

Das verlorene Vertrauen und der Ruf nach Kontrolle – Systemtheoretische Aspekte der „Ausgrenzung“

F.B. Simon, Hannover

“Confidence Lost” and the Demand for “Control” – System Theory Aspects of Categorising Persons as being Beyond the “Fringe” –

The demand to do away with “setting aside” certain persons as belonging to categories which are even outside the „fringe“ and which should, therefore, be hospitalised in asylums, is indeed Utopia. This demand has found its expression in the cry to abolish the large-scale asylums.

Every social system – if it is to function – needs the individual and sociopsychological mechanism of “confidence” in the observance of the rules of “direct interaction between humans”. If this were not the case, each individual would be compelled to examine the possible conditions of action of all persons involved in everyday situations – which would enormously complicate the world at large and would make it an impossibility to lead a life free from anxiety and apprehension.

The behavioural pattern displayed by a psychotic is an infringement of this basic confidence. “Loss of confidence” can be replaced by “control”. Psychiatry is burdened with this control function – irrespective of the fact whether the patients concerned are treated as inpatients or as outpatients, whether the psychiatrist is aware of this function or not, and whether he desires to exercise it or not.

Outpatient care is preferable, because “confidence” is most likely to grow on the soil of “familiarity”. The large-scale asylum – no matter how differentiated its internal organisation may be – promotes the “myth of mental disease” just as it promotes the „myth of being normal“, since it suggests that every person who has mental problems and requires help is “mad” or even “dangerous”. The social psychiatrist is in the horns of a dilemma: He can prevent “setting aside” only where he is ready and capable of exercising control and to bear the pressure of social adaptation which is originally exercised on the patient.

Zusammenfassung

Die Forderung nach „Abschaffung der Ausgrenzung“, wie sie im Ruf nach Auflösung der Großkrankenhäuser Gestalt angenommen hat, ist utopisch.

Jedes soziale System braucht zu seinem Funktionieren den individual- wie soziopsychologischen Mechanismus des „Vertrauens“ in die Einhaltung der Regeln der „unmittelbaren zwischenmenschlichen Interaktion“. Andernfalls müßte jeder einzelne in allen möglichen Alltagssituationen die Handlungsvoraussetzungen aller Beteiligten überprüfen, was „die Welt“ ungeheuer kompliziert machen würde und ein angstfreies Leben so gut wie unmöglich.

Der Psychotiker verstößt aufgrund seiner Symptomatik gegen die Grundlagen dieses Vertrauens. Wo Vertrauen jedoch verlorengeht, kann es in seiner Funktion durch „Kontrolle“ ersetzt werden. Der Psychiatrie ist diese Kontrollfunktion zugewiesen, ob die Patienten nun stationär oder ambulant betreut werden, ob der Psychiater sich dieser Funktion bewußt ist oder nicht, ob er sie haben will oder nicht.

Der ambulanten Betreuung ist der Vorzug zu geben, weil „Vertrauen“ am ehesten durch „Vertrautheit“ gebildet werden kann. Das Großkrankenhaus – so differenziert es im Innern auch organisiert sein mag – fördert ebenso den „Mythos der Geisteskrankheit“ wie den der „Normalität“, da es suggeriert, jeder der psychische Probleme hat und Hilfe braucht, sei „verrückt“ und womöglich „gefährlich“. Das Dilemma des Sozialpsychiater ist es, Ausgrenzung nur dort verhindern zu können, wo er bereit und fähig ist, Kontrolle auszuüben und den sozialen Anpassungsdruck, der ursprünglich den Patienten trifft, selbst auszuhalten.

„Löst die Großkrankenhäuser auf: Irren ist menschlich – Aussen und schadet allen“ – mit dieser Parole versucht die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ das Problem der Ausgrenzung psychisch Kranker ins öffentliche Bewußtsein zu bringen.

Daß diese Forderung in erster Linie einen symbolischen Charakter hat (das Großkrankenhaus als Symbol der Ausgrenzung), darf wohl angenommen werden (vgl. dazu auch Dörner, 1980). Andernfalls wäre dieser „Lösungsvorschlag“ ähnlich naiv, provokativ oder zynisch wie der, den letztthin ein deutsches Satire-Magazin für das Welt-Hunger-Problem gemacht hat: „Einfach mehr essen!“.

