglich, schlägt mit Kopf und Extremitäten gegen die Wände, das Bettgestell, brüllt "tierisch", greift die Pflegerinnen an und scheint dabei panische Anst zu haben. Die Abmagerungskur wird abgebrochen. Die Patientin erhält Monobromkammerfer, aber ihr Zustand verändert sich wenig. Es wird eine erneute Schlafkur durchgeführt. Danach scheint sich Julia O. ein wenig entspannen zu können. 1938 wird eine Cardiazol-Kur begonnen. Darunter traten in der Regel Anfälle auf, nach denen die Patientin als wesentlich ruhiger erlebt wurde. Zwei Monate später erfolgt eine erneute Cardiazol-Behandlung, nach der sich der beruhigende Effekt wiederum einstellt. Wenige Monate später jedoch geht es der Patientin wieder sehr schlecht. Es wird eine Cardiazol-Behandlung in Kombination mit Insulin durchgeführt. 1940 wird eine erneute Cardiazol-Kur, diesmal ohne Insulin, durchgeführt. Ende 1940 wird Frau O. erstmals mit Elektroschocks behandelt: "Vereinzelter Versuch mit Elektroschock, der nur einen abortiven Anfall erzeugte (zu Versuchszwecken bei Einführung der Behandlung)." Im November wird dann eine Serie von Elektroschocks durchgeführt. Die Serie wird bis Februar 1941 fortgesetzt. Es tritt eine deutliche Beruhigung ein. Im Dezember 1941 wird eine weitere Elektroschockserie eingeleitet, die bis Ende Januar 1942 fortgesetzt wird. Ihr Zustand bessert sich aber nach der zweiten Serie nicht. 1942 wird eine Insulin-Behandlung durchgeführt. Aus einem Nebensatz ist zu schließen, daß Julia O. zwischenzeitlich immer wieder ins Dauerbad gebracht wird. Ab September 1943 wird eine Trional-Kur durchgeführt. Anfang 1944 lautet der Eintrag sehr vorsichtig: "Es ist der nicht gerade selbstverständliche Effekt der Trional-Kur - falls es ein Effekt der Trional-Kur ist - gewesen, daß Patientin bis heute viel ruhiger blieb." In der Folgezeit werden die Einträge seltener und kürzer. 1947 wird nochmals eine Elektrokrampfbehandlung durchgeführt. Insgesamt scheint die Patientin etwas ruhiger zu werden.

Ab 1950 werden die Einträge sehr spärlich. Der Zustand ist mehr oder weniger unverändert: "Status idem". Nebenbei erfährt man aber, daß die Patientin gelegentlich wieder zeichnet, ein wenig strickt und insgesamt sehr viel ruhiger ist. Im November 1952 heißt es z.B. "apathisch, still, hat etwas seltener Erregungszustände, starkes Übergewicht".

Im November 1953 wird das Largactil eingeführt. Im Dezember heißt es dazu: "Seit dem Beginn der Largactil-Kur ist die Patientin sehr ruhig und zeigt keine Erregungszustände mehr." Im Mai 1954 treten erneut Erregungszustände auf; zwischenzeitlich wird das Largactil wieder abgesetzt, "weil die Patientin sich müde fühlte, aber psychisch doch nicht gebessert wurde." Im Februar 1955 wird sie dann in die Psychiatrische Station Holdenweid verlegt, wo im April 1955 die Largactil-Behandlung wieder aufgenommen wurde "in hohen Dosen" (4 x 4 Tabletten, 3 x 3 Tabletten).

Im Oktober 1956 wird sie in die PUK zurückverlegt, weil sie vielfach fortgelaufen war. Ende Dezember 1957 wird sie in die Holdenweid zurückverlegt, um im Februar 1958 bis Juni 1960 in die PUK zurückzukehren. Wiederum war sie ständig fortgelaufen mit der Erklärung, sie habe nach Hause gehen wollen. Bei Eintritt in die PUK fallen ein Tremor der Beine und Dyskinesien auf. Spätestens mit der Verlegung in die Holdenweid, eine Alters- und Langzeitstation, ist Julia O. zu einer Patientin geworden, von deren Zustand keine Besserung mehr erwartet wird.

