

DIE GESELLSCHAFT UND IHRE PSYCHISCH KRANKEN

Rektoratsrede

von

Joachim-Ernst Meyer

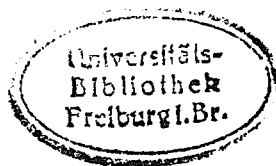
ordentlicher Professor für Psychiatrie
an der Universität Göttingen

10. Mai 1968



VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN

KA
68 / 1926



© Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1968. — Printed in Germany
Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet,
das Buch oder Teile daraus auf foto- oder akustomechanischem Wege
zu vervielfältigen. — Herstellung: Hubert & Co., Göttingen

Dieses Thema war für den Psychiater stets aktuell. Heute aber gehören die sozialen Auswirkungen psychischer Störungen und ihre Ursachen, soweit sie sozio-kulturell bedingt oder mitbedingt sind, zu den wichtigsten Forschungsaufgaben der Psychiatrie.

So beschäftigen wir uns etwa gegenwärtig mit der scheinbar banalen Frage, wie oft ein im Krankenhaus befindlicher Patient Besuch erhält. Die Situation des stationären Kranken ist dadurch ausgezeichnet, daß er zwar Besuch empfangen, aber nicht erwidern kann, d. h. ob er Besuch erhält, hängt demnach nicht von ihm, sondern von der Motivation des Besuchers ab, also in erster Linie von den *vor* der Krankenhausaufnahme hergestellten sozialen Bindungen.

Unter 350 mehr als 5 Jahre hospitalisierten schizophrenen Patienten eines psychiatrischen Landeskrankenhauses der Bundesrepublik erhielten 40% der Männer und 30% der Frauen im Verlaufe eines Jahres weder Besuch noch Post [7]. Die durchschnittliche wöchentliche Besuchsfrequenz von Patienten der Medizinischen, der Neurologischen und der Psychiatrischen Universitätsklinik in Göttingen fällt linear von 2,3 auf 1,3 ab, sie beträgt im hiesigen psychiatrischen Landeskrankenhaus auf den Aufnahmestationen noch 1,0, bei den Alterskranken 0,5 und bei den chronisch Schizophrenen 0,05, also weniger als ein Fünfzigstel der Besuchsfrequenz der Medizinischen Klinik, obwohl die Patienten des Landeskrankenhauses aus einem engeren geographischen Bereich stammen, als dies bei den Universitätskliniken der Fall ist [5].

Diese Zahlen zeigen uns zwei entscheidende soziale Aspekte psychischer Krankheit:

1. Das Vorurteil gegenüber dem psychisch Kranken, ablesbar an den Unterschieden in der Besuchsfrequenz zwischen psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Universitätskliniken einerseits und andererseits zwischen der psychiatrischen Klinik und dem Landeskrankenhaus, der sogenannten Anstalt.
2. Die mit der Dauer der Hospitalisierung zunehmende soziale Isolierung, deutlich erkennbar an der extrem niedrigen Besuchsfrequenz langjährig hospitalisierter Schizophrener.

Seitdem die Psychiatrie in großem Umfange Sozialpsychiatrie geworden ist, haben wir gelernt, daß nicht sosehr die Schwere einer Krankheit an sich, sondern die in verschiedener Weise mit der Krankheit zusammenhängende soziale Situation des Kranken über die Notwendigkeit klinischer Behandlung, über ihre Dauer, über den Zeitpunkt und das Maß der Wiedereingliederung in die Gesellschaft entscheidet. Ich sagte, die soziale Situation des Kranken hängt in verschiedener Weise mit seiner Krankheit zusammen. Lassen Sie mich dies kurz verdeutlichen. Schizophrenen sind z. T. schon prämorbid, vor Ausbruch der Psychose scheue kontaktarme Menschen; dies verstärkt sich mit der Erkrankung durch ihr psychotisches Verhalten, dies verstärkt sich weiterhin durch jede länger andauernde Hospitalisierung, weil diese unvermeidlich zu sozialen Kontaktabbrüchen führt. Ob, wie heute manche Psychiater meinen, Kontaktarmut und soziale Isolierung zu den Entstehungsbedingungen der Schizophrenie gehört, ist eine offene Frage, sicher aber hat die soziale Isolierung Einfluß auf den Krankheitsverlauf.

