



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Vortäuschen: Gespielter Wahn im Film“

verfasst von / submitted by

Agnes Müllner, BA BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2018 / Vienna 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 581

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Theater-, Film- und Mediengeschichte

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Dr. Rainer Köppl

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Experiment Rosenhan	8
3. Geschichte der Psychiatrie	11
3.1. Die Geburt der Psychiatrie	11
3.2. Psychiatrie im 19. Jahrhundert	13
3.2.1. Steigende Parientenzahlen.....	13
3.2.2. Die erste biologische Psychiatrie	13
3.2.3. Umbenennung in Nervenkrankheiten.....	14
3.2.4. Das Krankheitsbild Neurasthenie	15
3.2.5. Neurologie und Psychotherapie.....	15
3.3. Psychiatrie im 20. Jahrhundert	17
3.3.1. Amerika und die Psychoanalyse	18
3.3.2. Medikamente in der ersten Hälfte des 20. Jhdts.....	19
3.3.3. Insulinkoma und Elektrokrampftherapie.....	20
3.3.4. Lobotomie	21
3.3.5. Sozial- und Gemeindepsychiatrie.....	22
3.3.6. Enthospitalisierung	23
3.3.7. Die zweite biologische Psychiatrie	24
3.4. Ende des 20. Jahrhunderts bis heute.....	25
3.5. Diagnosen: DSM V und ICD 10.....	27
4. Antipsychiatrie	29
4.1. Entstehung und Kritik.....	29
4.2. Elektrokrampftherapie	30
4.3. Antipsychiatrische Ideen: Basaglia und Szasz	31
5. PsychiaterInnen im Film	35
5. 1. Symbiose oder Parasitismus?.....	35
5.2. Stereotype und Genrekonventionen.....	36
5.3. Psychiatriegeschichte im amerikanischen Film	39
5.3.1. Die ersten Phasen des Psychiatriefilms	39
5.3.2. Amerikanische und europäische PsychiaterInnen	40
5.3.3. Das Goldene Zeitalter.....	41
5.3.4. Psychiatriekritik und die Jahre danach	42
5.4. Behandlungsmethoden im Film	44
5.5. Frauen als PsychiaterInnen	45
6. Wahnsinn und Justiz.....	47
6.1. Common law / case law.....	47

6.2. Das amerikanische Strafrecht	47
6.2.1. double jeopardy	48
6.2.2. Schuldaußschließungsgründe	48
6.2.3. Grand Jury und Petit Jury	49
6.2.4. Auswahlprozess Petit Jury	49
7. Veränderte Wahrnehmungen	51
8. Filmanalysen	53
8.1. Auswahl	53
8.2. Zehn Fragen	54
8.3. Antipsychiatriefilm und Mind-Game Movies	54
8.4. Shock Corridor (1963)	56
8.5. Shock Treatment (1964)	62
8.6. Don Juan DeMarco (1994)	67
8.7. Analyze That (2002)	75
8.8. Side Effects (2013)	80
8.9. Final Analyses (1999)	88
8.10. Primal Fear (1996)	95
8.11. Ergebnisse der Analysen	101
8.11.1. Mörderische Amnesie	101
8.11.2. Persönliche versus geteilte Motivation	101
8.11.3. Filmische Täuschungsstrategien	102
8.11.4. Stereotype Darstellungen von PsychiaterInnen	103
8.11.5. Täuschung des fachlich qualifizierten Personals	104
8.11.6. Amerikanisches Strafrecht und gespielter Wahn	105
8.11.7. Behandlungsmethoden	105
8.11.7. Kritik an der Psychiatrie	107
8.11.8. Machtverschiebung zu Gunsten der Figuren	108
8.11.9. Strategien der Selbstreflexivität	109
9. Fazit	110
Quellenverzeichnis	112
Literaturverzeichnis	112
Filmverzeichnis	116
Abstract	118

1. Einleitung

„If psychiatry had not existed, the movies would have had to invent it.“¹ Dieses Zitat von Irving Schneider beschreibt die enge Allianz, die Film und Psychiatrie eingegangen sind. Zwar gibt es bereits viele Bücher, die das Thema psychische Störungen im Film behandeln, wie zum Beispiel *Frankenstein und Belle de Jour*² oder *Movies and mental illness*³, eine Besonderheit wird dabei jedoch immer nur am Rande oder überhaupt nicht erwähnt: der gespielte Wahn im Film, verstanden als innerdiegetisches Spiel im Spielfilm, wenn eine Figur im Film vortäuscht, an einer psychischen Störung zu leiden. Meine Arbeit widmet sich genau diesem Thema und beschäftigt sich mit sieben US-amerikanischen Filmen, in denen Figuren eine psychische Störung vortäuschen.

Ziel der Arbeit ist es, durch Filmanalysen wiederkehrende Motive oder Gemeinsamkeiten in Filmen, in denen eine psychische Störung vorgetäuscht wird, aufzudecken. Meine These lautet, dass es sich bei allen Filmen, in denen eine psychische Störung vorgetäuscht wird, um psychiatriekritische Filme handelt.

David L. Rosenhan⁴ hat 1973 einen Bericht über ein nachdenklich machendes Experiment veröffentlicht, das, so könnte man überspitzt sagen, meine filmische Thematik einem „reality check“ unterzogen hat. Er wollte experimentell untersuchen, ob PsychiaterInnen in der Lage sind, eine simulierte psychische Störung zu erkennen. Deshalb werde ich im zweiten Kapitel meiner Arbeit sein Experiment detailliert beschreiben und seine Ergebnisse präsentieren. In den Filmanalysen wird untersucht, ob die Filme zu dem selben Schluss wie Rosenhan kommen oder andere Aussagen treffen.

Zwei der von mir analysierten Filme, *Shock Corridor* (1963) und *Shock Treatment* (1964), stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der in den 60er Jahren entstehenden Antipsychiatriebewegung. *Primal Fear* (1996), *Final Analysis* (1999), *Side Effects* (2013), *Analyze That* (2002) und *Don Juan DeMarco* (1994) erschienen alle Ende des 20.

¹ Irving Schneider, „Foreword“, *Psychiatry and the cinema*, hg. v. Glen O. Gabbard/Krin Gabbard, Washington [u.A.]: American Psychiatric Press ²1999, S. XV-XVI, hier S. XV.

² Vgl. Stephan Doering/Heidi Möller (Hg.), *Frankenstein und Belle de Jour. 30 Filmcharaktere und ihre psychischen Störungen*, Heidelberg: Springer 2008.

³ Vgl. Danny Wedding/Ryan M. Niemic, *Movies and mental illness. Using films to understand psychopathology*, Boston [u.A.]: Hogrefe ⁴2014.

⁴ Vgl. David L. Rosenhan, „On Being Sane in Insane Places“, *Clinical Social Work Journal*, Vol. 2 (4), 1974, S. 237-256; (Orig. *Science*, Vol. 179, 19.01.1973, S. 250-258).

Jahrhunderts bzw. zu Beginn des 21. Jahrhunderts, stehen also nicht mehr in zeitlichen Zusammenhang mit der Antipsychiatriebewegung. Da ich vermute, dass auch diese Filme psychiatriekritisch sind bzw. antipsychiatrische Vorstellungen transportieren, ist das dritte Kapitel der Geschichte der Psychiatrie bis zu den heutigen Entwicklungen gewidmet. Ich konzentriere mich, dabei auf die Frage, welche Auffassung von psychisch Kranken und welche Behandlungsformen zu welcher Zeit vorherrschend waren und warum. Mein Schwerpunkt liegt auf der amerikanischen Psychiatrie, da die von mir behandelten Filme US-Produktionen sind. Bei meiner Beschreibung folge ich hauptsächlich Edward Shorters *Geschichte der Psychiatrie*⁵, die den Schwerpunkt auf sozialgeschichtliche Aspekte legt, wobei ich mich auf Personen, Entwicklungen und Konzepte beschränke, die für meine Filmanalysen notwendig sind. Die Geschichte der frühen Psychiatrie bis zu den 60er Jahren ist wichtig, um die nachfolgenden Entwicklungen zu verstehen. In den 60er und 70er Jahren entstand nämlich eine breite Bewegung, die Antipsychiatrie, die die traditionelle Psychiatrie stark kritisierte. AutorInnen, die als AntipsychiaterInnen bezeichnet werden, haben eine völlig andere Sicht auf die Geschichte der Psychiatrie als Shorter oder konventionelle Geschichtsbücher. Da zwei der von mir ausgewählten Filme der Tradition der Antipsychiatrie entspringen, lege ich besonderes Augenmerk auf diesen umstrittenen Teil der Psychiatriegeschichte, dem ich ein eigenes Kapitel widme. In diesem Kapitel werden insbesondere die radikalen Positionen von Thomas Szasz wiedergegeben.

Figuren im Film, die – aus welchen Gründen auch immer – eine psychische Störung simulieren, wenden sich zumeist an eine fachlich, qualifizierte Person, um ihre vermeintliche psychische Störung als solche diagnostizieren und damit offiziell bestätigen zu lassen. Diese ExpertInnen spielen häufig eine wichtige Rolle in den Filmen; ihnen ist das fünfte Kapitel der Funktion von PsychiaterInnen im Film gewidmet, worin ich mich vor allem auf Glen und Krin Gabbards Buch *Psychiatry and the cinema*⁶ beziehe, in dem stereotype Darstellungen von PsychiaterInnen in verschiedenen Filmgenres und geschichtlichen Kontexten beschrieben werden.

Da viele Filme, in denen Figuren eine psychische Störung vortäuschen, auch Strafprozesse zeigen, ist das sechste Kapitel dem amerikanischen Strafrecht gewidmet. Manche Figuren

⁵ Vgl. Edward Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, übers. v. Yvonne Badal, Berlin: Alexander Fest 1999; (Orig. *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons 1997).

⁶ Vgl. Glen O. Gabbard/Krin Gabbard, *Psychiatry and the Cinema*, Washington [u.A.]: American Psychiatric Press ²1999.

täuschen eine psychische Störung vor, um ungestraft eine Straftat begehen zu können, da in allen Ländern mit moderner Strafrechtsordnung gilt, dass Personen, die an einer psychischen Störung leiden und zum Tatzeitpunkt nicht zurechnungsfähig waren, nicht strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden dürfen. In diesem Kapitel werden Punkte des amerikanischen Strafrechts beschrieben, die in den Filmen eine Rolle spielen wie der „double jeopardy“-Grundsatz, die „insanity defense“ und die „petit jury“.

Das Medium Film kann die, bei tatsächlich psychisch Erkrankten veränderte Wahrnehmung (etwa Halluzinationen) besonders gut in audiovisuelle Eindrücke übersetzen, die gesunden Menschen in der Realität verschlossen bleiben. Damit kann der/die PsychotikerIn als Filmfigur subjektive Wahrnehmungen mit dem Publikum teilen. Zwei meiner Filme, *Shock Corridor* und *Don Juan DeMarco*, beschäftigen sich sehr intensiv mit dieser veränderten Wahrnehmung, die im siebten Kapitel genauer untersucht wird.

Im achten Kapitel beschäftige ich mich schließlich mit den konkreten Filmanalysen. Zunächst wird jeder Film einzeln analysiert, anschließend werden Gemeinsamkeiten und Querverbindungen herausgearbeitet, um die eingangs formulierte Frage nach wiederkehrenden Motiven zu beantworten. Außerdem untersuche ich in den Filmanalysen auch meine These, dass es sich bei Filmen, in denen eine psychische Störung vorgetäuscht wird, um psychiatriekritische Filme handelt.

2. Experiment Rosenhan

David L. Rosenhan geht in seinem Artikel mit dem pointierten Titel „On Being Sane in Insane Places“ der Frage auf den Grund, ob und wie ExpertInnen geistige Gesundheit von geistiger Erkrankung unterscheiden können. In diesem Zusammenhang skizziert er ein von ihm initiiertes Experiment, das vorsah, acht geistig gesunde Menschen in zwölf unterschiedlichen Kliniken unterzubringen.⁷ Die vermeintlichen PatientInnen gaben bei der Aufnahme in die Kliniken vor, sie würden Stimmen hören, die mit ihrem jeweiligen Geschlecht übereinstimmen, ihnen unbekannt wären, teils undeutlich, aber denen sie die Wörter „empty“, „hollow“ und „thud“ entnehmen könnten.⁸ Jene Personen, die im beruflichen Leben mit psychischer Gesundheit zu tun hatten, gaben einen anderen Beruf an. Bis auf die vorgespielten Symptome, geänderten Namen und die zum Teil verschwiegenen beruflichen Tätigkeiten wurden keine Verfälschungen von Vorgeschichten oder von persönlichen Beziehungen vorgenommen. KeinEr der vermeintlichen PatientInnen wies eine pathologische Vorgeschichte oder Verhaltensweisen auf. Sobald die PatientInnen eingewiesen wurden, gaben sie an, keine Stimmen mehr zu hören und verhielten sich sonst unauffällig. Sie folgten den Anweisungen des Pflegepersonals, nahmen die ihnen verordneten Tabletten entgegen (allerdings heimlich nicht ein) und beantworteten die Fragen nach ihrem Befinden damit, dass es ihnen gut gehe und sie keine Symptome mehr hätten; zudem notierten sie ihre Eindrücke und Erfahrungen. Obwohl die vermeintlichen PatientInnen sich völlig normal und gesund verhielten, wurde keinEr in ihrem/seinem Spiel enttarnt, im Gegenteil: Elf Personen wurde eine Schizophrenie und einer – trotz derselben Symptome – eine manisch-depressive Psychose diagnostiziert. Bei der Entlassung wurde schlussendlich eine Schizophrenie in Remission diagnostiziert. Das bedeutet, dass die vermeintlichen PatientInnen zwar entlassen, aber dennoch als geistig nicht gesund diagnostiziert wurden. Bis zur Entlassung vergingen zwischen 7 bis 52 Tagen, durchschnittlich 19 Tage. Erschreckend ist, dass niemand vom Personal – egal in welcher Einrichtung – das normale Verhalten als „normal“ einstufte, während andere PatientInnen, die falschen PatientInnen teilweise entlarvten. Rosenhan vermutet, dass das medizinische Personal den geistig gesunden Zustand nicht erkannt hat, weil ÄrztInnen eher dazu neigen gesunde Personen für krank zu erklären, als kranke Personen für gesund. Diese Tendenz bezeichnet man im wissenschaftlichen Bereich als Typ-2-Irrtum. Der Grund dafür liegt darin, dass es weniger gefährlich ist, eine Krankheit zu vermuten, obwohl jemand gesund ist als umgekehrt. Das ist jedoch in der Psychiatrie wesentlich

⁷ Vgl. Rosenhan, „On Being Sane in Insane Places“, S. 237-239.

⁸ Ebda., S. 239.

gefährlicher als in der Medizin, da an psychiatrische Diagnosen auch soziale, persönliche und juristische Stigmata gebunden sind. Allerdings ist der Höhepunkt des Rosenhan-Experiments noch nicht erreicht. Eine Klinik vereinbarte mit Rosenhan nach Veröffentlichung des Experimentes, dass er in den nächsten drei Monaten wieder falsche PatientInnen schicken sollte und das Klinikpersonal anhand einer 10 Punkte Skala beurteilen sollte, wie wahrscheinlich es sei, dass es sich um falsche PatientInnen handle. Insgesamt gab es bei insgesamt 193 PatientInnen Vermutungen seitens des Pflegepersonals und der PsychiaterInnen, dass es sich dabei um völlig gesunde Menschen handle, die bloß vortäuschen. Davon wurden 41 PatientInnen von zumindest einem Mitglied des Personalteams als hochgradig verdächtig eingeschätzt, weiters wurden 23 von zumindest einem/einer PsychiaterIn und 19 von einem/einer PsychiaterIn und einem anderen Mitglied des Personalteams als verdächtig eingestuft. Was diese ExpertInnen nicht wussten, war, dass Rosenhan in Wirklichkeit keine weiteren falschen PatientInnen in die Klinik geschickt hatte. Rosenhan folgert daraus, dass der Typ-2-Irrtum, Gesunde für krank zu erklären, sich aufheben lässt, wenn viel davon abhängt – wie in diesem Beispiel etwa Prestige. Man muss nicht Experte sein, um aus diesem Experiment zu schließen, dass psychiatrische Diagnosen nicht zuverlässig sind, klarer ausgedrückt: Psychiatrische Institutionen können Gesunde nicht von Kranken unterscheiden und umgekehrt. Rosenhan betont eine weitere Tendenz der ÄrztInnen in diesem Zusammenhang: Er vergleicht die Diagnosen mit einem Etikett, das auch an den falschen PatientInnen haften bleibt. „Once a person is designated abnormal, all of his other behaviors and characteristics are colored by that label.“⁹

Bei den „SimulantInnen“ wurde aufgrund der falschen Diagnose ihr normales Verhalten entweder übersehen oder eben falsch interpretiert. Auch ihre Vorgeschichten, Beziehungen zu Eltern, Geschwistern etc. wurden in das vermeintliche Krankheitsbild eingepasst, unabsichtlich fehlinterpretiert, um den Krankheitsverlauf nachzuskizzieren und stimmig zu machen. Die Notizen, die sich die vermeintlichen PatientInnen während ihrer Klinikaufenthalte machten, wurden teilweise auch als Störung in Zusammenhang mit der Krankheit interpretiert. Psychiatrische Diagnosen tendieren dazu den Ursprung abweichenden Verhaltens im Individuum und nicht in seiner Umgebung zu suchen. So interpretierten ÄrztInnen es als Teil eines Krankheitssymptoms, dass sich eine Gruppe von Menschen in der Klinik bereits eine halbe Stunde vor dem Mittagessen vor der Cafeteria befand und berücksichtigten dabei nicht, dass es in so einer Einrichtung kaum etwas anderes Aufregendes gibt, auf das man sich sonst freuen könnte.

⁹ Ebda., S. 243.

Am Beispiel der falschen PatientInnen schildert Rosenhan den Verlauf der psychiatrischen Diagnose mit ihrer Stigmatisierung. Sobald einE PatientIn als schizophren diagnostiziert wird, bleibt die Erwartungshaltung, dass der/die PatientIn weiterhin schizophren bleibt. Wenn die Symptome schwinden, sagt man, die Person sei in Remission und kann sie somit entlassen. Trotz der Entlassung wird angenommen, dass die Person weiterhin schizophren ist und sich dementsprechend auch wieder verhalten wird. Diese Erwartungshaltung kann die PatientInnen und ihre Umgebung – FreundInnen, Familie, ArbeitskollegInnen – so sehr beeinflussen, dass „die Krankheit“ tatsächlich wieder zum Vorschein kommt.¹⁰

¹⁰ Ebda., S. 243-246.

3. Geschichte der Psychiatrie

3.1. Die Geburt der Psychiatrie

Die moderne Psychiatrie ist laut Edward Shorter eine Entwicklung des späten 18.

Jahrhunderts. Asyle für Geisteskranke gab es bereits vor dem 18. Jhdt., allerdings handelte es sich dabei um Verwahrungsanstalten. Der Gedanke der therapeutischen Funktion der psychiatrischen Disziplin und ihrer Institutionen entwickelt sich erst Ende des 18. Jhdts.¹¹

Nach Foucault setzt die systematische Internierung der Wahnsinnigen im 17. Jhdt. ein. Er stellt die These auf, dass Wahnsinn und Vernunft schon früher eine untrennbare Koalition eingehen, was sich vor allem im christlichen Denken ausdrücke, nach dem die menschliche Ordnung, gemessen an Gott, Wahnsinn sei. Im 16. Jhdt. bahnt sich ein Paradigmenwechsel an; das literarische Thema des Narrenschiffes, auf dem wir alle segeln, wird langsam durch den Narrenturm, in dem die wirklich Wahnsinnigen eingesperrt werden, abgelöst. Foucault attestiert dem frühen 17. Jhdt. noch eine gewisse Gastfreundschaft gegenüber dem Wahnsinn. So findet man den Wahnsinn in der Literatur, im Theater und auf offener Straße.¹² Dem widerspricht Shorter, der auf Berichte verweist, in denen geistig Verwirrte angekettet, geschlagen und misshandelt wurden.¹³

Mit Descartes durchläuft Foucault zufolge der Wahnsinn eine prinzipielle Veränderung. Laut Descartes sei es eine „dem denkenden Subjekt essentielle Unmöglichkeit, verrückt zu sein.“¹⁴ So wird der Wahnsinn aus der Vernunft ausgeschlossen, ins Exil verbannt und findet seine Manifestation in der „großen Gefangenschaft“ im 17. Jhdt.¹⁵ Auch wenn Foucaults „These der großen Gefangenschaft“ u.a. von Shorter und anderen kritisiert wird¹⁶, so stimmen doch die meisten Psychiatrie-Historiker darin überein, dass die Entstehung der modernen Psychiatrie direkt mit dem Konzept der (auch) therapeutischen Funktion von Anstalten verbunden ist. Zwar waren Aderlass, Brechmittel etc. schon lange als Mittel zur Heilung gedacht, aber der tatsächliche „Fortschritt“ führt vom Narrenturm zur Heilanstalt:

¹¹ Entgegen Michel Foucaults These der „großen Gefangenschaft“ im 17. Jhdt. betont Shorter, dass die Anzahl geistig Verwirrter in den Hospizen schwindend gering war. Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 13-21.

¹² Vgl. Michel Foucault, *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*, übers. v. Ulrich Köppen, Frankfurt am Main: Suhrkamp¹¹1995, S. 50-67, (Orig. *Histoire de la folie*).

¹³ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 17.

¹⁴ Foucault, *Wahnsinn und Gesellschaft*, S. 69.

¹⁵ Vgl. ebda., S. 69-71.

¹⁶ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 19-21; vgl. Burkhard Brückner, *Delirium und Wahn. Geschichte, Selbstzeugnisse und Theorien von der Antike bis 1900*, Stuttgart: Pressler 2007, Bd. 1: Vom Altertum bis zur Aufklärung, S. 348.