Aus dem nun neu geführten Medikamenten-Verordnungsblatt geht hervor, daß sie Kampfermonobrom erhält, Largactil, Felamin und Ciba 24160-BA. Im Juni 1960 wird sie erneut in die Holdenweid verlegt, um im August schon wieder zurückzukehren und bis Januar 1963 in der PUK zu bleiben:

Konnte auf der Holdenweid nicht mehr gehalten werden, da sie sich vermehrt auf dem Boden zu wälzen begann, ihre Röcke hochzuheben und öfters wieder sexuell erregt schien.

An Medikamenten erhält sie gelegentlich zusätzlich Luminal oder Melleril. Sie nimmt an Gewicht ab, macht eine schwere Grippe mit einer eitrigen Rhinitis durch, sonst enthalten die Einträge nichts neues. Zwischen Mai 1963 und Oktober 1966 kehrt sie erneut in die PUK zurück wegen vermehrter Erregungszustände. Doch dann bleibt sie bis März 1983 auf der Holdenweid, um endgültig in die PUK zurückzukehren, nachdem die Holdenweid geschlossen wurde. Dort heißt es 1977:

Jeglicher Versuch, sie über all diese Jahre zu aktivieren, sind fehlgeschlagen. Im Gegenteil, als wir probiert haben, ihr Interesse am Klavierspiel wiederzu-erwecken, ist sie aggressiv geworden und hat mit einer allgemeinen Verschlechterung reagiert. Am liebsten sitzt sie an ihrem gewohnten Platz und ist in ihre Gedanken versunken.

Frau O. erhält immer noch Largactil: 50 mg zur Nacht, außerdem Akineton, eine Schlafreserve (Chloralhydrat). Ab 1986 erhielt sie wegen massiver orobuccaler Dyskinesien Tiapridal. Ab September 1986 erhielt sie in kleinen Mengen Lexotanil. Zu ihrer psychischen Verfassung klingen die Einträge in den folgenden Jahren ähnlich: "... hat sich im letzten Jahr weder körperlich noch psychisch wesentlich verändert." Körperlich wird sie hinfällig, wegen pektanginöser Beschwerden erhält sie ein Nitrodermpflaster. Medikamentös hat sich in den letzten zehn Jahren, die die Patientin in der PUK verbrachte, nichts wesentliches geändert. Die Einträge in der Krankenge-

schichte sind kurz und spärlich. Sie klingen aber so, als sei die Patientin anders erlebt worden. Ein anderer Umgang mit ihr scheint möglich gewesen zu sein.

Dokumentation der Behandlung

Körperliche Grunddaten und die verschiedenen angewandten Behandlungsmethoden wurden sehr sorgfältig aufgeschrieben. Freilich macht die Dokumentation des Behandlungsverlaufs einen wesentlichen Teil einer psychiatrischen Krankengeschichte aus. Im Gegensatz zu den biographischen Aspekten eines 93 Jahre dauernden Lebens und den Interaktionen einer sechzigjährigen Behandlung fällt aber zum einen die Sorgfalt auf, mit der medizinische Daten festgehalten wurden. Zum andern bestürzen die kärglichen Aufzeichnungen nach den Anfangsjahren. Tabelle 2 im Anhang gibt einen Überblick über alle angewandten therapeutischen Maßnahmen. Die Tabelle 3 faßt die Chlorpromazin-Behandlung über 40 Jahre zusammen.