Die Bedeutung der sozialen Isolierung, die wir gleich im Anfang bei der Erörterung der Besuchsfrequenzen ange-

sprochen haben, läßt sich am klarsten bei chronisch Schizophrenen demonstrieren. Allgemein gilt für diese Psychose, daß die im Jugendalter Erkrankenden den ungünstigsten Verlauf zeigen, indem es bei ihnen rasch zur Ausbildung einer irreversiblen Wesensänderung, zum sog. schizophrenen Defekt kommt. Ältere, d. h. später erkrankende Schizophrenen dagegen zeigen zwar sehr auffallende Symptome, nämlich Wahn und Sinnestäuschungen, sind jedoch in ihrer Persönlichkeit relativ intakt und sozial oft ganz unauffällig. Bei einer Untersuchung an 1200 langjährig hospitalisierten Schizophrenen zeigte sich nun, daß das Risiko einer Dauerhospitalisierung mit höherem Erkrankungsalter eindeutig zunimmt, mit dem Grad der Wesensänderung also gerade nicht korreliert [10]. Das hat zwei Ursachen, welche beide auf die Einstellung unserer Gesellschaft verweisen:

1. Wahn und Sinnestäuschungen als auch für den Laien klar erkennbare Zeichen der „Verrücktheit“, werden von der Gesellschaft am schlechtesten toleriert;
2. jede nicht nur kurzfristige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus führt zur sozialen Isolierung, welche die Rückkehr in die Sozietät erschwert oder sie ganz unmöglich macht.

Wir kennen heute aber noch unmittelbarere Auswirkungen der Hospitalisierung Schizophrener. Betrachtet man die Lehrbuchdarstellungen der Schizophrenie aus dem Anfang dieses Jahrhunderts, oder untersucht man schon seit Jahrzehnten asylierte Kranke und vergleicht sie mit jetzt frisch Erkrankten, so zeigt sich, daß ein nicht unwesentlicher Teil schizophrener Symptomatik, nämlich die sog. katatonen Symptome auffallend selten geworden sind. Sie waren, wo sie länger bestanden, offenbar vielfach Hospitalismus-Artefakte. Man wird allerdings einschränken müssen, daß es sich bei diesen Artefakten wohl nicht ausschließlich um die

Folge jahrelangen Aufenthaltes in der reizarmen, oft noch beschäftigungslosen Umgebung eines psychiatrischen Krankenhauses alten Stils handelt. Eine Irreversibilität der genannten katatonen Symptome kommt wohl auch deswegen jetzt seltener zur Beobachtung, weil die Patienten zu Beginn ihrer Erkrankung intensiv und wirksam behandelt worden sind, was erst seit der Einführung der Schockverfahren, d.h. seit etwa 30 Jahren, möglich ist. Das Grundfaktum wird davon nicht berührt, nämlich, daß es entscheidend von der Gesellschaft abhängt, ob und wie weit ein psychotischer Patient resozialisiert werden kann.

Die ganze Bedeutung der sozialen Einstellung unserer Gesellschaft zu ihren Kranken wird in der Gerontologie, der Lehre von den Alterskrankheiten, sichtbar. Dabei ist von der bekannten Tatsache auszugehen, daß ein geistig erheblich reduzierter alter Mensch sich in einer einfachen ländlichen oder Vorstadtumgebung noch zurechtfinden kann, daß er in der Großfamilie vergangener Tage noch seinen Platz hatte. Heute aber ist vor allem in der Krankenversorgung der alten Menschen eine Lage entstanden, der gegenüber die meisten Mängel in der Sozialfürsorge unseres Landes als Bagatellen erscheinen. Der sozialkritische Betrachter sollte dabei auch berücksichtigen, daß die trostlose Überbelegung der Altenstationen unserer psychiatrischen Krankenhäuser auch darauf beruht, daß — wie Untersuchungen in verschiedenen Ländern gezeigt haben — alte Menschen in einem erschreckend hohen Prozentsatz nur deshalb in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus aufgenommen werden müssen, weil ihre körperlichen Krankheiten von den praktizierenden Ärzten unzulänglich behandelt wurden und so zu cerebralen Störungen führten oder weil die zuständigen internen und allgemeinen Krankenhäuser ihre Aufnahme verweigerten [11]. Dabei erlaubt der Medikamentenetat der psychiatrischen Landeskrankenhäuser praktisch z.B. nicht

