



Arnold M. Ludwig , Frank Farrelly

Der Kodex der Chronizität (The Code of Chronicity)

Der Loyalitäts-Kodex unter Straftätern, Gefängnisinsassen, Kriminellen und gewissen Gruppen unterdrückter Minderheiten ist ein bekanntes Phänomen. Dieser Verhaltenskodex steht nicht nur für die Anerkennung der Werte einer sozial abweichenden Gruppe, er hindert deren Mitglieder vor allem daran, mit Angehörigen anderer Gruppen zu verkehren, insbesondere mit denen, die Macht repräsentieren.

Eine Verletzung des Kodex, der zur Ergreifung oder Bestrafung anderer Gruppenmitglieder führt, wird mit großer Wahrscheinlichkeit soziale Ächtung, Spott, physische Bestrafung oder gar den Tod des Verräters zur Folge haben. Mit „Spitzel“, „Drecksau“, „Streber“, „Arschkriecher“, „Schnüffler“ werden solche Personen gebrandmarkt, die mit Vertretern der Macht kooperieren, die für die Kontrolle oder Verhaltensänderung ihrer Gruppe verantwortlich sind. Interessant dabei ist die ambivalente Haltung der Autoritäten solchen Informanten gegenüber. Einerseits sind sie auf diese Leute angewiesen, um an wichtige Informationen zu kommen, andererseits betrachten sie Informanten als verachtungswürdige Verräter. Irgendwie haben also beide Gruppen die abweichende Subkultur wie die Obrigkeit einen ungeschriebenen, informellen Pakt geschlossen, um Leuten, die den Gruppenkodex brechen, Schutz und Trost vorzuenthalten.

Obwohl solche Regeln ausführlich kommentiert worden sind, so ist doch wenig über das Vorhandensein ähnlicher Normen bei hospitalisierten chronisch schizophrener Patienten geschrieben worden.

In geschlossenen Anstalten sind nicht nur solche Normen wirksam, auch das Verhalten des Personals gegenüber Patienten, die den Kodex brechen, gleicht oft dem Verhalten, das Autoritätsfiguren gegenüber Informanten an den Tag legen. So entsteht eine Situation, in der es Patienten schwer fällt, ihre Identität als chronischer Patient aufzugeben und sozial besser anerkannte Werte und Verhaltensweisen anzunehmen.

Wenn dieser Befund zutrifft, dann ist eines der zentralen Probleme bei der Behandlung von Gruppen chronisch Schizophrener der Umgang mit diesem Code. Solange dieser Code der Chronizität blühen und gedeihen darf, solange wird die Aufgabe, chronisch Schizophrene zu rehabilitieren, kaum zu bewältigen sein.

Dass es einen solchen Code gibt, wurde schon in einer recht frühen Phase unseres experimentellen Behandlungsprogramms mit dreißig hospitalisierten chronisch Schizophrenen offenbar. Die Patienten, 16 Männer und 14 Frauen, waren aus verschiedenen Stationen des

gesamten Krankenhauses ausgewählt worden und zusammen in einem separaten Haus untergebracht, in dem das neue Intensiv-Behandlungs-Programm durchgeführt werden sollte. In der Gruppe befanden sich nicht nur Patienten, die sich im Verlauf ihrer jahrelangen Hospitalisierung regelrecht „durchs Dickicht gerobbt“ und sich auf diese Weise unauffällig gemacht hatten, sondern auch Patienten mit einer langen Geschichte häufiger Flucht aus der Klinik und schwerwiegender aggressiver und sexueller Handlungen. Alle diese Patienten waren sowohl pharmakologisch als auch psychotherapeutisch intensiv behandelt worden; das Ergebnis war tiefgreifender Pessimismus des Personals bezüglich ihrer Reaktion und Prognose.

Da es ein vorrangiges Ziel der Station war, verschiedene psychosoziale Techniken zur Verhaltensmodifikation und Rehabilitation der Patienten auszuloten, lief die allgemeine Stationspolitik darauf hinaus, das Verhalten der Patienten zu kontrollieren, ohne jedoch allzu eifertig Gebrauch zu machen von so bequemen Krankenhauspraktiken und -prozeduren wie Ausgangssperre, Fixierung, Elektroschock, Tranquilizer und Sedativa. Für die meisten Patienten und das Personal war das eine neue Erfahrung, und sie brachte bald eine Menge therapeutischer Probleme zum Vorschein, die bis dahin mit Hilfe der traditionellen Praktiken und Prozeduren niedergehalten worden waren. So wird sich z.B. ein durch starke Tranquilizer ruhig gestellter Patient kaum auf die Interaktion einer abweichenden oder auch einer therapeutischen Gruppe einlassen.