Bei allen Aufnahmen ist ein ausführlicher Eintrittsbericht, eine internistische und neurologische Untersuchung dokumentiert. Außerdem finden sich Urin und Blutbildbefunde. 1934 wurde erstmals ein Liquor untersucht; 1938 der Thorax geröntgt und ein EKG angefertigt. Die Sorgfalt, mit der das Körpergewicht über Jahrzehnte kontrolliert und notiert wurde (bis 1986!), kontrastiert besonders mit den spärlichen persönlichen Eintragungen. Große Verlaufsblätter in Art einer Intensivüberwachung wurden während der ersten und zweiten Schlafkur 1933 und 1934 erstellt. Die Blätter dokumentieren neben Art und Menge der Medikamente die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Urin- und Stuhlabgang, Temperatur, Puls- und Atemfrequenz inklusive einer Rubrik über die Tiefe des Schlafes. Außerdem ist Platz gelassen für Bemerkungen. 1934 wurde zusätzlich eine Temperatur- und Pulskurve gezeichnet. Die späteren Behandlungen wurden ebenfalls separat, aber nicht ganz so intensiv dokumentiert, jeweils mit Datum, Art der Behandlung, Dosis, Wirkung und Bemerkungen. Bei der Elektroschockbehandlung wurden die Zahl der Anfälle vermerkt, die Dauer der Wirkung sowie Spannung und Stromstärke. Bei den Insulinkuren wurde außer der Insulindosis die Höhe des letzten Blutzuckers vermerkt.

Alle diese Behandlungen wurden in Form einer Kur durchgeführt. Entsprechend scheint die erste Behandlung mit Largactil betrachtet worden zu sein: Sie erfolgte vom 24.11 bis 7.12.1953. Hiefür wurde ebenfalls ein Verlaufsblatt angelegt. Die Dosis wurde von anfänglich 150 mg auf 400 mg täglich gesteigert. Die Verabreichung erfolgte intramuskulär.

Demgegenüber stehen ärztliche Eintragungen über Biographisches, den psychopathologischen Befund, Beobachtungen, Auswirkungen der Behandlung, körperliche Beschwerden, Beschreibungen, Gespräche und Verlaufsnotizen. Diese umfassen insgesamt bei der ersten Aufnahme während 22 Jahren 24 Seiten hand- und maschinengeschrieben. Bei der zweiten Aufnahme sind es 2 1/2 Seiten, bei der dritten 1 Seite, bei der vierten Aufnahme 2 Seiten, bei der fünften 3 Seiten und bei der sechsten Behandlung über die letzten zehn Jahre ebenfalls 3 Seiten. Ergänzend findet sich zwischen 1958 und 1960 erstmals eine ganz kurze Pflegedokumentation. Die nächste folgt erst wieder 1963 bis 1966. Ab 1983 bildet diese die ausführlichste Beschreibung!

Zunächst dienen Tabellen, Kurven und Verlaufsnotizen der Dokumentation und der Behandlungskontrolle. Sie können aber auch Ausdruck der Verzweiflung sein, sonst scheinbar nichts tun zu können: "ut aliquid fiat". Möglicherweise sind sie auch

Ausdruck von Verschiebung der Aktivität auf die somatische Dokumentation, weg von der unzugänglich scheinenden Patientin.

Nebenbei sei erwähnt, daß die "Methode der Kurven" zwischen 1850 und 1900 in der aufstrebenden Physiologie entwickelt worden waren. Es wurde - wo immer möglich - mit Hilfe von Geräten als objektivierenden Instrumenten gemessen, und es wurden Kurven angelegt: z.B. vom Blutdruck, Pleuradruck, Muskelkontraktionen. Dazu wurden = als Teil der Geräte - Aufschreibesysteme entwickelt. Es wurde "eine Behandlung in mathematischem Geiste" propagiert, was "eine Reduktion physiologischer Funktionen auf die Frequenz, Amplitude und Dauer graphischer Aufzeichnungen" implizierte. Die "Größe sogenannter Lebenserscheinungen" schien eine "Funktion von Variablen" zu sein. Hierzu mußten Geräte standardisiert und die Natur normiert werden. Chadarevian (1993) sieht in der "Methode der Kurven" ein Beispiel dafür, daß mit einer bestimmten Methode nicht nur wissenschaftliche Ergebnisse wiedergegeben werden, sondern daß sie in einer bestimmten Form Wissen produzieren und Wissenschaft hervorbringen.