die Anwendung einer Infusionstherapie, die heute bei der Behandlung Schwerkranker eine Selbstverständlichkeit geworden ist. Es ist daher auch kein Zufall, daß in den USA der Einbruch der „sozialized medicine“ mit dem sog. Medicare-Gesetz vor wenigen Jahren gerade an dieser Stelle, bei den Alterskranken, erfolgte und zwar — man kann das nicht verschweigen — gegen den erbitterten Widerstand der Ärzteschaft.

An dieser Stelle muß auch etwas über die personelle Situation an den deutschen psychiatrischen Kliniken und Landeskrankenhäusern gesagt werden: An den psychiatrischen Universitätskliniken ist — etwa entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftsrates — eine Arzt-Betten-Relation von 1 : 10 anzutreffen; sie beträgt für die Landeskrankenhäuser in Niedersachsen auf den Aufnahmestationen 1 : 75 und auf den Abteilungen für chronisch Kranke 1 : 150. Ähnlich liegt es an den Anstalten der anderen Bundesländer. Damit ist die tatsächliche psychiatrische Krankenversorgung außerhalb der Universitätskliniken aber noch nicht hinreichend gekennzeichnet: im Jahre 1966 waren 21 % aller Stellen an psychiatrischen Landeskrankenhäusern unbesetzt [6]. Die Zahl der Ärzte, die sich bereitfinden unter so extremen Bedingungen zu arbeiten, reicht nicht aus, und damit verschlechtert sich die Situation fortlaufend nach Art eines *Circulus vitiosus*. Die Psychiater der Gegenwart kennen die heute praktikablen Rehabilitationschancen bei vielen ihrer Patienten, aber ihnen fehlen alle Möglichkeiten zu ihrer Verwirklichung. Große Landeskrankenhäuser haben für viele hundert Patienten höchstens einen Sozialarbeiter und in den meisten Fällen keinerlei Möglichkeiten zur Einrichtung einer Nachtklinik oder eines Übergangsheims als den wichtigsten Organisationsformen moderner Rehabilitation. Unter solchen Umständen ist es unumgänglich, die mangelnde Fürsorge der Gesellschaft für ihre Kranken, das laue öffentliche

Gewissen immer wieder anzuprangern und die Gesellschaft für die soziale Exkommunikation der psychisch Kranken, wie *Foucault* es genannt hat, verantwortlich zu machen. Manche Psychiater haben das Verhältnis der Gesellschaft zu ihren psychisch Kranken direkt mit der Beziehung des Verbrechers zu seinem Opfer verglichen. Abgesehen davon, daß solche Anklagen und kollektiven Schuldsprüche den Weg zur Analyse der eigentlichen Motive für das Verhalten der Gesellschaft versperren und einem Wandel der öffentlichen Einstellung eher im Wege stehen, ist noch folgendes zu bedenken:

Es leben heute viel mehr psychisch gestörte, z. T. schwer gestörte Menschen *außerhalb* des psychiatrischen Krankenhauses als je zuvor. Die durchschnittliche Verweildauer eines schizophrenen Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus ist, um ein erstes Beispiel zu diesem Problem zu geben, in den letzten 30 Jahren von 4 Jahre auf fast 4 Monate, also auf weniger als $\frac{1}{10}$ zurückgegangen [9]. Dementsprechend hat sich etwa in den Rheinischen Landeskrankenhäusern der Anteil an schizophrenen Patienten von 47% im Jahre 1936 auf 29% im Jahre 1960 vermindert [6]. Wir haben dagegen keinerlei Anhalt dafür, daß die Krankheit Schizophrenie seltener geworden ist. In den psychiatrischen Krankenhäusern der USA hatte die Zahl der stationären Kranken seit der Jahrhundertwende kontinuierlich zugenommen. Es war daher geradezu sensationell, als sich herausstellte, daß diese Zahl ab 1953, d. h. mit der Einführung der modernen Psychopharmaka, erstmals abzunehmen begann und zwar, allein in den Staatsanstalten des Staates New York im Verlauf von 12 Jahren um Zehntausend [3]. Die Psychopharmaka und die ersten modernen sozialpsychiatrischen Maßnahmen führten zu einer Humanisierung und Liberalisierung des psychiatrischen Krankenhauses und zugleich in allen Ländern zu einem vorher nie für möglich gehaltenen Anstieg der Entlassungsziffern. Das Außergewöhnliche an diesem Fort-