Wegen der dünnen Personaldecke und des beabsichtigten praktischen Verzichts auf pharmakologische Mittel zur Kontrolle des Verhaltens wurde bald klar, dass die Patienten selbst die Hauptlast der Verantwortung für die Veränderung und Kanalisierung ihres jeweiligen abweichenden oder möglicherweise schädigenden Verhaltens übernehmen mussten. Mit einem Wort, da wir sie nicht angemessen „überwachen“ konnten, mussten die Patienten sich selber überwachen. Nachdem das Personal diesen Standpunkt akzeptiert hatte, stieß es bald auf eine Reihe von traditionellen Haltungen, die sowohl von chronisch hospitalisierten Patienten angenommen werden wie auch vom Personal, was die Durchsetzung einer solchen Position äußerst schwierig machte.

Diese traditionellen Einstellungen und die daraus folgenden Verhaltensweisen bezeichnen wir als den 'Code der Chronizität', Dieser Code, der teilweise von Personal und von der Gesellschaft verstärkt wird, tendiert dahin, „Verrücktheit“ zu verewigen, trägt dazu bei, die Personal-Patient-Barriere zu verfestigen, führt zur Akzeptanz und Rationalisierung von endloser Hospitalisierung und beseitigt jeden Anreiz zur Veränderung, zur Besserung und möglichen Entlassung.

Einige der wesentlichen Züge des von uns beobachteten Code sollen im folgenden beschrieben werden.

Typische Merkmale des Code der Chronizität

A. Das Personal als Kerkermeister

Da der therapeutische Eifer der meisten Mitarbeiter diesen Patienten gegenüber längst erlahmt ist, betrachten die Patienten das Klinikpersonal schließlich eher als Gefängniswärter, Richter, Aufseher, Dienstboten, Bewacher denn als Therapeuten. Aus der Sicht der Patienten bestimmt das Team, ähnlich wie Autoritäten des Strafvoll-

zugs, die Dauer der Strafe (Hospitalisierung), es bewilligt Strafaussetzung zur Bewährung (bedingte Entlassung), teilt Vergünstigungen und Beschränkungen zu.

Die Belegschaft mag sich selbst als Therapeuten und alle ihre Bemühungen als „therapeutisch“ verstehen, dennoch scheint sie (ebenso wie die Gesellschaft) diese Haltung der Patienten zu verstärken. Patienten nehmen sehr genau wahr, dass das Personal ihr Verhalten tatsächlich „überwacht“, das Ausagieren unterbindet und über Privilegien bestimmt. Auch wenn es dem Personal untersagt ist, Patienten für abweichendes Verhalten körperlich zu „bestrafen“, so verfügt es unter dem Banner der „Therapie“ und dem wissenschaftlichen Anstrich der negativen Verstärkung doch über einen breiten Spielraum im Umgang mit diesem Verhalten. Restriktionen, Elektroschock und Medikamente sind wirksame Mittel, um Patienten zu disziplinieren und sie in „Reih und Glied“ zu halten.

B. Der Muster-Patient

Die meisten unserer Patienten scheinen zufrieden zu sein, wenn sie bei einem Maximum an Vergünstigungen und einem Minimum an Beschränkungen mit den geringstmöglichen Anforderungen behelligt werden, ohne dass sie den beschützenden Rahmen der Klinik verlassen müssen. Um dieses beneidenswerte Ziel zu erreichen, brauchen die Patienten nichts weiter zu tun, als sich oberflächlich an den planmäßigen therapeutischen Aktivitäten zu beteiligen, wie etwa an Beschäftigungstherapie und Freizeitangeboten oder Gruppentherapie; dabei müssen sie nur eine minimale Arbeitshaltung an den Tag legen und unauffällig genug bleiben, damit kein Mitglied des Teams mit therapeutischem Eifer in Versuchung kommt, sie aus dem Krankenhaus hinaus zu drängeln oder sich offen zu verhalten (ein therapeutisches Tabu). Wenn Patienten diese Kriterien erfüllen, werden sie vom Pflegepersonal und der Verwaltung dankbar als „Schlüssel-Arbeiter“ akzeptiert, die sich in den „Stations-Alltag“ einfügen eine Quelle billiger Hilfe, unentbehrlich für die Aufrechterhaltung des Klinikbetriebs, die Instandhaltung des Geländes und der Einrichtungen. Der Muster-Patient avanciert so zum Mitglied des Hilfspersonals.

C. In „un-totem“ Zustand

In Bram Stoker's „Dracula“ findet sich eine Beschreibung von Leuten, die sich nachts in große Vampir-Fledermäuse verwandeln, während sie am Tag in einem gefühllosen, reaktionslosen, tranceähnlichen „un-toten“ Zustand verharren. Die Erwartungen und Verhaltensweisen von chronischen Patienten lassen sich oft ganz ähnlich beschreiben. Sie dulden keinen emotionalen Stress, scheuen jedwedes Unbehagen, sei es Angst, Furcht, Depression, Liebe oder menschliche Nähe, und versuchen sofort, diese Gefühle zu kappen. Sie scheinen der nebligen, benommenen Ruhe von Tranquilizern, dem dumpfen Gefühl von Sedativa oder der konfusen Umnachtung nach Elektroschocks den Vorzug zu geben vor der unangenehmen Erfahrung ihrer eigenen Gedanken und Gefühle. Minimale Beanspruchung, minimale Gefühle, minimale Gedanken und minimale Stimulation durch andere helfen, das Gleichgewicht der chronischen Schizophrenie aufrechtzuerhalten.

