

Gefangene Seelen

Zur Situation langzeithospitalisierter psychisch kranker Menschen

Ein Beitrag von
Fritz Landzettel

Keine Frage, in den letzten zwei Jahrzehnten hat sich einiges geändert in der psychiatrischen Landschaft. Zwanzig Jahre nach Vorlage der Psychiatrie-Enquête,¹ fünfunddreißig Jahre nach Goffman's bahnbrechender Arbeit über Asyle,² muß man fragen, ob die alten Befunde von den »elenden, menschenunwürdigen Verhältnissen« noch Gültigkeit haben. Langzeitbereiche in den Versorgungskliniken wurden verkleinert oder gar aufgelöst, Bettensäle gehören der Vergangenheit an, die Ausbeutung von Klinikpatienten als kostenlose Arbeitskräfte für den Selbsterhalt der Institution wird nur noch rudimentär und bei genauem Hinsehen erkennbar, gemeindenahe Behandlungs- und Versorgungsdienste in Form von Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Tageskliniken, Ambulanzen, dezentralen Heimeinrichtungen, betreuten Wohnungen und beschützten Arbeitsplätzen wurden in großer Zahl aufgebaut. Ist das Problem also erledigt? Schaut man sich in der Fachliteratur um, so hat es fast den Anschein. Allerdings muß man feststellen, daß ohnehin nur ein Teil der psychiatrischen Fachwelt Interesse für die Belange von chronisch psychisch Kranken gezeigt hat, und dies auch meistens eher als Ausgangspunkt für eigene reformerische Ambitionen. Kitzigs auf Langzeitpatienten gemünzte Frage »was werden sie wohl mögen« wurde selten ernsthaft gestellt, und wer sich auskennt in der Arbeit mit langzeithospitalisierten Patienten wird sich wahrscheinlich nicht einmal darüber wundern. So verwundert es auch nicht, daß die Verlagerung des Problems auf außerklinische Bereiche bis heute kaum eine interessierte Öffentlichkeit gefunden hat. Insbesondere in den siebziger Jahren, in der ersten Phase der Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland, als die alten Anstalten sich zu modernen Kliniken mauserten, wurden Langzeitpatienten in großer Zahl, gegen oder ohne ihren Willen, erneut abgeschoben, diesmal in Heime, die nicht nach den Be-

dürfnissen der Betroffenen geplant waren, sondern deren Standort sich eher aufgrund wirtschaftlicher Überlegungen ergab. Bereits 1980 stellte Kitzig im Auftrag der DGPN fest, daß in diesen Heimen etwa gleich viele Langzeitpatienten lebten, wie in den Kliniken selbst.³ Eine SPIEGEL-Titelgeschichte zum gleichen Thema einige Jahre später war der Fachöffentlichkeit kaum einen Leserbrief wert.⁴ Wenn man sich heute dem Thema zuwenden will, wird man selbst in der sozialpsychiatrischen Reformliteratur kaum noch fündig.

Und dennoch, es gibt sie noch: Langzeitpatienten die in Kliniken oder paraklinischen Einrichtungen ein Leben auf Sparflamme führen, heimatfern, entwurzelt, ohne Kontakt zu Angehörigen, ohne sinnvolle Beschäftigung oder Arbeit, ohne Wünsche an die Zukunft. Fachliches Interesse haben sie eher selten geweckt, die Psychiater waren meistens schnell mit ihnen fertig. Entgegen aller Lippenbekenntnisse gegen vorschnelle Aufgabe wird ihr Zustand meist dem Krankheitsprozeß selbst zugeschrieben, ihre Situation als unabänderliches Schicksal hingenommen. Sie strapazieren unsere Geduld und entlarven unseren Reformeifer als fromme Eitelkeit. Warum sind sie so, was können wir noch für sie tun?