schritt der Psychiatrie als wissenschaftliche Heilkunde besteht noch darin, daß er sich vollzogen hat, obwohl wir in unserem Wissen über die Ursachen der großen Psychosen in den letzten 30 Jahren keinen Schritt weitergekommen sind. Im Gegenteil: hinter viele längst als gesichert geltende Erkenntnisse der Erblehre müssen heute wieder Fragezeichen gesetzt werden.

Es ist jedenfalls nicht daran zu zweifeln, daß die Aufgaben der Sozietät, Schutz und Fürsorge für die psychisch Kranken, sehr zugenommen haben und aus den Mauern des psychiatrischen Krankenhauses und aus der viel zitierten Schlüsselgewalt des Psychiaters in unsere Mitte verlegt sind.

Wenn wir uns nun noch einmal die Frage vorlegen, welches die entscheidenden Hindernisse sind, die einer echten, von Toleranz geprägten Fürsorge der Gesellschaft für ihre Kranken im Wege stehen, so zeigt sich auf den ersten Blick das zentrale Problem der Überwindung der sog. Vorurteile, also prärationaler, zumeist tradierter Einstellungen und Antipathien. Sie sind, wie durch soziologische Untersuchungen, vor allem von *Nunnally*, ermittelt wurde, vom Maß des Wissens, von der Information über die psychischen Erkrankungen und ihre Erscheinungsformen *nicht* abhängig.

Wie äußern sich diese Vorurteile? Ich wähle ein Beispiel, das jedem von uns geläufig ist. Es gehört zu unserem Alltag im Kindergarten, auf Schulhöfen, aber genauso am Familientisch oder vor dem Fernsehschirm. Ist man mit der Meinung oder dem Verhalten eines anderen nicht einverstanden, wünscht man einen leichten Sieg, womöglich in Gegenwart Dritter, über ihn davonzutragen, sucht man sich rasch und unmißverständlich auszudrücken, so erklärt man ihn für blöde oder verrückt, im — akademischen Bereich neuerdings, wie Sie wissen, auch für idiotisch. Diese Ausdrücke zeigen, daß nicht „böse, egoistisch, herrschsüchtig, neidisch“ usw. die wirksamsten Mittel verbaler Aggressionen

darstellen, sondern Bezeichnungen, die die psychische Gesundheit des anderen negieren. „Blöde“ oder „verrückt“ zu sein ist Schande, daher die wirksamste Form der Diffamierung. Es gibt also einen tiefgreifenden Unterschied zwischen dem Krankheitsbegriff für körperliche Leiden, welcher seiner Natur nach wertfrei ist, und dem für psychische Störungen, der mit dem Makel des Minderwertigen, Anstößigen, Schmähhlichen verbunden ist.

Die Vorurteile wurzeln aber noch in anderem, nämlich in der Furcht vor dem psychisch Kranken. Es ist die Furcht vor dem Unheimlichen und Unberechenbaren in seinem Wesen und Verhalten, welche zu allen Zeiten dazu führte, psychische Krankheit als Besessenheit, als Überwältigung durch teuflische oder dämonische Mächte zu erklären [8]. Diese Verteufelung psychischer Krankheit und Abnormität verbindet sich in der Regel aber auch mit der Schuldfrage. Die Einstellung zur psychischen Störung als eines selbverschuldeten Zustandes — im 19. Jahrhundert von der Schule der sog. Psychiker auch wissenschaftlich vertreten — ist bis in die Gegenwart hinein keineswegs überwunden.

