

## An verrückten Orten zurechnungsfähig sein

D. L. ROSENHAN

Wenn es Vernunft und Wahnsinn gibt, wie sollen wir sie erkennen?

Die Frage ist weder willkürlich noch an sich wahnsinnig. Wie sehr wir auch persönlich davon überzeugt sein mögen, dass wir das Normale vom Abnormalen unterscheiden können, die Beweise sind einfach nicht zwingend. So liest man immer wieder von Mordprozessen, in denen renommierte Psychiater der Verteidigung von ebenso renommierten Psychiatern der Staatsanwaltschaft in der Frage der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten widerlegt werden. Generell gibt es viele widersprüchliche Daten über die Zuverlässigkeit, den Nutzen und die Bedeutung von Begriffen wie "Zurechnungsfähigkeit", "Unzurechnungsfähigkeit", "Geisteskrankheit" und "Schizophrenie"[1]. Schließlich wies Benedict bereits 1934 darauf hin, dass Normalität und Abnormalität nicht universell sind[2]. Was in einer Kultur als normal angesehen wird, kann in einer anderen als völlig abnormal betrachtet werden. Daher sind die Vorstellungen von Normalität und Abnormalität möglicherweise nicht ganz so zutreffend, wie die Menschen glauben, dass sie es sind.

Fragen zur Normalität und Abnormalität bedeutet in keiner Weise, die Tatsache in Frage zu stellen, dass einige Verhaltensweisen abweichend oder seltsam sind. Mord ist abweichend. Das Gleiche gilt für Halluzinationen. Mit solchen Fragen wird auch nicht die Existenz der persönlichen Ängste geleugnet, die oft mit "psychischen illness." Ängste und Depressionen gibt es. Psychologisches Leiden gibt es. Aber Normalität und Abnormalität, Vernunft und Wahnsinn und die daraus resultierenden Diagnosen sind vielleicht weniger substanzial, als viele glauben.

Im Kern geht es bei der Frage, ob Geisteskranke von Geisteskranken unterschieden werden können (und ob Grade des Wahnsinns voneinander unterschieden werden können), um eine einfache Frage: Liegen die für die Diagnose maßgeblichen Merkmale in den Patienten selbst oder in der Umgebung und den Kontexten, in denen die Beobachter sie vorfinden? . . . [Bislang herrschte die Überzeugung vor, dass Patienten Symptome aufweisen, dass diese Symptome kategorisiert werden können und dass implicitly, die Gesunden von den Geisteskranken unterscheidbar sind. In jüngerer Zeit wurde diese Überzeugung jedoch in Frage gestellt. [Es hat sich die Ansicht

durchgesetzt, dass Psycho

Die logische Kategorisierung psychischer Erkrankungen ist bestenfalls nutzlos und schlimmstenfalls geradezu schädlich, irreführend und abwertend. Psychiatrische Diagnosen, in

dieser Ansicht sind in den Köpfen der Beobachter und sind keine gültigen Zusammenfassungen von Merkmalen, die von den beobachteten [3–5].

Um herauszufinden, welche der beiden Möglichkeiten am ehesten zutrifft, kann man normale Menschen (is, Menschen, die keinehave, Symptome schwerer psychiatrischer Störungen aufweisen und auch nie darunter gelitten haben) in psychiatrische Kliniken einweisen und dann feststellen, ob und wie ihre Zurechnungsfähigkeit festgestellt wurde. Wenn die Zurechnungsfähigkeit solcher Pseudopatienten immer festgestellt würde, gäbe es einen Anscheinsbeweis dafür, dass eine zurechnungsfähige Person von dem geisteskranken Kontext, in dem sie sich befindet, unterschieden werden kann. . . . Würde hingegen die Zurechnungsfähigkeit der Pseudopatienten nie entdeckt, würden sich für die Befürworter der traditionellen psychiatrischen Diagnoseverfahren ernsthafte Schwierigkeiten ergeben. In Anbetracht der Tatsache, dass das Krankenhauspersonal nicht inkompetent war, dass sich der Pseudopatient so gesund wie außerhalb des Krankenhauses

verhalten hat und dass nie zuvor der Verdacht aufkam, dass er in eine psychiatrische Klinik gehört, würde ein solch unwahrscheinliches Ergebnis die Ansicht unterstützen, dass die psychiatrische Diagnose wenig über den Patienten, aber viel über die Umgebung verrät, in der ein Beobachter ihn vorfindet.

Dieser Artikel beschreibt ein solches Experiment. Acht gesunde Menschen wurden heimlich in 12 Krankenhäuser eingeliefert **different** [6]. Ihre diagnostischen **expe**-Erfahrungen bilden die Daten des ersten Teils dieses Artikels; der Rest ist einer Beschreibung ihrer Erfahrungen in psychiatrischen Einrichtungen gewidmet. . . .

### **Pseudopatienten und ihr Umfeld**

Bei den acht Pseudopatienten handelte es sich um eine heterogene Gruppe. Einer war ein Psychologiestudent<sup>20</sup>s. Die übrigen sieben waren älter und "es-tablished." Unter ihnen waren drei Psychologen, ein Kinderarzt, ein Psychiater, ein Maler und eine Hausfrau. Drei Pseudopatienten waren Frauen, fünf waren Männer. Alle verwendeten Pseudonyme, um sich später nicht durch ihre angeblichen Diagnosen zu blamieren. Diejenigen, die in psychiatrischen Berufen tätig waren, gaben einen anderen Beruf in

Nachdruck aus *Science*, Vol. 179 (Januar 1973), S. 250-258, mit Genehmigung des Herausgebers und des Autors.  
Copy-right 1973 by the American Association for the Advancement of Science.