In den allermeisten Fällen liegen die Dinge nicht so einfach, wie es scheinen will. Langzeitpatienten in psychiatrischen Institutionen haben nicht nur eine Geschichte, sondern mindestens zwei. Die eine Geschichte ist meistens mehr oder weniger in Vergessenheit geraten, und die andere will anscheinend keiner der Beteiligten so recht wahrhaben. Die eine Geschichte, das ist das Leben vor der Anstalt, die Wechselfälle des Lebens mit seinen Hoffnungen und Enttäuschungen, daß mit der psychischen Erkrankung eine jähe Erschütterung erfährt. Für die an Schizophrenie Erkrankten, der größten Gruppe der Langzeitpatienten, hat Manfred Bleuler seine lebenslangen Erfahrungen so zusammengefaßt: »Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren disharmonischen Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert überschritten

hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist.«⁵ Umfangreiche und gründliche Langzeitstudien in den siebziger Jahren aus der Schweiz und aus Deutschland, unter anderem von Bleuler selbst, haben zwar übereinstimmend die ursprüngliche Annahme einer grundsätzlich negativen Prognose dieser Erkrankung nachhaltig widerlegt, andererseits ist aber das Risiko einer chronischen Verlaufsform oder gar Langzeithospitalisation keineswegs zu vernachlässigen.

An dieser Stelle beginnt die zweite Geschichte. Wenn die Krankheit nicht heilen will, die Symptome trotz Therapie nicht wieder spurlos verschwinden, die Erschütterung der Person, der Familie, der Arbeitskollegen, des sozialen Umfeldes zu groß geworden ist, bleibt häufig ein erheblicher psychiatrischer Betreuungsbedarf über die akute Krankheitsphase hinaus bestehen, und sei es nur, um durch eine wirksame Prophylaxe das Risiko erneuter Akuterkrankungen zu minimieren. Glücklicherweise ist die Psychiatriereform mittlerweile vielerorts tatsächlich soweit gediehen, daß auch in diesen Fällen ein Netz ambulanter Hilfen das Risiko einer Dauerhospitalisierung vermindert. Wenn sie aber doch geschieht – seltener als Langzeitbehandlung in Kliniken, häufiger in Heimen für psychisch Kranke – dann hat sie nachhaltige Folgen. Psychisch Kranke, und unter ihnen besonders schizophrene Erkrankte, sind meistens besonders sensible, verletzbare Menschen. In der Schizophrenieforschung hat dieser Befund im Rahmen des Vulnerabilitäts-Streß-Bewältigungsmodells eine theoretische Ausformulierung gefunden.⁶ Dieses Modell geht von der empirisch belegten Annahme aus, daß schizophrene Menschen unter kognitiven Störungen leiden, die mit einer Störung der Informationsverarbeitung einhergehen. Auf diesem Hintergrund kann schon Alltagsstreß, der von gesunden Menschen mehr oder weniger problemlos toleriert wird, zu akuten Krankheitssymptomen führen. Es ist daher nicht verwunderlich, daß psychisch Kranke häufig ein Milieu suchen, daß ihnen wenig Streß bereitet. Am Beginn der Erkrankung steht oft ein Rückzug aus berufli-

chen Verpflichtungen und Ausbildung. Für Angehörige ist dieser Rückzug meistens unbegreiflich, sodaß auch im häuslichen Milieu Auseinandersetzungen und damit verbundener Streß immer wahrscheinlicher werden.

In der Vergangenheit war diese Situation oft der Ausgangspunkt für eine dauerhafte Unterbringung in einer Langzeiteinrichtung. Die aufgeschriebenen Krankengeschichten von Langzeitpatienten, die seit Jahrzehnten in Langzeitstationen oder Heimen leben, belegen oft eindrucksvoll den institutionellen Anpassungsprozeß dieser Patienten. In der Akutsituation fand die Lebensgeschichte vor der Aufnahme zumindest noch soweit Interesse, als sie Indizien zur Entwicklung der ersten Krankheitszeichen bot und somit für den diagnostischen Prozeß von Bedeutung war. Danach verläuft diese biographische Spur in der Regel im Sande. Selbst wichtige biographische Ereignisse, wie Ehescheidung oder Tod nahestehender An-

läßlich von Besuchen oder ausführlich, wenn sie sich als störend erweisen sollten. Der Rest der Krankengeschichte besteht meistens aus einer sich wiederholenden Aufzählung von Krankheitssymptomen und Regelverstößen oder dokumentiert eine gelungene Anpassung an das Anstaltsleben. Manchmal besteht er auch aus einer merkwürdigen Mischung aus beidem.