„Die Wende kam vielmehr mit der Idee, daß die Anstalten selbst imstande waren, eine Heilfunktion zu übernehmen, daß bereits ein Aufenthalt dort zur Genesung der Patienten beitragen konnte und nicht nur dazu dienen mußte, der verdrossenen Familie oder den besorgten Dorfältesten Ärger vom Hals zu schaffen.“¹⁷

Man sah die Aufgabe der Anstalten nun nicht mehr nur darin die Geisteskranken zu verwahren, sondern auch sie zu heilen.

Man vermutete im 18. Jhdt., dass die Ursache von Geisteskrankheit eine Überreizung der Nerven sei, die eben davor zu schützen seien.

„Die Mauer wurde zur Metapher des Reizentzuges: Die Mauer um die Anstalt diente wie die Mauer der einzelnen Isolierzelle (gleichsam der Anstalt in der Anstalt) dazu, den Kranken von der Umwelt und ihren Reizen abzuschneiden.“¹⁸

Durch die neue Idee der Heilfunktion der Anstalt konnten die Mediziner¹⁹ die „Irren“ als Kranke ihrem Tätigkeitsfeld zuführen und den Gefängniswärtern entziehen.²⁰

Um der angeblichen Überreizung der Nerven Einhalt zu gebieten, boten die Anstalten Routine, Disziplin, eine beruhigende Umgebung und einen geregelten Tagesablauf. Bereits in dieser Zeit wurde auch das Verhältnis zwischen Arzt und PatientIn als gesundheitsfördernd erachtet (moralische Therapie).²¹ Aber auch negative Behandlungen, wie das „In-den-Sack-Stecken“ oder der „Zwangsstuhl“ konnten mit angeblich heilsamer Reizverminderung gerechtfertigt werden.²² Leichtere psychische Störungen, sogenannte Nervenkrankheiten oder Neurosen, waren Ende des 18. Jhdts. noch nicht Aufgabengebiet der Psychiatrie, sondern der Allgemeinmedizin.²³

Anschließend an das neue Konzept der „Heilanstalt“ kam es im 19. Jhdt. in Europa und den USA zur Entstehung einer Vielzahl von psychiatrischen Anstalten.²⁴

¹⁷ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 23.

¹⁸ Heinz Schott/Rainer Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München: Beck 2006, S. 423.

¹⁹ Die Zulassung von Frauen zum Medizinstudium erfolgte in den USA Mitte des 19. Jahrhunderts (in Deutschland erst 1899). Elizabeth Blackwell promovierte als erste Frau im Fach Medizin 1849 in den USA. Um 1900 waren über 7000 Frauen als MedizinerInnen in den USA tätig. Daher werde ich erst ab dem Kapitel „Psychiatrie im 20. Jhdt.“ auch die weibliche Form verwenden. (Vgl. Claudia Huerkamp, „Frauen im Arztberuf im 19. und 20. Jahrhundert. Deutschland und die USA im Vergleich“, *Was ist Gesellschaftsgeschichte? Positionen, Themen, Analysen*, hg. v. Manfred Hettling [u.A.], München: Beck 1991, S. 135-145, hier S. 135.)

²⁰ Vgl. Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 424.

²¹ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 37-40.

²² Vgl. Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 424.

²³ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 44.

²⁴ Vgl. ebda., S. 78.

3.2. Psychiatrie im 19. Jahrhundert

3.2.1. Steigende Patientenzahlen

Lang hielt der therapeutische Optimismus allerdings nicht an, da die Anstalten aufgrund der steigenden PatientInnenzahl bis zum I. Weltkrieg wieder zu Verwahranstalten wurden.²⁵ Die Gründe für den PatientInnenzuwachs im 19. Jahrhundert sind vielfältig, Shorter vermutet, dass im Laufe des 19. Jhdts. viele PatientInnen, die in der Familie betreut oder in Armenhäusern untergebracht worden waren, in die neuen Anstalten „abgeschoben“ wurden und andererseits sich Krankheiten wie Neurosyphilis ausbreiteten. Die neue Bereitschaft der Familien im 19. Jhd., Angehörige in Anstalten zu geben, geht vermutlich auf das neue Konzept der Heilanstalt sowie Veränderungen in der Familiendynamik zurück. Familien definierten sich vor dem 18. Jhd. eher über Abstammung und Besitz als durch innerfamiliäre Intimität und Gefühle. Als Intimität und Gefühle gegen Ende des 18. Jhdts. aufgewertet wurden, erschienen geisteskrankte Verwandte als Störfaktoren, deren Behandlung und Versorgung man an die Anstalten abtrat.²⁶ Ebenso erging es im 19. Jhd. auch häufig altersdementen Verwandten.²⁷ Zusätzlich spielen ökonomische Faktoren mit; eine aufstrebende Mittelschicht kann es sich finanziell leisten, die „Störfaktoren“ abzuschieben.

3.2.2. Die erste biologische Psychiatrie

Erst im 19. Jhd. begannen die Mediziner und so auch die Psychiatrie die klinisch pathologische Methode zu nutzen. Es wurden immer mehr Autopsien auch an Geisteskranken durchgeführt und die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden mit den Symptomen vor dem Tod verknüpft. Zudem entwickelte sich das Konzept der Degeneration, das behauptete, dass Geisteskrankheit nicht nur erblich bedingt sei, sondern sich zudem von Generation zu Generation verstärke. Diese 1857 vom französischen Psychiater Benedict-Augustine Morel

²⁵ Vgl. ebda., S. 59.

²⁶ Shorter stellt eine zunehmende „Häuslichkeit“ Ende des 18. Jahrhunderts, Mitte des 19. Jahrhunderts fest. Unter Häuslichkeit versteht er, dass die Familien sich fortan als emotionale Einheit sehen, sich zunehmend gegen eine äußere Einmischung wehren und die Privatsphäre somit an Bedeutung gewinnt. Er vermutet, dass das unter anderem dem Kapitalismus geschuldet ist, der die traditionelle Wirtschaft mit ihren örtlichen Zünften ablöste. „Ich behaupte, daß sich beim gewöhnlichen Volk, das im achtzehnten Jahrhundert in die Marktwirtschaft gezwungen wurde, diese egoistische wirtschaftliche Mentalität auf verschiedene nichtwirtschaftliche Lebensgebiete ausgeweitet hat, besonders auf die Bande, die den einzelnen mit der Gemeinschaft verknüpfen.“ Edward Shorter, *Die Geburt der modernen Familie*, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt 1983, S. 293; (Orig. *The Making of the Modern Family*, New York: Basic Books 1975).

²⁷ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 78-89.

verbreitete Theorie fand schnell auch in anderen Ländern AnhängerInnen.²⁸ Die steigenden PatientInnenzahlen in den Anstalten wurde damals oft als ein Hinweis für die Degeneration gesehen.²⁹ Allerdings gewannen zu Beginn des ersten Weltkriegs wiederum nicht biologische Erklärungsmodelle die Oberhand und lösten die Degenerationslehre vorläufig ab. Die Schlüsselfigur dabei war Emil Kraepelin, der sich von der Ursachenforschung abwandte, da seiner Ansicht nach die Wissenschaft ohnehin nicht in der Lage sei, Krankheiten nach ihren Ursachen im Hirn voneinander zu unterscheiden und zu klassifizieren. Kraepelin war es wichtiger den Verlauf von Krankheiten prognostizieren zu können. Dazu teilte er die psychischen Krankheiten in große Gruppen ein, die später als Grundlage für das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* dienen sollten, das bis heute zentrale Bedeutung für die Psychiatrie hat. Kraepelins Arbeit fand großen Anklang, aber auch Forscher wie Franz Nissl und Alois Alzheimer trugen laut Shorter dazu bei, dass die Vererbungs-Degenerations-Psychiatrie an Bedeutung verlor, indem sie etwa Krankheiten mit pathologischer Gewebsveränderungen der Neurologie zuteilten und Krankheiten ohne feststellbare Veränderungen im Gehirn der Psychiatrie.³⁰

3.2.3. Umbenennung in Nervenkrankheiten

Aufgrund der biologischen Psychiatrie und der Degenerationslehre fürchteten Familien ihren Ruf zu ruinieren, sobald Blutsverwandte in eine Irrenanstalt eingeliefert wurden oder auch nur eine Geisteserkrankung diagnostiziert wurde. PsychiaterInnen wussten um diese Ängste und verwendeten im 19. Jhdt. deshalb auch bei schweren psychischen Krankheiten den euphemistischen Begriff „Nervenkrankheiten“, wenn sie PatientInnen außerhalb der staatlichen Anstalten behandeln wollten.³¹

Nervenkrankheiten wurden auf organische Störungen rückgeführt und im Gegensatz zu psychischen Erkrankungen als nicht erblich angesehen.³²

Diese Bestrebungen führten zur Umbenennung der psychiatrischen Privatkliniken in Mitteleuropa. „Irsinn“ und „Schwachsinn“ wurden, man würde heute von „political correctness“ sprechen, durch „Hirn- und Nervenkrankheit“³³ abgelöst. Den Ärzten war diese Farce durchaus bewusst. Sie nahmen laut Shorter nach wie vor eine biologische

²⁸ Vgl. ebda., S. 114, 148-150.

²⁹ Vgl. Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 101.

³⁰ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 156-169.

³¹ Vgl. ebda., S. 176-180.

³² Vgl. ebda., S. 175f.

³³ Ebda., S. 182.

Hirnerkrankung an und wählten diese Bezeichnung nur zur Beruhigung der Bevölkerung.³⁴

3.2.4. Das Krankheitsbild Neurasthenie

Im Jahre 1869 beschreibt der amerikanische Arzt George Beard die Krankheit „Neurasthenie“, die durch die Belastungen der modernen Zivilisation verursacht würde. Zu den Symptomen zählen Erschöpfung, Kopfschmerzen, geistige Schwäche, Müdigkeit, Schlafstörung und vieles mehr.³⁵ „Beard erklärte, daß die meisten nervlichen Symptome einem physischen Erschöpfungszustand der Nerven zu verdanken seien, den er Neurasthenie nannte.“³⁶

Der amerikanische Arzt Silas Weir Mitchell empfahl 1877, wenige Jahre nach der „Entdeckung“ der Neurasthenie eine „Ruhekur“ als Behandlung für diese Krankheit.³⁷ „Alles ergänzte sich aufs beste: der Boom der Privatkliniken Ende des 19. Jahrhunderts, die Diagnose Neurasthenie (die Hauptzielscheibe aller Ruhekuren) und das Aufkommen der psychiatrischen Privatpraxen, die allerdings noch nicht so genannt wurden.“³⁸

Bis zur Jahrhundertwende wurde die Mitchell-Kur in ganz Europa zur Bekämpfung von Neurasthenie verordnet. Nach und nach erkannten laut Shorter die Ärzte, dass bei diesen Kuren die Autorität des Arztes im Vordergrund zu stehen schien und die PatientInnen geheilt wurden, weil sie sich dem Arzt unterwerfen mussten. Somit rückte nach und nach das psychologische Moment anstatt des physiologischen in den Mittelpunkt, was wiederum der Psychotherapie den Weg ebnete.³⁹

3.2.5. Neurologie und Psychotherapie

Da die Psychiatrie trotz der Umbenennung der Anstalten einen schlechten Ruf hatte, wurden vom gehobenen Bürgertum bei leichteren psychischen Störungen eher Neurologen konsultiert. Vielleicht waren es deshalb großteils Neurologen, die die Psychotherapie (weiter) entwickelten (Charcot, Freud, Friedländer,...). Davon profitierten sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen. Während die ÄrztInnen gut am aufstrebenden Bürgertum verdienten, konnten

³⁴ Vgl. ebda., S. 183.

³⁵ Vgl. Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 361f.

³⁶ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 199.

³⁷ Vgl. Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 362.

³⁸ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 203.

³⁹ Vgl. ebda., S. 204-208.

die PatientInnen und ihre Familien weiterhin annehmen, dass es sich um organische Probleme handele und sie an keiner Geisteserkrankung litten.

„Der Grund dafür war, daß die Neurologie den Patienten ein Feigenblatt bot, indem sie zu sagen schien: Wir halten ihre Probleme zwar für organisch, können sie aber vielleicht dennoch mit dieser neuen Methode (Psychotherapie) beeinflussen. Unter diesem Deckmäntelchen sowie dem Vorwand, somatische, vom zentralen Nervensystem ausgelöste Beschwerden zu behandeln, konnten die Neurologen nun auch Patienten mit leichteren psychischen Krankheiten übernehmen.“⁴⁰

Eine wichtige Wurzel, aus der die Psychotherapie hervorging, ist die Hypnosegeschichte. Ende des 18. Jhdts. wurde Franz Anton Mesmer (Mesmerismus, Magnetismus) ein Star-Hypnotiseur. In den 1880er Jahren erfuhr Hypnose durch die französischen Ärzte Jean-Martin Charcot und Hippolyte Bernheim einen starken Aufschwung. Während der Neurologe Charcot der Hypnose keine therapeutische Bedeutung beimaß, sondern Hypnotisierbarkeit nur als Beweis für die vorhandene Hysterie eines Menschen sah, glaubte ausgerechnet der Internist Bernheim an deren therapeutischen Wert. Zwar erkannte er bald, dass Zureden genauso effektiv wie Hypnose sein konnte und wandte sich davon wieder ab,⁴¹ dennoch steht er mit seinen Versuchen über die Beeinflussung des Geistes den Körper zu heilen,⁴² „für den Beginn der modernen medizinischen Psychotherapie.“⁴³

Frederik Willem van Eeden nahm die Ideen Charcots und Bernheims bei einem Frankreichbesuch begeistert auf und eröffnete daraufhin eine Klinik in Amsterdam, in der er die Hypnotherapie unter dem Namen „Klinik für psychotherapeutische Suggestion“ anbot.⁴⁴ Nichthypnotische und hypnotische Psychotherapie fanden schnell große Verbreitung; Psychotherapie und biologische Psychiatrie existierten nebeneinander und miteinander. „Zu dieser Zeit waren Psychotherapie und biologische Psychiatrie nicht unvereinbar, da sich die eine ja eher mit der Behandlung und die andere mit den Ursachen befaßte.“⁴⁵ Psychotherapie hielt in Mitteleuropa schnell Einzug in die Privatkliniken, die hauptsächlich von Neurologen geleitet wurden. Schon Mitte der 1890er Jahre beschäftigten sich die meisten Privatkliniken in Mitteleuropa mit Psychotherapie, wobei es bis zum I. Weltkrieg fast ausschließlich Neurologen waren, die sich mit Psychotherapie befassten und teilweise eigene

⁴⁰ Ebda., S. 210f.

⁴¹ Vgl. ebda., S. 211f.

⁴² Vgl. Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 460.

⁴³ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 212.

⁴⁴ Ebda., S. 212.

⁴⁵ Ebda., S. 212f.

Praxen gründeten. „Die privat praktizierte Psychotherapie, die Basis der psychiatrischen Praxis des späten 20. Jahrhunderts, wurde von Neurologen ins Leben gerufen, nicht von Psychiatern.“⁴⁶ Das wiederum hinderte die Psychiatrie daran, eine eigenständige Disziplin zu werden. „Um die Zeit des Ersten Weltkriegs war die Psychiatrie in jedem westlichen Land an den Rand der allgemeinmedizinischen Entwicklung gerückt. (...) [I]hre wissenschaftlichen Errungenschaften waren von der Organmedizin absorbiert worden.“⁴⁷

Durch die Degenerationslehre vertrieb man laut Shorter die Kranken aus der Psychiatrie. Die NeurologInnen nahmen sie mit offenen Armen auf und gaukelten ihnen vor es handle sich um eine Nervenerkrankung. Die Aufgabe der Psychiatrie bestand nun darin, sich vom „Irrsinn“ und von den vermuteten rein organischen Ursachen der Nervenkrankheiten zu lösen, um als eigener Fachbereich bestehen zu bleiben.⁴⁸

3.3. Psychiatrie im 20. Jahrhundert

Der Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud nahm an, dass sich frühkindliche verdrängte sexuelle Erinnerungen und Phantasien bei Erwachsenen zu Neurosen auswachsen können. Mithilfe der psychoanalytischen Interpretation von Symptomen, Ängsten und vor allem auch Träumen, die u.a. durch freie Assoziation herbeigeführt wird, könne eine Aufarbeitung stattfinden, wodurch es zur Heilung der Neurosen komme.⁴⁹

Auch wenn die Psychoanalyse sich der Erklärung psychischer Störungen widmete, wurde sie zunächst in der Regel von NeurologInnen und ÄrztInnen angeboten und nicht von PsychiaternInnen.⁵⁰ Die klinischen PsychiaterInnen standen der Psychoanalyse zunächst sehr kritisch gegenüber. Durch die PsychoanalytikerInnen kam es zu einer Verschiebung der Wahrnehmung von Krankheitsbildern, was man als „Psychosen“ erkannt und benannt hatte, zu „Neurosen“.⁵¹ Nach dem ersten Weltkrieg wandte sich in Mitteleuropa auch die junge

⁴⁶ Ebda., S. 219.

⁴⁷ Ebda., S. 221.

⁴⁸ Vgl. ebda., S. 221.

⁴⁹ Für detaillierte Informationen: Thomas Köhler, *Freuds Psychoanalyse. Eine Einführung*, Stuttgart [u.A.]: Kohlhammer 1995.

⁵⁰ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 225.

⁵¹ Vgl. ebda., S. 239f.

Der Begriff Neurose wird zunehmend nicht mehr verwendet. Im ICD-9 beispielsweise gab es noch die große Unterscheidung zwischen Neurose und Psychose, während diese Unterscheidung im ICD-10 fehlt und der Begriff nur noch in einer Überschrift aufscheint: „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“. Im ICD-10 wird auch der Ausdruck psychotisch nur noch rein deskriptiv gebraucht und darunter „das Vorkommen von Halluzinationen, wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen schweren abnormen Verhaltens“ verstanden.

Generation an PsychiaterInnen der Psychoanalyse zu, wenn sie psychotherapeutisch orientierte Privatpraxen eröffnen wollten. „In den zwanziger Jahren blühte und gedieh die Psychiatrie außerhalb der Anstalten; ihr intellektueller Motor war die Psychoanalyse.“⁵² In den 30er Jahren wurde diese Entwicklung durch den Nationalsozialismus gewaltsam unterbrochen und die aus Deutschland und Österreich vertriebene Psychoanalyse eroberte die Vereinigten Staaten, wo sie die Psychiatrie bis in die 70er Jahre dominierte. Die AmerikanerInnen waren bereits zuvor begeistert von den Ideen der Psychoanalyse und die Lehre wurde dankbar angenommen.⁵³

3.3.1. Amerika und die Psychoanalyse

In Amerika war die Verbindung von Psychiatrie und Psychoanalyse viel enger als in Europa. Ab 1938 bestand die American Psychoanalytic Association (1911 gegründet) auf eine mindestens ein- später zwei- und dann dreijährigen Fachausbildung in der Psychiatrie und nur ÄrztInnen durften die Ausbildung als PsychoanalytikerInnen absolvieren. Ende der 30er Jahre gab es zudem erfolgreiche Bestrebungen, dass alle PsychiaterInnen eine psychoanalytische Ausbildung erhalten⁵⁴, sollten, was zur Folge hatte, dass „[z]wischen den vierziger und siebziger Jahren [...] amerikanische Psychiater [...] mehrheitlich psychoanalytisch orientiert“ waren.⁵⁵ In den 50er Jahren waren psychoanalytische Ideen daher in den USA im Gegensatz zu Europa fester Bestandteil der medizinischen Lehrpläne an den Universitäten, was so weit führte, dass „Mitte der sechziger Jahre [...] die amerikanische Öffentlichkeit unter Psychiatrie nur noch Psychoanalyse“ verstand. „Die Machtübernahme“, schreibt Shorter, war vollzogen.“⁵⁶ Durch diese dominierende Stellung war die Psychoanalyse aber gezwungen sich nicht nur den Neurosen, sondern sich auch den Psychosen zu widmen, während in Europa bis auf einige schnell wieder eingestellte Versuche der Fokus auf den Neurosen blieb. Durch das „Monopol“ der Psychoanalyse schien es sich zu erübrigen, psychische Krankheiten differenziert zu klassifizieren. Man war der Überzeugung, dass es nur eine Form von psychischer Krankheit gäbe und dass nur die Ausmaße der Symptome sich unterschieden. Geisteskrankheit wäre keine Ausnahme, jeder Mensch werde im Laufe seiner frühkindlichen

H. Dilling/W. Mombour/M. H. Schmidt (Hg.), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch – diagnostische Leitlinien*, Bern: Huber 2008, S. 22.

⁵² Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 245.

⁵³ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 246.

⁵⁴ Vgl. ebda., S. 250-253.

⁵⁵ Ebda., S. 265.

⁵⁶ Ebda., S. 267. Im gesamten Werk Shorters lässt sich eine ablehnende Haltung gegenüber der Psychoanalyse erkennen. Das macht sich u.a. anhand seiner Terminologie bemerkbar.

Entwicklung bis zu einem gewissen Grad geisteskrank. Es gäbe keine genetischen oder im weitesten Sinn „körperliche“ Ursachen, sondern die Störungen seien „Produkte einer anomalen Sozialisation in der Kindheit“⁵⁷.