## 180 Die Auswirkungen des Kontakts mit Kontrollorganismen

um die besondere Aufmerksamkeit zu vermeiden, diestaff, aus Höflichkeit oder Vorsicht kranken Kollegen zukommen lässt[7]. Mit Ausnahme von mir selbst (ich war der erste Pseudopatient, und meine Anwesenheit war der Krankenhausverwaltung und dem leitenden Psychologen bekannt, und soweit ich weiß, nur ihnen), waren die Anwesenheit von Pseudopatienten und die Art des Forschungsprogramms dem Krankenhauspersonal nicht bekannt [8].

Ähnlich unterschiedlich waren auch die Rahmenbedingungen. Um die Ergebnisse verallgemeinern zu können, wurde die Aufnahme in eine Vielzahl von Krankenhäusern angestrebt. Die 12 Krankenhäuser der Stichprobe befanden sich in fünf verschiedenen Bundesstaaten an der Ost- und Westküste. Einige waren alt und schäbig, andere waren recht neu. Einige waren sucherorientiert, andere nicht. Einige hatten ein gutes Personal-Patienten-Verhältnis, andere waren ziemlich unterbesetzt. Nur eines war ein rein privates Krankenhaus. Alle anderen wurden durch staatliche oder bundesstaatliche Mittel oder in einem Fall durch Universitätsmittel unterstützt.

Nachdem er das Krankenhaus angerufen hatte, um einen Termin zu vereinbaren, erschien der Pseudopatient in der Aufnahmestelle und beklagte sich darüber, dass er Stimmen gehört habe. Auf die Frage, was die Stimmen sagten, antwortete er, dass sie oft undeutlich seien, aber soweit er es beurteilen könne, sagten sie "empty," "hollow,"

und "dumpfer Schlag". Die Stimmen waren unvertraut und vom gleichen Geschlecht wie der Pseudopatient. . . .

Abgesehen von der Behauptung der Symptome und der Fälschung vonname, Beruf und Beschäftigung w u r d e n keine weiteren Angaben zur Person, zur Geschichte oder zu den Umständen gemacht. Die wesentlichen Ereignisse in der Lebensgeschichte des Pseudo-Patienten wurden so dargestellt, wie sie tatsächlich stattgefunden hatten. Die Beziehungen zu den Eltern undsiblings, zum Ehepartner und zu den Kindern, zu den Menschen am Arbeitsplatz und in der Schule wurden in Übereinstimmung mit den oben genannten Ausnahmen so beschrieben, wie sie waren oder gewesen waren. Frustrationen und Verärgerungen wurden ebenso beschrieben wie Freuden und B e f r i e d i g u n g e n . Es ist wichtig, sich diese Fakten in Erinnerung zu rufen. Wenn überhaupt, dann beeinflussten sie die nachfolgenden Ergebnisse stark zugunsten der Feststellung der Zurechnungsfähigkeit, da keine ihrer Geschichten oder aktuellen Verhaltensweisen in irgendeiner Weise ernsthaft pathologisch waren.

Unmittelbar nach der Aufnahme in die

Psychiatrie...

Auf der Krankenstation hörte der Pseudopatient auf, Anomalien zu simulieren. In einigen Fällen gab es eine kurze Phase leichter Nervosität und Ängstlichkeit, da keiner der Pseudopatienten wirklich glaubte, dass sie so einfach aufgenommen werden würden. Sie fürchteten vielmehr gemeinsam, dass sie sofort als Betrüger entlarvt und in große Verlegenheit gebracht werden würden. Außerdem hatten viele von ihnen noch nie

selbst diejenigen, die eine psychiatrische Abteilung besucht hatten, hatten dennoch echte Ängste vor dem, was mit ihnen geschehen könnte. Ihre Nervosität war also der Neuheit des Krankenhauses geschuldet und legte sich schnell.

Abgesehen von dieser kurzzeitigen Nervosität verhielt sich der Pseudopatient auf der Station so, wie er sich "normalerweise" verhielt. Der Pseudopatient sprach mit den Patienten und dem Personal, wie er es auch sonst tun würde. Da es auf einer psychiatrischen Station ungewöhnlich wenig zu tun gibt, versuchte er, mit anderen ins Gespräch zu kommen. Auf die Frage des Personals, wie er sich fühle, gab er an, dass es ihm gut gehe und dass er keine Symptome mehr habe. Er reagierte auf die Anweisungen des Pflegepersonals, auf die Aufforderung zur Einnahme von Medikamenten (die er nicht schluckte) und auf Anweisungen zum Essen. Neben den Aktivitäten, die ihm auf der Aufnahmestation zur Verfügung standen, verbrachte er seine Zeit damit, seine Beobachtungen über die Station, ihre Patienten und das Personal aufzuschreiben. Ursprünglich wurden diese Notizen "heimlich" verfasst, aber da sich bald herausstellte, dass das niemanden wirklich interessierte, wurden sie später an öffentlichen Orten wie dem Aufenthaltsraum auf normalen Zetteln geschrieben. Aus diesen Aktivitäten wurde kein Geheimnis gemacht.