Wie sieht diese Anpassung aus? Die anfängliche Rebellion gegen die Unterbringung wird angesichts der Erfahrung ihrer Aussichtslosigkeit früher oder später aufgegeben. Diese Aufgabe markiert einen entscheidenden, wenn auch meistens unbemerkten Wendepunkt. Oft wurde schon die Einweisung als Unrecht und Verrat erlebt, wenn die Erfahrung in der Anstalt dann zu der Erkenntnis führt, daß jeder Widerstand zwecklos ist, macht sich Resignation breit. Aus der Perspektive des Betroffenen bildet sich eine übermächtige Allianz aus Ärzten, Gutachtern, Richtern, Betreuern, manchmal auch Angehörigen, die allesamt immer wieder beteuern, nur das Beste für ihn zu wollen.⁷ Und das scheint vor allem in einer Beibehaltung des status quo zu liegen. Die einmal erreichte Stabilität, auf welchem Niveau auch immer, darf nicht mehr gefährdet werden. Im Gegensatz zu Haftstrafen wird damit die Unterbringung in psychiatrischen Langzeiteinrichtungen zu einer Veranstaltung ohne Ende. Es ist ein interessanter Befund, daß Patienten, die unter diesen Umständen nicht in resignative Anpassung verfallen, und sei es nur, um sich wenigstens im Widerstand eine Restidentität zu erhalten, häufig selbst diesen Vergleich mit einer Haftstrafe wählen und ihren Protest mit dem Argument untermauern, daß man sie nicht festhalten dürfe, sie hätten sich schließlich nichts zu Schulden kommen lassen.

Die häufigere und prognostisch wesentlich ungünstigere Reaktion ist der von Wing und anderen beschriebene Institutionalismus. »Seinen Kern bildet der stufenweise Erwerb einer Zufriedenheit mit dem Leben in der Institution mit dem Endpunkt, daß der Betroffene nicht mehr länger irgendwo anders zu leben wünscht«⁸ Diese »Zufriedenheit« wird oft als Beheimatung in der Institution mißverstanden, ist jedoch von dem, was wir üblicherweise mit dem Begriff Heimat meinen, weit entfernt. Auch wenn grobe Verletzungen der menschlichen Würde in modernen Langzeiteinrichtungen nicht mehr vorkommen, individuelle Zimmergestaltung und zahlreiche persönliche kleine Freiheiten eher die Regel als die Ausnahme sind, scheint mir diese Abhängigkeit von der Institution, diese alles durchwirkende Angst vor einem selbständigen Leben draußen wesentlich treffender und anschaulicher als »innere Kolonialisierung« bezeichnet zu werden. Patienten in Langzeiteinrichtungen, und dazu möchte ich auch die Bewohner von Langzeitheimen für psychisch Kranke zählen, sind in ihre Krankenrolle

buchstäblich eingeschnürt. Dabei sind sie einer permanenten negativen Erwartungshaltung ausgesetzt. Selbst die Logik moderner Betreuungsansätze, die darauf ausgerichtet sind, gesunde Anteile zu fördern, basiert auf einer grundsätzlich defizitären Erwartung, andernfalls würden sich die gesunden Anteile als solche gar nicht identifizieren lassen. Andere Rollen, die Selbstwertgefühl und Lebenssinn vermitteln, z.B. im Rahmen von Arbeit und Beschäftigung, Übernahme gesellschaftlich anerkannter Aufgaben oder als Angehöriger mit familiären Funktionen stehen Langzeitpatienten allenfalls nur noch rudimentär zur Verfügung.