Die Psychoanalyse avancierte zwischen den späten 40er Jahren bis Mitte der 60er Jahre in Amerika zur Modeerscheinung und auch Personen, die keine ernsthaften psychischen Probleme hatten, suchten AnalytikerInnen auf. „Die Analysen wurden nicht mehr nur aus Leidensdruck begonnen, sondern auch aus der Erwartung eines exotischen Unterfangens“⁵⁸ Zweifellos mussten die psychoanalytischen Theorien an die amerikanische Gesellschaft angepasst werden, um erfolgreich zu sein. Freuds Konzept des Todestriebs wurde, so heißt es in manchen Quellen, ausgeblendet. „Der Zwang zum Optimismus und zur guten Laune [...] lässt für die Tragödie des Menschseins wenig Platz.“⁵⁹

3.3.2. Medikamente in der ersten Hälfte des 20. Jhdts.

Vor der Entwicklung von Psychopharmaka, psychochirurgischer Methoden und der Psychoanalyse, die für endogen-hirnorganische Psychosen nicht geeignet war, hatten die PsychiaterInnen kaum andere Möglichkeiten als ihre PatientInnen in Anstalten zu verwahren. Die rasch zunehmende PatientInnenanzahl in den Nervenheilanstalten zwang zu einer Suche nach Alternativen und war geprägt von Experimenten, um ein finanzierbares und wirksames Heilmittel (für die Staaten ebenso wie für die individuellen PatientInnen) zu finden. Im 19. Jahrhundert begann man in den Nervenheilanstalten Alkaloide, wie Morphinum und Hyoszyamin zu verwenden. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begann man, Morphinum in die Blutbahn der PatientInnen zu spritzen, um sie ruhig zu stellen, bis man die Gefahr der Abhängigkeit erkannte. Einen Umschwung brachte das erste synthetisch produzierte Mittel, Chloralhydrat. Es wurde bereits 1832 erstmals hergestellt und 1869 von Otto Liebreich erstmals als Schlafmittel bei Depressionen und zur Beruhigung von PatientInnen genutzt. Diese neue synthetische Droge fand auch beim Bürgertum Einsatz, da Chloralhydrat oral eingenommen und so auch zuhause unauffällig verwendet werden konnte. Der Psychiatrie war jedoch klar, dass diese Medikamente die Symptome nur unterdrückten und nicht zur Heilung beitrugen. Ab 1903 wurden Barbiturate als Beruhigungsmittel von Pharmakonzernen unter dem Namen „Veronal“ und „Medinal“ vermarktet, die aufgrund des

⁵⁷ Ebda., S. 273.

⁵⁸ Else Pappenheim, *Hölderlin, Feuchtersleben, Freud. Beiträge zur Geschichte der Psychoanalyse, der Psychiatrie und Neurologie*, hg. v. Bernhard Handlbauer, Graz: Nausner & Nausner 2004, S. 177.

⁵⁹ Ebda., S. 185.

höheren Preises vorwiegend in privaten Nervenkliniken verwendet wurden. Diese neuen „Wundermittel“ wurden nicht nur von klinischen PsychiaterInnen verwendet, sondern auch von Hausärzten verschrieben.⁶⁰ Der Schweizer Psychiater Jakob Klaesi versetzte PsychotikerInnen mit dem Barbiturat Somnifen in einen zweiwöchigen Schlaf, um sie anschließend psychotherapeutisch behandeln zu können und beschrieb 1922 seine Erfolge. Seine Behandlungsmethode wurde jedoch nur bis in die 1930er Jahre genutzt.⁶¹ Es gab allerdings bis in die 60er Jahre immer wieder Versuche Psychosen durch Schlaftherapie zu behandeln.⁶²

3.3.3. Insulinkoma und Elektrokrampftherapie

In den 1930er Jahren begann man, PsychotikerInnen der sogenannten Insulinkomatherapie zu unterziehen, bei der durch eine absichtliche Unterzuckerung ein Koma und teilweise Krampfanfälle ausgelöst wurden. Damit konnten bei scheinbar hoffnungslosen Fällen, insbesondere bei schizophrenen PatientInnen, anfangs Erfolge erzielt werden. In den 60er Jahren gehörte die Insulinkomatherapie in vielen amerikanischen Psychiatrien zum Standardprozedere. Die Behandlung war ungefährlicher als die Schlaftherapie, allerdings überlebten manche den Schock nicht und langfristig ließen sich auch keine größeren Erfolge verbuchen. Ähnliches gilt für Krampftherapien, die als Vorläufer der Schocktherapien gesehen werden können. Das Medikament Cardiazol führte zu Krämpfen, die Psychosen lindern sollten. In den 30er und 40er Jahren wurde mit dieser neuen Methode in den amerikanischen Psychiatrien experimentiert, die PatientInnen hatten allerdings (berechtigte) Todesängste vor dieser Behandlung.⁶³

Die berühmte Elektroschocktherapie (auch: Elektrokonvulsionstherapie, Elektrokrampftherapie, EKT) wurde erstmals 1938 an einem Menschen getestet und führte, so heißt es, zu einer deutlichen Besserung des Zustandes. Zwar konnte auch dadurch keine vollständige Heilung herbeigeführt werden, aber die Symptome konnten deutlich eingedämmt werden. In Großbritannien wurde die medikamentös induzierte Krampftherapie rasch von der EKT verdrängt, in Amerika war der Widerstand gegen die EKT von Seiten der PsychoanalytikerInnen groß, da sie mit ihrer Lehre von den frühkindlichen Ursachen der psychischen Störungen nicht vereinbar war und es dauerte länger bis sie regelmäßig

⁶⁰ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 297-307.

⁶¹ Vgl. Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 484.

⁶² Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 313.

⁶³ Vgl. ebda., S. 313-326.

angewendet wurde. „Wenn es tatsächlich die Neuronen im Hirn waren, die die Menschen krank machten, löste sich die ganze psychoanalytische Theorie in Nichts auf.“⁶⁴

Die EKT, die bis heute noch bei schweren Depressionen Anwendung findet, war und ist umstritten. Einerseits wird sie von AntipsychiaterInnen und psychotherapeutisch ausgerichteten ÄrztInnen stark kritisiert,⁶⁵ andererseits gilt „in der modernen Psychiatrie die korrekt durchgeführte Elektrokrampftherapie als eines der effektivsten, sichersten und nebenwirkungsarmen biologischen Therapieverfahren.“⁶⁶ Die EKT wird heutzutage unter Kurznarkose und nach der Verabreichung von muskelentspannenden Medikamenten durchgeführt, damit die PatientInnen nichts spüren und nicht der ganze Körper von Muskelkrämpfen betroffen ist.⁶⁷

3.3.4. Lobotomie

Lobotomie ist die brutalste und spektakulärste Methode der Psychochirurgie. Dabei werden den PatientInnen Metallspieße, die wie Stricknadeln aussehen, durch die Augenwinkel ins Gehirn gerammt. Dadurch wird Gehirnmasse mechanisch zerstört, was zu einer Normalisierung des Verhaltens beitragen soll. Die ersten Lobotomien, bei der Teile des frontalen Stirnlappens entfernt werden, wurden Mitte der 1930er Jahren durchgeführt. Ende der 1940er Jahre wurden unzählige Lobotomien in den amerikanischen Psychiatrien vorgenommen. Erst Mitte der 50er Jahre lösten die neuen Psychopharmaka die Lobotomie ab. Zwar konnten mit dieser irreversiblen Methode tatsächlich Patienten ruhiggestellt werden, allerdings verloren sie dabei ihre Individualität, ihr Urteilsvermögen und ihre sozialen Fähigkeiten.⁶⁸

⁶⁴ Ebda., S. 333.

⁶⁵ Vgl. ebda., S. 313.

⁶⁶ Klaus Paulitsch/Andreas Karwautz, *Grundlagen der Psychiatrie*, Wien: Facultas 2008, S. 47.

⁶⁷ Vgl. ebda., S. 47.

⁶⁸ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 336-343.

3.3.5. Sozial- und Gemeindepsychiatrie

Die Idee der Gemeindepsychiatrie ist, dass psychische Krankheiten nicht durch die Gene oder gestörte Prozesse/Veränderungen im Hirn – wie von der biologischen Psychiatrie vermutet – oder die frühe Kindheit – wie von der Psychoanalyse vermutet – ausgelöst werden, sondern durch das soziale Umfeld. Insofern ist zur Behandlung die Wiederherstellung eines gesunden sozialen Umfeldes wichtig. Diesem Konzept entsprechend wurde die Gruppentherapie als Behandlungsmethode angewandt, die 1939 von Joshua Bierer in Großbritannien ins Leben gerufen worden war. Bierer wollte mithilfe der Gruppentherapie die Selbstbestimmung und die Unabhängigkeit der PatientInnen fördern, da seiner Ansicht nach in der klassischen Psychoanalyse eine zu starke Abhängigkeit vom/von der PsychoanalytikerIn gegeben ist. Zugleich konnten damit Gruppen behandelt werden, was u.a. für das Militär interessant war, da in Kriegs- und Nachkriegszeiten die Anzahl traumatisierter Soldaten zunimmt. Ziel der therapeutischen Gemeinschaft war es, durch gute menschliche Beziehungen die Menschen zu stärken und so zu heilen, was durch schlechte menschliche Beziehungen verursacht wurde. Um dies umzusetzen, entstanden ab 1946 psychiatrische Tageskliniken. 1959 gab es in Großbritannien bereits 38 solcher Tageskliniken. Man war überzeugt, dass das Individuum als Teil der Gesellschaft und nicht als Einzelperson wahrgenommen werden muss, um eine Heilung zu erzielen. Zwar wurde die therapeutische Gemeinschaft als Alternative zur Psychoanalyse und zur Asylisierung genutzt, aber auch hier fanden körperliche Behandlungsmethoden wie die Insulinkomabehandlung ihre Anwendung.⁶⁹ In Amerika hatte dieses Konzept weitaus weniger Erfolg, was u.a. daran lag, dass sich anders als in Großbritannien die Militärpsychiatrie nicht hinter diese Bewegung stellte, sondern den Bereich den PsychoanalytikerInnen überließ. Erst in den 50er und 60er Jahren setzten sich die Begriffe Sozialpsychiatrie und therapeutische Gemeinschaft durch, aber die konkrete Auffassung der Begriffe war eine völlig andere als in Großbritannien. Versuche, eine therapeutische Gemeinschaft einzurichten, scheiterten häufig an der Vorherrschaft der Psychoanalyse, die ihren Schwerpunkt auf die Einzelbeziehung zwischen Arzt/Ärztin-PatientIn legt. Es gab keine Tageskliniken wie in Großbritannien oder in Europa und so war das tragische Ende der amerikanischen Gemeindepsychiatrie vorherbestimmt, als man begann PatientInnen massenweise aus den Kliniken zu entlassen. Mehr zu den Gründen im nächsten Kapitel „Enthospitalisierung“. Einzig die unter Kennedy 1963 errichteten Mental Health Centers hätten diese PatientInnen auffangen können, aber stattdessen kümmerten sich diese

⁶⁹ Vgl. ebda., S. 343- 354.

um die Neurosen wohlhabender BürgerInnen anstatt die PsychotikerInnen zu unterstützen. Das wiederum führte dazu, dass sich die biologische Psychiatrie in Amerika viel schneller durchsetzte als in Europa, wo die Gemeindepsychiatrie erfolgreicher war und sich deshalb stärker dem biologischen Ansatz widersetzte.⁷⁰

3.3.6. Enthospitalisierung

Die Deinstitutionalisierung mit dem Ziel, PatientInnen in die Gesellschaft rückzuführen, nahm ihren Anfang als Folge der zweiten biologischen Psychiatrie. 1954 wurde das Medikament Chlorpromazin, das Wirkung bei Psychosen zeigte, von der Medikamentenbehörde freigegeben. So konnten viele Menschen aus den Kliniken entlassen werden. Doch durch die antipsychiatrische Bewegung in den 60er und 70er Jahren wurde der Druck größer und mehr und mehr PatientInnen wurden entlassen. Die 1963 unter John F. Kennedy gegründeten Gemeinschaftszentren der Psychohygiene kümmerten sich nicht um jene Leute, die wirklich Hilfe benötigten, sondern widmeten sich vor allem der Psychotherapie leichter Fälle. Die Personen, die aus der Klinik entlassen wurden, fanden keine Arbeit oder Wohnung und litten unter den Nebenwirkungen der Medikamente oder nahmen sie nicht ein. In den 80er Jahren wurden ehemalige PatientInnen wieder in Allgemeinkrankenhäuser oder private Nervenkliniken aufgenommen und die antipsychiatrische Bewegung, aber auch die Gemeindepsychiatrien hatten somit ausgedient.⁷¹ Dennoch hat die antipsychiatrische Bewegung bis heute noch Bedeutung:

„Das veröffentlichte Bild von der Psychiatrie, der Behandlung mit Psychopharmaka und der Psychopathologie wird immer noch, wie zahlreiche aktuelle Beispiele belegen, häufig unausgesprochen, von antipsychiatrischen Vorstellungen geprägt.“⁷²

⁷⁰ Vgl. ebda., S. 354-358.

⁷¹ Vgl. ebda., S. 418-421.

⁷² T. Rechlin/ J. Vliegen, *Die Psychiatrie in der Kritik. Die antipsychiatrische Szene und ihre Bedeutung für die klinische Psychiatrie heute*, Berlin [u.A.]: Springer 1995, S. 119.

3.3.7. Die zweite biologische Psychiatrie

In den 70er Jahren wurde die klassische Psychoanalyse wieder von der biologischen Psychiatrie abgelöst. Die Ursachen psychischer Krankheiten wurden wieder im Gehirn lokalisiert und nicht mehr auf das soziale Umfeld oder frühkindliche Erlebnisse zurückgeführt. Mittlerweile gab es genügend Studien, die organische oder genetische Ursachen psychischer Erkrankungen belegten. Aufgrund dieser Daten wurde die Psychoanalyse als Erklärungsmodell ab- und die biologische Psychiatrie aufgewertet. Dazu kam der Erfolg der medikamentösen Behandlung mit Psychopharmaka, die nachweislich Einfluss auf die Hirnchemie nahmen.⁷³ 1952 wurde das Medikament Chlorpromazin, ein Neuroleptikum, an PatientInnen getestet und führte, so schreibt Shorter, „zu einer Revolution in der Psychiatrie, vergleichbar der Einführung des Penizillins in der Allgemeinmedizin.“⁷⁴ Mit Chlorpromazin begann auch der Siegeszug der Pharmakologie. Im Gegensatz zu Behandlungsmethoden wie EKT und Insulin schien Chlorpromazin ungefährlicher und wurde eher von den PatientInnen akzeptiert. Anders als durch Barbiturate wurde die Denkfähigkeit von dem neuen Medikament nicht beeinträchtigt und die PatientInnen konnten ein relativ normales Leben führen, obwohl unkontrollierbare Zuckungen und Grimassen als Nebenwirkungen auftraten. Zum Problem wurde Chlorpromazin indirekt, als die PatientInnen massenweise aus den Kliniken entlassen wurden das Medikamente nicht mehr einnahmen. Dennoch führte der Erfolg von Chlorpromazin zur weiteren Vermarktung von anderen Psychopharmaka.⁷⁵

Die von der Pharmaindustrie finanzierte Forschung erkannte die Funktion von Botenstoffen wie Serotonin und Dopamin und fand heraus, welche Medikamente diese Botenstoffe beeinflussen könnten. Mit technischen Neuerungen suchte man nun Veränderungen im Gehirn immer präziser als Ursache für psychische Erkrankungen zu bestimmen.⁷⁶ Die Wissenschaft war nun besser in der Lage, die physischen Ursachen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten zu erforschen.⁷⁷ Auch Schott und Tölle sprechen von „einer spürbaren Renaissance des biologischen Denkens“⁷⁸ ohne allerdings dabei den Begriff biologische Psychiatrie zu verwenden.

⁷³ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 359-383.

⁷⁴ Ebda., S. 383.

⁷⁵ Vgl. ebda., S. 370-380.

⁷⁶ Vgl. ebda., S. 393-408.

⁷⁷ Vgl. ebda., S. 407.

⁷⁸ Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 223.

3.4. Ende des 20. Jahrhunderts bis heute

Seit den 70er Jahren lässt sich laut Shorter die dem Konzept der biologischen Psychiatrie wiederum entgegengesetzte Tendenz bemerken, dass Menschen mit Problemen nicht mehr NeurologInnen oder PsychiaterInnen konsolidieren, sondern nichtmedizinische Psychotherapien in Anspruch nehmen. „Im Laufe von einhundert Jahren war aus der exotischen Psychotherapie, die ausschließlich von Neurologen angeboten wurde, ein nationaler Zeitvertreib geworden.“⁷⁹ Einerseits suchten die Menschen weitaus schneller bei Problemen Hilfe und andererseits gingen sie auch in schwierigen Lebenssituationen zur Therapie, ohne sich tatsächlich krank zu fühlen. „Damit fand eine Psychologisierung von Schwierigkeiten statt, die man einst als wirtschaftliche, soziale oder moralische Probleme betrachtet und vielleicht mit einem Seelsorger oder Freund besprochen hätte.“⁸⁰ Dadurch verloren die PsychiaterInnen ihre PatientInnen nach und nach an PsychologInnen und SozialfürsorgerInnen. Das wiederum führte laut Shorter dazu, dass die PsychiaterInnen versuchten, ihre PatientInnen zurückzugewinnen, indem sie Verhalten, das früher als normal galt, pathologisierten. So wurden verschiedene neue Krankheiten definiert, die nur von MedizinerInnen behandelt werden durften. Seit den 60er Jahren wurde auch die Definition von Depression viel weiter gefasst und auch Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen etc. als Symptome gefasst, weshalb die Zahl der neuen Depressiven und der PatientInnen der PsychiaterInnen stetig zunahm.⁸¹ Wurden im 19. Jahrhundert PsychotikerInnen und im frühen 20. Jahrhundert NeurotikerInnen behandelt, „war die Psychiatrie am Ende des 20. Jahrhunderts zunehmend an Personen interessiert, die einst bestenfalls vom Hausarzt behandelt worden wären.“⁸² Elizabeth Lunbeck schreibt in *The Psychiatric Persuasion*, dass durch Freuds Psychoanalyse die Grenze zwischen „normal“ und „abnormal“ undeutlich wurde, indem sie die allgemeinen Probleme der Menschen, die nicht nur Geisteskranke betreffen, in den Vordergrund rückte. „Examining and observing the many nearly normal patients who passed through the hospital [...] psychiatrists pieced together a new science of the everyday.“⁸³ Die Begriffe „normal“ und „anormal“ sind hier weder im naturwissenschaftlichen noch statistisch objektiven Sinne zu verstehen, sondern im jeweiligen zeitlichen Kontext. So spiegeln sie immer auch die vorhandenen gesellschaftlichen Machtverhältnisse wider: Im Krieg ist es beispielsweise „normal“ Gegner zu töten.

⁷⁹ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 432.

⁸⁰ Ebda., S. 433.

⁸¹ Ebda., S. 433-435.

⁸² Ebda., S. 436.

⁸³ Elizabeth Lunbeck, *The Psychiatric Persuasion. Knowledge, Gender, and Power in Modern America*, Princeton, New Jersey: Princeton University 1994, S. 24.

Im Verständnis der Psychoanalyse existiert keine störungsfreie Entwicklung. Insofern ist die Grenze zwischen krank und gesund immer relativ.⁸⁴

Shorter behauptet, dass die Grenzen des Pathologischen in der 2. Hälfte des 20. Jhdts. von der Psychiatrie bewusst ausgeweitet wurden, um den nichtmedizinischen KonkurrentInnen die PatientInnen wieder zu entreißen und „die Alltagsnöte der Menschheit zu kassenabrechnungsfähigen Krankheiten zu machen.“⁸⁵ Auch die Pharmaindustrie hatte großes Interesse, die Definition von psychischer Krankheit zu erweitern, um ihre Medikamente noch besser vermarkten zu können. Der Höhepunkt wurde 1987 erreicht, als das Medikament Prozac zugelassen und „als Universalmittel gegen alle Probleme des Lebens angepriesen wurde.“⁸⁶ Damit wurden keineswegs nur Menschen mit psychischen Krankheiten angesprochen, sondern alle möglichen Probleme als Anzeichen von Depressionen pathologisiert. „1994 war Prozac weltweit zur Nummer zwei der meistverkauften Medikamente geworden.“⁸⁷ Nummer eins waren Magentabletten namens Zantic.⁸⁸

Auch Konstantin Ingenkamp beschreibt in seinem Buch *Depression und Gesellschaft*, dass in den 90er Jahren Prozac und in weiterer Folge ähnliche Medikamente wie Effexor und Celexa zur inflationären Verwendung des Depressionsbegriffes beigetragen haben. „Diese Mittel werden aber bei weitem nicht nur gegen Depression eingesetzt, sondern gegen alle Formen psychischer Auffälligkeit oder Unwohlsein.“⁸⁹

Shorter betont aber auch, dass mit Prozac und den Psychopharmaka milde Formen der Geisteskrankheiten in der Öffentlichkeit ihren Schrecken verloren haben, da sie als medikamentös heilbar galten. Die neue Aufgabe von PsychiaterInnen besteht laut ihm nunmehr darin, Psychotherapie mit der Verabreichung von Medikamenten zu verbinden. Diese Kombination unterscheidet sie von den PsychologInnen, die keine Medikamente verschreiben dürfen und den NeurologInnen, die üblicherweise keine Psychotherapie durchführen.⁹⁰

Mittlerweile scheint aus der These der Psychoanalyse (psychische Ursachen) und der Antithese der Psychiatrie (physische Ursachen) die allgemein akzeptierte Synthese hervorgegangen zu sein, dass sowohl die Genetik als auch psychologische und soziale

⁸⁴ Vgl. Eveline List, „Psychoanalyse“, *Psychotherapie. Eine Einführung*, hg. v. Thomas Slunecko, Wien: Facultas 2009, S. 85-114, hier S.100f.

⁸⁵ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 437.

⁸⁶ Ebda., S. 482.

⁸⁷ Ebda., S. 483.

⁸⁸ Vgl. ebda., S. 483.

⁸⁹ Konstantin Ingenkamp, *Depression und Gesellschaft. Zur Erfindung einer Volkskrankheit*, Bielefeld: Transcript 2012, S. 304; www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/viewbooktoc/product/397421, Zugriff: 20.11.2017.

⁹⁰ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 484-487.