Der Pseudopatient betrat, ähnlich wie ein echter Psychiatriepatient, ein Krankenhaus, ohne zu wissen, wann er entlassen werden würde. Jedem wurde gesagt, dass er aus eigener Kraft entlassen werden müsse, indem er im Wesentlichen diestaff davon überzeugen müsse, dass er zurechnungsfähig sei. Die mit dem Krankenhausaufenthalt verbundenen psychischen Belastungen wurden berücksichtigt, und bis auf einen wollten alle Pseudopatients fast unmittelbar nach ihrer Einweisung entlassen werden. Sie waren, therefore, waren nicht nur motiviert, sich gesund zu verhalten, sondern auch vorbildlich zu kooperieren. Dass ihr Verhalten in keiner Weise störend war, wird durch Pflegeberichte bestätigt, die über die meisten Patienten eingeholt wurden. Aus diesen Berichten geht einheitlich hervor, dass die Patienten "freundlich" und "kooperativ" waren und "keine Auffälligkeiten zeigten". indications."

## Die Normalen sind nicht erkennbar zurechnungsfähig

Trotz ihrer öffentlich zur Schau gestellten Zurechnungsfähigkeit wurden die

Verrückt sein an verrückten Pseudopatients nie entdeckt. Bis auf einen Fall wurden sie mit der Diagnose Schizophrenie [9] eingewiesen und mit der Diagnose "Schizophrenie in Remission" entlassen. Das Etikett "in Remission" sollte keineswegs als Formalität abgetan werden, denn zu keinem Zeitpunkt während des Krankenhausaufenthalts wurde eine Frage über eine

### **180 Die Auswirkungen des Kontakts mit Kontrollorganismen**

die Simulation des Pseudopatients. Auch in den Krankenhausunterlagen finden sich keine Hinweise darauf, dass der Status des Pseudopatients verdächtig war. Vielmehr gibt es deutliche Hinweise darauf, dass der Pseudopatient, sobald er als schizophran eingestuft wurde, auf diesem Etikett sitzen blieb. Wenn der Pseudopatient entlassen werden sollte, musste er natürlich "in Remission" sein; aber er war weder zurechnungsfähig, noch war er nach Ansicht der Einrichtung jemals zurechnungsfähig gewesen.

Das einheitliche Versagen bei der Anerkennung der Zurechnungsfähigkeit kann nicht auf die Qualität der Krankenhäuser zurückgeführt werden. . . . Es kann auch nicht behauptet werden, dass einfach nicht genug Zeit für die Beobachtung der Pseudopatients vorhanden war. Die Dauer des Krankenhausaufenthalts reichte von 7 bis 52 days, mit einem Durchschnitt von 19 Tagen. Die Pseudopatients wurden in der Tat nicht sorgfältig beobachtet, aber dieses Versäumnis spricht eindeutig mehr für die Traditionen innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser als für einen Mangel an Möglichkeiten.

Schließlich kann nicht behauptet werden, dass die Unfähigkeit, die Vernunft von **pseudopatients'** zu erkennen, auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass sie sich nicht vernünftig verhielten. Obwohl sie alle eindeutig angespannt waren, konnten ihre täglichen Besucher kein ernsthaftes Verhalten feststellen **consequences**—nor, und andere Patienten auch nicht. Es war durchaus üblich, dass die Patienten die **pseudopatients'** Vernunft "erkannten". "Du bist nicht verrückt. Sie sind ein Journalist.

oder ein Professor [unter Bezugnahme auf die ständigen **note-taking**]. Sie überprüfen das Krankenhaus". Während die meisten Patienten durch das Beharren des Pseudopatients darauf, dass er vor seiner Einlieferung krank gewesen sei und es ihm jetzt gut gehe, beruhigt wurden, glaubten einige weiterhin, dass der Pseudopatient während seines gesamten Krankenhausaufenthalts gesund war[10]. Die Tatsache, dass die Patienten oft Normalität erkannten, während das Personal dies nicht tat, wirft wichtige Fragen auf.

Dass die Zurechnungsfähigkeit während eines Krankenhausaufenthalts nicht erkannt wird, kann daran liegen, dass Ärzte eher dazu neigen, einen gesunden Menschen als krank zu bezeichnen als einen kranken Menschen als gesund. . . . Die Gründe dafür sind nicht schwer zu finden: Es ist eindeutig gefährlicher, Krankheit falsch zu diagnostizieren als Gesundheit. Es ist besser, Vorsicht walten zu

lassen und auch bei Gesunden Krankheit zu vermuten.