Die Möglichkeiten, sich mit dieser Situation einzurichten, sind naturgemäß sehr begrenzt. Die Identifikation mit der Krankenrolle ist eine, bei chronisch Kranken findet sie häufig auf dem Umweg über Klagen über körperliche Beschwerden statt. Auch das Gegenteil, eine extreme Unempfindlichkeit gegenüber somatischen und psychischen Beschwerden ist nicht selten. Affektive Regungen werden negiert und für Außenstehende nicht mehr erkennbar. Persönliche Wünsche erscheinen eingeengt auf wenige, meistens orale Bedürfnisse, wie Essen, Trinken, Rauchen, das aber hastig und exzessiv. Die Körperhygiene wird vernachlässigt, nicht selten ist eine Regression auf kindliche Verhaltensweisen. Auch extrem unterwürfiges Verhalten gegenüber den Autoritätsträgern der Institution ist häufig zu beobachten. Wenn die zur Einweisung führende Krankheit eine Restsymptomatik hinterlassen hat, so ist ihre inhaltliche Ausgestaltung oft in bizarrer Form mit der Anstalt verbunden, z.B. der eigentliche Erbauer, Besitzer oder Direktor der Einrichtung zu sein oder ein heimliches Liebesverhältnis mit einer bedeutenden Person aus der Mitarbeiterschaft zu haben. Dieses Phänomen der Identifizierung mit dem Verfolger ist auch aus anderen Situationen des totalen Ausgeliefertseins bekannt.

Ein Vergleich mit den oben erwähnten Minussymptomen macht schnell deutlich, daß eine Unterscheidung von Krankheitssymptomen und den Folgen der Dauerunterbringung in der Praxis kaum möglich ist. So ist es nicht erstaunlich, daß die Institution auf diese »Symptome« mit den gleichen Strategien reagiert, wie auf die Krankheit selbst. Patient und Institution geraten in einen circulus vitiosus, bei dem die primäre Behinderung, die durch das Krankheitsgeschehen selbst bedingt ist, die sekundäre Behinderung als Folge der Reaktionen des betroffenen Individuums und seiner näheren Umgebung auf die Tatsache und die Umstände des Krankseins und die soziale Behinderung in Form mangelnder Gelegenheiten zur Realisierung von Lebenschancen sich gegenseitig verstärken und zu einer unentrinnbaren Situation führen.

Gibt es einen Ausweg aus diesem Dilemma? Ohne Zweifel, sonst wäre die Deinstitutionalisierung, in der psychiatrischen Diskussion meistens als Enthospitalisierung bezeichnet, noch

Wie sieht diese Anpassung aus? Die anfängliche Rebellion gegen die Unterbringung wird früher oder später aufgegeben.

gehöriger, werden in den Aufzeichnungen häufig vergessen. Auf die Situation »draußen« wird allenfalls noch anläßlich von Anhörungsterminen vor dem Vormundschaftsrichter bezug genommen, wo es dann unter Hinweis auf sogenannte Minussymptome, also psychomotorische Verlangsamung, Aufmerksamkeitsdefizite, affektive Gespaltenheit, inkohärentes Denken und Sprechen, emotionale Verarmung, Unteraktivität, Antriebsverlust, allgemeiner sozialer Rückzug und Vernachlässigung der Anforderungen des täglichen Lebens, oder aber auch auf fortbestehende akute Krankheitszeichen, heißt, daß der Betroffene »allein auf sich gestellt, außerhalb der Einrichtung nicht existieren könnte«. Wer könnte das schon, aber wenn man das immer wieder in Anwesenheit eines Richters gesagt bekommt, ein wahrhaft niederschmetterndes Urteil. Auch Angehörige, die anfänglich als Lieferanten fremdanamnestiche Daten oder gar als Beleg für eine »familiäre Belastung« und damit zur Untermauerung einer unterstellten Erblichkeit der Krankheit von Interesse waren, werden in den Aufzeichnungen immer blasser. Sie finden kurze Erwähnung an-

nicht in so vielen Fällen und an so vielen Orten gelungen. Die erste und aus meiner Sicht größte Hürde, die genommen werden muß, ist die Änderung der Ideologie der Einrichtung selbst. Nicht Versorgung, Bewahrung und Behandlung sind die vorrangigen Ziele im Umgang mit Langzeitpatienten, sondern die Befähigung und Ermutigung zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben draußen. Erst wenn sich die Beschäftigten einer Einrichtung in diesem Sinne »enthospitalisieren«, werden sie in die Lage versetzt, den beschriebenen Teufelskreis zu verlassen. Manchmal muß einer nur den Anfang machen und dafür Sorge tragen, daß einige Langzeitpatienten die Einrichtung verlassen und mit entsprechender Unterstützung in eine eigene Wohnung ziehen. Bewährt hat sich auf diesem Wege die Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte der Patienten, und zwar nicht in der reduzierten Form der Krankheitsanamnese, sondern als gemeinsame Auseinandersetzung mit der Biographie. Für Langzeitpatienten ist es oft das erste Mal nach langen Jahren, daß sich wieder jemand für etwas anderes als ihre Krankheit interessiert. Die Wiederaneignung der eigenen Geschichte legt sowohl die einzigartige Individualität als auch die Zugehörigkeit zur menschlichen Gesellschaft offen. Sie ist der Dreh- und Angelpunkt für die Entwicklung einer Lebensperspektive.