Faktoren Einfluss auf psychische Gesundheit bzw. Krankheiten haben.⁹¹ „The dual impact of natural and social factors is commonly accepted today.“⁹²

3.5. Diagnosen: DSM V und ICD 10

1952 veröffentlichte die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft (APA) das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*, das „erste unabhängige terminologische Standardwerk für Psychiater“.⁹³ Darin werden die verschiedenen psychischen Krankheiten mit ihren Symptomen klassifiziert. 1968 wurde das *DSM-II* veröffentlicht, 1980 das *DSM-III*, 1987 das *DSM-III-R*, 1994 das *DSM-IV* und 2013 schließlich das *DSM-V*. Die jeweils aktualisierten Neuauflagen spiegeln immer auch das jeweils vorherrschende psychiatrische Modell wider und die damit verbundenen kulturellen Vorstellungen. Während die ersten zwei Ausgaben noch einen psychoanalytischen Schwerpunkt legen, ist die dritte Ausgabe klar durch die biologische Psychiatrie geprägt. Das *DSM-III* hatte durch seine Kurskorrektur – die Rückbesinnung auf die biologische Psychiatrie - großen Einfluss und wurde in über 20 Sprachen übersetzt. Verschiedene Gruppen versuchten, die Listung der Krankheiten in ihrem Sinne zu steuern, vor allem die Pharmaindustrie, aber auch die Vietnam-Veteranen, Homosexuellenverbände und Feministinnen konnten Änderungen durchsetzen.⁹⁴ Bereits 1893 war ein internationales Klassifikationssystem für Todesursachen gegründet worden, das vorerst statistischen Zwecken dienen sollte. 1948 mit der Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde dieses Klassifikationssystem um Krankheiten erweitert und in *International Classification of Diseases (ICD)* umbenannt. In der Auflage *ICD-6* gab es erstmals ein Kapitel über psychische Erkrankungen. Es dauerte jedoch bis dieses Klassifikationssystem von den verschiedenen Ländern angenommen wurde, da diese oftmals eigene Klassifikationssysteme nutzten.⁹⁵

Die aktuellsten Werke sind das *DSM-V* von 2013 und das *ICD-10* von 1992, das Kapitel V den psychischen Störungen widmet. Im Unterschied zum *ICD*, welches alle Krankheiten zu erfassen versucht, beschreibt das *DSM* ausschließlich psychische Störungen.⁹⁶ Heutzutage

⁹¹ Vgl. ebda., S. 430.

⁹² Eric Shiraev, *A History of Psychology. A global perspective*, Los Angeles [u.A.]: Sage 2015, S. 415.

⁹³ Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 446.

⁹⁴ Im *DSM-II* schien Homosexualität noch als Störung auf, während es im *DSM-III* schließlich gestrichen wurde. Die Vietnam Veteranen bewirkten, dass die „Post Traumatic Stress Disorder“ gelistet wurde. Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 446-455.

⁹⁵ Vgl. Markus Jäger, *Ein Leitfaden für das tägliche Arbeiten mit ICD und DSM*, Stuttgart, New York: Thieme 2015, S. 37.

⁹⁶ Vgl. ebda., S. 45.

handelt es sich beim *ICD-10* und *DSM-V*, um die „in Wissenschaft und praktischer Anwendung dominierenden Klassifikationssysteme in der internationalen Psychiatrie.“⁹⁷ KritikerInnen bemängeln die Ausweitung des psychischen Krankheitsbegriffes und die steigende Anzahl an diagnostischen Kategorien in den aktualisierten Fassungen des *ICD* und *DSM*. Es wird beispielsweise bemängelt, „dass seit dem *DSM-III* immer mehr diagnostische Kategorien aufgeführt und auf diese Weise viele normale Erlebens- und Verhaltensweisen zu psychischen Erkrankungen erklärt werden.“⁹⁸ Es liegt auf der Hand, dass davon vor allem die Pharmaindustrie profitiert, „welche durch die medikamentöse Behandlung von zu psychischen Störungen erklärten Erlebnis- und Verhaltensweisen nach einer Gewinnmaximierung strebt.“⁹⁹

⁹⁷ Ebda., S. 5.

⁹⁸ Ebda., S. 95.

⁹⁹ Ebda., S. 95.

4. Antipsychiatrie

4.1. Entstehung und Kritik

Unter „Antipsychiatrie“ versteht man eine breite Bewegung, die in den 60er und 70er Jahren entstand und durch ihre Kritik an den traditionell-autoritären Behandlungsmethoden, den psychiatrischen Einrichtungen für psychisch Kranke und den medizinischen Erklärungsmodellen Aufsehen erregte. Wichtige Vertreter sind Thomas Szasz, Franco Basaglia, Ronald D. Laing und David Cooper. Es gab bereits im 19. Jahrhundert eine Art frühe Antipsychiatriebewegung, aber öffentliche Anerkennung erfuhr sie erst in den 60er Jahren.¹⁰⁰ Es ist kein Zufall, dass die Antipsychiatrie in dem Moment auf die Bühne trat, als immer mehr Medikamente gegen Psychosen verschrieben wurden. Damit rückte das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis, welches bei der Psychotherapie im Vordergrund steht, in den Hintergrund. Diese einseitige medikamentöse Behandlungsmethode wurde von den Antipsychiatern stark kritisiert¹⁰¹, der grundsätzliche Paradigmenwechsel bestand aber darin, dass die Antipsychiater behaupteten, dass psychische Krankheiten durch „[d]ie gesellschaftlichen Verhältnisse, zu denen auch die psychiatrischen Hospitäler gehörten“¹⁰² erst verursacht würden und die Psychiatrie an sich somit schädlich sei. Aus diesem Ansatz folgt, dass psychische Krankheiten keine medizinischen Krankheiten sind, daher brauche es keine medizinische Behandlung, „sondern man müsse sie [die Betroffenen] nur aus den schädigenden Verhältnissen herausnehmen und ihnen Gelegenheit geben, sich ihrer Störungen zu entledigen.“¹⁰³

Die AntipsychiaterInnen wandten sich damit diametral gegen den biologischen und den psychoanalytischen Ansatz und behaupteten „die Gesellschaft definierte, was Schizophrenie oder Depression sei, nicht die Natur.“¹⁰⁴ Tatsächlich wurde auf Druck der antipsychiatrischen Bewegung eine Deinstitutionalisierung vorangetrieben, wie im Kapitel „Enthospitalisierung“ beschrieben.

In den 60er Jahren herrschte insgesamt ein starkes Misstrauen gegenüber Autoritäten, inklusive der Medizin und Psychiatrie. Viele Antipsychiater stützten sich bei ihren Behauptungen zudem auf die politische Philosophie von Karl Marx und den Existenzialismus

¹⁰⁰ Man vermutet, dass der Begriff Antipsychiatrie 1909 von Beyer und Lomer erstmals gebraucht wurde. Vgl. Rechlin/Vliegen, *Die Psychiatrie in der Kritik. Die antipsychiatrische Szene und ihre Bedeutung für die klinische Psychiatrie heute*, S. 1f.

¹⁰¹ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 408f.

¹⁰² Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 211.

¹⁰³ Ebda., S. 211f.

¹⁰⁴ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 409.

von Jean-Paul Sartre.¹⁰⁵ Zeitgleich mit der Studentenbewegung der 60er und 70er Jahre und somit der Entstehung der „Neuen Linken“ wurden die Thesen der Antipsychiater berühmt und durch deren Ideen gefärbt.

Auffällig ist, dass die antipsychiatrischen Theorien viele Krankheitsbilder ausblenden und sich mit Vorliebe auf schizophrene Psychosen beziehen.¹⁰⁶ Das liegt nicht nur daran, dass sie Krankheitseinteilungen und Diagnosen ablehnten¹⁰⁷, sondern auch daran, dass das „Bild des Schizophrenen (...) offenbar ein einleuchtendes Beispiel für die Folgen der Konsumgesellschaft“ zu sein schien.¹⁰⁸ „Diese Interpretation des Schizophrenseins ist das eigentliche Zentrum antipsychiatrischer Auffassungen.“¹⁰⁹

Auch wenn die Antipsychiatriebewegung Ende der 70er Jahre wieder verschwand, lieferte sie doch wichtige Impulse für Veränderungen und Reformen in der Psychiatrie.¹¹⁰

4.2. Elektrokrampftherapie

Die EKT war ein Dorn im Auge der Antipsychiater und hat sich bis heute nicht von deren Angriffen erholt. In den 50er Jahren wurde die EKT häufig zur Behandlung genutzt und hatte in der Öffentlichkeit noch keinen schlechten Ruf. Die antipsychiatrische Bewegung sah sie als Mittel zur Disziplinierung, das das Hirn schädige anstatt therapeutischem Nutzen zu bringen. Shorter vermutet, dass dieser Angriff gegen die EKT rein aus kulturellen Gründen stattgefunden habe und es keine Belege für diese Behauptungen gebe. In Amerika sei die Vorstellung, Strom durch den Körper zu leiten, durch die Hinrichtungen am Elektrischen Stuhl prinzipiell negativ besetzt. Für das negative Bild in der breiten Öffentlichkeit, war vor allem auch Ken Kesey's Roman *One Flew Over the Cuckoo's Nest* bzw. dessen Verfilmung ausschlaggebend. Zusätzlich wandte sich auch die Scientology Bewegung gegen die EKT. Der Druck führte immerhin dazu, dass die EKT in amerikanischen Staaten gesetzlich reguliert wurde. Zwischen 1960 und 1980 wurde sie weitgehend aus den Lehrplänen verbannt, in den 1980er Jahren gab es breite Versuche, die EKT wieder in die Lehrpläne aufzunehmen und

¹⁰⁵ Vgl. Vliegen/Rechlin, *Psychiatrie in der Kritik*, S. 2.

¹⁰⁶ Vgl. ebda., S. 9.

¹⁰⁷ Vgl. Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 211.

¹⁰⁸ T. Rechlin, „Ursachen und Wirkungen der zeitgenössischen Antipsychiatrie“, *Themen der Psychiatriegeschichte*, hg. v. Rolf Baer, Stuttgart: Ferdinand Enke 1998, S. 83-103, hier S. 87.

¹⁰⁹ Ebda., S. 87.

¹¹⁰ Schott/Tölle, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 213.

anzuwenden.¹¹¹ Wie bereits erwähnt (siehe Kapitel „Insulinkoma und Elektrokrampftherapie“) findet die EKT bis heute Anwendung und gilt als sehr effektive Methode zur Behandlung von schweren Depressionen.

4.3. Antipsychiatrische Ideen: Basaglia und Szasz

Franco Basaglia und Franca Basaglia-Ongaro schreiben in ihrem Buch mit dem provokanten Titel „La maggioranza deviante“ (Die abweichende Mehrheit):

„Bei uns wird der Abweichende, der sich an der Grenze der Norm befindet oder sie durchbrochen hat, entweder von der medizinischen oder von der juristischen Ideologie eingefangen, die ihn erfolgreich zu unterdrücken, zu analysieren und zu kontrollieren unternimmt. Die darin enthaltene Prämisse, es handele sich um 'anormale' Personen, rechtfertigt es, sie in die Obhut medizinischer oder strafrechtlicher Instanzen zu geben, ohne daß durch die Abweichung – verstanden als konkrete Verneinung relativer Werte, die als absolut und unabänderlich postuliert und definiert wurden – die Gültigkeit der Norm und ihrer Abgrenzungen in Frage gestellt würden. So tragen Medizin und Jurisprudenz mit ihrer Definition des Abnormen dazu bei, das Phänomen unter Kontrolle zu halten, indem sie es auf eine Ebene verlagern, auf der die Kontinuität der bestehenden Normen garantiert ist. Es handelt sich dabei weniger um die technische Bewältigung eines fachspezifischen Problems als vielmehr um eine defensive Strategie, deren Sinn die Aufrechterhaltung des Status quo in allen Bereichen ist. Die Wissenschaft entledigt sich hier der ihr gestellten Aufgabe, indem sie durch Kodifizierung und Etikettierung eine klare Trennungslinie zwischen dem Abnormen und der Norm zieht.“¹¹²

Aus der Sicht der AutorInnen dienen Psychiatrie und Rechtsinstitutionen nur dazu, die gesellschaftlich etablierte Norm abzusichern. Dabei finde ein Verschleierungsprozess statt, um dieses konservative Handeln zu rechtfertigen: Man sagt jene Personen seien anormal (oder kriminell), ohne die bestehende Norm zu hinterfragen.¹¹³

Die Institution Psychiatrie diene somit nicht der Behandlung und Hilfe der PatientInnen, sondern sei nur ein Instrument zur Aufrechterhaltung der gültigen Norm der Unterdrückung und Ausbeutung. Basaglia und Basaglia Ongaro folgern daraus auch, dass ein wirtschaftlicher

¹¹¹ Vgl. Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, S. 422-427.

¹¹² Franco Basaglia/ Franca Basaglia Ongaro, *Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle*, übers. v. Barbara Frölich, Suhrkamp: Frankfurt am Main 1972, S. 13f.; (Orig. *La maggioranza deviante*, Giulio Einaudi: Torino 1971).

¹¹³ Zeitgleich zur Entstehung der Antipsychiatriebewegung entstand auch eine Anti-Gefängnis-Bewegung, an der u.a. auch Foucault beteiligt war. Vgl. Michel Foucault, *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, übers. v. Walter Seitter, Suhrkamp: Frankfurt am Main 1976; (Orig. *Surveiller et punir. La naissance de la prison*, Gallimard: Paris 1975).

Anreiz vorhanden sein müsse, damit ein altes System (Schule, Psychiatrie, Gefängnis) erneuert werde. „Um es noch klarer zu sagen: es ist unmöglich, ein fortschrittlicheres System sozialer Kontrolle einzuführen, wenn das alte aus vielerlei Gründen noch seinen Zweck erfüllt.“¹¹⁴

Ihre Analysen führen die beiden Autoren an einem Beispiel aus. In Venedig kam es Ende der 1960er Jahre aufgrund der Baufälligkeit seiner beiden psychiatrischen Institutionen zu Umsiedlungsplänen. Innerhalb dieser Umsiedlungspläne wurde zugegeben, dass 300 Patienten nicht ernsthaft krank wären und somit in Pflegeanstalten umgesiedelt werden könnten.

„Man gibt also ohne Umschweife zu, daß dreihundert Kranke nicht wirklich krank sind, sondern unter strengen Unterbringungsvorschriften im psychiatrischen Krankenhaus zurückgehalten werden, weil es für sie einfach keine adäquaten sozialen Lösungen gibt; so tragen sie weiter das Etikett einer Krankheit, die sie nicht haben [...]: hier zeigt sich einmal mehr, wie eng öffentliche Ordnung und Psychiatrie miteinander verbunden sind.“¹¹⁵

Das bedeutet, dass diese 300 PatientInnen in psychiatrischen Anstalten zurückgehalten wurden, um den Status quo, die bestehende Norm weiterhin zu gewährleisten. Einer Verlegung zugestimmt wurde erst, als ein wirtschaftlicher Faktor das System dazu zwang – nämlich die Baufälligkeit der psychiatrischen Anstalten.

Auch der amerikanische Psychiater Thomas Szasz war überzeugt davon, dass es bei psychiatrischen Entwicklungen immer um ökonomische Machtinteressen gehe und nie darum, den PatientInnen wirklich helfen zu wollen.

„Ich behaupte, daß weder langfristige psychiatrische Hospitalisierung noch Enthospitalisierung irgend etwas mit Krankheit, Behandlung oder Medizin zu tun haben. Beides sind juristische und sozioökonomische Strategien, die sich der medizinischen Rhetorik als rechtfertigendem Vorwand bedienen.“¹¹⁶

Er betont, dass die Medizin und die Psychiatrie aus ganz unterschiedlichen Intentionen heraus entstanden. So sei es immer schon Ziel der Medizin gewesen, Kranken zu helfen und Absicht der Psychiatrie, Menschen von ihren unliebsamen Verwandten bzw. der Pflege dieser Verwandten zu befreien. Die Psychiatrie ist laut Szasz von Beginn an durch Zwangsmaßnahmen charakterisiert, da seit jeher Menschen psychiatrisch behandelt werden,

¹¹⁴ Ebda., S. 16.

¹¹⁵ Ebda., S. 19.

¹¹⁶ Thomas Szasz, *Grausames Mitleid. Die Aussonderung unerwünschter Menschen*, übers. v. Brigitte Stein, Frankfurt am Main: Fischer 1997, S. 226; (Orig. *Cruel Compassion. Psychiatric Control of Society's Unwanted*, New York: John Wiley & Sons 1994).

die selbst keine Behandlung wollen.¹¹⁷ Die vermeintliche Hilfestellung werde nur vorgeschoben, um die tatsächlichen Interessen zu verschleiern. Auch die Enthospitalisierung ab den 50er Jahren wurde laut Szasz mit Zwang durchgeführt und PatientInnen wurden gegen ihren Willen entlassen und unter Medikamenteneinfluss gestellt. Es gibt auch einige Berichte darüber, dass ehemalige PatientInnen erzwingen, wieder aufgenommen zu werden z.B. durch Brandlegung:

„Die Geschichten veranschaulichen eine der Methoden, mit denen es Psychiatriepatienten gelingt, gegenüber den Psychiatern den Spieß umzudrehen. Früher zwangen Psychiater Personen, ihre unfreiwillig hospitalisierten Patienten zu sein. Heute zwingen Psychiatriepatienten Psychiater, ihre unfreiwilligen Ärzte in Krankenhäusern zu sein, in welche die Mediziner sie nicht aufnehmen wollen. Wie üblich sind die Psychiater blind für dieses Schauspiel als Machtkampf um Kontrolle und definieren es statt dessen als medizinischen Kampf gegen psychische Krankheit.“¹¹⁸

Diese Machtverschiebung zwischen PatientInnen und ÄrztInnen erwähnt Szasz auch in *Die Fabrikation des Wahnsinns*. Diese Publikation ist im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit besonders wichtig, da Szasz darin darauf hinweist, dass Personen einen Nutzen darin sehen können, sich selbst als geisteskrank zu bezeichnen oder auszugeben, etwa wenn sie dem Wehrdienst entgehen möchten oder beabsichtigen jemanden zu verletzen. „[S]ie bekennen ihren abweichenden Status offen, um bestimmte Ziele zu erreichen.“¹¹⁹

Diese Machtverschiebung findet in allen Filmen, in denen Wahn nur vorgespielt wird, statt. Alle Protagonisten sehen einen gewissen Nutzen sich als psychisch krank zu erklären. Szasz und die Antipsychiater sehen die Geschichte der Psychiatrie aus einem völlig anderen Blickwinkel als zum Beispiel Shorter. Im radikalen Gegensatz zu Shorter geht Szasz davon aus, dass es der Psychiatrie nie darum ging Menschen helfen zu wollen. Das sei nur behauptet worden, um die tatsächlichen Interessen der Psychiatrie zu verschleiern. Szasz verbindet die Entstehung der Psychiatrie mit der veränderten Beziehung der Menschen zum Privateigentum, zur individuellen Freiheit und zur Familie im 17. Jhd. in England, als man zum ersten Mal in der Geschichte „die Betreuung von Geistesgestörten systematisch an Personen außerhalb der Familie delegierte.“¹²⁰ Störenfriede sollten systematisch ausgeschlossen und interniert werden. Solange die unliebsamen Verwandten jedoch nicht gegen das Strafrecht verstießen,

¹¹⁷ Ebda., S. 157.

¹¹⁸ Ebda., S. 272.

¹¹⁹ Thomas Szasz, *Die Fabrikation des Wahnsinns*, übers. v. Thomas M. Höpfner, Konstanz: Walter 1974, S. 22; (Orig. *The Manufacture of Madness. A comparative study of the inquisition and the mental health movement*, New York: Harper & Row 1970).

¹²⁰ Szasz, *Grausames Mitleid*, S. 163.

standen der Familie kaum Optionen zur Verfügung, sich dieser zu entledigen. Das machte ein neues System abseits der strafrechtlichen Verfolgung notwendig und führte zur weiträumigen Entstehung von Irrenhäusern.¹²¹ Ausschlaggebend für die weiträumige Entstehung von Irrenhäusern waren also die „herrschenden Klassen der englischen Gesellschaft des 17. Jahrhunderts“.¹²²

¹²¹ Vgl. ebda., S. 157-163.

¹²² Ebda., S. 160.

5. PsychiaterInnen im Film

5. 1. Symbiose oder Parasitismus?

Viele AutorInnen beschreiben das enge Verhältnis zwischen Kino und Psychiatrie. Das Kino erfreute sich – wie zuvor die Fotografie – schnell großer Beliebtheit bei den ÄrztInnen. Schon kurz nach 1900 wurden Lehrfilme in neuropsychiatrischen Kliniken gezeigt, die sich mit den verschiedenen Krankheitsbildern auseinandersetzten. Die theatral-filmische Inszenierung spielte von Beginn weg eine dominante Rolle. So beschreibt Rainer Gross in *Der Psychotherapeut im Film*, dass vor allem die Zurschaustellung weiblicher Symptome für männliche Zuseher im Mittelpunkt stand. Andererseits wurden den PatientInnen in psychiatrischen Anstalten auch Filme zu therapeutischen Zwecken vorgeführt. Sehr schnell taucht dann die Figur des Psychiaters selbst im Film auf.¹²³

Irving Schneider führt die enge Verbindung von Kino und Psychiatrie auch darauf zurück, dass beide insbesondere an den Abweichungen von der Norm, interessiert sind.

„[P]sychiatry and the movies have demonstrated a special affinity for each other, since to an uncommon extent they share an interest in human behavior in general and deviations from the norm in particular.“¹²⁴

Psychiatrie und Film beeinflussen einander wechsel- und gegenseitig. So wie die PsychiaterInnen die Filme nutzen, bilden und erfinden die Filme in gewisser Weise Psychiatrie. „If psychiatry had not existed, the movies would have had to invent it. And in a sense they did.“¹²⁵

Wie viele Berufsgruppen so waren auch die PsychiaterInnen oft nicht begeistert von ihrer Darstellung auf der Leinwand. Das Kino als billiges Unterhaltungsmedium war/ist in der Regel nicht an einer wissenschaftliche korrekten komplexen Darstellung einer psychiatrischen Behandlung interessiert, sondern an Spannung, Liebesgeschichten und Schockeffekten.¹²⁶

Danny Wedding und Ryan M. Niemiec beschäftigen sich in Ihrem Buch *Movies and Mental Illness* wie viele andere auch mit der irreführenden Darstellung von psychischen Störungen im Film. Sie erwähnen unter anderem die häufigsten Abweichungen von der Realität. Darunter fallen beispielsweise filmische Behauptungen, wie dass psychische Störungen am einfachsten durch Liebe geheilt werden oder Behandlungsmethoden immer Schäden

¹²³ Vgl. Rainer Gross, *Der Psychotherapeut im Film*, Stuttgart: Kohlhammer 2012, S. 9-11.