Das Klinikpersonal seinerseits kommt diesen Bedürfnissen der Patienten hilfreich entgegen. Aus Sympathie und Anteilnahme setzt das Team Tranquilizer, Sedativa und Antidepressiva als Seelenbalsam ein, sobald der Patient auffällig genug erscheint, um die Aufmerksamkeit des Personals zu verdienen. Da es „inhuman“ ist, den Patienten weiter leiden zu lassen, wird es dem mitfühlenden Personal zur Pflicht, seine heftige Aufgeregtheit zu dämp-

fen oder seine Ängste zu lindern. Darüber hinaus gilt die „ruhige Station“, von Verwaltung und Pflegepersonal hoch geschätzt, als Garant für das reibungslose Funktionieren einer Klinik und als „gute therapeutische Praxis“.

D. Opfer der Gesellschaft

Obwohl dies nicht für alle Patienten zutrifft, so betrachten sich doch viele als soziale Parias als Ausgestoßene einer uninteressierten, lieblosen Gesellschaft. Sie kommen zu dem Schluss, die Gesellschaft, gewisse gesellschaftliche Kräfte oder Institutionen seien irgendwie verantwortlich für ihr gegenwärtiges Dilemma. Dafür, dass sie benachteiligt und betrogen wurden, schuldet die Gesellschaft ihnen Wiedergutmachung. Nach Jahren der Hospitalisierung fangen sie an zu glauben, sie seien zu totaler Versorgung berechtigt. Sie werden dauerhaft und verbissen abhängig und haben das Gefühl, dass ihnen alles, was sie erhalten, auch zusteht.

Eine weitere Variation dieser alles durchdringenden Haltung mag die Form eines persönlichen Rachefeldzuges gegen die Gesellschaft annehmen, gegen ihre Härte und Zurückweisung. Die Patienten haben das Gefühl, dass das Leben ihnen übel mitgespielt hat, und ihre globale Antwort ist nicht Flucht, sondern Kampf Zurückschlagen, Heimzahlen und Abrechnen.

Wie die Repräsentanten der Gesellschaft, so empfinden Klinikmitarbeiter tatsächlich oft entsprechendes Mitgefühl mit den Patienten für die durchlittenen Nöte. Mit fehlgeleiteter Freundlichkeit und Verständnis verstärken sie jedoch Einstellungen und Verhaltensweisen des Patienten, indem sie heutige „Sünden“ mit den schrecklichen Umständen in der Vergangenheit entschuldigen. Mehr noch, sie halten womöglich ihren Ärger zurück und verzichten darauf, einen Patienten für Handlungen zu strafen, die unter normalen Umständen nicht geduldet würden und das nur, weil sie den psychologischen Ursprung dieses Fehlverhaltens verstehen. Verstehen mag Vergeben bedeuten, aber abweichendes Verhalten zu verzeihen, ohne es zu bestrafen, (euphemistisch „negative Verstärkung“ genannt), heißt, es zu bestätigen, zu ermutigen und zu verewigen.

E. Rechte ohne Pflichten

Patienten sind bestens unterrichtet über die Prinzipien der Demokratie, der Gleichberechtigung, der therapeutischen Gemeinschaft und über die Tugenden der Teamarbeit und das so gut, dass sie lautstark ihr unverbrüchliches Recht einklagen, sich so zu verhalten, wie es ihnen gerade passt; gleichzeitig aber sprechen sie nur flüsternd, wenn überhaupt, über ihre entsprechenden Aufgaben und Pflichten.

Das Klinikpersonal bietet Patienten zahlreiche Möglichkeiten und Foren, um Beschwerden zu äußern und an Entscheidungen mitzuwirken, die den Stationsalltag und seine Regeln betreffen. Unter dem Banner der „Selbstbestimmung“ und therapeutischen Entscheidungsfindung werden den Patienten jedoch oft Privilegien ohne entsprechende Verpflichtungen gewährt eine Sachlage, für die es in der Gesellschaft nichts Vergleichbares gibt. In der Gesellschaft erwirbt man sich: das Vorrecht gehört zu werden, indem man seiner Verpflichtung nachkommt, produktiv und gewissenhaft seine Rolle als verantwortungsbewusster Bürger zu erfüllen. Genau an diesem Punkt wird das Modell im psychiatrischen Krankenhaus außer Kraft gesetzt: Patienten wird allzu oft Selbstdarstellung

zugebilligt, ohne dass ihnen der Preis in Form von angemessenem, sozial angepasstem, verantwortungsvollem Verhalten abverlangt wird.

F. Krankheit aus Bequemlichkeit

Chronische Patienten scheinen gewisse paradoxe Haltungen gepachtet zu haben, wobei sie die Vorrechte beider in Anspruch nehmen wollen: die der Verrückten und die der Gesunden das Beste beider Welten. Wenn sie verrückt handeln, „konnten sie nicht anders,“; wenn sie sich vernünftig verhalten, haben sie Lob und Lohn verdient. Sie betrachten sich als verantwortlich und fähig, Dinge zu handhaben, die sie wollen, aber sie halten sich für hilflos und unfähig, Impulse zu kontrollieren und unliebsamen Forderungen des Personals oder der Gruppe nachzukommen. Mit anderen Worten: Sie erwarten Pluspunkte für gesunden Verstand und keine Abzüge für Verrücktheit.