Wie sollte man es sonst verstehen, daß etwa die Entmündigung nach § 6 BGB wegen Geisteskrankheit oder Geisteschwäche noch heute in das Strafregister des Betreffenden eingetragen wird und darüberhinaus niemals gelöscht werden kann? Dabei versteht der Gesetzgeber die Entmündigung ausdrücklich und ausschließlich als eine Maßnahme zum Schutze des Kranken.

Aber — so werden Sie vielleicht einwenden — ist die Furcht vor dem Unberechenbaren, ja Gefährlichen solcher Kranken nicht nur zu sehr begründet? Lesen wir nicht fast täglich von Verbrechen, welche Geisteskranke begangen haben? Hilft nicht der Psychiater oft in geradezu leichtfertiger Weise, Rechtsbrecher der Sühne durch eine harte Strafe zu entziehen? Im Jahre 1965 hat sich der psychiatrische

Sachverständige vor dem Strafgericht für erheblich verminderte Zurechnungsfähigkeit, d. h. für die Anwendung des § 51 Abs. 2, in knapp 1% aller Abgeurteilten ausgesprochen, nämlich in der Bundesrepublik bei 6200 Personen, abgeurteilt wurden fast 630 000 Erwachsene, Heranwachsende und Jugendliche, einschließlich der Verkehrstäter*. Wie groß der Kreis der nach § 51 Abs. 1 beurteilten, also zurechnungsunfähigen Rechtsbrecher ist, weiß man nicht genau. Man schätzt, daß die beiden Absätze des § 51 etwa gleich häufig zur Anwendung kommen [8]. Der Anteil der psychisch Kranken unter den Rechtsbrechern läßt sich auch an der Zahl der in den Landeskrankenhäusern oder, wie man früher sagte, Heil- und Pflegeanstalten Verwahrten messen. Dort hin eingewiesen werden diejenigen unzurechnungsfähigen oder vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrecher, bei denen wegen Rückfallgefahr auch im Hinblick auf die Schwere des Delikts die öffentliche Sicherheit gefährdet erscheint. Dies waren 1964 gegenüber insgesamt 46 583 Strafgefangenen in der Bundesrepublik 4328*. Das aber bedeutet, daß die psychisch Kranken mit nicht einmal 10% an der schwereren Kriminalität beteiligt sind, wobei noch zu bedenken ist, daß heute eine psychiatrische Begutachtung bei praktisch allen erheblichen Delikten, namentlich bei solchen gegen Leib und Leben, durch das Gericht veranlaßt wird. Nehmen wir hinzu, daß der Anteil der psychisch kranken und abnormen Menschen gegenwärtig in den westlichen Ländern auf rd. 18% geschätzt wird [2], so geht daraus hervor, daß ernstere Delikte vom psychisch Kranken keinesfalls häufiger, wahrscheinlich vielmehr seltener verübt werden, als von Gesunden. So also steht es mit der Gefährlichkeit dieser Personengruppe, die Tag für Tag in unserer Presse Schlagzeilen machen. Sie ist real nicht begründet.

* Quelle: Statistisches Bundesamt A 9 III 1965.

Die hier kurz skizzierten Vorurteile sind die psychologischen Grundelemente der Schranken, mit denen sich die Gesellschaft umgibt und die ihre Toleranz eingrenzen. Wie *v. Baeyer* gezeigt hat, ist die Position des Psychiaters am besten als die eines Hüters der Schranken zwischen der Gesellschaft und den psychisch Abnormen oder Kranken zu verstehen. Der Psychiater teilt diese Position mit dem Richter, welcher zu bestimmen hat, nach welchem Zeitraum ein verurteilter Rechtsbrecher in die Gesellschaft zurückkehren darf. Die Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts läßt erkennen, daß die Barrieren gegenüber dem psychisch Kranken und gegenüber dem Rechtsbrecher nicht selten ganz parallele Veränderungen durchmachen. Das Beispiel des Nationalsozialismus steht uns noch vor Augen; weniger bekannt ist das Gegenteil: die etwa um die Mitte des vorigen Jahrhunderts einsetzende Humanisierung des Strafvollzugs und zugleich oder kurz danach der psychiatrischen Institutionen und ihrer Behandlungsformen.