Beschreibungen

Die Krankengeschichte enthält nach der biographischen und der Krankheitsanamnese eine ausführliche Beschreibung der Anfangssituationen. Danach folgen Beschreibungen des Verhaltens von Julia O. Zitate sind sehr selten. In den ersten Monaten heißt es z.B.:

Jetzt liegt sie eigentlich fast immer halb stuporös im Bett, von den Vorgängen um sie herum kaum Notiz nehmend ... Die Patientin ist völlig autistisch, man kann keinen Rapport mit ihr gewinnen ... Meist antwortet sie stereotyp ... Sie sei mit dem Prinzen von Wales verheiratet ... Hat es auch auf gewisse Pflegerinnen abgesehen, denen sie bisweilen um den Hals fällt. Weckt man sie auf, so wird sie aggressiv, beißt die Betreffenden feindselig-zärtlich in die Wange oder sonst wohin ... Oder: Legt sich nachts häufig zu anderen Patienten ins Bett und küßt diese zärtlich ... Oder: Sie spricht eigentümlich-manieriert. Gibt, wenn überhaupt, nur ganz kurze Antworten.

Wiederholt folgen in den nächsten Jahren Beschreibungen sexueller Erregung und Selbstbefriedigung:

Masturbiert außerordentlich viel. Ist dabei ganz schamlos. Stopft sich Brot, Würste in die Vagina. Steht auch vor dem Arzt im Hofe seelenruhig mit der Hand in der Vulva da. Wird außerordentlich erbost, wenn man ihr deshalb Vorhaltungen macht ...

Ein weiteres Thema sind selbstbeschädigende Handlungen, gelegentlich Tätlichkeiten gegen andere. Der Zusammenhang wird nicht immer klar. Deutlich wird die Hilflosigkeit, gelegentlich die Erschütterung der Betreuenden in den Versuchen, Julia O.s Verhalten zu erklären, z.B.:

Sie scheint auf der Stufe eines Kleinkindes zu stehen, ist rein triebmäßig bestimmt. Interesse hat sie lediglich an Essen, verlangt immer wieder Limonade und Schokolade, reagiert auf Unlustgefühle oder auf Fremdes mit einer maschinenmäßig wirkenden Erregung; die Arme schlägt sie dann mit enormer

Wucht in stereotyper Weise immer wieder auf dieselbe Stelle des Bettrandes, achtet nicht darauf, daß sie sich die Finger blutig schlägt. Sie tobt stundenlang mit verbissener Wut fort. Am Abend findet man sie wohl wieder mit selbigem Lächeln im Bett. Leise lispelt sie dann ihre Bitte um Limonade, selig schlägt sie die Augen auf, wenn man sie ihr später bringt ... Oder: ... war die Patientin tageweise sehr unruhig, schlug wiederholt wild den Kopf gegen die Wand, konnte nur mit Mühe von schwerer Selbstbeschädigung abgehalten werden. Seit einigen Wochen ruhiger, kann fast jeden Tag im Garten gehalten werden, spaziert oft allein, mit aufgerafftem Rock, führt Selbstgespräche. Stimmen? Halluzinationen? Wahrscheinlich. Sie muß manchmal wegen schamlosem Onanieren isoliert werden. Medikamentöse Behandlung nutzlos. (Erstmals wird sie im Dialekt zitiert:) I bi, i bi, i weiß nur, daß i si sicher töt, i weiß, i weiß, daß i sunscht nit me gseh, nit me gseh, nit me gseh, it töt di, wenn i das Kind nit find ...

Es klingt an, daß Julia O. eine der schwierigsten Patientinnen ist. 1938 heißt es:

... war eine der verwildertsten Patienten des F. Alle paar Tage ließ sie es zu gewaltsamen Szenen kommen. Die Ursachen schienen immer Halluzinationen zu sein, ohne jedes Vorzeichen und ohne jeden erkennbaren Anlaß pflegte sie sich auf eine Pflegerin oder Mitpatientin zu stürzen und sie gefährlich zu schlagen. Manchmal schlug sie in diesen Zuständen auch sich selbst ...