Aber was für die Medizin gilt, gilt nicht gleichermaßen für die Psychiatrie. Medizinische Krankheiten sind zwar unglücklich, aber im Allgemeinen nicht abwertend. Psychiatrische Diagnosen hingegen sind mit persönlichen, rechtlichen und sozialen Stigmata behaftet.[11]. Es war daher wichtig zu sehen, ob die Tendenz, gesunde Menschen als geisteskrank zu diagnostizieren, umgekehrt werden kann. Das folgende Experiment

wurde in einem Forschungs- und Lehrkrankenhaus arrangiert, dessen Mitarbeiter zwar von diesen Erkenntnissen gehört hatten, aber bezweifelten, dass ein solcher Fehler in ihrem Krankenhaus auftreten könnte. Das Personal wurde darüber informiert, dass irgendwann in den folgenden drei Monaten ein oder mehrere Pseudopatienten versuchen würden, in die psychiatrische Klinik aufgenommen zu werden. Jeder Mitarbeiter wurde gebeten, jeden Patienten, der sich bei der Aufnahme oder auf der Station vorstellte, nach der Wahrscheinlichkeit zu bewerten, dass es sich um einen Pseudopatienten handelte. . .

Es wurden Urteile über 193 Patienten eingeholt, die zur psychiatrischen Behandlung eingewiesen worden waren. Alle Mitarbeiter, die in ständigem Kontakt mit denpatient—attendants, Krankenschwestern und -pflegern, Psychiatern, Ärzten und Psychologen gists—were Patienten standen oder für sie hauptverantwortlich waren, wurden gebeten, ihre Urteile abzugeben. Einundvierzig Patienten wurden mit hoher confidence, von mindestens einem Mitglied derstaff. Dreiundzwanzig wurden von mindestens einem Psychiater als verdächtig eingestuft. Neunzehn wurden von einem Psychiater und einem weiteren Mitarbeiter als verdächtig eingestuft. Tatsächlich hat sich in diesem Zeitraum kein echter Pseudopatient (zumindest aus meiner Gruppe) gemeldet.

Das Experiment istinstructive. . Es zeigt, dass die Tendenz, gesunde Menschen als geisteskrank zu bezeichnen, umgekehrt werden kann, wenn viel auf dem Spiel steht (in diesem Fall Prestige und diagnostischer Scharfsinn). Aber was kann man über die 19 Personen sagen, die von einem Psychiater und einem anderen Mitarbeiter als "zurechnungsfähig" eingestuft wurden? Waren diese Menschen wirklich "zurechnungsfähig"? . . . Das kann man nicht wissen. Aber eines ist sicher: Ein diagnostisches Verfahren, das sich so leicht zu massiven Fehlern dieser Art hinreißen lässt, kann nicht sehr zuverlässig sein.

## Die Klebrigkeit psychodiagnostischer Etiketten

Abgesehen von der Tendenz, Gesunde als krank zu bezeichnen—a , die das diagnostische Verhalten bei der Aufnahme besser erklärt als das Verhalten nach einem

längeren Zeitraumexposure—theersprechen die Daten für die massive Rolle der Etikettierung bei der psychiatrischen Beurteilung. Wenn der Pseudopatient einmal als schizophren abgestempelt wurde, kann er nichts mehr tun, um das Etikett zu entfernen. Das Etikett färbt die Wahrnehmung der anderen über ihn und sein Verhalten.

Aus einer Sicht sind diese Daten kaum überraschend, denn es ist seit langem bekannt, dass Elemente durch den Kontext, in dem sie stehen, eine Bedeutung erhalten.

## 182 Die Auswirkungen des Kontakts mit Kontrollorganismen

sie auftreten. . . . Sobald eine Person als abnormal bezeichnet wird, werden alle anderen Verhaltensweisen und Merkmale durch dieses Etikett gefärbt. In der Tat ist dieses Etikett so mächtig, dass viele der normalen Verhaltensweisen der Pseudopatienten übersehen oder grundlegend falsch interpretiert wurden. Einige Beispiele mögen dieses Problem verdeutlichen.

Zuvor hatte ich darauf hingewiesen, dass es keine Änderungen in der persönlichen Geschichte und dem aktuellen Status des Pseudopatienten gab, die über den Namen, die Beschäftigung und gegebenenfalls den Beruf hinausgingen. Ansonsten wurde eine wahrheitsgetreue Beschreibung der persönlichen Geschichte und der Lebensumstände angeboten. Diese Umstände waren nicht psychotisch. Wie wurden sie mit der Diagnose einer Psychose in Verbindung gebracht? Oder wurden diese Diagnosen so modifiziert, dass sie mit den von dem Pseudopatienten geschilderten Lebensumständen in Einklang gebracht wurden?

Soweit ich feststellen kann, wurden die Diagnosen in keiner Weise durch die relative Gesundheit der Lebensumstände eines Pseudopatienten beeinflusst. Vielmehr war es umgekehrt: Die Wahrnehmung seiner Lebensumstände wurde vollständig von der Diagnose geprägt. Ein anschauliches Beispiel für eine solche Übertragung findet sich im Fall eines Pseudopatienten, der eine enge Beziehung zu seiner Mutter hatte, aber in seiner frühen Kindheit eher von seinem Vater entfernt war. In der Adoleszenz und darüber hinaus wurde sein Vater jedoch zu einem engen Freund, während sich die Beziehung zu seiner Mutter abkühlte. Seine heutige Beziehung zu seiner Frau war charakteristisch eng und warm. Abgesehen von gelegentlichen wütenden Auseinandersetzungen gab es kaum Reibereien. Die Kinder waren selten geschlagen worden. Sicherlich gibt es nichts besonders Pathologisches an einer solchen Geschichte. . . . Man beachte jedoch, wie eine solche Anamnese in den psychopathologischen Kontext übersetzt wurde, und zwar in der Zusammenfassung des Falles, die nach der Entlassung des Patienten erstellt wurde.