Ich darf hier einschalten: Die ersten psychiatrischen Krankenhäuser, welche diesen Namen verdienen, d. h. sich von gefängnisähnlichen Asylen unterscheiden, sind in den christlichen Ländern zur Zeit der Aufklärung entstanden, beinahe ein Jahrtausend später als in den arabischen Ländern. Ich nenne die Jahreszahlen 1773, 1789, 1792 und 1793, als im Staate Virginia, in Oberitalien, in England und, durch den Namen *Pinel* am besten bekannt, in Paris die ersten Hospitäler für psychisch Kranke entstanden.

Aber zurück zu den Parallelen zwischen Strafvollzug und Psychiatrie im vorigen Jahrhundert. 1841 wurde in Boston und gleichzeitig in Birmingham der erste Rechtsbrecher auf Bewährung verurteilt, und um die gleiche Zeit in der Mitte des vorigen Jahrhunderts gab es in Amerika eine ganz modern anmutende Psychiatrie, als *moral treatment* bekannt, welche — trotz Fehlens praktisch jeder medikamen-

tösen Behandlungsmöglichkeiten — zu einer einfach verblüffenden Verkürzung der Hospitalisierungsdauer führte: Bei Schizophrenie betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer damals 11 Monate, später 1885 16 Monate, 1905 sogar über 36 Monate, 1925 noch 24 Monate und erst 1954 5 Monate [13].

Betrachtet man die Verhältnisse in Europa und speziell in Deutschland, so läßt sich sagen, daß zwei einander anscheinend ganz entgegengesetzte Tendenzen dazu beigetragen haben, das Vorurteil gegenüber dem psychisch Kranken abzubauen und einem wertfreien Krankheitsbegriff wenigstens im ärztlich-wissenschaftlichen Bereich zum Durchbruch zu verhelfen: die Theorie von den somatischen Grundlagen der endogenen Psychosen und die Psychoanalyse. Mit der sog. *Somatose-Lehre*, also der Hypothese von einer somatischen Verursachung der endogenen Psychosen, wurden die psychisch Kranken zu körperlich Kranken. Von den Erfolgen der modernen Pharmakotherapie geht zweifellos ein ähnlicher Einfluß aus. Zum anderen: Die *Psychoanalyse* und die rasch nachfolgende Popularisierung ihrer Gedankengänge hat auch für den Laien erkennbar gemacht, daß viele psychische Symptome und Verhaltensstörungen psychologisch verständlich sind. Daß diese Verstehbarkeit nun aber nicht zu einem Wiederaufleben der alten Vorstellung vom selbstverschuldeten Leiden führte, beruht auf Freuds Lehre vom Unbewußten. Daß unbewußte Mechanismen, der rationalen Steuerung nicht zugängliche Einstellungen und Reaktionsweisen für einen wesentlichen Teil abnormen Verhaltens und sozialen Entgleisens verantwortlich zu machen sind, diese Erkenntnis verdanken wir der Psychoanalyse. Damit aber hat das Vorurteil gegenüber neurotischen und psychopathischen Menschen auch unter Laien weitgehend sein Ende gefunden.

Meine Damen und Herren,
ich habe Ihnen einen Überblick gegeben über einen Aspekt der Psychiatrie, welcher heute ganz im Vordergrund des Interesses steht: die Sozialpsychiatrie. Es war meine Absicht, deutlich zu machen, daß Theorie und Praxis gegenwärtig von der Bedeutung sozialer Faktoren geradezu fasziniert sind.