Ein derart simplifizierender Umgang mit dem komplizierten Gespinst von Ursache-Wirkungs-Wechselbeziehungen ruft natürlich sofort Widerspruch hervor, der entweder die „Offerung unserer Kranken“ aus „politischer Ranküne“ wittert (Reimer, 1980) oder aber vermutet, man wolle mit den Großkrankenhäusern dem „barmherzigen Samaritertum“, das den Ausgestoßenen ein „Asyl“ bietet, ein Ende bereiten (Lauter, 1980).

Der alte Streit um Henne und Ei: das Großkrankenhaus als Mittel und Stabilisator der Ausgrenzung bzw. als Asyl und letzte Zuflucht der Elenden.

In derlei Situationen, in denen beide so kontrovers erscheinende Beschreibungen der Realität „irgendwie“ richtig sind, führt die Frage, welche denn nun „wahrer“ ist, nur selten zu einer Klärung, da sie auf der falschen Voraussetzung basiert, diese verschiedenen Wahrheiten würden sich ausschließen. Das zugrunde liegende Problem wird deutlicher, wenn man die Suche nach den „Ursachen“ einmal beiseite läßt (und damit auch den Streit darüber, wer es „richtiger“ macht, wer „guter“ und wer „böser“ Psychiater ist), und statt dessen das „Wie“ der Ausgrenzung betrachtet und analysiert. Nur so erscheint es möglich, einigermaßen rational entscheiden zu

können, was sinnvoller ist: Großkrankenhaus oder Gemeindepsychiatrie.

Im nachfolgenden Aufsatz soll der Versuch unternommen werden, einige Aspekte des Phänomens „Ausgrenzung psychisch Kranker“ aus systemtheoretischer Sicht zu betrachten. Bezug genommen wird dabei vor allem auf Überlegungen *Luhmanns* (1973, 1975) und *Goffmans* (1971).

Daß ein solcher Ansatz das Problem nur schlaglichtartig beleuchten kann und andere wesentliche Aspekte vernachläßigt (z.B. den ökonomischen), sei vorausgeschickt. Es ist der Versuch, relativ abstrakte soziologische Theorieansätze der Reflexion des psychiatrischen Alltags nutzbar zu machen.

Vertrauensverlust und Kontrollbedürfnis

Nachdem Herr A. seine kleine Wohnung in einem 14-Familien-Haus bezogen hatte, schien alles völlig normal und unauffällig. Er hielt sich an die Regeln der Hausordnung, putzte die Treppe, verschloß abends ordnungsgemäß die Haustür und er grüßte seine Mitbewohner ebenso unverbindlich freundlich wie sie ihn. Darüber hinaus hatte er keinen Kontakt zu ihnen.

Diese wenigen „angepaßten“ Verhaltensweisen reichten aus, um Herrn A. innerhalb seiner psychotischen Privatwelt unangestasteten Freiraum zu lassen. Man mag die Anonymität unserer Wohnverhältnisse beklagen, für Herrn A. jedenfalls hatte sie zur Folge, daß bereits minimale Anpassungsleistungen an die sozialen Erwartungen seiner Mitbewohner, ausreichten, um ihnen das Vertrauen zu geben, er sei „normal“, d.h. er werde sich in seinen alltäglichen Verhaltensweisen (soweit für die Mitbewohner von Belang) nicht anders verhalten als alle anderen auch. Seine Isolation bewirkte, daß der Bereich der „direkten Interaktion“ (*Goffman*, 1971) sehr beschränkt war, d.h. daß auch nur sehr geringe Anforderungen an die Erfüllung von Regeln für diese direkte Interaktion mit den Hausbewohnern erfüllt werden mußten.

Ohne einen individual- wie auch sozialpsychologischen Mechanismus wie „Vertrauen“ bliebe für jeden einzelnen die Welt zu kompliziert, als daß er sich in ihr orientieren könnte und das Zusammenleben mehrerer Menschen so ohne weiteres möglich wäre. Wer morgens zum Bäcker geht, um Brötchen zu kaufen, vertraut darauf, daß sein Nachbar ihn nicht auf der Treppe mit einem Dolch attackiert, und er vertraut darauf, daß die Brötchen, die ihm der Bäcker verkauft, nicht vergiftet sind. Vertrauen läßt sich quantifizieren, d.h. man kann mehr oder weniger vertrauen (daß der Bäcker nur frische Brötchen verkauft: darauf kann man wohl weniger vertrauen als auf die Ungiftigkeit der Brötchen). Ohne derartige „vereinfachende“ Mechanismen könnte weder der einzelne noch ein soziales System handlungsfähig werden, da jedesmal sämtliche Handlungsvoraussetzungen wieder neu überprüft werden müßten (ob am nächsten Tag wohl wirklich die Sonne aufgeht z.B.).