Ein besonders wertvoller Beitrag kann hierbei von Angehörigen geleistet werden. Dafür ist es zunächst erforderlich, daß die zahlreichen Vorurteile, die die Psychiatrie gegen Angehörige entwickelt hat, über Bord geworfen werden und Therapeuten ein offenes Ohr für die Sorgen und Ängste der Angehörigen haben. Viele der vermeintlich fortschrittlichen, weil psychologisch begründeten Erklärungsmodelle der Psychiatrie sahen in der Vergangenheit die Ursachen psychiatrischer Erkrankungen in der Familie. Auch heute noch sind psychiatrisch Tätige nicht selten der Meinung, daß Angehörige ihre mühsam errungenen therapeutischen Erfolge wieder zunichte machen. Gerade wohlmeinende Therapeuten, die sich stark mit den Belangen ihrer Patienten identifizieren, laufen oft Gefahr, in Angehörigen so etwas wie den natürlichen Feind des therapeutischen Erfolges zu sehen. Das Verhältnis von Therapeuten und Angehörigen ist dadurch erheblich getrübt. Die Bringschuld für eine vorurteilsfreie Wiederannäherung liegt hier eindeutig bei den Therapeuten. Dabei müssen keineswegs Forschungsergebnisse, wie etwa die Untersuchungen über den Zusammenhang von hochemotional-kritischem Familienklima und Wiedererkrankung bei schizophrenen Psychosen, ignoriert werden. Angehörige sind meistens sehr wohl in der Lage, diese Forschungsergebnisse auf ihre eigenen konkreten Erfahrungen zu beziehen und entsprechende Lehren daraus zu ziehen. Besonders bewährt hat sich dabei der gegenseitige Erfahrungsaustausch in Angehörigengruppen.

Ein weiterer wichtiger Schritt auf dem Weg nach draußen führt ohne Zweifel über Arbeit und Beschäftigung. Bei Langzeitpatienten, die seit mehreren Jahrzehnten in einer Einrichtung leben, kann dieser Punkt sehr schwierig werden. Wenn auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt schon psychisch Kranke, denen eine Dauerhospitalisierung erspart geblieben ist, wenig Chancen auf ein erfülltes Arbeitsleben haben, dürfte klar sein, daß Langzeitpatienten der Psychiatrie hier praktisch kaum unterkommen können. Ein Ausweg aus diesem Dilemma kann der Aufbau von Selbsthilfe- und Zuverdienstfirmen sein. Gemeint sind Firmen, die meistens im Auftrag mittelständischer Unternehmen Zulieferarbeiten anbieten und den Arbeitsprozeß individuell so organisieren, daß er der Belastbarkeit von psychisch Kranken Rechnung trägt. Selbstverständlich benötigen solche Firmen wirtschaftliche Unterstützung, z.B. durch die Hauptfürsorgestellen, um am Markt bestehen zu können, ihr Beitrag zur Krankheitsprophylaxe ist aber so evident, daß auch ihr volkswirtschaftlicher Nutzen außer Frage steht. Auch Werkstätten für Behinderte (WfB) haben sich zunehmend psychisch Kranken geöffnet, meistens in speziellen Abteilungen für diese Klientel. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen verhindern hier zwar in der Regel eine Entlohnung, die mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt vergleichbar ist, dafür bieten sie aber den vollständigen Schutz der Sozialversicherung, ein nicht zu unterschätzender Vorteil gegenüber Zuverdienstjobs unterhalb der Sozialversicherungsgrenze.