Dieser weiße 39-jährige Mann . . . weist eine lange Geschichte erheblicher Ambivalenzen in engen Beziehungen auf, die in der frühen Kindheit begann. Die warme Beziehung zu seiner Mutter kühlt während seiner Jugend ab. Eine distanzierte Beziehung zu seinem Vater wird als sehr intensiv beschrieben. Affektive Stabilität ist nicht vorhanden. Seine Versuche, die Emotionalität gegenüber seiner Frau und seinen Kindern zu kontrollieren, werden durch Wutausbrüche und - im Falle der Kinder - durch Schläge unterbrochen. Und obwohl er sagt, dass

er mehrere gute Freunde hat, spürt man auch in diesen Beziehungen erhebliche Ambivalenzen. . . .

Der Sachverhalt wurde von den Mitarbeitern unbeabsichtigt verfälscht, um eine populäre Theorie über die Dynamik einer Schizo-



phrenische Reaktion[12]. In den Beziehungen zu Partnern, Ehepartnern oder Freunden wurde nichts Ambivalentes beschrieben.

Offensichtlich ist die mittlere Die Bedeutung, die seinen Äußerungen zugeschrieben wurde (d.h. Ami- bivalenz, affektive Instabilität), wurde durch die Diagnose Schizophrenie bestimmt. Eine ganz andere Bedeutung hätte man ihm zugeschrieben, wenn man gewusst hätte, dass der Mann "normal."

Alle Pseudopatienten machten umfangreiche öffentliche Notizen. Unter normalen Umständen hätte ein solches Verhalten bei den Beobachtern Fragen aufgeworfen, und so war es auch bei den Patienten. Tatsächlich schien es so sicher, dass die Notizen Verdacht erregen würden, dass aufwendige Vorsichtsmaßnahmen getroffen wurden, um sie jeden Tag von der Station zu entfernen. Doch diese Vorsichtsmaßnahmen erwiesen sich als unnötig. Am ehesten stellte ein Mitarbeiter diese Notizen in Frage, als ein Pseudopatient seinen Arzt fragte, welche Art von Medikament er erhalte, und begann, die Antwort aufzuschreiben. "Sie brauchen es nicht aufzuschreiben", wurde ihm freundlich gesagt. "Wenn Sie sich nicht mehr erinnern können, fragen Sie mich einfach. again."

Wenn den Pseudopatienten keine Fragen gestellt wurden, wie wurde dann ihre Schrift interpretiert? Aus den Krankenakten von drei Patienten geht hervor, dass das Schreiben als ein Aspekt ihres pathologischen Verhaltens angesehen wurde. Angesichts der Tatsache, dass der Patient in im Krankenhaus ist, muss er psychisch gestört sein. Und da er gestört ist, muss das ständige Schreiben eine Verhaltensmanifestation dieser Störung sein, vielleicht eine Untergruppe der kom- pulsiven Verhaltensweisen, die manchmal mit Schizophrenie in Verbindung gebracht werden.

Ein stillschweigendes Merkmal der psychiatrischen Diagnostik ist, dass sie die Ursachen der Abweichung in der Person selbst und nur selten im Komplex der sie umgebenden Reize verortet. Infolgedessen werden Verhaltensweisen, die durch die Umgebung stimuliert werden, häufig fälschlicherweise der Störung des Patienten zugeschrieben. Ein Beispiel: Eine freundliche Krankenschwester fand einen Pseudopatienten, der durch die langen Krankenhausflure lief. "Nervös, Herr X?", fragte sie. "Nein, gelangweilt", sagte er.

Die Aufzeichnungen der Pseudopatienten sind voll von Verhaltensweisen der Patienten, die vom wohlmeinenden Personal falsch interpretiert wurden. Oft genug rastete ein

Verrückt sein an verrückten Patient aus, weil er nicht wirklich oder unwissentlich - z. B. von einem Pfleger misshandelt worden war. Eine Krankenschwester, die in die Situation kam, erkundigte sich selten auch nur flüchtig nach den Umweltreizen für das Verhalten des Patienten. Vielmehr ging sie davon aus, dass seine Verstimmung von seiner Pathologie herrührte und nicht von seinen derzeitigen Interaktionen mit

## 184 Die Auswirkungen des Kontakts mit

### Kontrollorganismen

andere Mitarbeiter. [N]ie waren die Mitarbeiter dass einer von ihnen oder die Struktur des Krankenhauses etwas mit dem Verhalten eines Patienten zu tun hat. Ein Psychiater wies auf eine Gruppe von Patienten hin, die eine halbe Stunde vor der Mittagspause vor dem Eingang der Cafeteria saßen. Gegenüber einer Gruppe junger Assistenzärzte erklärte er, dass ein solches Verhalten charakteristisch für die oral-akquisitorische Natur des Syndroms sei. Es schien ihm nicht in den Sinn zu kommen, dass es in einem psychiatrischen Krankenhaus neben dem Essen nur sehr wenige Dinge zu erwarten gibt.