¹²⁴ Irving Schneider, „The Theory and Practice of Movie Psychiatry“, *Am J Psychiatry*, 144:8, August 1987, S. 996-1002, hier S. 996.

¹²⁵ Schneider, „Foreward“, S. XV.

¹²⁶ Vgl. Gabbard, *Psychiatry and the Cinema*, S. XXII.

verursachen wie das Abhandenkommen von Kreativität und Intelligenz.¹²⁷

Problematisch können solche falschen Bilder in den Filmen deshalb sein, weil viele Menschen ihre Ansichten über psychische Störungen aus Massenmedien, insbesondere Filmen, ableiten.¹²⁸

5.2. Stereotype und Genrekonventionen

Die Brüder Gabbard betonen, dass trotz der Menge an Filmen und trotz der unterschiedlichen Genres, die PsychiaterInnen zeigen, immer wieder dieselben Stereotypen auftauchen. Das ist im Prinzip wenig überraschend, da erfolgreiche Geschichten fast immer auf bekannten Mustern, Abfolgen und Archetypen basieren.¹²⁹

Irving Schneider teilt die Film-PsychiaterInnen in drei Klischeefiguren ein: 1) Dr. Dippy, 2) Dr. Evil und 3) Dr. Wonderful.

- 1) Dr. Dippy, benannt nach dem Film *Dr. Dippy's Sanatorium* von 1906, ist verrückter als seine PatientInnen. Seine Behandlungsmethoden sind ungewöhnlich, unwirksam und bizarr, richten jedoch zumindest keinen Schaden an. Seine PatientInnen sind komisch-verrückt, nicht wirklich krank oder scharfsinniger als die ÄrztInnen. Dippy tritt vor allem in Komödien auf.
- 2) Dr. Wonderfuls vorherrschende Charaktereigenschaften sind Menschlichkeit, Wärme und Fürsorge gegenüber seinen PatientInnen und seine Bescheidenheit. Dr. Wonderful ist rund um die Uhr für seine PatientInnen erreichbar. Seine vorrangige Behandlungsmethode ist die Gesprächstherapie, die er sehr effektiv anwendet. Zwangsbehandlungen wie Lobotomie oder Elektroschocktherapie lehnt er ab. Gelegentlich nutzt er die Hypnose oder ein Wahrheitsserum, aber nur mit den besten Absichten und niemals manipulativ. Dr. Wonderful erscheint erst in späteren Filmen auf der Bildfläche, was u.a. daran liegt, dass die Gesprächstherapie für Stummfilme kein effektives filmisches Thema ist.
- 3) Dr. Evil tritt vor allem in Horrorfilmen auf; erstmals vermutlich im Filmklassiker *Das Cabinet des Dr. Caligari*. Dr. Evil stellt verbotene und gefährliche Experimente an, manipuliert und benutzt andere, um seine finsternen Absichten zu verwirklichen, um

¹²⁷ Vgl. Wedding/Niemic, *Movies and mental illness*, S. 327.

¹²⁸ Vgl. ebda., S. 3

¹²⁹ Vgl. Christopher Vogler, *The Writer's Journey: Mythic Structure for Writers*, Studio City: Wiese 2007; vgl. Vladimir Jakovlevič Propp, *Morphologie des Märchens*, übers. v. Christel Wendt, hg. v. Karl Eimermacher, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1975; (Orig.: *Morfologija skazki*); vgl. Robert McKee, *Story: Substance, Structure, Style, and the Principles of Screenwriting*, London: Methuen 1998.

persönlichen Profit zu erzielen, aus Machtgier, etc. Seine Behandlungsmethoden sind die Medikamente, Hypnose, Elektroschocktherapie, Lobotomie. Es gibt verständlicher Weise nur wenige Filme, die diese Art von Behandlungsformen mit freundlichen, sympathischen Zielen zeigen. Meistens werden diese Methoden angewandt, um böse Ziele zu erreichen.¹³⁰

Die Brüder Gabbard erweitern Irvings Aufzählung der Stereotype und geben eine detailliertere Auflistung, die im Folgenden skizziert werden soll.

1) Faceless bzw. gesichtslose PsychiaterInnen:

Heilen – wenn sie gut sind – durch ihre bloße Anwesenheit und meist sehr rasch. Sie sind wirkungs- und belanglos in ihrer Arbeit, wenn sie böse sind.

2) Aktive PsychiaterInnen:

Kommen im Film gute aktive PsychiaterInnen vor, arbeiten diese normal sehr eng mit den PatientInnen zusammen und können ihnen auch helfen. Sind die aktiven PsychiaterInnen hingegen böse, sind sie in hohem Maße manipulativ oder bestechlich.

3) Oracular PsychiaterInnen:

Oracular meint, dass PsychiaterInnen wie ein Orakel alles über einen Fall zu wissen scheinen. Während gute PsychiaterInnen üblicherweise grandiose DetektivInnen sind und alles über einen Fall herausfinden, glauben negative PsychiaterInnen alles zu wissen, sehen die Dinge aber falsch und scheitern.

4) Social-Agent PsychiaterInnen:

Agieren PsychiaterInnen als VertreterInnen der Gesellschaft, können sie – wenn sie positiv besetzt sind – Individuen helfen sich in die Gesellschaft einzugliedern und glücklicher zu werden. Sind sie Teil einer Verschwörung, beteiligen sie sich an Verbrechen gegen Individuen, die sich nicht einpassen wollen.

5) Exzentrische PsychiaterInnen:

Gute exzentrische PsychiaterInnen erscheinen durch ihre außergewöhnliche Art als menschlich und erfrischende Abwechslung zur Umgebung. Schlechte exzentrische PsychiaterInnen wirken neurotischer und gestörter als ihre eigenen PatientInnen.

¹³⁰ Vgl. Schneider, „The Theory and Practice of Movie Psychiatry“, 996-998.

6) Emotionale PsychiaterInnen:

Durch ihre starke Anteilnahme auf der Gefühlsebene helfen sie mit großem Einsatz ihren PatientInnen. Wenn die PsychiaterInnen negativ gezeichnet sind, sind die emotionalen PsychiaterInnen entweder weniger gefestigt als ihre PatientInnen oder psychotisch.

7) Sexuelle PsychiaterInnen:

Auch wenn sexueller Kontakt mit PatientInnen streng verboten ist, gewinnen die PsychiaterInnen, die ihre PatientInnen durch Liebe heilen die Publikumsgunst. Wenn Filme das negativ interpretieren, erscheinen die PsychiaterInnen oft lächerlich oder ausbeuterisch. Wird das sexuelle Verhältnis als unangemessen dargestellt, handelt es sich zumeist um weibliche PsychiaterInnen.¹³¹

Gewisse Stereotype tauchen in bestimmten Genres gehäuft auf, so zerstören Musicals und romantische Komödien oft das überlegene Bild, dass die Gesellschaft von PsychiaterInnen hat, um Komik zu erzeugen. Wenn PsychiaterInnen in diesen Genres als Hauptfiguren agieren, bekommen sie üblicherweise am Ende des Filmes ihre Herzdame bzw. ihren Herzbuben. In Kriminalfilmen finden sich häufig „oracular“ PsychiaterInnen, die als DetektivInnen agieren. Auch sie finden am Ende zumeist auch noch ihre Liebe.

In den 50er Jahren mit der beginnenden Auflockerung des Production Codes wurden „Sexuelle PsychiaterInnen“ dafür genutzt, „gewagte Szenen“ in Filmen zu legitimieren. Als mit Ende des Production Codes in den späten 60er-Jahren Sexualität freier gezeigt werden konnte, verloren die „Sexuellen PsychiaterInnen“ ihre Rolle als Vorwand, um Sexszenen zeigen zu können.

In den 40er und 50er Jahren rückten auch sozial-politische Probleme in den Fokus von Hollywood. Neben kontroversiellen Themen wie Rassismus, Homosexualität und Alkoholismus beschäftigten sich diese Filme daher auch mit psychischen Störungen. Filme, die vor Ende des zweiten Weltkriegs gedreht wurden, enden zumeist mit der Heilung der PatientInnen, während die Filme danach weniger optimistisch sind, was damit zusammenhängt, dass viele Soldaten aus dem Krieg mit schweren psychischen Problemen belastet zurückkehrten. In den Filmen, die sich sozialen Problemen widmen, tauchen vorwiegend „gesichtslose PsychiaterInnen“ auf.

¹³¹ Vgl. Gabbard, *Psychiatry and the cinema*, 15-21.

Mental-Institution-Filme zeigen psychiatrische Einrichtungen meist in einem negativen Licht und als letzten Ort, an den man gehen sollte, um geheilt zu werden.

Auch in Science Fiction, Horror- und Fantasyfilmen kommen PsychiaterInnen vor, aber selbst die guten unter ihnen scheitern angesichts böser-übernatürlicher Phänomene. In Filmen wie *The Entity* (1982), *The Medusa Touch* (1978) und *The Sender* (1982) sind die PsychiaterInnen meist die letzten, die merken, dass übernatürliche Kräfte im Spiel sind.¹³²

5.3. Psychiatriegeschichte im amerikanischen Film

5.3.1. Die ersten Phasen des Psychriefilms

Der erste Psychiater taucht 1906 in *Dr. Dippy's Sanitarium* auf.¹³³ In diesem Film überwältigen Patienten einen neuen Anstaltswärter, jagen ihn aus der Anstalt, verfolgen und quälen ihn. Dr. Dippy bringt die außer Kontrolle geratenen PatientInnen wieder zur Ruhe, indem er ihnen Torte gibt.

In diesen frühen Filmen stehen nicht die PsychiaterInnen, sondern die filmisch spektakulären Geisteskranken im Zentrum. In dem sehr erfolgreichen Film *The Escaped Lunatic* (1904) flieht ein Geisteskranker aus dem Irrenhaus, kehrt nach einer Reihe von „verrückten“ Abenteuern freiwillig zurück in die Anstalt und befindet sich ruhig in seinem Zimmer während die Wärter erschöpft von der Jagd zurückkommen. Viele Filme verwenden diesen erfolgreichen Stoff, so auch *Dr. Dippy's Sanitarium*. Aber keiner der anderen Filme zeigt eine Psychiaterfigur, sondern nur Wärter und Aufsichtspersonal. Die Heilanstalt liefert nur den Hintergrund für eine Komödie. Ähnliche Filme zeigen unruhige Kinder in der Schule, Kannibalen im Dschungel usw., um Komik zu erzeugen. Erst 13 Jahre nach *Dr. Dippy's Sanitarium* taucht ein weiterer Psychiater im Film auf. Dr. Dippys Aussehen und Kleidung (Bart, Zwicker, Frack, korpulent) wurden bald völlig mit europäischen Psychiatern assoziiert.¹³⁴

Sharon Packer weist darauf hin, dass (böse) Hypnotiseure in den ersten zwei Jahrzehnten der Geschichte des Psychriefilms eine zentrale Rolle spielen. Sie betont aber auch, dass die Titel der Filme niemals die Wörter Psychiater, Psychoanalytiker oder Doktor beinhalten, da diese Filme meist nicht medizinische, sondern familiäre Geschehnisse behandeln. „Evil

¹³² Vgl. ebda., S. 21-27.

¹³³ Vgl. Schneider, „The Theory and Practice of Movie Psychiatry“, S. 996.

¹³⁴ Vgl. Gabbard, *Psychiatry and the Cinema*, S. 35-37.

hypnotists on screen need not to be psychiatrists.“¹³⁵

In amerikanischen Stummfilmen tauchen insgesamt nur selten PsychiaterInnen auf, obwohl sie in der amerikanischen Kultur von Bedeutung waren, da die Filmindustrie genügend andere bewährte Stoffe hatte: „[T]he movie industry could flourish by continuing to rely on the conventions of vaudeville, the dime novel, and the stage melodrama, forms that [...] seldom needed psychiatry.“¹³⁶

5.3.2. Amerikanische und europäische PsychiaterInnen

Gross teilt die PsychiaterInnen, die in den amerikanischen Filmen der späten 1930er-Jahren bis etwa 1945 vorkommen, in zwei Gruppen ein: 1) europäische Psychoanalytiker werden als Karikaturen gezeigt, die sich lächerlich verhalten und häufig auch noch durch ihren starken Akzent, Brille, Bärtchen und Pfeife charakterisiert werden. Oft haben sie nur einen kurzen Auftritt innerhalb der Filme.

2) amerikanische PsychiaterInnen, die in Hauptrollen auftreten, gottgleich gezeichnet sind und einen Garant für die Heilung darstellen.¹³⁷

Gross sieht in dieser sehr unterschiedlichen Typisierung auch die „Geschichte der Anpassung (...) der Psychoanalyse (...) zur Optimierung des amerikanischen Selbst“¹³⁸ widergespiegelt. In frühen Filmen werden fast nur „komische“ europäische Psychiater mit Frack, Zwicker und Akzent dem Publikum vorgeführt, erst ab Mitte der 1930er Jahre werden auch „ernsthafte“ amerikanische PsychiaterInnen gezeigt, insbesondere dann, wenn die Darstellung positiv sein sollte. „Hollywood was acknowledging that psychoanalytic psychiatry was no longer the exclusive province of European- that is, „foreign“ –immigrants.“¹³⁹

Auch wenn PsychiaterInnen weiterhin häufig als Lachnummern eingesetzt werden, zeigt sich in den 1930er Jahren eine gegenläufige Bewegung und es gibt die ersten Versuche, seriös mit dem Thema Psychiatrie umzugehen. In den 1940er Jahren findet schließlich nach und nach eine Demystifizierung der Psychoanalyse in den Filmen statt und die kathartische Heilung und der alltägliche gute Ratschlag halten Einzug.¹⁴⁰ „Now, Voyager [ein Film] did a great deal

¹³⁵ Sharon Packer, *Cinema's Sinister Psychiatrists. From Caligari to Hannibal*, Jefferson [u.A.]: McFarland & Company 2012, S. 42.

¹³⁶ Gabbard, *Psychiatry and the cinema*, S. 38.

¹³⁷ Vgl. Gross, *Der Psychotherapeut im Film*, S. 34.

¹³⁸ Ebda., S. 35.

¹³⁹ Gabbard, *Psychiatry and the Cinema*, S. 11.

¹⁴⁰ Vgl. ebda., S. 39-41, 52.

to domesticate and demystify the image of the psychiatrist in the United States, but it did so by shying away from any real confrontation with the technical aspects of psychiatry.“¹⁴¹

Die Arbeit der PsychiaterInnen wird in den Filmen zunehmend ununterscheidbar von der Arbeit eines Detektives/einer Detektivin. Das hat auch den entscheidenden Vorteil, dass durch die Detektivarbeit die Probleme gelöst und vergessen werden können.¹⁴² Die Psychoanalyse erlangte in den USA Berühmtheit und Hollywood trug dazu seinen Teil bei. Die Lehren der Psychoanalyse wurden zu einem festen Bestandteil der Populärkultur und wurden für deren Zwecke angepasst, so dass sich die neue Psychoanalyse mit traditionellen Werten wie dem amerikanischen Traum verband, was zu einer Vereinfachung der Psychoanalyse führte: „Erst durch die (unheilige?) Verschmelzung freudianischer Begriffe wie z.B. dem Kindheitstrauma und den unbewussten Konflikten mit dem uramerikanischen Ethos der Selbstverbesserung wurde die Breitenwirkung möglich.“¹⁴³

Der Psychotherapeut tauchte nicht nur im Film immer häufiger auf. In den 1930er und 1940er Jahren war es gang und gäbe, dass die Filmleute und Intellektuellen sich selbst in Psychoanalyse begaben.¹⁴⁴

Es ist kein Zufall, dass nach dem zweiten Weltkrieg, als Soldaten mit schweren physischen und psychischen Schäden von den ausländischen Fronten in die Heimat zurückkehren, gehäuft amerikanische Filme entstehen, in denen PsychiaterInnen eine Rolle spielen. Viele dieser Filme sind dem illusionslos-existenzialistischen Film Noir zuzuordnen: „The darker corners of the mind that create irrational behaviour were widely exposed and popularized in accounts of the psychiatric treatment for returning serviceman.“¹⁴⁵

5.3.3. Das Goldene Zeitalter

In den 50er Jahren tendieren einige Hollywood Filme dazu, die Psychiatrie eher positiv zu zeigen. Die Filme aus den 1930er und 1940er Jahren, in denen PsychiaterInnen auftreten, basierten häufig auf für den Film adaptierten Romanen und Theaterstücken, da die Filmindustrie noch nicht mit dem neuen Berufsbild vertraut war. Erst nach und nach begann Hollywood seine Skripten selbst zu schreiben. Der Großteil der Filme aus den 50er Jahren,

¹⁴¹ Ebda., S. 52.

¹⁴² Vgl. ebda., S. 58f.

¹⁴³ Vgl. Gross, *Der Psychotherapeut im Film*, S. 31.

¹⁴⁴ Vgl. ebda., S. 29-32.

¹⁴⁵ Gabbard, *Psychiatry and the Cinema*, S. 56f.

die PsychiaterInnen zeigen, beruht allerdings nach wie vor auf literarischen Vorlagen. Für Genres wie den Detektivfilm, der Screwball-Komödie und den Women's Film wurde das Thema Psychiatrie als sehr geeignet empfunden und häufig angewandt. Die Brüder Gabbard sehen in den Psychiatriefilmen der 50er Jahre die Vorbereitung auf das ihrer Ansicht nach „goldenen Zeitalter“ der Psychiatrie im Film, das sie zwischen 1957 und 1963 ansiedeln. In diesen Jahren finden sich gehäuft idealisiert gezeichnete PsychiaterInnen,¹⁴⁶ die psychische Störungen mit Leichtigkeit heilen. Filme aus dieser Zeit zeigen oft auch seltene psychische Störungen und die Geschichten werden übertrieben romantisiert. Auch wenn sich zeitgleich in der Realität und der Literatur kritische Stimmen gegenüber der institutionalisierten Psychiatrie vernehmen ließen, *One Flew Over the Cuckoo's Nest* erschien 1962, tat das dem filmischen Erfolg der ideal gezeichneten PsychotherapeutInnen noch keinen Abbruch.¹⁴⁷ Rainer Gross sieht in dieser idealisierten Zeichnung von Psychiatrie im Film einen Zusammenhang mit dem amerikanischen Fortschrittsglauben im Kalten Krieg. Zentrales Anliegen in dieser Zeit war die „Versöhnung von sozialen Gegensätzen zwischen den Generationen, Klassen und Rassen der amerikanischen Gesellschaft“¹⁴⁸ und Hollywood zeigt, dass dies erreichbar ist.

5.3.4. Psychiatriekritik und die Jahre danach

Im Jahr 1963 tauchen bereits Filme auf, die auf das bevorstehende Ende des goldenen Zeitalters der Psychiatrie hinweisen.

So wird z.B. in *Captain Newman M. D.* die erfolgreiche Behandlung eines traumatisierten Soldaten durch einen Psychiater gezeigt, aufgrund der Heilung muss der Soldat allerdings zurück an die Front, wo er fällt.¹⁴⁹

In der zweiten Hälfte der 1960er Jahre gab es in der amerikanischen Gesellschaft massive Kritik und Widerstand gegen den Vietnamkrieg. Das führte zur Infragestellung der amerikanischen Werte im Allgemeinen. „Weit über den Anlass des Vietnamkrieges hinaus standen sich hier zwei Wertesysteme zu den Beziehungen zwischen den Geschlechtern, den Generationen und zur Einschätzung jeglicher Autorität unversöhnlich gegenüber.“¹⁵⁰ In diesem historisch-politischen Kontext entstand auch die Antipsychiatriebewegung (siehe

¹⁴⁶ Vgl. ebda., S. 65-76.

¹⁴⁷ Vgl. Packer, *Cinema's Sinister Psychiatrists*, S.4.

¹⁴⁸ Gross, *Der Psychotherapeut im Film*, S. 54.

¹⁴⁹ Vgl. Gabbard, *Psychiatry and the Cinema*, S. 101-103.

¹⁵⁰ Gross, *Der Psychotherapeut im Film*, S. 57.

Kapitel „Antipsychiatrie“), die Psychiatrie als Werkzeug der Führungsschicht kritisierte, das nur dazu diene, sozial Unerwünschte zu kontrollieren.

Während die Filme des Goldenen Zeitalters die PsychiaterInnen märchenhaft idealisierten - „those Golden Age films about psychiatrists were closer to fairy tales than to true clinical practice“, ¹⁵¹ werden PsychiaterInnen nun „als konservative Gegner jeglichen abweichenden Verhaltens“¹⁵² gezeigt.

Das Stereotyp des gesichtslosen Psychiaters wandelt sich in den späten 60er Jahren und wird ein Zeichen von Inkompetenz: “[T]he idea of the *faceless* psychiatrist in American films since the later 1960s reflects his or her ineffectuality or helplessness before insuperable problems such as those experienced by the victims of the U.S. involvement in Vietnam.“¹⁵³

In den 60er und 70er Jahren findet man daher kaum noch positiv gezeichnete PsychiaterInnen. Schon Titel wie *Shock Treatment* sind bezeichnend. „Abgesehen von Schockbehandlung und Zwangsjacke gab es wenig Behandlung in diesen Filmen und schon gar keine differenziert gestaltete therapeutische Beziehung!“¹⁵⁴ In der Literatur hatte sich diese Tendenz bereits in den 50er Jahren angekündigt. Dieselben Vorwürfe gegenüber der Psychiatrie finden sich dann in den Filmen der 60er Jahre wieder.¹⁵⁵ Mitte der 1970er Jahre tauchen zwar einige Filme auf, die der Psychiatrie bzw. den PsychiaterInnen weniger feindlich gesonnen sind, aber die 80er und 90er Jahre zeigen hauptsächlich wieder böse, inkompetente oder korrupte PsychiaterInnen.¹⁵⁶ Insgesamt überwiegen die negativen Darstellungen von PsychiaterInnen.