Mechanismen wie „Vertrauen“ erlauben es uns, Informationen über unsere Umwelt zu ordnen, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden, frühere Erfahrungen auf die Zukunft zu übertragen.

Und die Welt paßt sich ihrem Bilde auch wirklich an und wird in der Realität einfacher: wenn jemandem vertraut wird, so fühlt er sich dadurch gebunden, er bemüht sich (mehr oder weniger), diesem Vertrauen gerecht zu werden. (Der theore-

tisch weitergehend interessierte Leser sei auf *N. Luhmanns* Monographie über „Vertrauen“ als „Komplexität reduzierenden Mechanismus“, 1973, verwiesen.) Dies alles galt auch für Herrn A. (nur deshalb putzte er die Treppe usw.). Seit nunmehr zehn Jahren litt er an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, die durch unregelmäßig auftretende Zustände von Verfolgungsangst, akustischen und optischen Halluzinationen sowie massiver wahnhafter Verarbeitung gekennzeichnet war. Er war deswegen berentet und stand in regelmäßiger Betreuung durch eine sozialpsychiatrische Beratungsstelle.

Trotz der dichten Betreuung geschah es eines morgens, daß Herr A. eine Nachbarin, als diese Brötchen holen wollte, im Treppenhaus mit einem Brotmesser attackierte. Er hatte sie als eine der „Hautpschuldigen“ in seinen Wahn einbezogen und versuchte seine Angst, von ihr umgebracht zu werden, durch einen Präventivschlag zu bewältigen.

Es kam wie es kommen mußte: wo Vertrauen als Komplexität reduzierender Mechanismus versagt, bietet sich die Möglichkeit mit Hilfe von Machtausübung eine analoge Wirkung zu erzielen (zur Funktion und Wirkungsweise von „Macht“ vgl. *Luhmann*, 1975). Die Polizei wurde gerufen, das Gesundheitsamt verständigt und eine Zwangseinweisung vorgenommen.

Wenn wir die Gesamtheit der Bewohner dieses Hauses (incl. Herrn A.) als Modell für die Reaktionsweisen sozialer Systeme nehmen, so ist hier deutlich geworden, wie der Regelverstoß eines Mitbewohners zur Ausgrenzung führte. Es war jedoch nicht ein x-beliebiger Regelverstoß, sondern einer der gegen eine Meta-Regel (eine Regel über die Gültigkeit von Regeln) gerichtet war: daß man Vertrauen in die Einhaltung der Regeln für den unmittelbaren zwischenmenschlichen Umgang haben kann. Aus soziologischer Sicht versucht denn auch *Goffman* „psychotisches Verhalten“ als ein Versagen, „sich gemäß der etablierten Verhaltensregeln für direkte Interaktion zu verhalten“ (1971, S. 155), zu definieren.

Der Bereich direkter Interaktion war in der Beziehung zwischen Herrn A. und seinen Mitbewohnern reduziert auf das Erfüllen oder Nicht-Erfüllen einiger weniger Konventionen. Das Vertrauen auf Einhaltung dieser formalen Regeln wurde generalisiert, d.h. auf die „Normalität“ von Herrn A. geschlossen.

Die Reaktion auf den Verlust dieses Vertrauens war zunächst Angst, dann Mißtrauen. Auch dieses Mißtrauen war eine Möglichkeit, Komplexes zu vereinfachen: indem man Herrn A. nun auf einmal „alles“ zutraute („irgendetwas mit dem Gas könnte er anstellen, alles fliegt in die Luft“ usw.), konnte man sich auf die „gefährliche Situation“ einstellen und „Sicherheitsvorkehrungen“ treffen. Man brauchte auch das Vertrauen in den Rest der Hausbewohner nicht in Frage zu stellen – „verrückt ist schließlich nur einer hier!“. Unter den Hausbewohnern kam es zu einer massiven Solidarisierung: Man fordert den Auszug von Herrn A. für den Fall seiner Klinikentlassung oder aber von der Klinik die „schriftliche Garantie“, daß sich derartige Vorfälle nicht mehr ereignen. Als Herr A. sich bei einem Urlaub bei den Mitbewohnern entschuldigen wollte, stieß er nur auf Ablehnung und Mißtrauen; man ließ ihn nicht in die Wohnung, hatte Sicherheitsketten gekauft, Gassprays und Gummiknüppel.