Viele dieser Beschreibungen beziehen sich auf die Probleme, die Julia O. Mitpatientinnen oder Betreuerinnen bereitet und die das Zusammenleben auf der Abteilung stören. In den folgenden Jahren werden viele Therapieversuche durchgeführt. Die Beschreibungen zielen dabei vor allem auf einen Erfolg oder Mißerfolg der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen:

Seit der Cardiazol-Behandlung traten die furchtbaren Erregungszustände nie mehr auf. Patientin ist nie mehr gewalttätig geworden. Sie braucht nur noch selten Injektionen, sie ist meistens einigermaßen ordentlich angezogen, sie arbeitet nicht regelmäßig mit den anderen Kranken, kann aber häufig und ohne allzu große Mühe zu irgendwelchen Arbeiten im Haushalt und bei der Pflege anderer herangezogen werden. In ihrem Wesen ist sie läppisch und gehemmt geblieben, sie zeigt sich klebrig, zärtlich, klammert sich gern an jedermann an, versucht gelegentlich sowohl Schwestern wie Ärzte zu küssen ... Sie bittet stereotyp darum, man solle sie als Krankenschwester oder als Femme de chambre anziehen. und versichert, daß sie gerne und willig als solche arbeiten wolle.

Sehr selten eingestreut finden sich Zitate oder berichtete Äußerungen Julias selbst. Ende 1940 nach einer Elektroschockserie: "Sie sei heute fast tot gewesen während der Kur und habe vor der Operation gar nichts gemerkt. Sie meint offenbar, es handle sich um eine Art Narkose zum Zweck einer Operation." Oder im November 1948: "Sie sei 16 Jahre alt, werde nicht älter (wie lange hier?) 'Schon lange genug' (Angehörige?) keine Antwort. Auf alle folgenden Fragen ebenfalls keine Antwort. Wendet sich ab, schließt die Augen, versinkt in Brüten, verstummt."

Der psychische Zustand hat sich aber nicht gebessert. Im Gegenteil... In den letzten 2-3 Wochen aber ist die Patientin häufiger erregt, als seit langem je. Fast täglich mehrmals schlägt sie sich in Erregungszuständen den Kopf mit äußerster Wucht an Wänden, Boden und Tischen auf, hat Beulen; dazu schreit sie tierisch.

In den Jahren ab 1950 lauten die Einträge häufig: "unverändert"; "ganz unverändert"; oder: "Status idem"; "Zustand wenig verändert"; "Status semper idem".

Nach 1958 tauchen noch einmal Einträge auf, die an die Dreißigerjahre erinnern:

Schwer schizophren-demente Patientin, die selten zum Arbeiten zu bewegen ist, nichts anderes tut, als auf den Austritt warten. Sie besitze zwei Wohnungen, in die sie jederzeit einziehen könne. Masturbiert stundenlang, hat hie und da schreckliche sexuelle Erregungszustände, in denen sie sich am Boden wälzt, die Augen verdreht oder die Schwestern an sich reißt.

Bis 1983, der endgültigen Rückverlegung in die PUK, geht es fast nur noch um die Gründe ihres Verlegtwerdens zwischen Holdenweid und PUK oder um die medikamentöse Behandlung. Erst nach der endgültigen Rückkehr in die PUK folgen jene oben genannten Beschreibungen, aus denen das Bild einer lebenswürdigen, zurückgezogenen alten Dame hervorgeht.

Zum Prozeß des Verschwindens von Julia O. als Person

Anfänglich werden noch Julia O.s Wahnhinhalte beschrieben: Sie will nicht gestört werden, erklärt sie, da sie mit dem Prince of Wales in Kontakt bleiben möchte. Sie werde ihn demnächst heiraten. Ihre Denkstörungen werden beschrieben: Sie bricht mitten im Satz ab; scheint in eine andere Welt zu versinken. Ihre Erregung tritt in den Vordergrund, offensichtlich weil ihre Umgebung mit ihrem Gebaren nicht zurechtkommt. Hierzu bleiben alle Fragen offen: Wieweit konnte sie sich wenigstens in ihrer sexuellen Erregung noch spüren? War es das, was sie an sich noch erlebte; war dies ihr "Kontakt zur Mitwelt", den sie sonst fast völlig verloren hatte? Wie lange stand ihr überhaupt noch jemand nahe? Wer von den Betreuenden versuchte noch einen persönlichen Kontakt; wer wagte ihn? Wie streng war er verboten? Wie schnell war nur noch das Klinikleben real, und wer war sie dort?