„As the twentieth century comes to close, psychiatry as a subject continues to fascinate filmmakers and audiences. No decline has occurred in the numbers of therapists appearing on the screen, and myths established in the 1960s and 1970s persist with few revisions.“¹⁵⁷

Gross beschreibt auch die neuen Tendenzen rund um die Jahrtausendwende: ab den 1990er Jahren rücken nach und nach die PatientInnen ins Zentrum des Interesses, ab den 2000er Jahren therapieren die PsychiaterInnen im Film immer weniger PatientInnen, sondern jagen als ProfilerInnen SerienkillerInnen.¹⁵⁸

Gross erwähnt auch den wenig bekannten Film *Lars and the real Girl* (2007), in der eine

¹⁵¹ Packer, *Cinema's Sinister Psychiatrists*, S. 2.

¹⁵² Gross, *Der Psychotherapeut im Film*, S. 58.

¹⁵³ Ebda., S. 16.

¹⁵⁴ Gross, *Der Psychotherapeut im Film*, S. 61.

¹⁵⁵ Vgl. Gabbard, *Psychiatry and the Cinema*, S. 120.

¹⁵⁶ Vgl. ebda., S. 137-143.

¹⁵⁷ Ebda., S. 146.

¹⁵⁸ Vgl. Gross, *Der Psychotherapeut im Film*, S. 99-102.

Ärztin nur eine Nebenrolle spielt. Lars hat sich in eine Gummipuppe verliebt und die Ärztin fordert seine Angehörigen und die Gemeinde dazu auf, Lars zu unterstützen und die Puppe als echte Frau anzuerkennen. Nach und nach lässt sie die Puppe „erkranken“ bis sie schlussendlich „stirbt“ und Lars sich echten Frauen öffnen kann. Gross sieht in diesem Film „eine neue Bescheidenheit von Psychotherapeuten hundert Jahre nach der Erfindung der Psychoanalyse mit all ihren Folgen.“¹⁵⁹ Die Ärztin ist zwar notwendig in diesem Film, da sie den Input liefert, dass die Puppe als echte Frau behandelt werden müsse, aber die ganze Gemeinde (nicht nur sie) ist ausschlaggebend für die Heilung des Mannes.

Auch Katharina Pupato beschäftigt sich in *Die Darstellung psychischer Störungen im Film* mit dem „Psychopathologiefilm“ Ende des 20. Jahrhunderts und Anfang des 21. Jahrhunderts und stellt einige Veränderungen fest. „In vielen Filmen der heutigen Zeit ist die Tendenz spürbar, den psychisch Beeinträchtigten nicht isoliert von seiner Umwelt zu sehen, sondern in einen gesellschaftlichen Zusammenhang zu stellen.“¹⁶⁰ Zusätzlich stellt Pupato in den letzten Jahren eine Tendenz des „Sich-Zur-Schau-Stellens“ fest, die man auch von social media kennt. Traditionell verborgene, intime Themen und das Innenleben werden neuerdings Teil des öffentlichen Diskurses. Spielfilme, Dokumentationen und Diskussionssendungen - reagieren darauf, indem sie vermehrt psychologische Themen behandeln.¹⁶¹

5.4. Behandlungsmethoden im Film

Auch wenn die amerikanische Psychiatrie seit den 70er Jahren wieder einen eher biologischen Ansatz verfolgt und Medikamente als „Allheilmittel“ angepriesen werden, wird in Spielfilmen nach wie vor die Gesprächstherapie als die vorherrschende Therapiemethode gezeigt.

„The methods of psychiatry in the American cinema have almost always involved psychotherapeutic approaches, even though the last two decades have been marked by impressive advances in the neurosciences and an extraordinary expansion of psychopharmacologic agents for the psychiatrically disturbed patient. This change in real-world psychiatry is almost completely absent from the screen.“¹⁶²

Die EKT wurde in Spielfilmen zwar öfter gezeigt, aber zumeist als Bestrafung in psychiatrie-

¹⁵⁹ Ebda., S. 108.

¹⁶⁰ Katharina Pupato, *Die Darstellung psychischer Störungen im Film. Mit einem Beitrag zur Verwahrlosung im Kindes- und Jugendalter und einem Katalog ausgewählter Filme zur Psychopathologie des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters*, Bern [u.A.]: Peter Lang 2002, S. 64.

¹⁶¹ Vgl. ebda., S. 65f.

¹⁶² Gabbard, *Psychiatry and the Cinema*, S. 143.

kritischen Filmen. In den „goldenen Jahren“ galt die EKT hingegen als wirksame Therapie, blieb aber offscreen, da die Bilder krampfhaft zuckender Patienten eher negative Publikumsreaktionen hervorrufen.

Die kathartische Heilung ist hingegen ein Standardmotiv, das in allen Phasen der Psychriefilm-Geschichte auftritt. Die Heilung erfolgt, indem verdrängte Erinnerungen und Traumata wieder an die Oberfläche gebracht werden. Häufig geben PsychiaterInnen in Filmen auch ganz alltägliche, vernünftige Ratschläge als Therapie für die Heilung ihrer PatientInnen. Ein weiteres typisches Beispiel für Film-Psychiatrie ist die Schuldzuweisung an die Eltern. Die Therapie besteht folglich darin, dass die PatientInnen das erkennen, den Eltern vergeben und dadurch geheilt werden. Dahinter steckt die Idee, dass PatientInnen – zumindest im Film - nicht selbst für ihre Krankheit verantwortlich sind. Obwohl die moderne Psychiatrie wieder biologische Gründe für psychische Störungen ins Zentrum rückt, wird dieses sozial-politisch äußerst sensible Thema in Filmen eher ausgeklammert, stattdessen wird die Schuld den schlechten Eltern oder der schlechten Gesellschaft zugeschoben.¹⁶³

5.5. Frauen als PsychiaterInnen

Seit den 1930er Jahren tauchen auch Frauen als PsychiaterInnen in Filmen auf. Im Unterschied zu ihren männlichen Pendants werden die Frauen erst dann zu herausragenden Analystinnen oder Helferinnen, wenn sie sich in ihre männlichen Patienten verlieben. Die Frauenbewegung der 70er Jahre nahm zumindest kurzfristig Einfluss auf diese klischeehafte Darstellung, sodass zwischen 1971 und 1983 keine Therapeutin in amerikanischen Filmen erscheint, die sich verliebt. Ansonsten können Therapeutinnen nur erfolgreich sein, wenn sie Patientinnen behandeln. Aber eine erfolgreiche Karriere und ein erfülltes Privatleben schließen einander fast immer aus. Nur selten sind Psychotherapeutinnen in Filmen verheiratet und wenn mit einem ehemaligen Patienten, meist werden sie als Geschiedene, Witwen oder alte Jungfern dargestellt. Umgekehrt verlieben sich auch männliche Psychiater, aber deren Erfolgchancen, ihre weiblichen Patientinnen zu heilen, ohne sich zu verlieben, sind bei weitem höher. In vielen Filmen geben Psychiaterinnen ihren Job auf, sobald sie sich in einen Patienten verliebt haben, werden abhängig von diesem Mann und spielen fortan eine untergeordnete Rolle, so als hätten sie nun erst ihre wahre Bestimmung als Frau gefunden. Dazu passt, dass gezeigt wird, wie sie erst dann beginnen, auf ihre äußere Erscheinung zu

¹⁶³ Vgl. ebda., S. 27-34.

achten.¹⁶⁴ Wenn sich hingegen Film-Psychiater in ihre Film-Patientinnen verlieben, sind die Männer von Anfang an attraktiv gezeichnet.¹⁶⁵

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass amerikanische Filme, die sich mit psychischen Störungen auseinandersetzen, historische Entwicklungen in der Psychiatrie durchaus berücksichtigt haben und auf reale Veränderungen in unterschiedlicher Weise reagierten. Die neueren geschichtlichen Entwicklungen wie die Rückkehr der biologischen Psychiatrie, bleiben wie oben ebenfalls erwähnt, weitgehend ausgeblendet. Es wird sich in den Filmanalysen zeigen, ob das auch für Filme gilt, in denen eine psychische Störung nur vorgetäuscht wird.

¹⁶⁴ Vgl. ebda., S. 147-165.

¹⁶⁵ Vgl. Gross, *Der Psychotherapeut im Film*, S.94f.

6. Wahnsinn und Justiz

Da sich einige der in dieser Arbeit behandelten Filme mit dem US-amerikanischen Strafrecht auseinandersetzen, erfolgt in diesem Kapitel eine kurze Einführung in das amerikanische Rechtssystem mit besonderem Augenmerk auf die in den Filmen relevanten Themen: Unzurechnungsfähigkeit aufgrund einer geistigen Störung, Verbot der doppelten Strafverfolgung, Jury-Urteil.

6.1. Common law / case law

Das amerikanische Recht basiert auf dem sogenannten „common law“. In diesem traditionellen Rechtssystem werden nicht primär Gesetzestexte sondern konkrete Entscheidungen aus früheren Fällen herangezogen, um aktuelle Fälle zu lösen; das „common law“ ist also ein „case law“, ein „Fallrecht“. Aufgabe der Anwälte/Anwältinnen ist es daher logischerweise den vorliegenden Fall mit früheren ähnlichen Fällen zu vergleichen und günstige Vergleichsurteile vorzubringen, während man versucht, ungünstige frühere Entscheidungen als nicht relevant bzw. nicht vergleichbar mit dem aktuell verhandelten Fall darzustellen.

Zwar handelt es sich beim modernen amerikanischen Rechtssystem mittlerweile um eine Mischform, da es auch durch Gesetze geregelt wird,¹⁶⁶ allerdings ist es im Kern weiterhin ein Fallrechtssystem geblieben: „Das Gesetz wird (...) durch Fallrecht überlagert.“¹⁶⁷

6.2. Das amerikanische Strafrecht

Das amerikanische Strafrecht als einheitlicher Rechtskorpus existiert nicht. Das Strafrecht ist lokal extrem aufgesplittet; alle fünfzig Staaten verfügen über ein eigenes Kern- und Nebenstrafrecht, aber auch innerhalb der Bundesstaaten können Bezirke und Städte eigene Strafen bei kleineren Verstößen festlegen, solange sie nicht in Widerspruch zum dazugehörigen Staatsrecht stehen. „Eine Sammlung des amerikanischen Kern- und Nebenstrafrechts gibt es nicht, weder für die Vereinigten Staaten insgesamt, noch für einzelne

¹⁶⁶ Vgl. Peter Hay, *US-Amerikanisches Recht*, München: Beck ³2005, S.4-8.

¹⁶⁷ Ebda., S. 6.

Staaten oder für das Bundesrecht.“¹⁶⁸

6.2.1. double jeopardy

Für diese Arbeit ist insbesondere die Unzulässigkeit der doppelten Strafverfolgung, die sogenannte „double jeopardy“ relevant. Als Grundregel gilt, dass eine Person in der Regel nicht zwei Mal für dieselbe Tat angeklagt werden kann. Natürlich gibt es auch Ausnahmen zu dieser Regel, wenn etwa

- 1) mit der Tat gegen zwei Gesetze verstoßen worden ist und nur ein Gesetzesverstoß behandelt worden ist
- 2) die Jury im ersten Verfahren kein Urteil fällt oder
- 3) das Verfahren rechtlich ungültig ist.¹⁶⁹

Hay betont in diesem Zusammenhang auch, dass „eine Berufung durch den Staatsanwalt gegen einen Freispruch nur in gesetzlich normierten Ausnahmefällen zulässig ist“¹⁷⁰ und sehr unüblich wäre. Pointiert ausgedrückt: wer also einmal „davongekommen“ ist, obwohl er eigentlich schuldig ist, kann nie wieder rechtlich belangt werden.

6.2.2. Schuldausschließungsgründe

Es gibt mehrere Schuldausschließungsgründe (exuse defenses), die im Strafrecht geltend gemacht werden können, unter anderem Unzurechnungsfähigkeit (insanity) oder Trunkenheit (drunkenness; intoxication), die bei der Analyse meiner Filme eine wichtige Rolle spielen. Eine Verteidigung, die Unzurechnungsfähigkeit (insanity) anführt, ist nur dann möglich, wenn der Angeklagte von Beginn an darauf plädiert und das Gericht bereits vor dem Verfahren über die Absicht, sich auf „insanity“ zu berufen, aufgeklärt wird. Die entscheidenden Fragen, „ob der Angeklagte zum Zeitpunkt der Handlung fähig war, sein tatbestandliches Handeln und dessen Rechtswidrigkeit zu erkennen“ bzw. „ob die Handlung des Angeklagten das Produkt einer Geisteskrankheit oder -störung war“,¹⁷¹ mussten seit 1972 von einem/einer psychologischen Sachverständigen beantwortet werden. Das Gutachten sollte vor allem Auskunft darüber geben, ob der Täter die Kriminalität seines Handelns erkennen konnte. Mittlerweile wurde die

¹⁶⁸ Markus D. Dubber, *Einführung in das US-amerikanische Strafrecht*, München: Beck 2005, S. 4.

¹⁶⁹ Vgl. Franz J. Heidinger/Andrea Hubalek (Hg.), *Anglo-American Legal Language* 3, Wien: LexisNexis 2016, S. 15.

¹⁷⁰ Hay, *US-Amerikanisches Recht*, S. 237.

¹⁷¹ Ebda., S. 211f.

Macht der psychologischen Sachverständigen wieder eingeschränkt. Sie dürfen in ihren Gutachten zwar auf den Geisteszustand und auf Symptome des Angeklagten eingehen und ihre Diagnosen darauf aufbauen, aber keine „Stellungnahmen zur rechtliche [sic!] Würdigung der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten oder dessen Vorsatz zum Tatzeitpunkt“¹⁷² abgeben. Zudem müssen seit 1984 die Angeklagten beweisen, dass sie durch eine geistige Störung zum Zeitpunkt der Tat nicht in der Lage waren, das begangene Unrecht zu verstehen. Das bedeutet eine Beweislastumkehr zum Nachteil des/der Angeklagten.¹⁷³

6.2.3. Grand Jury und Petit Jury

Bei der petit jury (= kleine Jury) handelt es sich um die 6 -12 köpfige Gruppe, die im Prozess über die Schuld oder Unschuld eines/einer Angeklagten entscheidet bzw. bei Zivilprozessen zu Gunsten der einen oder der anderen Partei. Nur bei schweren Verbrechen wird im ersten Verfahrensschritt eine grand jury (große Jury, 16-23 Personen) tätig, die entscheiden muss, ob die Beweise ausreichen, um den/die vermeintliche TäterIn vor Gericht zu bringen.

Öffentlichkeit und Medien sind von den Sitzungen der grand jury ebenso ausgeschlossen wie der Beschuldigte und sein Anwalt.

6.2.4. Auswahlprozess Petit Jury

Bei der Jury handelt es sich um BürgerInnen, die keine professionelle Erfahrung im juristischen Bereich aufweisen, was häufig von KritikerInnen bemängelt wird.¹⁷⁴ Die Mitglieder werden zufällig ausgewählt, müssen amerikanische BürgerInnen sein, mindestens 18 Jahre alt, Englisch schreiben und sprechen können und dürfen kein Verbrechen begangen haben. Der/die RichterIn ist dafür verantwortlich, Geschworene zu wählen, die möglichst geeignet für den jeweiligen Fall sind, also möglichst unparteiisch. Staatsanwälte und VerteidigerInnen bevorzugen Personen, die sie meinen, von ihrem jeweiligen Standpunkt überzeugen zu können. Während die Jurymitglieder über das Urteil nachdenken, werden sie üblicherweise von der Öffentlichkeit isoliert. Außerhalb der Gruppe dürfen sie mit niemandem über den Fall sprechen, auch nicht mit dem Staatsanwalt/der Staatsanwältin,

¹⁷² Ebda., S. 212.

¹⁷³ Vgl. ebda., S. 212.

¹⁷⁴ SoldatInnen, PolizistInnen, MitarbeiterInnen bei der Feuerwehr oder Polizei, etc. dürfen keine Jurymitglieder sein.

dem/der RichterIn oder dem/der VerteidigerIn.

Die Jury entscheidet auf der Grundlage der ZeugInnenaussagen, Gutachten von Sachverständigen und anderen Beweismittel über die Schuld oder Unschuld des/der Angeklagten. Dabei gibt es strenge Regeln, was die Jury zu sehen oder zu hören bekommt, da befürchtet wird, dass Laien manchen Beweisen zu viel Bedeutung schenken.¹⁷⁵

In Fällen, die große mediale Aufmerksamkeit erregen, wird die Jury bereits zu Prozessbeginn von der Öffentlichkeit ferngehalten, damit sie durch die Berichterstattung nicht beeinflusst wird. Sollte die Jury zu keinem Urteil kommen, muss das Verfahren wiederholt werden.¹⁷⁶

¹⁷⁵ Vgl. B. Sharon Byrd, *Introduction to Anglo-American Law & Language*, München [u.A.]: Beck ³2011, S. 38-42.

¹⁷⁶ Vgl. ebda., S. 58-61.

7. Veränderte Wahrnehmungen

Rudolf Bernet widmet sich in seinem Artikel „Wahn und Realität in der Psychose“¹⁷⁷ der Frage der subjektiven Wahrnehmung von psychisch erkrankten Menschen. PsychotikerInnen wird häufig ein Realitätsverlust nachgesagt, Bernet schlussfolgert daraus, dass PsychotikerInnen für sich eine fiktive Realität konstruieren. Das führt logischerweise zur Frage, was denn normale Realität sei. Bernet definiert normale Wahrnehmung „als ein richtiges Verstehen des Gesehenen“¹⁷⁸. Wahn ist daher „falsches Verstehen“, indem der Mensch Dingen einen Sinn verleiht, den diese objektiv bzw. intersubjektiv nicht haben. Die Krankheit des/der Psychotikers/Psychiotikerin „besteht gerade darin, dass er seine Welt mit uns nicht teilen kann.“¹⁷⁹ Rainer Tölle, der sich ebenso mit der Wahrnehmung von PsychotikerInnen beschäftigt, schreibt weiter „Ein Gegenstand oder ein Vorgang wird zwar als das gesehen und wahrgenommen, wofür ihn auch andere Menschen übereinstimmend halten; er gewinnt aber eine besondere, nur für diesen Kranken gültige, also wahnhaftige Bedeutung.“¹⁸⁰

Die Psychiatrie unterscheidet „Wahnvorstellung“ und „Wahnwahrnehmung“ und „Halluzination“. In der Wahnvorstellung, auch als Wahnidee oder Wahneinfall bezeichnet, findet der Wahn unabhängig von der Außenwelt in den Gedanken der PatientInnen statt, ohne konkreten Wahrnehmungs-Anlass.

Bei der Halluzination hingegen entstehen neue Wahrnehmungsinhalte. Halluzinationen können alle Sinneswahrnehmungen betreffen (akustische, optische, taktile oder haptische und Geruchshalluzinationen).¹⁸¹ Auch Illusionen verfälschen unsere Wahrnehmung, halten allerdings meist nur kurz an. „[D]er Gegenstand wird zwar erkannt, aber doch unscharf wahrgenommen und in wahnähnlicher Weise umgedeutet.“¹⁸² Tölles Beispiel für eine Illusion ist Goethes *Erlekönig*, bei dem das Kind im Fieberwahn einen Nebelstreif für den Erlekönig hält. Illusionen können auch bei gesunden Menschen auftreten.

Die innere Stimme als „Lautwerden eigener Gedanken“¹⁸³ tritt auch bei gesunden Menschen

¹⁷⁷ Vgl. Rudolf Bernet, „Wahn und Realität in der Psychose“, *Wahn. Philosophische, psychoanalytische und kulturwissenschaftliche Perspektiven*, hg.v. Gerhard Unterthurner/Ulrike Kadi, Wien, Berlin: Turia, Kant 2012, S. 9-35, hier S. 12.

¹⁷⁸ Ebda., S. 10.

¹⁷⁹ Ebda., S. 12.

¹⁸⁰ Rainer Tölle, *Wahn. Seelische Krankheiten. Geschichtliche Vorkommnisse, Literarische Themen*, New York, Stuttgart: Schattauer 2008, S. 17.

¹⁸¹ Vgl. ebda., S. 17-20.

¹⁸² Ebda., S. 22.

¹⁸³ Ebda., S. 135.

auf, ist aber nicht eindeutig von Halluzinationen abzugrenzen, was davon abhängt, ob sie „dem eigenen Ich zugeordnet“¹⁸⁴ wird oder nicht.

Phantasiewelt, Tagtraum und Nebenrealität ordnet Tölle dem Kapitel „An den Grenzen des Wahns“ zu¹⁸⁵. Sie alle sind im Vergleich zum Wahn harmlos und vom Subjekt leicht zu kontrollieren. „Tagtraum (auch: Wachtraum) ist ein ausgedehntes Phantasieren, thematisch ausgebreitet auf ganze Lebenssituationen und zeitlich ausgedehnt über längere Zeitabschnitte.“¹⁸⁶ Nebenrealitäten werden vor allem bei Kindern im Spiel mit Puppen, Kaufläden etc. aufgebaut, ohne dass der Bezug zur allgemeinen Realität verloren geht. Auch Erwachsene schaffen Nebenrealitäten z.B. im Karneval, aber verlieren dabei den Bezug zur allgemeinen Realität nicht. Der gesunde Mensch kann im Gegensatz zum Wahnkranken von der Nebenrealität problemlos in die allgemeine Realität wechseln. Der Wahnkranke „ist nicht mehr fähig, aus seiner privaten Nebenrealität des Wahns zu der allgemeinen Hauptrealität zurückzufinden.“¹⁸⁷

In der Realität kann der Kranke seine Wahrnehmungen im Wahn nicht direkt mit anderen Menschen teilen, so dass sie Außenstehenden verschlossen bleiben. Der Film ermöglicht es hingegen den ZuseherInnen, die Welt – etwa durch eine subjektive Kamera - so zu sehen wie der/die PsychotikerIn.