Ein psychiatrisches Etikett hat ein Leben und einen Einfluss

von selbst. Sobald der Eindruck entstanden ist, dass der Patient schizophran ist, geht man davon aus, dass er weiterhin schizophran sein wird. Wenn eine ausreichende Zeitspanne vergangen ist, in der der Patient nichts Bizarres getan hat, gilt er als in Remission und kann entlassen werden. Das Etikett bleibt jedoch über die Entlassung hinaus bestehen, mit der unbestätigten Erwartung, dass er sich wieder wie ein Schizophrener verhalten wird. Solche Etiketten, die von der psychischen Gesundheit **professionals**, sind für den Patienten ebenso einflussreich wie für seine Angehörigen und Freunde, und es sollte niemanden überraschen, dass die Diagnose auf sie alle wie eine sich selbst erfüllende Prophezeiung wirkt. Schließlich akzeptiert der Patient selbst die Diagnose mit all ihren überflüssigen Bedeutungen und Erwartungen und verhält sich entsprechend[5]. ...

Medikamenten nicht beachtet hatte, wurde heftig beschimpft, und die Pfleger am Morgen

## Ohnmacht und Depersonalisierung

Blickkontakt und verbaler Kontakt spiegeln **Besorgnis** und **individuation**; ihre Abwesenheit, Vermeidung und Depersonalisierung wider. Die von mir **vorgelegten** Daten werden der Fülle der täglichen Begegnungen, die sich um Fragen der Depersonalisierung und Vermeidung ranken, nicht gerecht. Ich habe Aufzeichnungen von Patienten, die vom Personal geschlagen wurden, weil sie verbalen Kontakt aufgenommen hatten. Während meiner eigenen Erfahrung wurde beispielsweise ein Patient in Anwesenheit anderer Patienten geschlagen, weil er einen Pfleger angesprochen und ihm gesagt hatte: "Ich mag you." Gelegentlich schienen die Bestrafungen von Patienten für Vergehen so übertrieben, dass sie auch durch die radikalsten Interpretationen des psychiatrischen Kanons nicht zu rechtfertigen waren. Nichtsdestotrotz schienen sie unbestritten zu sein. Die Fristen waren oft kurz. Ein Patient, der die Aufforderung zur Verabreichung von

wecken die Patienten oft mit: "Komm schon, du  
m---  
f---s, aus dem Bett!"

Weder anekdotische noch "harte" Daten können das überwältigende Gefühl der Ohnmacht bestätigen, das den Einzelnen überkommt, wenn er ständig der Entpersönlichung des psychiatrischen Krankenhauses ausgesetzt ist. . . .

Die Ohnmacht war überall spürbar. Der Patient ist durch seine psychiatrische Einweisung [13], vieler seiner gesetzlichen Rechte beraubt und durch das psychiatrische Etikett seiner Glaubwürdigkeit beraubt. Seine Bewegungsfreiheit ist eingeschränkt. Er kann keinen Kontakt mit dem Personal aufnehmen, sondern darf nur auf dessen Annäherungsversuche reagieren. Die persönliche Privatsphäre ist minimal. Der Patient quar-

Der Besitz kann von jedem Bediensteten - aus welchen Gründen auch immer - erfasst und geprüft werden.

Seine persönliche Geschichte und seine Ängste sind für jeden Mitarbeiter zugänglich (oft auch für die "grauen und "süßen striper"volunteer) die seinen Ordner zu lesen, ungeachtet ihrer für ihn. Seine persönliche Hygiene und die Abfallentsorgung werden oft überwacht. Die [Toiletten] dürfen keine Türen haben.

Zuweilen erreichten solche Pro-  
Teile, die den Sinn haben,  
dass

unsichtbar oder zumindest unwürdig waren. Bei der Einweisung wurden ich und andere Pseudopatients in einem halböffentlichen Raum untersucht, in dem das Personal seine Arbeit verrichtete, als ob wir nicht anwesend wären. Auf der Station beschimpften die Pfleger die Patienten in Anwesenheit anderer beobachtender Patienten, von denen einige (die Pseudopatients) alles aufschreiben, verbal und gelegentlich auch schwer körperlich. Das missbräuchliche Verhalten auf der anderen Seitehand, endete ziemlich abrupt, wenn bekannt war, dass andere Mitarbeiter kommen würden. Das Personal ist glaubwürdige Zeugen. Die Patienten sind es nicht.

Eine nurse knöpfte ihre Uniform auf, um ihren Büstenhalter in Anwesenheit einer ganzen Abteilung von zuschauenden Männern anzupassen. Man hatte nicht das Gefühl, dass sie verführerisch war. Vielmehr bemerkte sie nichtus. Eine Gruppe von Mitarbeitern könnte im Aufenthaltsraum auf einen Patienten zeigen und mit ihm angeregt diskutieren. edly, als ob er nicht wäre there.