Die Forderung, Herrn A. aus dem Mietshaus (dem sozialen System) auszugrenzen, hatte den Sinn und Zweck, für alle anderen das Leben wieder „in Ordnung zu bringen“, einfacher zu machen. Eine Alternative dazu, die offensichtlich dem gleichen Ziel dienen sollen, war die „Garantie“ der behandelnden Ärzte. Das Vertrauen, das Herrn A. nicht mehr gewährt wurde, hätte also ersetzt werden können durch das Vertrauen in die ärztliche Kompetenz. Wo Herrn A. die Eigenverantwortlichkeit für sein Verhalten abgesprochen wurde, mußte ein anderer diese Verantwortung übernehmen, der im Falle eines Falles zumindest hätte zur Rechenschaft gezogen werden können. Die Abgabe einer solchen Garantie hätte – wenn überhaupt – nur unter der Bedingung erfolgen können, daß entweder die behandelnden und betreuenden Therapeuten aufgrund ihrer Sachkenntnis und Erfahrung ihrerseits genügend Vertrauen in die Angepaßtheit Herrn A.'s gehabt hätten oder sich aber eine lückenlose Kontrolle hätte gewährleisten lassen.

Für den Sozialpsychiater besteht so die Möglichkeit, Ausgrenzung zu verhindern, indem er das Vertrauen, das ihm bzw. seiner Kompetenz gewährt wird, an die Stelle des verloren gegangenen Vertrauens in die Selbststeuerungsfähigkeit des Patienten setzt.

Er muß sich jedoch darüber klar sein, daß er dieses Vertrauen, genauso wie sein Patient, verlieren kann.

Er steht in dem Dilemma, die dauernde Ausgrenzung nur verhindern zu können, wenn er rechtzeitig ausgrenzt, die relative Freiheit (die ja bekanntlich einen heilenden Effekt haben soll) nur gewährleisten zu können, wenn er kontrolliert.

Dass jeder Kontakt zu einem Patienten nicht nur den Aspekt der Beziehungsaufnahme und Zuwendung hat, sondern auch den der Kontrolle, bestimmt zu einem guten Teil die Ambivalenz in der Beziehung zwischen sozialpsychiatrisch arbeitenden Therapeuten und ihren Patienten. Wer sich als „Sozialpsychiater“ versteht hat ja den Anspruch, nicht allein das isolierte Individuum zu betrachten, sondern auch das jeweilige soziale System, das Umfeld.

Mit der Übernahme der Verantwortung für die „Angepaßtheit“ des Patienten bekommt er auch den sozialen Druck, der sonst den Patienten erreichen würde, delegiert. Wenn er sein Ziel erreichen will, Ausgrenzung möglichst zu verhindern, so wird er einiges von dem zu spürenden Druck nicht weitergeben können an seinen Patienten, sondern auf seinen (möglichst breiten) Schultern behalten müssen. Je weniger Druck er selbst ertragen kann, je ängstlicher oder auch nur unerfahren er ist, desto mehr wird er zu seiner eigenen Entlastung diesen Druck an den Patienten weiterleiten müssen, d.h. desto eher wird er ausgrenzend oder kontrollierend den individuellen Freiraum des Patienten einschränken müssen.

Er erlebt am eigenen Leibe den Widerspruch zwischen individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnissen, den beiden gerecht zu werden er ja von sich verlangt. Es entstehen dabei oft paradox wirkende Anforderungen, zumal dann, wenn man berücksichtigt, daß Ausgrenzung nicht allein konkreten Personen widerfährt, sondern auch in den Köpfen mehr oder weniger schweigender Mehrheiten. Es gilt also nicht allein, der real stattfindenden Ausgrenzung entgegenzuwir-

ken, sondern auch der diskriminierenden Beurteilung, der Bildung und Bestätigung von Vorurteilen, die ihrerseits als selbsterfüllende Prophezeiung wirkend den Prozeß der Ausgrenzung fördern und sich letztlich durch ihn auch immer wieder bestätigen.

Sozialpsychologische Wirkungen von Großkrankenhaus und Gemeindepsychiatrie

In jedem regelgesteuerten System bilden sich Meta-Regeln, wie das Nicht-Befolgen von Regeln geahndet wird. Ist dies nicht der Fall, so ist die Handlungsfähigkeit des Systems eingeschränkt (vgl. Watzlawick u.a. 1969).