¹⁸⁴ Ebda., S. 135.

¹⁸⁵ Vgl. ebda., S. 115-137.

¹⁸⁶ Ebda., S. 122.

¹⁸⁷ Ebda., S. 130.

8. Filmanalysen

8.1. Auswahl

Ich untersuche sieben US-amerikanische Produktionen, in denen eine Figur eine psychische Störung vortäuscht: *Side Effects*¹⁸⁸, *Final Analysis*¹⁸⁹, *Shock Corridor*¹⁹⁰, *Shock Treatment*¹⁹¹, *Analyze That*¹⁹², *Primal Fear*¹⁹³ und *Don Juan DeMarco*¹⁹⁴.

Der letztgenannte Film unterscheidet sich stark von den anderen, da bei *Don Juan DeMarco* bis zum Ende nicht geklärt wird, ob die Figur die Störung nur vorspielt oder tatsächlich psychisch krank ist. In allen anderen Filmen wird eindeutig klar, dass die Figuren die psychische Störung nur vortäuschen. Die Romane, auf denen die Filme zum Teil beruhen, werden von mir nicht analysiert.

Filme, in denen eine Figur eine körperliche oder geistige Behinderung simuliert (z.B. *The Score* (2001)), werden ausgeklammert, wenn keine (zusätzliche) psychische Erkrankung vorgetäuscht wird.¹⁹⁵

Manche der Regisseure haben selbst Erfahrungen im psychiatrischen Bereich gesammelt; die Biografie der Regisseure oder ihre Recherchen für den Film spielen bei der Analyse jedoch keine Rolle. Der Antipsychiatriefilm schlechthin, *One Flew Over the Cuckoo's Nest*, gehört nicht zur engeren Auswahl, da das Thema „vorgetäuschte psychische Störung“ nur einmal zu Beginn in einem Gespräch zwischen dem Anstaltsleiter und McMurphy erwähnt wird.¹⁹⁶

McMurphy gibt im ganzen Film allerdings nie vor, an einer psychischen Störung zu leiden.

¹⁸⁸ Vgl. *Side Effects*, Regie: Steven Soderbergh, US 2013; Blu-ray Disc, *Side Effects. Tödliche Nebenwirkungen*, Senator Home Entertainment 2013.

¹⁸⁹ Vgl. *Final Analysis*, Regie: Phil Joanou, US 1992; DVD-Video, *Eiskalte Leidenschaft*, Warner Home Video 1999.

¹⁹⁰ Vgl. *Shock Corridor*, Regie: Samuel Fuller, US 1963; DVD-Video, *Schock Korridor*, Kinowelt Home Entertainment 2007.

¹⁹¹ Vgl. *Shock Treatment*, Regie: Denis Sanders, US 1964; DVD-Video, Flashbackdvd.com, Twentieth Century Fox [o.J.].

¹⁹² Vgl. *Analyze That*, Regie: Harold Ramis, USA 2002; Blu-ray Disc, *Reine Nervensache 2*, Warner Home Video 2010.

¹⁹³ Vgl. *Primal Fear*, Regie: Gregory Hoblit, US 1996; DVD-Video, *Zwielicht*, Paramount 2001.

¹⁹⁴ Vgl. *Don Juan DeMarco*, Regie: Jeremy Leven, US 1994; DVD-Video, Warner Home Video 2008.

¹⁹⁵ Im ICD-10 scheint die „Intelligenzminderung“ als psychische Störung auf mit dem Vermerk, dass betroffene Personen drei- bis viermal wahrscheinlicher an einer anderen psychiatrischen Störung erkranken als nicht betroffene. (Vgl. Dilling, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, S. 276). Aufgrund der Trennung der Einrichtungen für geistig behinderte Menschen und psychisch kranker Menschen, blende ich Filme in denen eine geistige Behinderung vorgegeben wird aus, es sei denn es wird eine „weitere“ psychische Störung zusätzlich simuliert.

¹⁹⁶ Der mehrfach verurteilte McMurphy wird von der Gefängnisfarm in eine psychiatrische Anstalt überstellt. Es soll untersucht werden, ob seine Aufsässigkeit und seine Arbeitsverweigerung Ausdruck einer geistigen Störung sind. Gleichzeitig wird vermutet, dass er die Geisteserkrankung nur simuliert.

8.2. Zehn Fragen

Die Filme werden anhand folgender Fragen analysiert:

- 1) Wie zeigt der Film die (vermeintliche) psychische Störung?
- 2) Wie lautet die Diagnose?
- 3) Aus welchem Grund gibt die Figur vor, an einer psychischen Störung zu leiden?
- 4) Wird die Figur in ihrem Spiel enttarnt?
- 5) Wie werden die PsychiaterInnen dargestellt?
- 6) Welche Behandlungsmethoden werden gezeigt?
- 7) Welche Rolle spielt das amerikanische Strafrecht im Film?
- 8) Werden die psychiatrischen Entwicklungen und Fortschritte thematisiert?
- 9) Übt der Film Kritik an der Psychiatrie?
- 10) Welche Ursachen werden für die Entstehung der psychischen Störung ausgemacht?

Diese Fragen haben sich aus den vorangegangenen Kapiteln ergeben und dienen dazu, herauszufinden, ob sich Gemeinsamkeiten bzw. wiederkehrende Motive feststellen lassen. Die zusätzliche Frage „Was spricht dafür/dagegen, dass der Protagonist vortäuscht, wahnsinnig zu sein?“ wird nur anhand des Films *Don Juan DeMarco* behandelt, da das der einzige Film ist, in dem nicht eindeutig geklärt wird, ob der Protagonist die psychische Störung vortäuscht oder eben nicht.

Bei manchen Filmen entfallen gewisse Fragen, wenn der Film keine definitiven Antworten zulässt oder eine Frage schon im Kontext einer anderen Frage beantwortet wurde.

Im Anschluss an die Filmanalysen wird im Kapitel „Ergebnisse der Analysen“ schließlich die Frage, ob sich wiederkehrende Motive oder andere Gemeinsamkeiten bei den Filmen finden lassen, beantwortet. Die Inhaltsangabe zu den Filmen entfällt, wenn der Inhalt bereits ausreichend durch die Antworten auf die Fragen dargelegt wird. Auch die Reihenfolge, in der die Fragen beantwortet werden, variiert bei manchen Filmen, wenn eine andere Anordnung der Fragen für die Analyse sinnvoller ist.

8.3. Antipsychiatriefilm und Mind-Game Movies

Meine These ist, dass es sich bei Filmen, in denen eine Figur Wahn vortäuscht, um psychiatriekritische Filme handelt. *Shock Corridor* (1963) und *Shock Treatment* (1964) entstehen parallel zur Antipsychiatriebewegung in den 60er Jahren und transportieren antipsychiatrischen Ideen wie sich in den Filmanalysen zeigen wird.

Die vorgetäuschte psychische Störung ist wie auch das oben erwähnte Rosenhan-Experiment ein ideales Thema für die Antipsychiatriebewegung, weil gezeigt werden kann, wie (zunächst) völlig gesunde Menschen durch die Institution Psychiatrie krank bzw. als krank definiert werden. *Shock Corridor* erscheint 1963, am Ende des sogenannten „goldenen Zeitalters“ und ist damit ein ganz frühes Beispiel des Antipsychiatriefilms.

Ab den 90er Jahren erscheinen gehäuft Hollywoodproduktionen, die man allgemein als „Mind-game Filme“ bezeichnet, da darin Spiele mit Figuren im Film oder/und den ZuseherInnen gespielt werden, ohne dass diese davon wissen.¹⁹⁷ Auch in diesen Filmen spielt die vorgetäuschte psychische Störung eine wichtige Rolle. Alle Filme, in denen eine psychische Störung vorgetäuscht wird, spielen Spiele mit den Filmfiguren, indem manche Filmfiguren nicht „wissen“, dass die psychische Störung einer anderen Figur nur vorgetäuscht ist.

„Mind-game Filme“ täuschen aber auch die ZuschauerInnen, so weiß man z.B. bei der ersten Rezeption von *Primal Fear* (1996), *Final Analysis* (1992) und *Side Effects* (2013) zunächst nicht, dass die psychische Störung nur vorgetäuscht wird: „[T]here are films where it is the audience that is played games with, because certain crucial information is withheld or ambiguously presented.“¹⁹⁸

¹⁹⁷ Vgl. Thomas Elsaesser, „The Mind-game Film“, *Puzzle Films – Complex Storytelling in Contemporary Cinema*, hg. v. Warren Buckland, Oxford: Wiley Blackwell 2009, S. 13-41.

¹⁹⁸ Ebda., S. 14.

8.4. Shock Corridor (1963)

Aus welchem Grund gibt die Figur vor, an einer psychischen Störung zu leiden?

Der Journalist Barrett gibt vor, unter einer psychischen Störung zu leiden, um einen ungeklärten Mord an einem Patienten in einer Nervenheilanstalt aufzuklären. Er hofft, dadurch den Pulitzerpreis zu gewinnen. Unterstützt wird er durch seinen Vorgesetzten Swanee, einem Psychiater, und seiner Freundin Cathy, die ihm helfen, in die Nervenheilanstalt zu kommen. Seine Freundin gibt sich als seine Schwester aus und behauptet, dass ihr „Bruder“ inzestuöse sexuelle Phantasien in Bezug auf sie habe und sie belästige.

Wie zeigt der Film die (vermeintliche) psychische Störung?

Die Geschichte wird aus der Perspektive von John Barrett erzählt: „My name is Johnny Barrett. I'm a reporter on the Daily Globe. This is my story... as far as it went.“¹⁹⁹

Zunächst spielt Barrett die psychische Störung nur vor. Im Laufe der Ereignisse fällt es ihm immer schwerer, zwischen Realität und Fiktion zu unterscheiden, bis er schließlich tatsächlich seinen Verstand verliert. Der Film zeigt das in mehreren Stufen. In Gesprächen mit Cathy wird zum ersten Mal deutlich, dass Barrett tatsächlich „verrückt“ wird. Er beginnt, Sätze zu wiederholen, ohne sich dessen bewusst zu sein. Als Cathy ihn später küssen will, wehrt er sich vehement dagegen, weil er mittlerweile glaubt, dass sie tatsächlich seine Schwester ist.

Im weiteren Verlauf spielt das Voice-Over eine dramaturgisch bedeutende Rolle. Zu Beginn versichert uns Barretts „vernünftige“ Voice-Over-Stimme, dass er seine psychische Störung nur vorspielt. So erfahren wir, dass er sich darüber freut, dass ihm die psychische Störung geglaubt wird. Im Laufe des Filmes wird er einer EKT „Behandlung“ unterzogen, die ihm wie zu erwarten, tatsächlichen Schaden zufügt. Er verliert die Kontrolle über seine Stimme und kann seine Gedanken nicht mehr aussprechen. Er beginnt zu schwitzen und nervös zu werden, während er in Gedanken immer wieder den Satz „Who killed Sloan in the kitchen?“²⁰⁰

wiederholt - bis es ihm schließlich – spät aber doch - gelingt, die Frage tatsächlich auszusprechen. Als Dr. Boden ihm sagt, dass der Pfleger Wilkes Sloan getötet hat, verliert Barrett seinen Verstand. Zwar kommt er noch ein letztes Mal zu Sinnen, klärt den Mord auf und schreibt sogar seinen Artikel darüber, aber anschließend kann er nicht mehr in die

¹⁹⁹ *Shock Corridor*, TC: 00:17 – 00:23.

²⁰⁰ Ebd., TC: 1:19:11 – 1:19:53.

„Normalität“ zurückkehren. Barrett verfällt in einen Zustand katatoner Schizophrenie, spricht nicht mehr und reagiert nicht mehr auf seine Umwelt. Die letzte Szene zeigt Barrett ohne Aussicht auf Besserung neben den anderen Patienten am Korridor, der in diesem Film als Gemeinschaftsraum fungiert. Mit dem gängigen filmischen Stilmittel des Voice Over wird die Aussichtslosigkeit noch verdeutlicht und den ZuseherInnen vor Augen geführt: Die Gedanken Barretts, die uns bisher als Voice Over begleitet haben, sind am Ende verstummt.

Formal interessant ist, dass der Film, der in schwarz-weiß gedreht ist, in drei Einstellungen ein Farbbild verwenden, das der Vorstellungswelt jeweils eines halluzinierenden Patienten entspringt. Die erste Einstellung zeigt die Stadt Kamakura in Japan, die zweite einen rituellen Tanz im Amazonas Regenwald und die dritte einen Wasserfall.

Zwei Patienten kommentieren sogar die Wahrnehmung des Farbbildes. So sagt Stuart, „I keep seeing it in color. [...] The Great Buddha of Kamakura“²⁰¹ und Trent sagt „It's that same nightmare, always in color.“²⁰² Diese farbigen Halluzinationen, die der Vorstellungswelt der Patienten entspringen, markieren einen Umschlag zwischen Wahnsinn und Vernunft. Nach den Farbsequenzen finden alle Patienten auf beinahe magische Weise kurzzeitig ihren Verstand wieder. Auch Barrett ist eine dieser Farbsequenzen zugeordnet (Wasserfall). Er halluziniert akustisch und optisch, dass ein Gewitter am Korridor der Nervenheilanstalt ausbricht und seine Halluzination endet mit der Farbsequenz, die einen Wasserfall zeigt. Danach kommt er wie die anderen halluzinierenden Patienten kurzzeitig wieder zu Sinnen und kann den Mord aufklären.

Das Medium Film macht es möglich, die subjektiven Wahrnehmungen der Patienten mitzuerleben, indem es deren Halluzinationen bildlich und akustisch nachstellt. So erleben wir die Handlung aus der subjektiven Sicht der Patienten - sehen und hören wie die Insassen der Anstalt.

Durch den Kunstgriff des Films, beide veränderten Wahrnehmungsformen - sowohl das Lautwerden der inneren Stimme, als auch Halluzinationen - abzubilden, wird das unweigerliche Fortschreiten Barretts Erkrankung deutlich. Überspitzt formuliert fungiert das filmische Stilmittel selbst (Voice-Over) als das Symptom für die psychische Erkrankung. Sowohl dem Kranken als auch dem Gesunden zugeordnet mündet die innere Stimme schließlich in die Halluzination, die nur noch dem Kranken zugeordnet ist und verstummt schließlich komplett (siehe hierzu Kapitel „Veränderte Wahrnehmungen“).

Zunächst baut Barrett sich eine Nebenrealität auf, in der er an einer psychischen Störung

²⁰¹ Ebda., TC: 41:12 – 41:18.

²⁰² Ebda., TC: 1:05:08 – 1:05:11.

leidet, damit er in die Nervenheilanstalt eingewiesen wird. Zu Beginn kann er noch von der Nebenrealität in die allgemeine Realität wechseln, nach und nach schafft er diesen Überstieg aber nicht mehr – bis er auf der falschen Seite gefangen bleibt.

Wie lautet die Diagnose?

Der Journalist Barrett bereitet sich professionell auf seine under-cover-Investigation vor; er wird ein Jahr lang von dem Psychiater Dr. Fong darauf geschult, eine Borderline Störung vorzutäuschen. Nicht weiter verwunderlich, dass diese von den ahnungslosen Ärzten auch diagnostiziert wird.²⁰³

Wird die Figur in ihrem Spiel enttarnt?

Der Psychiater Dr. Fong übt mit Barrett, so als wäre er ein Method-Schauspielschüler. Er schärft ihm ein, sich genauestens an die Anweisungen zu halten, da die Psychiater in der Nervenheilanstalt den Schwindel sonst sofort erkennen würden. Laut den Ergebnissen des Rosenhan-Experiments, ist diese Angst zwar unberechtigt, aber in diesem Film wird Barrett tatsächlich von einem Pfleger mit dem Vorwurf konfrontiert, dass er nur simuliere: Dieser Pfleger weiß, dass Barrett Journalist ist und spricht ihn später auch noch einmal mit Mr. Pulitzer an. Auch der Anstaltsleiter Dr. Cristo erwähnt in einem Gespräch mit Cathy, dass irgendetwas sehr eigenartig an diesem Fall ist und sie nicht sehr kooperativ ist. Barrett schafft es dennoch, seine Tarnung bis zum Abschluss seiner Recherchen aufrecht zu erhalten.

Wie werden die PsychiaterInnen dargestellt?

Dr. Fong, der Barrett minutiös darauf vorbereitet, eine psychische Erkrankung vorzutäuschen, ist fachlich äußerst kompetent. Die Psychiater, die Barrett später untersuchen, fragen ihn genau das, was Dr. Fong prophezeit hat. Allerdings nutzt Dr. Fong seine Fähigkeiten nicht zur Heilung von PatientInnen, sondern manipulativ, um jemanden beizubringen, wie er eine geistige Störung vortäuschen kann. Cathy erzählt Dr. Fong, dass Barretts Zustand schlechter wird, dass Barrett zu denken beginnt, dass sie wirklich seine Schwester sei und dass er mit

²⁰³ Der Psychiater in der Nervenheilanstalt diagnostiziert eine Form von dementia praecox (Schizophrenie). Die Borderline-Störung galt in den 70er Jahren als eine besondere Form der Schizophrenie. (Vgl. Alice Senderra/Martina Senderra, *Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben*, Berlin, Heidelberg: Springer 2016, S. 9.)

Elektroschocks behandelt wird. Obwohl Dr. Fong als Psychiater um die Gefahren weiß, greift er nicht ein.

Dr. Menkin ist der Anstaltspsychiater, der darüber entscheidet, ob Barrett in die Nervenheilanstalt eingewiesen wird. Er stellt Barrett genau die Fragen, auf die Dr. Fong ihr vorbereitet hat, und diagnostiziert, wie von Dr. Fong intendiert, eine psychische Störung. Dr. Menkin erfüllt das Stereotyp des „faceless“ Psychiaters und ist für die weitere Handlung im Gegensatz zu Dr. Cristo, dem Leiter der Nervenheilanstalt, nicht mehr wichtig.

Dr. Cristo tritt von den Psychiaterfiguren am häufigsten auf. Der Film zeigt u.a. eine Therapiesitzung zwischen Dr. Cristo und Barrett, in der auch Dr. Cristo genau die Fragen stellt, deren Antworten Dr. Fong mit Barrett geübt hat. Dr. Cristo diagnostiziert eine Form von Schizophrenie bei Barrett und setzt ihn einer Elektrokrampftherapie aus, allerdings nicht als Behandlung, sondern als Bestrafung – wie es dem Stereotyp Dr. Evil entspricht. Kurz bevor Barrett völlig den Verstand verliert sagt Dr. Cristo, auch das passt zum Dr. Evil- Klischee, er denke, sein Patient mache Fortschritte. Am Ende des Films übernimmt der Arzt keine Verantwortung, sondern gibt Barret selbst die Schuld daran: „Well, a man can't tamper with a mind and live in a mental hospital and subject himself to all kinds of tests and expect to come out of it sane.“²⁰⁴ – eine Ansicht, die nicht von der Hand zu weisen ist.

Dr. Cristo fungiert auch als „Social-Agent“ Psychiater, indem er als Vertreter der Gesellschaft den institutionellen Umgang mit „Störfaktoren“ organisiert. Bei keinem der PatientInnen zeigt sich eine Besserung der Symptome. Es gibt keine Anzeichen, dass Dr. Cristo ernsthaft versucht, jemanden zu heilen, ihm ist nur wichtig, dass in der Anstalt Ruhe und Ordnung herrscht. Wer gehorcht, darf sein Zimmer verlassen und auf den Korridor, wer nicht gehorcht, wird mit Elektroschocks bestraft oder zwangsfixiert.

Auch der Pfleger Wilkes erfüllt das Stereotyp Dr. Evil. Er missbraucht geistig verwirrte Patientinnen und der Patient Sloan hatte gedroht, das zu verraten. Deshalb hat der Pfleger den Patienten getötet, wie Barrett um den Preis seiner eigenen geistigen Gesundheit herausfindet.

Welche Behandlungsmethoden werden gezeigt?

Behandlungsmethoden werden nur am Rande erwähnt. Die PatientInnen werden eher verwahrt und verwaltet als behandelt. Neben der psychoanalytisch orientierten Gesprächstherapie, Hydrotherapie, Tanztherapie, EKT (als Disziplinierungsmaßnahme) wird in einer Szene auch die medikamentöse Behandlung thematisiert. Ein Pfleger bringt

²⁰⁴ *Shock Corridor*, TC: 1:33:05 – 1:33:13.

Antikonvulsiva, die die Patienten einnehmen sollen. Diese Psychopharmaka sind eine Untergruppe der Phasenprophylaktika, die zur Rückfallverhinderung bei bestimmten Psychosen verwendet werden.²⁰⁵

Welche Ursachen werden für die Entstehung der psychischen Störung ausgemacht?

Die Ursache der psychischen Krankheiten wird innerdiegetisch von den Film-Psychiatern durch das psychoanalytische Modell erklärt, das davon ausgeht, dass verdrängte frühkindliche sexuelle Erinnerungen bei Erwachsenen zu Neurosen führen. Eine Heilung wäre nur durch eine Aufarbeitung des Traumas zu erreichen.

"His pattern of symptoms in a mental disease is familiar. We've got to resolve the underlying sexual conflict. Whenever he wants his sister physically he is taking the form of a mental breakdown an acute schizophrenic episode."²⁰⁶

Implizit behauptet der Film aber, dass psychische Störungen durch die Gesellschaft verursacht werden. Während seines Aufenthaltes in der Nervenheilanstalt befragt Barrett drei Patienten, die Zeugen beim Mord an Sloan waren. Sie erzählen alle ein tragisches Stück der jüngeren amerikanischen Geschichte. Alle drei Patienten leiden an Wahnvorstellungen und sind nur zeitweise im Besitz ihrer geistigen Kräfte. Der erste Zeuge kämpfte als Soldat im Koreakrieg und wechselte, nachdem er nach seiner Gefangennahme einer Gehirnwäsche unterzogen wurde, auf die Seite der Kommunisten.