Das Personal beantwortet das paradoxe Erwartungs- und Verhaltensschema der verrückt-gesunden Patienten mit Doppel-Standards. Wenn die Patienten verrückt handeln, dann können sie nichts dafür, wenn sie sich normal verhalten, erhalten sie Vergünstigungen. Das gibt es im realen Leben nicht; in der Gesellschaft außerhalb der Klinik wird Devianz bestraft, Normalität anerkannt.

Wer immer mit vielen Schizophrenen über längere Zeit gearbeitet hat, kann auch erkennen, dass ihre Verrücktheit nicht dauernd auf Hochtouren läuft, sondern schubweise. Wir haben den sicheren Eindruck gewonnen, dass die Patienten ihre Verrücktheit häufig an und ausschalten, und dies sowohl in vorhersagbarer wie in unvorhersagbarer Weise.

Wir glauben, dass der unregelmäßige Verlauf der Verrücktheit vieler Patienten sich für diese in mehrfacher Hinsicht bezahlt macht, nicht zuletzt in fortgesetzter Hospitalisierung.

Dieses Verhaltensmuster trifft gern auf komplementäre Haltungen des Personals, die für gewöhnlich folgende Züge aufweisen:

1. Der Patient muss kränker sein als wir dachten
2. Er ist offensichtlich noch nicht reif für die Entlassung. Wir sollten ihn besser noch ein Weilchen in der Klinik behalten, noch ein Weilchen, noch ein Weilchen, noch ein Weilchen...

G. Nicht der Hüter meiner Brüder

Nach Jahren der Hospitalisierung verlieren die Patienten jeden Sinn für soziale oder Gruppenverantwortung. Sie betrachten ihre eigenen Probleme als einzigartig und überwältigend, zum Teufel mit den andern. Wenn sie bei anderen sexuelle Handlungen oder aggressivdestruktives Verhalten beobachten, dann ist es Aufgabe des Personals, zu intervenieren, das Gleichgewicht und den Stationsfrieden wiederherzustellen. Sie haben genug eigene Probleme und können nicht auch noch die Verantwortung für andere übernehmen. Ihre Einstellung ist die eines egozentrischen „ich, mir, mich“.

Meistens tendiert das Klinikpersonal dazu, diese Haltung zu verewigen, indem es eingreift, den Missetäter überwältigt und die Bürde der Verantwortung nicht der Patientengruppe aufhalst. Unglücklicherweise neigt das Personal unabsichtlich dazu, bedeutsame Interaktionen von Patient zu Patient zu entmutigen, indem es sie voreinander beschützt.

H. Die Waffen der Verrücktheit

Wenn ein Patient die Kontrolle über sein Verhalten verliert, andere Patienten oder das Personal prügelt, weiß er, dass sich die Belegschaft nicht in gleicher Weise wehren kann. Selbst wenn das Personal das Gefühl hat, ein Tritt in den Hintern oder eine Ohrfeige wäre unendlich viel therapeutischer als eine Beruhigungspille, so ist es doch an die „humanen“ Prinzipien der Freundlichkeit, des Verstehens oder der Zurückhaltung gebunden. Physische Bestrafung ist tabu und hat keinen Platz in einer modernen therapeutischen Institution. In dem fortwährenden Machtkampf zwischen Patienten und Belegschaft muss das Personal mit einer gefesselten Hand ins Gefecht ziehen. Der Patient kann so schmutzig kämpfen wie er will und das Faustrecht der Straße benutzen (Daumen ins Auge, Knie in die Eier); das Personal hält sich gewissenhaft an die Regeln des Marquis von Queensbury.

Zusätzlich zu den Beschränkungen, die dem Personal auferlegt (und den Patienten wohlbekannt) sind, nutzen Patienten auch gern die Waffe „Wenn Du mich ärgerst, werde ich Dich dazu bringen, es zu bereuen“. Wenn sie vom Personal zur Rede gestellt werden, mögen Patienten diese unausgesprochene Drohung wahr machen, indem sie „hart errungene therapeutische Erfolge“ einbüßen, die ganze Nacht herumlaufen oder bizarres Verhalten an den Tag legen. Wenn Patienten nach Konfrontation auf solche Weise reagieren, wird das Personal unweigerlich annehmen, dass es den Patienten zu schnell und zu weit getrieben hat. Die Möglichkeit, dass ein Patient sich aufregt, hängt tatsächlich wie ein Damoklesschwert über dem kollektiven Kopf des Teams.

Es sollte auch zur Kenntnis genommen werden, dass die Patienten diese und andere Waffen in einem unermüdlischen Zermürbungskrieg gegen die therapeutischen Bemühungen des Personals einsetzen. Der harte Kern der Patienten sind jene, die erfolgreich Team auf Team kennen gelernt und mattgesetzt haben, bis man den sicheren Eindruck gewinnt: Personal kommt, Personal geht, aber dieser Patiententyp bleibt für immer.