In den Klinikakten erscheint sie bald nur noch als die, die wegen ihrer öffentlich zur Schau getragenen sexuellen Erregung weggesperrt, ins Deckelbad gesetzt oder isoliert werden mußte. Hatte sie nicht vorher viel Aufmerksamkeit allein ihrer Schönheit und ihres Temperaments wegen erfahren? Sie war "eine der verwildertsten Patientinnen" auf der unruhigen Station, eine, bei der fast nichts half. Von der Holdenweid, der Endstation, lief sie mehrfach weg. Sie wollte "nach Hause". Daß irgendwann nach ca. 40 Jahren ihre schreckliche quälende, dramatisch verlaufende Schizophrenie abgeklungen war, bemerkte niemand. Wie war das möglich?

Die Krankengeschichte klingt, als habe die Patientin mit Beginn ihres Daueraufenthaltes in psychiatrischen Institutionen keine Biographie mehr gehabt. - Ein Artefakt der Krankengeschichte? Ausdruck der Schwere ihrer Krankheit? Hat niemand mehr einen intensiveren persönlichen Kontakt zu ihr aufgenommen? Oder wurde sie ihrer Biographie mit ihrer Erkrankung beraubt?

TABELLE 1

Biographische Daten

1901	Geburt in eine gut bürgerliche Familie; intelligent, vielseitig begabt Gymnasium Matura
1923/24	Amerika-Reise nach einem halben Jahr abgebrochen Gesangsausbildung am Konservatorium Gewerbeschule Malen, Singen Verwaltungsaufgaben im Geschäft der Familie Hilfe im Haushalt
April 1930	Einweisung in Klinik Sonnhalde
Oktober 1930	Verlegung nach Prefargier
März 1931	Verlegung nach Wyss/Münchenbuchsee
Januar 1933	PUK
1993	In der PUK verstorben

TABELLE 2

Therapeutische Massnahmen

Jahr

1933	Deckelbäder
Sept.	Schlafkur (Mo. Scop.)
1934	Abmagerungskur, Aderlass, Monobromkampfer
1938	Cardiazol-Kur; 2. Cardiazol-Kur; Cardiazol und Insulin
1940	Cardiazol-Kur; vereinzelt Elektroschocks nach Einführung der Methode
1941 Nov.-Febr.	Elektroschock-Serie
1941 Dez.-Jan.	Elektroschock-Serie, Insulin-Kur
1943	Trional-Kur
1953-1954	Largactil; Novocain
ab 1955	Largactil
1958-1960	außerdem: Kampfermonobrom, Felamin, Ciba 24160-BA
1960-1963	außer Largactil: Melleril
1963-1966	außer Largactil: Valium, Toquilone
1983-1993	außer Largactil: Lexotanil

TABELLE 3

Chlorpromazin-Behandlung

Datum	Chlorpromazin	Bemerkungen
1953	150-400 mg täglich steigend, zuletzt auf 350 mg	Die Applikation erfolgte intramuskulär. Es wurde eine Art Intensivverlaufskurve angelegt. Die Anwendung erfolgte kurartig Ende 1953 über 14 Tage.
1954	Anfänglich 300-400 mg täglich	Das Largactil wird wieder abgesetzt, weil die Patientin müde und verlangsamt wurde. Eine deutliche psychische Besserung konnte nicht festgestellt werden.
1955-1958	300-400 mg täglich	In Tablettenform.
1958-1960	50-400 mg/Tag	Außerdem weitere Medikamente, u.a. Kampfermonobrom
1960-1963	400-500 mg täglich	Ab 1961 1 Tabl. Melleril retard täglich. (200 mg?) Außerdem Kampfermonobrom, Felamin u.a. Am 15.01.1963 erstmals 2 Tabl. Akineton
1963-1966	400-600 mg täglich	Ab Oktober 1966 3 x 5 mg Valium, zunächst i.m., dann in Tablettenform
1966-1971	400 mg täglich	Konstant, ebenso täglich 15 mg Valium
1972-1983	75-200 mg täglich	Valium nur in Reserve
Ab 1983	100-150 mg täglich	Ab 1984/85 außerdem Tiapridal
Ab 1986	25-50 mg täglich	Lexotanil 4,5-9 mg/Tag, zuletzt nicht mehr fest.