Wo ein Individuum nicht über ausreichende Möglichkeit der Selbststeuerung („Innensteuerung“) verfügt, werden andere Steuerungsmechanismen sozial notwendig („Außensteuerung“).

Einer dieser Mechanismen ist die „Ausgrenzung“, die „Disqualifikation“, das „Nicht-mehr-Mitspielen-Dürfen“. Ein zweiter ist die Delegation der Steuerungsfunktion, der Verantwortung an einen Therapeuten oder eine Institution – die sozialpsychiatrische Alternative.

Ein Spiel (jedes System kann wie ein Spiel betrachtet und analysiert werden), in dem jeder nach seiner eigenen Spielregel spielen würde, wäre für alle Beteiligten strapaziös, kompliziert und ängstigend. Wo Vertrauen in seiner angstentlastenden, da die Welt „in Ordnung bringenden“, Wirkung verloren geht, kann es durch Kontrolle ersetzt werden.

Als Randbemerkung sei hinzugefügt, daß es natürlich viele verschiedene Arten der Regelverstöße gibt. So läßt sich vielleicht der Unterschied zwischen „krimineller“ und „psychotischer“ Regelverletzung am ehesten durch den Unterschied zwischen „Falschspieler“ und „Spielverderber“ charakterisieren. Der eine mißachtet die Regeln, obwohl er sie kennt, um seines Vorteils (des vermeitlichen oder wirklichen) willen. Da er die Existenz von Regeln zur Kenntnis nimmt, sich ihrer bewußt ist, versucht er sein Delikt im allgemeinen geheimzuhalten. Er verhält sich wie jemand, der beim Pokern ein fünftes As aus dem Ärmel zieht. Der Psychotiker dagegen verstößt ganz öffentlich und für alle wahrnehmbar gegen die Meta-Regel, daß überhaupt irgendwelche Regeln gelten. Und bei alledem ist noch nicht einmal ganz deutlich, ob er überhaupt „weiß“, daß er Regeln verletzt, ob er Herr seiner selbst ist. Er bringt nicht um irgendeines auf der Hand liegenden und offensichtlichen Vorteils willen gezinkte Karten ins Spiel, sondern er scheint die Regeln überhaupt zu leugnen, den „Sinn“ des Spiels (so wie es in dem berühmten „Irrenwitz“ zum Ausdruck kommt, bei dem zwei Personen miteinander Schach spielen und einer „Schach“ bietet, worauf er die Antwort erhält: „Du Idiot, beim Halma gibt's doch kein Elfmeter!“). Nur daß halt in der Realität das Spielfeld die Gesellschaft ist, die Figuren reale Menschen, und Sieg oder Niederlage, „Elfmeter“ oder „Schach“ existentielle Fragen und menschliche Schicksale.

Kehren wir zurück zu den Mechanismen, die jede Gesellschaft braucht, um Chaos zu verhindern, Ordnung und Vertrauen zu gewährleisten. Sie braucht dazu eine Strategie, mit der sie wirklich oder vermeintlich gefährliche Individuen, die Furcht und Angst erregen, behandelt. Der Anthropologe Lévi-Strauss (1978) unterscheidet dabei zwei Typen von Gesellschaftsformen:

diejenigen, welche die „Anthropophagie“ (Menschenfresserei) praktizieren und diejenigen, die – wie die unsere – eine Haltung einnehmen, welche man als „Anthropomie (von griech. emein, erbrechen)“ bezeichnen könnte. Zwei entgegengesetzte Lösungen für dasselbe Problem. Einmal werden die furchterregenden Individuen ausgeschlossen, das andere Mal verbleibt man sie sich ein, um ihre „Kräfte“ zu neutralisieren oder selbst in ihren Besitz zu gelangen. Eine Alternative, die wenig beruhigend, anspornend oder tröstlich erscheint.

Auf jeden Fall sollte sie die Forderung nach „Abschaffung der Ausgrenzung“ als Utopie entlarven.

Was diese Forderung zur Utopie macht, ist ihr prinzipieller Charakter, d.h. die Vernachlässigung der inhaltlichen Frage: wo ist die Grenze, von der an ausgegrenzt wird?

Diese Grenze ist nämlich durchaus zu verschieben. Daß es Normen und Regeln in einem sozialen System gibt, ist nicht zu ändern; welche Normen und welche Regeln, ist jedoch keineswegs festgeschrieben und unveränderlich.