Der angewandte Code

Kurz nach Beginn unseres experimentellen Behandlungsprogramms wurde deutlich, dass Mitglieder der chronischen Patientengruppe sich sehr wohl gegenseitig mit Zuneigung, Unterhaltung, Geld, Zigaretten und Gesellschaft belohnten, um die Gruppensolidarität zu stärken. Aus demselben Grund konnten sie einander mit Ächtung, Drohungen, tätlichen Angriffen und dadurch bestrafen, dass sie die oben erwähnten Belohnungen verweigerten. Da diese Vergeltungen, die innerhalb der Patientengruppe ausgeübt wurden, konkret, bedeutungsvoll und unmittelbar mit bestimmten abweichenden Verhaltensweisen verbunden waren, übten sie auf den Code der Chronizität eine höchst zementierende Wirkung aus. Andererseits wurden die Belohnungen und Bestrafungen des Personals von den Patienten als relativ unbestimmt, bedeutungslos und zu langfristig angesehen. So konnte der Code ungehindert blühen und gedeihen.

Das Personal merkte bald, dass etliche Patienten sich verschiedener Formen des Ausagierens befleißigten. Es fühlten sich jedoch nur wenige Patienten verpflichtet, einzugreifen oder auch nur das Personal zu informieren, selbst wenn das Verhalten der Betroffenen dazu angetan war, sie selbst oder andere zu schädigen. Durch ihre Beteiligung an dieser „Verschwörung des Schweigens“ leisteten die sogenannten unschuldigen Patienten in Wahrheit Beihilfe zur Tat. Viele wussten, wann bestimmte Patienten die Flucht planten, Unzucht trieben oder zum Kampf auf der Station rüsteten; aber sie überließen es lieber dem Personal, das selber herauszufinden. Als einige Patienten Ausgangssperre hatten und ihnen Kaffee und Zigaretten entzogen wurden, halfen andere Patienten, diese Regelung zu durchbrechen, indem sie ihnen besagte Dinge zuschmuggelten. Kurz und gut: Die Patientengruppe unterlief die Bemühungen des Personals, entweder aktiv oder passiv, bewusst oder unabsichtlich.

Versuche, den Code zu brechen

Da wir allmählich das Gefühl hatten, dass die Existenz solcher Werte und Verhaltensweisen den Patienten nur schaden konnte und ihrer Chronifizierung Vorschub leistete, setzten wir alles daran, den Code zu brechen. Offensichtlich hatten wir es nicht mit einer Gruppe von zartbesaiteten, gebrochenen Leuten zu tun, sondern mit hartgesottenen, kraftvollen Widersachern, mit „Profis“, die bereits mit vielen unterschiedlichen Teams auf verschiedenen Stationen gekämpft und ihr Prädikat „chronische Schizophrenie“ erfolgreich verteidigt hatten. Bei dem Versuch, den Code dieser Gruppe außer Kraft zu setzen, galt unser Interesse ganz besonders zwei Aspekten: Zum einen wollten wir die gesunden Anteile der Gruppenloyalität verstärken, zum anderen die sozial und selbstzerstörerischen Elemente der Gruppenidentifikation ausschalten.

Um uns gegen die Patienten durchzusetzen, mussten wir uns auf einige Arbeitshypothesen stützen. Grundsätzlich stellten diese Vorgaben und die daraus abgeleiteten Taktiken Versuche dar, mit etlichen traditionellen Haltungen und Verhaltensweisen des Personals zu brechen, die, wie wir glauben, zur fortwährenden Erhaltung des Code der Chronizität beitragen oder, bestenfalls, nichts dagegen ausrichten.

1. Wir betrachteten alle Patienten als verantwortlich für ihr Verhalten, obwohl sie nach psychiatrischen und sozialen Standards als geisteskrank galten. Wenn sie dazu genötigt würden, könnten sie sehr wohl die Wahl treffen, gesund zu werden. Zugegeben, diese Annahme widerspricht vielen Erkenntnissen über die biochemischen Ursachen der Schizophrenie, die durchaus gültig bleiben mögen; da aber noch kein wirksames pharmakologisches Heilmittel zur Verfügung stand, hatte die Frage nach solchen Ursachen zu dieser Zeit für diese Behandlung lediglich akademische Bedeutung. Wollten wir handeln, so hatten wir keine anderer Wahl, als von einer psychosozialen Grundlage für die Verhaltensweisen der Patienten auszugehen und uns psychosozialer Techniken zu bedienen, um, sie zu verändern.
2. Da alle Patienten in einer Einheit zusammenlebten, berührte und beeinflusste das Verhalten jedes einzelnen Mitglieds, im guten wie im bösen, die ganze Gruppe. Ähnlich wie das abweichende Verhalten eines Familienmitgliedes das Wohl der ganzen Familie beeinträchtigen kann, so sollte es, wie wir meinten, auch auf der Station funktionieren. Patienten waren die Hüter ihrer Brüder, ob sie wollten oder nicht, und sie waren verpflichtet einzugreifen, um zu verhindern, dass abweichendes Verhalten ihrer Mitpatienten das Wohlbefinden

aller Patienten der Station störte. Nicht das Stationsteam trug die Hauptlast der Verantwortung für die Veränderung abweichenden Verhaltens der Patienten, die Patienten selbst sollten diese Aufgabe übernehmen. Darüber hinaus, und das ist genauso wichtig: Indem sie anderen halfen, halfen sie sich selbst.