Wenn sich das Lebensalter dem Rentenalter nähert oder diese Grenze schon überschritten hat, ist eine Integration in den Arbeitsprozeß auch auf besondere Arbeitsplätze meistens nicht mehr möglich. In diesem Falle müssen andere Kontakt- und Tagesstrukturierungsangebote vorgehalten werden. Neben Tagesstätten, Kontaktclubs und Freizeitangeboten kann dann auch die Weiterbeschäftigung im Rahmen ergotherapeutischer Angebote der entlassenden Einrichtung ein sinnvoller Weg sein. Auf den ersten Blick hat dies zwar den Nachteil einer unvollständigen Ablösung, andererseits kann aber gerade die weiterbestehende Verbindung zur Langzeiteinrichtung die nötige Sicherheit vermitteln, um die Angschwelle auf dem Weg nach draußen zu überwinden.

An dieser Stelle wird ein Problem sichtbar, das hier nur angerissen werden kann, aber nicht verschwiegen werden soll. Auch ambulante und komplementäre Dienste können ihre Klienten durchaus »hospitalisieren«. Gemeint ist eine so vollständige Umlagerung mit Hilfsangeboten, daß sich auch unter diesen Bedingungen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung kaum entwickeln können. Toleranz gegenüber menschlichen Verrücktheiten und Selbstkritik gegenüber allzu eifertiger Bevormundung bedürfen durchaus noch einer Weiterentwicklung.

Ein wichtiges Korrektiv kann hier das neue Betreuungsrecht sein. Zum einen gebietet der Erforderlichkeitsgrundsatz die Aufhebung der Betreuung, wo immer sie überflüssig geworden ist. Wenn man bedenkt, daß viele Entmündigungen von psychisch Kranken in der Vergangenheit eigens zu dem Zweck der rechtlichen Absicherung der Dauerunterbringung eingerichtet wurden, gibt es hier noch ein großes Potential an Wiedergutmachung. Die Aufhebung solcher Betreuungen ist oft ein wesentlicher Beitrag zur Wiedererlangung eines gesunden Selbstwertgefühls. Andererseits können aber auch Betreuer, die ihre Aufgabe ernst nehmen, dazu beitragen, die Interessen der Betroffenen gegenüber professionellen Helfern zu wahren. Es gibt meines Erachtens kein überzeugendes Argument für die Annahme, daß im ambulanten Bereich wohlmeinende aber überflüssige Bevormundung unterbleibt. Die Chancen, ihr zu entgehen, sind allerdings ohne Zweifel bedeutend größer.

Fritz Landzettel ist Arzt an der Westfälischen Klinik für Psychiatrie Marsberg

Anmerkungen

- 1 Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – Bonn 1975, (Bundestagsdrucksache 7/4200 und 7/4201)
- 2 Goffman, E.: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other inmates (1961), deutsch: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. (Suhrkamp 1972)
- 3 Kitzig, P.: Betreuungsformen chronisch psychisch Kranker außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses. (Psychiat.Prax. 7, 1980, S.212-222)
- 4 SPIEGEL-Report über die westdeutschen Alten- und Pflegeheime: Endstation Elend. »Da verliert der Mensch seinen Schatten« (Der Spiegel, Nr.41, 1988, S. 104-123)
- 5 Bleuler, M.: Schizophrenie als besondere Entwicklung. in: Dörner, K.(Hrsg.): Neue Praxis braucht neue Theorie – Ökologische und andere Denksätze für gemeindepsychiatrisches Handeln. (Verlag Jakob von Hoddis, 1987)
- 6 Zubin, J.: Ursprünge der Vulnerabilitätstheorie. in: Olbrich, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. (Kohlhammer, 1990)
- 7 Wenn man die Anhörungsprotokolle über die Unterbringungstermine analysiert, gewinnt man in der Tat den Eindruck, daß hier ein Prozeß der Verantwortungsteilung zwischen Richter und Gutachter, der darüberhinaus auch in der Regel selbst für die »Therapie« zuständig ist, am Werk ist, der die Mißachtung der persönlichen Interessen des Betroffenen eher fördert. Das neue deutsche Betreuungsrecht versucht hier gegenzusteuern. Ob dies gelingt, wird die Zukunft zeigen.
- 8 Wing, J.K.: Rehabilitation, Soziotherapie und Prävention. in: Kisker, K.P. et al. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart 4 (1987)