Die Kernfrage der Ausgrenzung ist: welche Verhaltensweisen, welche Bedürfnisse und Wünsche, welche Arten zu denken und zu fühlen, welche Phantasien und Träume sind sozial akzeptiert und können öffentlich gezeigt werden?

An diesem Punkt gewinnt die Alternative „Großkrankenhaus oder Gemeindepsychiatrie“ ihre sozialpsychologische Relevanz. Es ist nämlich die Alternative zwischen einer großen und einer kleinen Toleranzbreite, zwischen einem differenzierten Umgang mit Abweichungen und einem undifferenzierten. Ohne die Palette verschieden weit ausgrenzender bzw. möglichst wenig ausgrenzender ambulanter oder teilstationärer Versorgungseinrichtungen erfolgt die Ausgrenzung nach dem Alles-oder-nichts-Prinzip; „Ausgrenzung“ und „Hilfe“ gehen eine unselige Ehe ein: wer Hilfe braucht, bekommt sie nur um den Preis der Ausgrenzung. Diese Verknüpfung ist keineswegs durch die Logik oder irgendeinen rationalen Sinnzusammenhang bestimmt, sondern allein durch die Organisationsform psychiatrischer Betreuung. Die fatalen Wirkungen – nicht allein für den betroffenen einzelnen – dürfen nicht unterschätzt werden.

Wenn zum Beispiel Gefühle der Hilfsbedürftigkeit, große Teile der individuellen Emotionalität, bestimmte Formen der Wahrnehmung, des Denkens, der sexuellen Befriedigung usw. mit Ausgrenzung verbunden sind, so werden damit nicht allein die betroffenen Personen ausgegrenzt, sondern auch die Probleme und Konflikte, unter denen sie leiden. Auf sozialpsychologischer Ebene wird hier ein analoger Mechanismus wirksam, der individualpsychologisch als Abwehrmechanismus der Verleugnung, Abspaltung, Verdrängung bezeichnet werden könnte. Mit dem „Mythos der Geisteskrankheit“ ist unvermeidbar der „Mythos der Normalität“ verbunden, es gibt im individuellen wie öffentlichen Menschenbild nur noch „Verrückte“ oder „Normale“. Ein Patient brachte es auf die Formel:

„Es gibt zwei Arten von Menschen: diejenigen, denen sowie so nicht mehr zu helfen ist, und diejenigen, die keine Hilfe brauchen!“ Durch die Organisationsform „Großkrankenhaus“ wird diese Kategorisierung institutionalisiert (oder besser: sie bleibt institutionalisiert). Es gibt nur drinnen oder draußen; und die, die drinnen sind, gehören einem sehr „großen“ Spektrum höchst differenzierter psychologischer Gegebenheiten an, ebenso wie die, die draußen sind. Auch die interne Umorganisation der Großkrankenhäuser zu dif-

ferenzierten Fachkrankenhäusern mit Spezialabteilungen (sicher ein Fortschritt) kann schon allein aus geographischen Gründen nicht verhindern, daß die Patienten zumindest wahrnehmungsmäßig aus ihrer Umwelt ausgegrenzt werden. Sie und ihre Probleme sind irgendwo draußen „auf der grünen Wiese“ und damit der so viele verschiedene Bedeutungen umfassenden Kategorie „verrückt“ zuzurechnen. Schon die stationäre Aufnahme in solch einer Anstalt (wer weiß schon, was da drin geschieht) rechtfertigt Mißtrauen. Ein differenziertes ambulantes Versorgungsnetz kann öffentlich wahrnehmbar seine Aufgaben erfüllen und damit – als Rückkopplungseffekt – eine differenziertere Wahrnehmung psychischer Krankheit in der Öffentlichkeit einleiten, unterstützen und bestätigen.

Vertrauen als sozialpsychologischer Regelungsmechanismus hängt auch von „Vertrautheit“ ab (vgl. Luhmann, 1973). Durch rasche Ausgrenzung kann Vertrautheit mit psychisch Kranken, mit der Psychose usw. nicht entstehen, so daß das zur Ausgrenzung führende Mißtrauen sich ständig selbst bestätigt bzw. nicht revidiert werden kann. Das Problem des Sozialpsychiater besteht darin, seine Entscheidungen über ausgrenzende Maßnahmen so zu fällen, daß die verständliche Angst der unmittelbaren sozialen Umwelt des Patienten respektiert wird, ohne daß sie oder die ihr zugrunde liegenden Vorurteile bestätigt werden.