3. Es war nicht notwendig, jemanden mit Medikamenten zu benebeln, nur weil er gerade von unerträglicher Unruhe, Angst, Depression oder Schlaflosigkeit heimgesucht wurde. Patienten sollten lernen, mit diesen Gefühlen zu leben und sie zu durchleben, ohne gleich zu Mitteln zu greifen, die geistige Umnachtung produzieren. Sie würden andere, konstruktive Wege finden müssen, um mit diesen Gefühlen fertig zu werden oder einfach ein wenig Leiden zu ertragen, falls sie jemals lernen sollten, menschenwürdig und produktiv draußen zu leben.
4. Das Personal sollte für pathologisches oder abweichendes Verhalten so wenig Verstärkung wie möglich anbieten. Die Patienten sollten konsequent und beharrlich auf ihre Verrücktheit hingewiesen werden. Außerdem wurden Privilegien nicht mehr automatisch zugeteilt, sondern von erwünschten Verhaltensweisen abhängig gemacht.
5. Das Augenmerk lag ausschließlich auf dem gegenwärtigen Verhalten der Patienten. Obwohl wir wussten, dass frühere Erfahrungen ihre aktuellen Konflikte und Verhaltensweisen mitbestimmten, betrachteten wir eine solche psychologische Genese als unerheblich und zwar aus zwei Gründen: Eine Reihe von ursächlich orientierten Behandlungsansätzen waren bei diesen Patienten bereits erprobt worden und hatten versagt. Außerdem war das aktuelle Verhalten das einzige, das wir sehen und angehen konnten, um es zu löschen oder zu verstärken und zu messen.
6. Um gesund zu werden, mussten die Patienten ähnlich denken, fühlen und sich verhalten wie das Personal. Die Vorstellungen von Normalität und geistiger Gesundheit als therapeutische Ziele waren zu unverbindlich und vage. Wir wollten diese Konzepte gern konkreter machen und bestanden darauf, dass die Patienten sich für ihr Verhalten das Personal zum Vorbild nehmen. Trotz unserer offenkundigen Fehler, Schwächen und Ungereimtheiten erwarteten wir von den Patienten, „wie das Personal zu sein mit allen Ecken und Kanten“. Weiterhin wollten wir in den therapeutischen Gemeinschaftssitzungen nicht mehr Demokratie spielen; nicht die Mehrheit sollte regieren, sondern Gesundheit und Vernunft, wie vom Personal definiert.

Mit diesen grundlegenden Voraussetzungen begannen wir nach effektiven Methoden für die Praxis zu suchen. Unser Ziel war, den Preis für die Chronifizierung zu erhöhen. Zunächst versuchten wir, auf den Stationsversammlungen sehr ausführlich über das Verhalten der Patienten zu sprechen. Diese Diskussionen und Gardinenpredigten bewirkten so gut wie nichts. Appelle an die Vernunft schlugen fehl und Kompromissversuche wurden entweder ignoriert oder von den Patienten als Schwäche ausgelegt. Offensichtlich durfte der ausweglose Kalte Krieg zwischen Patienten und Personal nicht fortgesetzt werden, wenn Patienten rehabilitiert werden sollten.

Nachdem wir uns auf diese Schlussfolgerung geeinigt hatten, mussten wir eine Reihe von Taktiken einsetzen, die darauf abzielten, die ungesunden Aspekte der Gruppensolidarität zu untergraben. Wenn die Patienten ihre Fehlangepasstheit verteidigten und um ihre Selbsterstörung kämpften, mussten wir unseren Einsatz im Kampf um ihre Gesundheit erhöhen. Um die Kriegsanalogie weiterzuführen: Uns war der paradoxe Ausgang völlig klar,

dass die Patienten nämlich menschlich und in sozial schwerwiegender Weise verlieren würden, wenn sie diese Schlacht „gewannen“. Die einzig reale Chance zu gewinnen, bestand für die Patienten in der totalen Kapitulation vor den therapeutischen Bemühungen des Personals und der bedingungslosen Übernahme unseres Wertesystems.