Ein aufschlussreiches Teil von verrückten Depersonalisierungs- und Unsichtbarkeit ereignete sich in Bezug auf die Medikation. Insgesamt wurden den Pseudopatients fast 2100 Pillen verabreicht. Only zwei wurden geschluckt. Die übrigen wurden entweder eingesteckt oder in der Toilette entsorgt. Die Pseudopatients waren nicht die einzigen, die dies taten. Ich habe zwar keine genauen Aufzeichnungen darüber, wie viele Patienten ihre

ters and  
ined by

lady"  
chooses  
therapeutic relationship

depersonalization  
pseudopatients had the

they  
count. Upon being

186 Die Auswirkungen des Kontakts mit Kontrollorganismen

Medikamente, fanden die Pseudopatienten häufig die Medikamente anderer Patienten in der Toilette, bevor sie ihre eigenen deponierten. sie kooperative, ihr Verhalten und das psychopathische dieser Angelegenheit, wie in anderen wichtig war, blieb durchweg unbemerkt. Die depersonalen Reaktionen der Pseudopatienten darauf waren heftig. Obwohl sie als teilnehmende Beobachter in das Krankenhaus gekommen waren und sich dessen bewusst waren, dass sie nicht "dazugehörten", sahen sie sich dennoch in den Prozess der Depersonalisierung verwickelt und bekämpften ihn.

tion. . . .

### Die Folgen von Etikettierung und Depersonalisierung

/ Immer dann, wenn das Verhältnis zwischen dem, was man weiß, und dem, was man wissen muss, gegen Null geht, neigen wir dazu, "Wissen" zu erfinden, und nehmen an, dass wir mehr wissen, als wir tatsächlich wissendo. . Wir scheinen nicht in der Lage zu sein, anzuerkennen, dass wir einfach nichts wissen. Der Bedarf an Diagnose und Abhilfe bei Verhaltens- und emotionalen Problemen ist enorm. Aber anstatt anzuerkennen, dass wir uns nur auf das Verstehen beschränken, bezeichnen wir Patienten weiterhin als "schizophren", "manisch-depressiv" und "verrückt", als ob wir mit diesen Worten das Wesentliche des Verstehens erfasst hätten. Tatsache ist, dass wir seit langem wissen, dass Diagnosen oft nicht nützlich oder zuverlässig sind, aber wir haben sie trotzdem weiter verwendet. Wir wissen jetzt, dass wir Wahnsinn nicht von Zurechnungsfähigkeit unterscheiden können. Es ist bedrückend, wenn man sich vorstellt, wie diese Information genutzt wird.

Nicht nur deprimierend, sondern erschreckend. Wie viele Menschen (**wonders**, ) sind zurechnungsfähig, werden aber in unseren psychiatrischen Einrichtungen nicht als solche anerkannt? Wie vielen wurden unnötigerweise die Bürgerrechte entzogen, vom Wahlrecht über das Recht, Auto zu fahren, bis hin zu dem Recht, ihre eigenen Angelegenheiten zu regeln? Wie viele haben Unzurechnungsfähigkeit vorgetäuscht, um den strafrechtlichen Konsequenzen ihres Verhaltens zu entgehen, und wie viele würden umgekehrt lieber vor Gericht stehen, als endlos in der Psychiatrie hospital—but zu leben, weil sie fälschlicherweise für psychisch krank gehalten werden? Wie viele sind durch gut gemeinte, aber dennoch falsche Diagnosen stigmatisiert

worden? [P]sychiatric Diagnosen erweisen sich selten als falsch. Das Etikett bleibt haften, ein Zeichen der Unzulänglichkeit für immer.

Und schließlich: Wie viele Patienten könnten "zurechnungsfähig" sein? außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses, aber scheinbar geisteskrank

init—not, weil ihnen sozusagen die Verrücktheit innewohnt, sondern weil sie auf ein bizarres Umfeld reagieren, das vielleicht nur in Institutionen vorkommt, in denen es keine Menschen gibt? Goffman [4] nennt den Prozess der Sozialisation in solche Institutionen "mortification"—an eine treffende Metapher

die die hier beschriebenen Prozesse der Depersonalisierung einschließt. Und obwohl es unmöglich ist, zu wissen, ob die pseudopatients' Reaktionen auf diese Prozesse charakteristisch für alle waren, ist es schwer zu glauben, dass diese Prozesse die Sozialisierungsprozesse in einem psychiatrischen Krankenhaus vermitteln nützliche Einstellungen oder Reaktionsgewohnheiten für das Leben in der "realen Welt".

#### REFERENZEN UND HINWEISE

1. P. Ash, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 44, 272 (1949); A. T. Beck, *Amer. J. Psychiat.* 119, 210 (1962); A. T. Boisen, *Psychiatry* 2, 233 (1938); N. Kreitman, *J. Sci.* 107, 876 (1961); N. Kreitman, P. Sainsbury, J. Towers, J. Scrivener, *ibid.*, S. 887; H. O. und C. P. Fonda, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 52, 262 (1956); W. Seeman, *J. Nerv. Ment. Dis.* 118, 541 (1953). Für eine Analyse dieser Artefakte und eine Zusammenfassung der Streitigkeiten, siehe J. Zubin, *Annu. Rev. Psychol.* 18, 373 (1967); L. Phillips und J. G. Draguns, *ibid.*, 22, 447 (1971).
2. R. Benedict, *J. Gen. Psychol.* 10, 59 (1934).
3. Siehe in diesem Zusammenhang H. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (Free Press, New York, 1963); B. M. Braginsky, D. D. Braginsky, K. Ring, *Methods of Madness: The Mental Hospital as a Last Resort* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1969); G. M. Crocetti und P. V. Lemkau, *Amer. Sociol. Rev.* 30, 577 (1965); E. Goffman, *Behavior in Public Places* (Free Press, New York, 1964); R. D. Laing, *The Divided Self: A Study of Sanity and Madness* (Quadrangle, Chicago, 1960); D. L. Phillips, *Amer. Sociol. Rev.* 28, 963 (1963); T. R. Sarbin, *Psychol. Today* 6, 18 (1972); E. Schur, *Amer. J. Sociol.* 75, 309 (1969); T. Szasz, *Law, Liberty and Psychiatry* (Macmillan, New York, 1963); *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Mental Illness* (Hoeber Harper, New York, 1963). Für eine Kritik einiger dieser Ansichten, siehe W. R. Gove, *Amer. Sociol. Rev.* 35, 873 (1970).
4. E. Goffman, *Asylums* (Doubleday, Garden City, N.Y., 1961).
5. T. J. Scheff, *Being Mental III: A Sociological Theory* (Aldine, Chicago, 1966).
6. Die Daten eines neunten Pseudopatients