Herr A., der uns als Beispiel diente, konnte nicht mehr in seine Wohnung zurück; ihm wurde gekündigt, es ließ sich nicht verhindern. Der tätliche Angriff auf eine Nachbarin war so weit außerhalb des vertrauensfähigen Toleranzbereichs, daß die Angst der Mitbewohner nicht abgebaut werden konnte. Da sich auch die Therapeuten außerstande sahen die gewünschte „Garantie“ abzugeben, blieb nur die Unterbringung in einem Heim, wo relativ mehr Kontrolle gewährleistet ist, andererseits jedoch auch weniger Eingebundenheit in gutbürgerliche Konventionen herrscht.

Diese Ausgrenzung beruht nicht auf den Vorurteilen von Mitbewohnern, sondern auf Urteilen, auf realen Erfahrungen. Deshalb wäre es wohl auch borniert gewesen, von den Hausbewohnern zu verlangen, Herrn A. „zu ertragen“. Dies hätte bedeutet, in ständiger Angst zu leben, nur weil der Zufall es so wollte, daß man gerade mit Herrn A. in einem Haus wohnte.

Doch Herr A. und sein tätlicher Angriff sind ja keineswegs repräsentativ. Normalerweise drohen ausgrenzende Maßnahmen bereits, wenn jemand in einem einigermaßen hellhörigen Haus nächtelang das Badewasser laufen läßt. Auch hier reagieren die Mitbewohner zunächst mit Ärger, dann mit Angst und schließlich mit Mißtrauen, wenn der übliche Lösungsweg nicht funktioniert: sich beschweren, darüber reden etc. Gerade die durch den Rückzug eines Patienten ausgelöste Angst läßt sich durch ein Gespräch mit einem Therapeuten auf den realen Kern reduzieren. Das Verständnis, das so zu erzielen ist (man nimmt es sogar auf sich, zeitweise mit Ohropax zu schlafen), führt für alle Beteiligten zunächst zu mehr Wissen und auf der Basis des so gewonnenen Vertrauens zu neuen Erfahrungen.

Die vorausgegangenen Darstellungen lassen sich vielleicht zu einem Bild zusammenfassen:

In ihrer für „öffentliche Ordnung“ sorgenden Funktion hat

die Psychiatrie immer eine Aufgabe übernommen, die ihr vom „Vater Staat“ delegiert wurde. Solange das, was unter Kontrolle gebracht werden sollte, unverstehbar und unbehandelbar blieb, mußte diese Aufgabe rein kustodial und ausgrenzend bewältigt werden. Dies fand seinen Niederschlag in den Gesetzen für „Sicherheit und Ordnung“. Seit man differenzierter zu verstehen meint, was psychische Krankheit ist, kann man auch differenzierter damit umgehen. Neben dem Sicherheitsaspekt auf sozialer Ebene wird der „nach Hilfe rufende“ auf individueller Ebene gesehen. Die Sozialpsychiatrie kann gewissermaßen als ein Versuch gewertet werden, an die Stelle des ungeliebten „Vater Staat“ die Hilfe gewährende und versorgende „Mutter Staat“ zu setzen (man fühlt sich ja auch wohler als Delegierter solch einer Mutter). Die „Ordnungsfunktion“ der Psychiatrie ändert sich dadurch jedoch nicht.

Die Gefahr der Sozialpsychiatrie ist, daß sie nicht verschwiegen, daß sie zur zweiten von Lévi-Strauss beschriebenen Gesellschaftsform beiträgt: die „furchterregenden“ Individuen werden dadurch neutralisiert und ihre Kräfte nutzbar gemacht, daß sie sozialpsychiatrisch institutionalisiert und ritualisiert „verschlingenden Helfern“ als Opfer vorgeworfen werden.

Anzustreben wäre es, den Bereich der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten zwischen diesen grauslichen Polen des

institutionalisierten „Verschlungenwerdens“ und „Ausgekotztwerdens“ zu erweitern, d.h. den Toleranzbereich auszudehnen, in dem „Irren“ für menschlich gehalten wird.

Die Gemeindepsychiatrie scheint ein taktisch richtig gewählter Weg zu diesem Ziel, zumal auch sie den Charakter der „selbsterfüllenden Prophezeiung“ haben dürfte.