Da es unser oberstes Ziel für all diese Patienten war, ihnen zur Entfaltung ihres vollen Potentials als menschliche Wesen zu verhelfen, waren wir zu der Erkenntnis verdammt, dass ein gelegentlich unglücklicher, aber produktiver, sozial angepasster Mensch außerhalb des Krankenhauses unendlich viel erstrebenswerter ist, als ein glücklicher, unproduktiver, zum lebenden Inventar der Anstalt gewordener Schizophrener. Wenn wir den Code der Chronizität knacken wollten, blieb uns also nichts anderes übrig, als Strategien anzuwenden, die dem Prinzip „mitgefangen, mitgehangen“ gehorchten. Zu diesem Zweck wurden die Patienten mit Bedacht gegeneinander ausgespielt, indem jeder nicht nur die Folgen seines eigenen abweichenden Verhaltens zu spüren bekam, sondern auch die des Verhaltens der anderen Patienten untereinander und gegenüber dem Personal.

Um das Wertesystem der chronischen Patienten noch weiter zu unterlaufen, beschlossen wir, uns viele gerader jener konkreten, bedeutsamen und unmittelbaren Belohnungen und Bestrafungen zunutze zu machen, wie sie die Patienten selbst zur Systemerhaltung einsetzten. Kleinen Verstößen gegen die Stationsordnung wurde mit dem üblichen Verlust gewisser Privilegien begegnet. Wenn jedoch eines oder mehrere Mitglieder der Patientengruppe sich ohne Erlaubnis aus dem Krankenhaus entfernten oder sich auf verbotene aggressive und sexuelle Handlungen einließen, bekam die ganze Gruppe Ausgangssperre und verlor für drei Tage alle Privilegien, wenn niemand versuchte, zu intervenieren oder das Personal zu informieren.

Zwar billigten wir es und ermutigten die Patienten, ihrem Ärger Luft zu machen und sich gegen Angriffe angemessen zu verteidigen, einzuschreiten und andere Patienten zurückzuhalten, wenn diese sich in Kämpfe verstrickten oder aus der Klinik weglaufen wollten. Dennoch versäumten wir nie darauf zu bestehen, dass die dabei angewandten Methoden maßvoll und besonnen blieben. Das Personal war zu solchen Gelegenheiten immer anwesend, um zu garantieren, dass diese Grenzen eingehalten wurden.

Grundsätzlich galt als therapeutische Richtschnur für unsere Haltung, dass wir die Patienten nicht vor den Folgen ihrer eigenen Verhaltensweisen oder vor Angriffen anderer Gruppenmitglieder beschützten; wir hofften, die mächtigen Kräfte der „Peer-group“ (Gleicher unter Gleichen) zu mobilisieren, um unangemessene Reaktionen zu verändern und angepasstes Verhalten zu verstärken. Zusätzlich vertraten wir klar und deutlich die Bewertung, „verpetzen“ oder aktives Unterbinden von verwerflichen Verhaltensweisen anderer Gruppenmitglieder ist gut, wenn es sich gegen den schlechten Code richtet. Im Gegensatz zu den gängigen ambivalenten Reaktionen von Autoritätspersonen gegenüber Informanten boten wir Schutz, konkrete Belohnungen und Beifall für jene Patienten, die sich zu den destruktiven Werten und Verhaltensweisen ihrer eigenen Gruppe quer stellten. Ziel all dieser Strategien war es, die Aufrechterhaltung von Chronizität zu einem Luxus werden zu lassen, den sich die Patienten nicht länger leisten konnten.

Schon bald, nachdem etliche Male die gesamte Station unter Strafe gestanden hatte, begannen viele Patienten ihren Panzer zu sprengen und ihren Ärger (den sie anfangs dem Personal gegenüber ausdrückten) gegen die Personen zu richten, die gegen die Regeln verstießen. Die Interaktionen bei den Stationstreffen wurden lebendiger und die Patienten, die vorher nur mit dem Personal zu rechnen hatten, mussten es nun auch mit ihren Patientenkollegen aufnehmen. Sie erkannten schnell, auf sehr konkrete Art und Weise, dass das Verhalten anderer Patienten sich tatsächlich auch auf sie selbst auswirkte und dass sie sich mit anderen Patienten auseinandersetzen mussten, um ihre eigenen Rechte und Privilegien zu sichern.

Bald fingen die Patienten an, andere am Davonlaufen zu hindern, indem sie es ihnen ausredeten oder das Personal über die geplante Flucht informierten. Vom Personal ermutigt oder aus eigenem Antrieb schritten sie bei Auseinandersetzungen ein und trennten die Streithähne. Sie nahmen Anstoß an abwegigem Sexualverhalten und meldeten solche Fälle dem Personal.

Gleichzeitig wurden diese Vorkommnisse auf den allgemeinen Stationsversammlungen offen diskutiert. Die Diskussionen schienen bedeutsamer zu werden, und das Thema Verantwortung, das bislang bei den Versammlungen allenfalls von theoretischem Interesse zu sein schien, begann nun Realität zu werden. Mehrere Patienten brachten die Zwickmühle zum Ausdruck, in die sie geraten waren, weil sie ihre Mitpatienten „verpetzt“ oder sie so behandelt hatten, wie das Personal es tun würde. Sie hatten das Gefühl, wenn sie ihren Code verrieten, dann wüssten sie nicht mehr, wer sie sind, noch zu wem sie gehörten.