Verrückt sein an verrückten werden in diesem Bericht nicht berücksichtigt, da er, obwohl seine geistige Gesundheit unentdeckt blieb, Aspekte seiner persönlichen Geschichte, einschließlich seines Familienstandes und seiner elterlichen Beziehungen, verfälschte. Seine experimentellen Verhaltensweisen waren daher nicht mit denen der anderen Pseudopatients identisch. pseudopatients.

inmates—they  
patients—it

Ment.  
Morrisey,  
Schmitt

## 188 Die Auswirkungen des Kontakts mit Kontrollorganismen

7. Abgesehen von den persönlichen Schwierigkeiten, die der Pseudo-Patient in der Klinik erleben wird, gibt es auch rechtliche und soziale Schwierigkeiten, die in ihrer Gesamtheit vor der Einweisung berücksichtigt werden müssen. Einmal in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen, ist es zum Beispiel schwierig, wenn nicht gar unmöglich, kurzfristig entlassen zu werden, auch wenn die staatlichen Gesetze etwas anderes vorsehen. Zu Beginn des Projekts war ich mir dieser Schwierigkeiten nicht bewusst, ebenso wenig wie der persönlichen und situationsbedingten Notfälle, die auftreten können, aber später wurde für jeden der eintretenden Pseudopatients eine Habeas-Corpus-Klage vorbereitet, und ein Anwalt wurde während jedes Krankenhausaufenthalts "auf Abruf" gehalten. Ich bin John Kaplan und Robert Bartels für ihre rechtliche Beratung und Unterstützung in diesen Angelegenheiten dankbar.

8. So unangenehm ein solches Verschweigen auch ist, so war es doch ein notwendiger erster Schritt, um diese Fragen zu untersuchen. Ohne die Verheimlichung hätte es keine Möglichkeit gegeben, herauszufinden, wie stichhaltig diese Erfahrungen waren, und es gab auch keine Möglichkeit zu wissen, ob die Entdeckungen ein Tribut an den diagnostischen Scharfsinn des Personals oder an das Gerüchte-Netzwerk *hospital's* waren. Offensichtlich Da es sich bei meinen Bedenken um allgemeine, krankenhaus- und personalübergreifende Fragen handelt, habe ich ihre Anonymität gewahrt und Hinweise, die zu ihrer Identifizierung führen könnten, entfernt.

9. Interessanterweise wurde bei 11 von den 12 aufgenommenen Patienten eine schizophrene Erkrankung und bei einem Patienten mit der gleichen Symptomatik eine manisch-depressive Psychose diagnostiziert. Diese

Diese Diagnose hat eine günstigere Prognose und wurde von dem einzigen privaten Krankenhaus in unserer Stichprobe gestellt. Zu den Beziehungen zwischen sozialer Schicht und psychiatrischen Diagnosen siehe A. Hollingshead und F. C. Redlich, *Social Class and Illness: Mental A Community Study* (Wiley, New York, 1958).

10. Es ist natürlich möglich, dass die Patienten bei der Diagnose einen recht weiten Spielraum haben und daher dazu neigen, viele Menschen als gesund zu bezeichnen, auch solche, deren Verhalten offensichtlich abnormal ist. Wir haben zwar keine konkreten Daten zu diesem Thema, aber wir hatten den Eindruck, dass dies nicht der Fall ist. In vielen Fällen suchten die Patienten nicht nur unsere Aufmerksamkeit, sondern imitierten auch unser Verhalten und unseren Stil.

11. Cumming und E. Cumming, *Community Ment. Health* 1, 135 (1965); A. Farina und K. Ring, *J. Abnorm. Psychol.* 70, 47 (1965); H. E. Freeman und O. G. Simmons, *The Mental Patient Comes Home* (Wiley, New York, 1963); W. J. Johannsen, *Ment. Hygiene* 53, 218 (1969); A. S. Linsky, *Soc. Psychiat.* 5, 166 (1970).

12. Ein Beispiel für eine ähnliche selbsterfüllende Prophezeiung, in diesem Fall in Bezug auf das "zentrale" Merkmal der Intelligenz, finden Sie in R. Rosenthal und L. Jacobson, *Pygmalion in the Classroom* (Holt, Rinehart & Winston, New York, 1968).

13. D. B. Wexler und S. E. Scoville, *Ariz. Law Rev.* 13, 1 (1971).