LITERATUR

- Berger, P.L. 1963: Einladung zur Soziologie. Eine humanistische Perspektive, Olten und Freiburg i.Br.
- Biefang, S. 1977: Die Befragung des Patienten. Interview und Anamnese, Heidelberg
- Binswanger, L. 1928: Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte. Monatsschr. Psychiat 68, 52-79
- Binswanger, L. 1957: Studien zum Schizophrenieproblem 1945-1952, Pfullingen
- Chadarevian, S. de 1993: Die 'Methode der Kurven' in der Physiologie zwischen 1850 und 1900. In: Rheinberger, H.-J. und M. Hagner (Hg.): Die Experimentalisierung des Lebens. Experimentalsysteme in den biologischen Wissenschaften 1850/1950, Berlin 28-49

- Cicourel, A.V.** 1968: *The Social Organization of Juvenile Justice*, New York, London und Sydney
- Clauser, G.** (unter Mitarbeit von Eggert, H.) 1963: *Lehrbuch der biographischen Analyse. Theorie und Praxis lebensgeschichtlich orientierter Krankheitsbetrachtung und Krankenbehandlung*, Stuttgart
- Finzen, A.** 1986: *Lebensläufe chronisch psychisch Kranker - Anwendungsmöglichkeiten der biographischen Methode der Soziologie in der psychiatrischen Forschung*. In: H. Heilmann, H.J. Gaertner (Hrsg.): *Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen*, Berlin-Heidelberg, 141-148
- Finzen, A.** 1993: *Perspektiven der Sozialpsychiatrie*. *Sozialpsychiatrische Informationen* 4, 2-5
- Freud, S., Breuer, J.** (zuerst 1895) 1970: *Studien über Hysterie*. *Gesammelte Werke*, Bd 1, 1-242
- Fuchs, W.** 1984: *Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden*, Opladen
- Gaupp, R.** 1914: *Die wissenschaftliche Bedeutung des Falles Wagner*. *MMW* 61, 633-637
- Goffman, E.** 1973: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt am Main
- Jaspers, K.** (zuerst 1910) 1963: *Eifersuchtswahn*. In: *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*, Berlin - Göttingen - Heidelberg
- Jüttemann, G., Thomae, H.** 1987: *Biographie und Psychologie*, Berlin Heidelberg
- Müller, S.** 1980: *Aktenanalyse in der Sozialarbeitsforschung*, Weinheim und Basel
- Oestereich, C.** 1990: *Suicid von Patienten während psychiatrischer Behandlung*. *Med. Diss.* Hannover
- Riemann, G.** 1987: *Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten*, München
- Schütze, F.** 1981: *Prozeßstrukturen des Lebens laufs*. In: Matthes, J. et al. (Hg.), *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive: Kolloquium am sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg*, Nürnberg, 67-156
- Thomae, H.** 1968: *Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie*, Göttingen
- Thomae, H.** (zuerst 1952) 1969: *Die biographische Methode in den anthropologischen Wissenschaften*. In: Ders., *Vita Humana. Beiträge zu einer genetischen Anthropologie*, Frankfurt a.M. und Bonn, 75-100
- Tölle, R.** 1987: *Die Krankengeschichte in der Psychiatrie*. In: Jüttemann G. und H. Thomae (Hrsg.): *Biographie und Psychologie*, Berlin - Heidelberg, 36-47