Wir erkannten ihr Dilemma als schmerzlich real, nichtsdestoweniger manipulierten wir eifrig Stationsleben und Zusammenkünfte, um die Patienten zu zwingen, das Zaudern zu beenden und die quälende Wahl zu treffen, welche Werte sie sich zu eigen machen wollten die der Patienten oder die des Personals. Sie wussten jedoch, wenn sie die „falsche Wahl“ trafen, dann würden wir es ihnen ungemütlich machen. Tatsächlich versuchten wir sie auszubooten.

Schlussbemerkung

An dieser Stelle scheint es angebracht, den Blickwinkel zu wechseln und kurz den Prozess der Modifikation von Einstellungen und Verhaltensweisen des Teams gegenüber den chronisch Schizophrenen zu beleuchten. Eine solche Veränderung kann ohne viel Seelenerforschung nicht stattfinden. Der Großteil der professionellen Belegschaft hat eine Reihe von humanen und therapeutischen Einstellungen bezüglich der allgemeinen Pflege von psychiatrischen Patienten gelehrt bekommen und sich angeeignet. Diese Vorstellungen, die für die meisten Patienten weitgehend angemessen und hilfreich sind, scheinen unserer Erfahrung nach bei institutionalisierten, hartnäckig hospitalisierten chronisch Schizophrenen nicht wirksam zu sein. Bleibt das Personal bei solchen Auffassungen und den entsprechenden Verhaltensweisen, so hat sich das in der Behandlung dieser Kategorie von Patienten bisher stets als fruchtlos erwiesen.

Obwohl das Team der experimentellen Behandlungseinheit überwiegend große Bereitschaft und Begeisterung zeigte, seine Orientierung für den Umgang mit diesen Patienten zu verändern, so waren wir doch (und bleiben

vermutlich auch) konfrontiert mit einer Vielzahl von eigenen Zweifeln und Fragen und solchen von angesehenen Kollegen die allesamt einen erheblichen Druck gegen eine solche Veränderung ausübten. Der Zwang zur therapeutischen Konformität ist groß, insbesondere wenn das Personal von anderen zu hören bekommt, das angewandte Verfahren sei „strafend,, „unfair“ und „inhuman“. Keiner von uns ist immun oder unempfindlich gegenüber negativen Bemerkungen von hochgeschätzten Kollegen oder den eigenen Zweifeln am Wert nichttraditioneller Behandlungsverfahren. Deshalb haben alle Mitarbeiter der Abteilung viele quälende Stunden der Selbstbefragung bei Zusammenkünften zugebracht, die sich mit Ethik und Wirksamkeit der Vorgehensweisen auseinandersetzen. Nichtsdestoweniger galt und gilt die eine, alles beherrschende Sorge der Rehabilitation dieser Patienten, und in dieser Beziehung haben wir das Gefühl, auf dem rechten Weg zu sein.

Zu guter Letzt möchten wir durch die Veröffentlichung unserer Konzeptionen und Erfahrungen nicht den Eindruck erwecken, dass wir den Code der Chronizität hiermit erfolgreich geknackt hätten oder dass jeder Patient auf unsere Bemühungen angesprochen hätte. Wir sind noch in einer frühen Phase unseres Forschungsprogramms und wollen eine Reihe weiterer Behandlungstechniken anwenden und auswerten. Wir sind, bestenfalls, in einem fortwährenden Ringen mit diesen chronischen Patienten begriffen, und unsere Erfolge sind begrenzt, aber erkennbar. Eine Anzahl von Patienten erscheint noch immer zu verwirrt oder unbeteiligt, um auf diese Techniken zu reagieren oder sich gar auf etwas Schweißtreibendes einzulassen. Darüber hinaus möchten wir betonen, dass wir unsere Anstrengungen, den Code zu brechen, nicht notwendigerweise als einen therapeutischen Schlusspunkt an sich betrachten, sondern vielmehr als einen Anfang. Wir verstehen die beschriebenen Einstellungen und Techniken als unerlässliche Voraussetzung dafür, diese Patienten zugänglicher zu machen für andere Formen der therapeutischen Intervention.

(Aus: Archives of General Psychiatry, Dez. 15, page 562568, 1966, Copyright 1966 Am. Med. Ass.

Deutsche Fassung erstveröffentlicht im „gepfefferten Ferkel“ 10/2001



Frank Farrelly, Jahrgang 1931, ist seit über 30 Jahren im klinischen Bereich als Psychotherapeut tätig. Bereits Anfang der 60er Jahre entwickelte er die „Provokative Therapie“. Er lehrte an der Universität von Wisconsin und arbeitete jahrelang am Mental Health Hospital in Madison mit schwerstgestörten Patienten, wie chronisch Schizophrenen und Depressiven, Drogenabhängigen und kriminellen Psychopathen. Seit über 25 Jahren bildet er Therapeuten aus. Heute leitet er ein Institut in Madison/Wisconsin (USA) und unternimmt jedes Jahr ausgedehnte Seminarreisen durch Europa, Australien und Neuseeland. Sein Buch „Provokative Therapie“ liegt in deutscher, italienischer und französischer Übersetzung vor.