Literatur

- Dörner, K.: Rede anlässlich der Kundgebung der DGSP am 19.10. 1980 auf dem Münsterplatz in Bonn, in: Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 9 (1980) 195–202
- Goffman, E.: Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Frankfurt (Suhrkamp) (1971)
- Lauter, H.: Wertnormative Grundlagen psychiatrischer Versorgung. Unzeitgemäße Betrachtungen zur geforderten Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 9 (1980) 213–225
- Lévi-Strauss, C.: Traurige Tropen. Frankfurt (Suhrkamp) (1978)
- Luhmann, N.: Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart (Enke) (1973)
- Luhmann, N.: Macht. Stuttgart (Enke) (1975)
- Reimer, F.: „Freiheit heilt“. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 9 (1980) 230
- Watzlawick, P., J.H. Beavin, D.D. Jackson: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern (Huber) (1969)

Dr. med. F.B. Simon, Ferdinand-Wallbrecht-Str. 9, 3000 Hannover 1

BUCHBESPRECHUNGEN

Altner, G. (Hrsg.): Der Darwinismus. Die Geschichte einer Theorie. (Wege der Forschung, Bd. 449) 1981. VIII, 544 S. (Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.) Ln. DM 96,—

Darwin hatte im Gegensatz z.B. zu Marx und Freud an der Diskussion und Weiterentwicklung seiner Lehren vergleichsweise geringen Anteil. Sein Hauptwerk „Die Entstehung der Arten“ wurde Ausgangspunkt für die moderne Biologie und beeinflußte durch die Einführung eines völlig neuen Forschungsansatzes entscheidend das wissenschaftliche Denken seiner Epoche. Neben dem wissenschaftlichen Darwinismus entstand jedoch parallel der weltanschauliche Darwinismus, der im Sozialdarwinismus Ausgangspunkt völlig unwissenschaftlicher dogmatischer Ideologiebildung wurde.

Altners Dokumentation gibt einen Überblick über Aufsätze und Buchauszüge von Autoren, die den Darwinismus gestaltet oder sich mit ihm auseinandergesetzt haben. Dabei wird die ganze Spielbreite des Darwinismus in bislang nicht vorliegender Weise dargestellt; es kommen Vertreter sowohl des wissenschaftlichen als auch des weltanschaulichen Darwinismus zu Wort.

Eine Auswahl ist naturgemäß immer subjektiv und bietet Ansatz zur Kritik. Der Sozialdarwinismus ist ein Kernstück des Darwinismus. Hier scheint Altners Textauswahl ein wenig von der Rücksichtnahme auf den großen Meister getragen zu sein. An anderer Stelle zitiert er eine gängige Formel moderner Darwinisten, die den Sozialdarwinismus und seine Folgen schlicht als Mißverständnis, als Ausfluß einer fehlerhaften Übersetzung des Begriffes „struggle for life“ darstellen wollen. In der Tat, Darwin hat den (Sozial-) Darwinismus nicht verdient – und damit sollte man sich auseinandersetzen. Nur kann auch ein sonst gutes Buch wie dieses nicht alles leisten.

C. Finzen, Rehburg-Loccum

Jores, A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende der Medizin. 2., überarb. u. erw. Aufl., 1981. 514 S., 11 Abb., 14 Tab. (Verlag Hans Huber, Bern.) Geb. DM 86,—

Das vorliegende Buch bietet eine umfassende Information über psychosomatische Störungen. Die Einführung schafft auch psychotherapeutisch nicht vorinformierten Ärzten und Studenten einen guten Einblick in das Wesen und die Genese psychosomatischer Erkrankungen. Eine sehr übersichtlich gehaltene spezielle Krankheitslehre macht es zu einem Nachschlagwerk, ohne das heute kein Arzt mehr auskommt.

Ch. Hartmann-Bach, Wunstorf

Uexküll, Th. v. (Hrsg.): Integrierte Psychosomatische Medizin. Modelle in Praxis und Klinik. 1981. XII, 240 S., 5 Abb., 11 Tab. (F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.) Kart. DM 36,—

In dem vorliegenden Buch wird in einigen Arbeiten verschiedener Autoren der Versuch dargestellt, Medizin humaner zu gestalten, den Patienten als ein Individuum innerhalb sozialer Beziehungen zu begreifen. Sowohl den streng somatisch als auch den orthodox psychotherapeutisch orientierten Arzt sollten diese Beiträge nachdenklich machen. Denn der heutigen Medizin gehen durch die Trennung sich spezialisierender Bereiche immer mehr wesentliche diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verloren. Das Einbeziehen psychosomatischer Aspekte in andere Fachbereiche der Medizin könnte die Behandlung effektiver und für den Patienten befriedigender gestalten.

Ch. Hartmann-Bach, Wunstorf