Das hat auch so zu extremen Konzeptionen geführt, wie sie in dem viel zitierten Buch „Der Mythos von den Geisteskrankheiten“ von Th. S. Szasz dargelegt sind. Dieser amerikanische Psychiater negiert die Existenz psychischer Erkrankungen schlechthin. Es handelt sich bei allen Auffälligkeiten, denen der Psychiater das Etikett „mental disorder“ gibt, nach seiner Auffassung lediglich um Abwandlung sozialen Verhaltens. Abnormes Verhalten krank zu nennen, bringe allein dadurch Vorteil, daß die Gesellschaft Ungewißheit schlecht vertrage, Klassifizierung demnach Angst und Unsicherheit beseitigen helfe. Szasz plädiert dafür, die Psychiatrie völlig von der Medizin abzulösen und dadurch der sich abnorm verhaltenden Person, befreit von psychiatrischer Terminologie, die Würde des Menschen, d. h. seine persönliche Verantwortung, zurückzugeben. Ich kann hier nicht näher in die Diskussion dieses Werkes eintreten, das schon dadurch Kritik herausfordert, daß der Autor die Abwegigkeit des Begriffs der psychischen Erkrankung ausgerechnet an der Hysterie demonstrieren möchte, während die manisch-depressiven Gemütsleiden und die organischen Alterskrankheiten ganz, die Schizophrenie fast ganz unerwähnt bleiben.

Nur mit wenigen, thesenhaft formulierten Sätzen möchte ich abschließend zu dem Konzept von Szasz Stellung nehmen: Nicht nur psychische Störungen, sondern auch alle körperlichen Krankheiten verändern die soziale Situation eines Kranken. Das „eigentlich Menschliche“ läßt sich von der

Frage nach der persönlichen Verantwortung nicht hinreichend bestimmen. Das sich als Bitte um Hilfe im Sinne von Viktor v. *Weizsäcker* äußernde Kranksein bedeutet keine Minderung des eigentlich Menschlichen — auch dann nicht, wenn es sich um psychisches Kranksein handelt, auch dann nicht, wenn die Bitte um Hilfe nicht vom Kranken selbst, sondern aus der Umgebung des Kranken kommt.

Nicht nur körperliche Krankheit und Tod, sondern auch Verrücktheit und Selbsttötung gehören zu den spezifischen Möglichkeiten des Menschseins.

Literatur

- [1] *v. Baeyer, W.*: Die Schranke zwischen den seelisch Abnormen und der Gesellschaft. *Nervenarzt* 22, 457 (1951).
- [2] *Bremer, J.*: A social psychiatric investigation of a small community in Northern Norway. *Acta psychiatr. Suppl.* 62, 1951.
- [3] *Brill, H. and R. E. Patton*: Clinical-statistical analysis of populations changes in New York State Mental Hospitals since introduction of psychotropic drugs. *Amer. J. Psychiat.* 119, 20 (1962).
- [4] *Foucault, M.*: Madness and civilization. New York: Pantheon Books 1965.
- [5] *Jonas, R., Oberdalhoff, H. E. und H. H. Schulze*: Die Besuchsfrequenz an psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Krankenhäusern. *Sozialpsychiatrie*, z. Zt. im Druck.
- [6] *Kulenkampff, C.*: Sozialtherapie und Rehabilitation bei Geistes- und Gemütskrankheiten in der Gegenwart. Vortrag Tgg. Psychiatrie und Öffentlichkeit, Göttingen 1968.
- [7] *Lange, M.*: Statistische Erhebungen über langjährig behandelte Schizophrenie-Kranke. Diss. Göttingen 1965
- [8] *Meyer, J. E.*: Der Psychiater in seiner Stellung zwischen der Gesellschaft und den psychisch Kranken. *Moschr. f. Kriminol.* 47, 177 (1964).
- [9] *Meyer, J. E., Simon, G. und D. Stille*: Die Therapie der Schizophrenie und der endogenen Depression zwischen 1930 und 1960. *Arch. f. Psychiatr.* 206, 165 (1964).
- [10] *Meyer, J. E. und W. Hartmann*: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. In: *Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen*. Stuttgart, F. Enke 1967.
- [11] *N. N.*: Psychiatric Disorders in the Aged. Symposium London 1965. Manchester, Geigy 1968.
- [12] *Nunnally, J. C.*: Popular conceptions of mental health. New York, Holt, Rinehart and Winston 1961.
- [13] *Savino, M. T. and St. A. Brody*: Discharge and death rates in California State Hospitals: 1852—1954. *Arch. Gen. Psychiat.* 15, 475 (1966).
- [14] *Szasz, Th. S.*: The myth of mental illness. New York, Hoeber and Harper 1961.
- [15] *v. Weizsäcker, V.*: Arzt und Kranker. Leipzig, Koehler und Amelang, 1941.