Nach seiner Rückkehr in die USA wurde er deshalb von seiner Familie und der Öffentlichkeit geächtet, - als Ausweg blieb ihm nur der Wahnsinn. Der zweite Zeuge, ein Afro-Amerikaner, hält sich für den Gründer des Ku Klux Klan und fordert zu Gewalttaten gegenüber Schwarzen auf. Er war als erster schwarzer Student an einer Südstaaten-Universität zum Studium zugelassen worden, hielt jedoch den Hass, der ihm entgegenschlug, nicht aus und flüchtete in die wahnhaftige Identifikation mit seinen Gegnern. Der dritte Zeuge, ein Nobelpreisträger für Physik, war an der Erfindung der Wasserstoffbombe beteiligt und ist am Wettrüsten des Kalten Krieges irre geworden. Er lehnt alle Verantwortung für sein Tun ab und verhält sich als logische Konsequenz wie ein kleines Kind.

Diese drei Zeugen verkörpern die implizite Aussage des Filmes, dass die kranke Gesellschaft die Menschen verrückt macht und nicht die Biologie oder verdrängte frühkindliche sexuelle Erinnerungen.

Eine Heilung der „Kranken“ kann nur erfolgen, wenn die „Gesunden“ umdenken.

²⁰⁵ Vgl. Paulitsch/Karwautz, *Grundlagen der Psychiatrie*, S. 37.

²⁰⁶ *Shock Corridor*, TC: 17:56 – 18:18.

Übt der Film Kritik an der Psychiatrie?

Shock Corridor vertritt ganz klar die Positionen der Antipsychiatriebewegung der 60er und 70er Jahre. Er greift die Idee der AntipsychiaterInnen auf, dass die Schizophrenie eine durch die Gesellschaft verursachte Störung ist, was anhand der drei Zeugen, die Barrett befragt, deutlich gemacht wird. Indem die Gesellschaft an der geistigen Erkrankung schuld ist, kann die Psychiatrie den PatientInnen nicht helfen, sondern dient nur ihrer Verwahrung. Die Institution Psychiatrie rechtfertigt laut Basaglia das Einsperren der Menschen damit, dass es sich bei den PatientInnen um anormale, kranke Personen handelt, die behandelt werden müssen, „ohne daß durch die Abweichung [...] die Gültigkeit der Norm und ihrer Abgrenzungen in Frage gestellt würden.“²⁰⁷ Der Film greift diese Gedanken auf und zeigt, die Nervenheilanstalt als eine Institution, die genau das produziert, was sie zu heilen vorgibt: der anfänglich gesunde Barrett wird in der Nervenheilanstalt psychisch unheilbar krank. Bereits der Titel *Shock Corridor* ist bezeichnend, verweist er doch auf die von der Antipsychiatriebewegung kritisierte EKT die in diesem Film als Mittel zur Bestrafung und Disziplinierung eingesetzt wird, das nachhaltige Hirnschädigungen verursacht.

Werden die psychiatrischen Entwicklungen und Fortschritte thematisiert?

Shock Corridor erschien 1963. Zu diesem Zeitpunkt war die Psychoanalyse mit dem Revival der biologischen Psychiatrie in einem Konkurrenzverhältnis. Im Film wird die biologische Psychiatrie thematisiert, mit den Antikonvulsiva, die die Patienten bekommen und der EKT, die allerdings als Bestrafung angewandt wird. Auch das psychoanalytische Erklärungsmodell wird beschrieben, indem ein Psychiater davon ausgeht, dass ein verdrängter sexueller Konflikt Barrett Störung verursache.

²⁰⁷ Basaglia, *Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle*, S. 13f.

8.5. Shock Treatment (1964)

Aus welchem Grund gibt die Figur vor, an einer psychischen Störung zu leiden?

Mrs. Townsend wird von ihrem als schizophren diagnostizierten Gärtner, Mr. Ashley, getötet. Anschließend verbrennt er auch noch Geld, das diese im Haus aufbewahrt hat. Mr. Manning, ihr Vermögensverwalter, weiß, dass Mrs. Townsend hohe Geldsummen im Haus aufbewahrt hat, bezweifelt aber, dass ihr Mörder das ganze Geld verbrannt hat. Im Gerichtsprozess wird Mr. Ashley von der Jury wegen seiner psychischen Erkrankung für nicht schuldig befunden. Der Richter beantragt eine Einweisung in eine Nervenheilanstalt zur Untersuchung seines Geisteszustandes. Mr. Manning beauftragt daraufhin den Schauspieler Nelson sich als psychisch krank auszugeben, um so in der Nervenheilanstalt herauszufinden, ob der Gärtner das gesamte Geld tatsächlich verbrannt hat oder versteckt hält.

Wie zeigt der Film die (vermeintliche) psychische Störung?

Nelson liest mehrere Bücher, um den Verrückten spielen zu können. Anschließend schlägt er die Schaufensterscheibe eines Kleidungsgeschäftes ein, beginnt sich auszuziehen und setzt sich die Sonnenbrille der Schaufensterpuppe auf. Die Polizisten, die ihn festnehmen, vermuten zunächst, dass er betrunken ist, ein Bluttest verläuft jedoch negativ. Nelson verhält sich „verrückt“ und gibt absurde Antworten auf diverse Fragen. Schließlich ordnet der Richter aufgrund der Empfehlung eines Gutachters eine Einweisung in eine Nervenheilanstalt an. „In my opinion his antisocial behaviour indicates a disturbed state of mind.“²⁰⁸

In der Nervenheilanstalt werden zunächst einige Tests mit Mr. Nelson durchgeführt. Neben der Interpretation eines Bildes muss er die Kalendermonate mit geschlossenen Augen aufzählen, dabei lässt er absichtlich zwei Monate aus. Nach diesen Tests spielt Nelson keine weiteren Symptome vor und verhält sich so wie die „Schauspieler“ im Rosenhan-Experiment normal. Er hat sein erstes Ziel – 30 Tage zur Untersuchung in die Anstalt eingewiesen zu werden – erreicht. Der Film verwendet keine besonderen Stilmittel oder Filmtechniken, um die vorgetäuschte psychische Störung zu zeigen. Die ZuschauerInnen wissen, dass Nelson die psychische Erkrankung nur vortäuscht.

²⁰⁸ *Shock Treatment*, TC: 13:49-13:53.

Wie lautet die Diagnose?

Es wird nicht klar, ob Nelson eine bestimmte psychische Störung vortäuschen möchte oder bloß versucht, Zweifel an seiner geistigen Gesundheit zu erwecken. Der Gutachter vor Gericht stellt keine exakte Diagnose, sondern vermutet allgemein eine Geisteserkrankung. Diagnostiziert als katatoner Schizophrener wird Nelson erst später durch die Anstaltsleiterin Dr. Beighley, die zu diesem Zeitpunkt allerdings bereits weiß, dass Nelson nicht wirklich an einer psychischen Erkrankung leidet.

Wird die Figur in ihrem Spiel enttarnt?

Die Anstaltsleiterin Dr. Beighley, die auch den mörderischen Gärtner diagnostiziert hat, wird schon bei der Durchführung der psychologischen Tests misstrauisch. Sie löst den Therapeuten, der die Tests durchführt, ab, um selbst damit fortzufahren. Anschließend fordert sie weitere polizeiliche Informationen an, aus denen sie erfährt, dass Nelson Schauspieler ist. Nachdem sie ihn mit einer EKT bestraft hat, konfrontiert sie ihn mit dem Vorwurf, dass er seine Geisteskrankheit nur simuliert. Anders als das medizinische Personal beim Rosenhan-Experiment durchschaut sie den Schwindel. Nelson gesteht nur zu simulieren, verrät allerdings nicht, warum er sich in die Anstalt geschwindelt hat. Außerdem droht er ihr, zu verraten, dass sie einen gesunden Menschen einer EKT unterzogen hat, was sie ihren Job kosten würde. Daraufhin beschließt Dr. Beighley, ihn als menschliches Versuchsobjekt zu missbrauchen und injiziert ihm ein Mittel, das sie zuvor nur an Tieren getestet hatte, das eine Katatonie auslösen soll. Das Mittel wirkt. Dr. Beighley diagnostiziert Nelson vor Gericht als Schizophrenen, der eine Gefahr darstellt, und erreicht seine Einweisung auf unbestimmte Zeit. Als Nelson aus seinem katatonen Zustand erwacht, verabreicht Dr. Beigley ihm die nächste Dosis. Erst in seiner nächsten Wachphase gelingt es Nelson, den Zustand der Katatonie weiter vorzutäuschen und aus der Anstalt zu fliehen.

Wie werden die PsychiaterInnen dargestellt?

Dr. Beighley ist Dr. Evil par excellence. Sie missbraucht ihre berufliche Autorität, um persönlichen Profit zu erzielen. Schon im Verfahren gegen Ashley tritt sie als Gutachterin auf und diagnostiziert ihn als schizophren. Entgegen ihrer Aussage vor Gericht vermutet sie, dass Ashley einen Großteil des Gelds versteckt hält. Nur deshalb plädiert sie für eine Einweisung

Ashleys in ihre Nervenheilanstalt. Mittels Hypnotherapie versucht sie herauszufinden, wo der Mörder das Geld versteckt hat. Tatsächlich sehen wir am Ende des Filmes wie Ashley im Garten seines Mordopfers in Anwesenheit von Dr. Beighley einen Sack ausgräbt. Zu Dr. Beighleys Enttäuschung befindet sich darin – wie der Name des Mörders schon andeutet - nur Asche. Ashley hat in seinem Wahn tatsächlich das ganze Geld verbrannt. Dr. Beighley verfällt auf diesen Schock hin selbst in einen krankhaften Geisteszustand und landet als Patientin in ihrer eigenen Nervenheilanstalt.

Dr. Beighley verwendet EKT als Mittel zur Bestrafung, zudem führt sie als typische Dr. Evil verbotene Experimente durch. Einerseits will sie Nelson loswerden, der ihr droht, ihre Karriere zu beenden, andererseits sieht sie endlich ihre Chance gekommen, ihre Medikamente an einem Menschen zu testen und so wertvolle Inputs für ihre wissenschaftlichen Recherchen zu bekommen. Dr. Beighley erfüllt zudem die stereotypen Kriterien der aktiven Psychiaterin, indem sie im höchsten Maße manipulativ ist. Wie für weibliche Psychiaterinnen im Film üblich, schließen sich erfolgreiche Karriere und Privatleben bei ihr aus, sie lebt nur für ihren Beruf. Ungewöhnlich ist, dass sie als hervorragende Psychiaterin eingeführt wird, die zielsicher Diagnosen trifft und den Schwindel von Nelson mühelos enttarnt. Üblicherweise werden Frauen nur dann als hervorragende Psychiaterinnen gezeigt, wenn sie sich in einen ihrer Patienten verlieben. Da Dr. Beighley Dr. Evil verkörpert, darf kein PatientIn von ihr geheilt werden und ihre Karriere muss - wie angesichts der Hollywood-Regeln zu erwarten – ein „böses Ende“ finden, damit der Film ein Happy End finden kann.

Die anderen PsychiaterInnen im Film sind „faceless“, sie tauchen nur am Rande auf und befolgen Dr. Beighleys Befehle, ohne sie zu hinterfragen.

Welche Behandlungsmethoden werden gezeigt?

Die Nervenheilanstalt nutzt neben der Hypnosetherapie, die EKT und Tabletten um ihre PatientInnen zu behandeln. Namentlich wird das Neuroleptikum Triflupromazin erwähnt. Auch Zwangsbehandlung wird thematisiert. Die PatientInnen werden bei der Tabletteneinnahme kontrolliert, wer nicht brav „schluckt“, bekommt eine Injektion. Auch die EKT wird gegen den Willen der PatientInnen durchgeführt. Ein Patient wird sogar wöchentlich damit zwangsbehandelt, obwohl er, ans Bett gefesselt, schreit und die Pfleger anfleht, die Behandlung nicht zu vollziehen. Wir erfahren nicht, was der therapeutische Nutzen sein soll. Sogar Nelson wird einer Krampftherapie unterzogen, obwohl die

Anstaltsleiterin bereits weiß, dass er nur simuliert. Die EKT dient in diesem Fall ganz eindeutig der Bestrafung.

Übt der Film Kritik an der Psychiatrie?

Shock Treatment ist ganz klar psychiatriekritisch. Die Anstaltsleiterin führt wie bereits erwähnt an einem Patienten, von dem sie weiß, dass er gesund ist, verbotene medikamentöse Experimente durch und unterzieht ihn einer EKT. Ebenso wie *Shock Corridor* entspringt auch *Shock Treatment* ganz eindeutig der aufkeimenden Antipsychiatriebewegung. In beiden Fällen ist der Titel des Filmes schon Programm. Vor Gericht diagnostiziert die Anstaltsleiterin Dr. Beighley den von ihr selbst mit Medikamenten ruhiggestellten Nelson als „catatonic schizophrenic with only period of phases of mobility“,²⁰⁹ der für sich und die Gesellschaft gefährlich sei, weshalb sie eine Einweisung auf unbestimmte Zeit fordert. Antipsychiater wie Basaglia und Szasz weisen darauf hin, dass sich die Psychiatrie medizinischer Rhetorik bediene, um unerwünschte Personen wegzusperren. Genau das passiert in *Shock Treatment*. Auch die biologische Psychiatrie, die Gegenposition zur antipsychiatrischen Bewegung, wird in *Shock Treatment* kritisiert. Dr. Beighley ist besessen davon, chemische Mittel zu finden, die Geisteskrankheiten heilbar machen. Die antipsychiatrische Behauptung, dass erst die Psychiatrie die Menschen krank mache, findet sich in diesem Film ebenso wie in *Shock Corridor* wieder. Hier allerdings besonders pointiert: am Ende des Filmes wird die ehemalige Anstaltsleiterin als Patientin in ihre eigene Anstalt eingewiesen.

Welche Rolle spielt das amerikanische Strafrecht im Film?

Der Film zeigt zu Beginn das Strafverfahren gegen den mörderischen Gärtner Ashley. Die 12-köpfige „petit jury“ fällt das Urteil „nicht schuldig“ aufgrund einer Geisteserkrankung, woraufhin ihn der Richter zur Untersuchung seines Geisteszustandes für eine Mindestdauer von 90 Tagen in die staatliche Nervenheilanstalt überstellt. Dr. Beighley tritt in dem Gerichtsverfahren als Gutachterin auf und diagnostiziert Ashley als schizophren, sehr zum Ärger von Dr. Manning, dem Vermögensverwalter des Mordopfers: „I’m sick and tired of psychiatrists who try to play god, who try to tell us our mothers and fathers made us neurotic and psychotic.“²¹⁰

²⁰⁹ Ebda., TC: 1:07:49 - 1:07:55.

²¹⁰ Ebda., TC: 7:47 - 7:55.

Werden die psychiatrischen Entwicklungen und Fortschritte thematisiert?

Der Film erschien 1964 als Psychoanalyse und biologische Psychiatrie miteinander konkurrierten. Der Film greift das stärker auf als *Shock Corridor*, der 1963 erschien und dieses Konkurrenzverhältnis nur am Rande thematisiert. Dr. Beighley sucht nach chemischen Mitteln, um Geisteskrankheiten heilen zu können, vermutet also biologische Ursachen. Dr. Manning macht durch seine Aussage, er habe genug von PsychiaterInnen, die den Müttern und Vätern die Schuld an psychischen Krankheiten geben, deutlich, dass das psychoanalytische Modell, weiterhin als medizinische Erklärung für geistige Störungen verwendet wird.

8.6. Don Juan DeMarco (1994)

Ein ungewöhnlich gekleideter junger Mann (Zorromaske, Hut, Degen und Umhang) wird nach einem Selbstmordversuch in eine psychiatrische Klinik zur Untersuchung seines Geisteszustandes eingewiesen. Er behauptet Don Juan zu sein und über 1000 Frauen geliebt zu haben. Nun will er seinem Leben ein Ende setzen, weil er seine einzig wahre Liebe verloren habe. Der ihn behandelnde Psychiater Dr. Mickler ist fasziniert von den märchenhaften Erzählungen²¹¹ seines jungen Patienten und lässt sich von dessen Phantasiewelt anstecken. Bis zum Schluss lässt der Film die ZuschauerInnen im Unklaren darüber, ob der junge Mann verrückt ist oder verrückt „spielt“ und sich der Realität bewusst ist.

Was spricht dafür, dass der Protagonist vortäuscht, wahnsinnig zu sein?

Dr. Mickler fragt Don Juan in einem Gespräch, wer er ist und wo sie sind. Don Juan antwortet, dass Dr. Mickler Don Octavio del Flores, der Onkel von Don Francisco da Silva ist und dass er annimmt, die Villa, in der sie sich befinden, sei die seinige. Dr. Mickler fragt ihn daraufhin, was er dazu sagen würde, wenn jemand behauptete, dass das eine psychiatrische Einrichtung ist, „Don Juan“ ein Patient in dieser Einrichtung sei und er selbst Dr. Mickler, sein behandelnder Psychiater. Don Juan antwortet darauf:

„I would say that he has a rather limited and uncreative way of looking at the situation. Look. You want to know if I understand that this is a mental hospital. Yes, I understand that. But then how can I say that you are Don Octavio and I am a guest at your villa, correct?“²¹²

Dieses Gespräch weist darauf hin, dass der junge Mann durchaus zwischen Realität und Fiktion unterscheiden kann – es aber bevorzugt, in der Fiktion zu leben.

Gegen Ende des Films muss ein Richter entscheiden, ob der junge Mann entlassen werden kann oder in der psychiatrischen Klinik zwangsuntergebracht werden muss. Don Juan erzählt dem Gutachter nun, dass er in Queens geboren wurde, dass sein Vater bei einem Autounfall starb als er 16 war, und dass seine Mutter stets Affären hatte, was auch sein Vater wusste. Nach Tod seines Vaters fühlte sich seine Mutter deswegen so schuldig, dass sie eine Nonne wurde und in ein Kloster nach Mexiko ging. Er wusste nicht, was er machen sollte, las ein Buch über Don Juan und entschied, Don Juan zu werden. Beim Durchblättern von

²¹¹ Er erzählt z.B. dass er in einem kleinen Dorf in Mexiko aufgewachsen ist, das sich der modernen Technologie verschloss und sein Vater in einem Fechtduell, als er die Ehre seiner Mutter verteidigen wollte, ums Leben kam.

²¹² *Don Juan DeMarco*, TC: 28:59- 29:17.

Zeitschriften hatte er das Bild einer Frau gesehen, die ihn verzauberte. Eines Tages erreichte er diese Frau telefonisch; sie nannte ihn verrückt und legte auf. Er wollte Aufmerksamkeit erregen und sagte deshalb, er würde sich umbringen.

Der Film lässt offen, ob der junge Mann den Ernst seiner Lage erkannt hat und die Wahrheit sagt, die ihm die ganze Zeit bewusst war oder ob er diese Version nur erzählt, damit er entlassen wird und tatsächlich glaubt, dass er Don Juan ist. Bedenkt man allerdings, dass er auch weiß, dass er sich in einer psychiatrischen Einrichtung befindet (und nicht in Don Octavios Villa), lässt das vermuten, dass er am Ende dem Gutachter seine wahre Geschichte erzählt und die Realität durchaus von der Fiktion unterscheiden kann. Dr. Mickler geht schlussendlich einen analogen Weg, indem er am Ende behauptet, Don Octavio del Flores zu sein, der weltgrößte Psychiater und über 1000 Patienten geheilt zu haben. Sogar den kastilischen Akzent übernimmt er von seinem Patienten.

Man könnte schlussfolgern, dass Don Juan sich absichtlich eine Nebenrealität aufbaut (siehe Kapitel „Veränderte Wahrnehmungen“), indem er die psychiatrische Einrichtung zur Villa seines Psychiaters umdeutet, den er wiederum als Don Oktavio wahrnimmt. Er gibt seiner Umwelt eine andere, nur für ihn gültige Bedeutung wie es bei Wahnwahrnehmungen geschieht. Da er allerdings im selben Gespräch angibt, dass ihm bewusst sei, in einer psychiatrischen Einrichtung zu sein, handelt es sich eher um eine Nebenrealität bzw. einen Tagtraum. Der Unterschied zwischen Wahnwahrnehmung und Nebenrealität bzw. Tagtraum besteht, wie oben ausgeführt, darin, dass der gesunde Mensch jederzeit zwischen den Ebenen „umsteigen“ kann, während der kranke Mensch dazu nicht (mehr) in der Lage ist. Dem jungen Mann ist die allgemeine Realität durchaus bewusst, er bevorzugt es aber, in seiner Nebenrealität zu leben. Erst als ein Richter über seine Freiheit oder Internierung entscheiden muss, erzählt er die Wahrheit.

Tölle beschreibt in seinem Buch eine ähnliche Situation, die er als Tagtraum klassifiziert. Ein Mann, kürzlich geschieden und bankrott, behauptet immer wieder im Lotto gewonnen und große Einkäufe mit dem vielen Geld getätigt zu haben. In einem psychologischen Gespräch gibt der Mann allerdings sofort zu, dass das nicht stimme.²¹³

So wie Don Juan erfindet der Mann eine Nebenrealität, lebt sich in seinem Tagtraum aus, ist sich aber immer der Realität bewusst und daher nicht ernsthaft psychisch krank.

²¹³ Vgl. Tölle, *Wahn*, S. 124.

Wie lautet die Diagnose?

Dr. Mickler stellt die Erstdiagnose bei der Einweisung und diagnostiziert ernsthafte Wahnvorstellungen: „And this kid is [...] severely delusional and believes he is somebody else.“²¹⁴

Dr. Micklers spätere detailliertere Diagnose nach Gesprächen mit seinem Patienten lautet: „obsessive compulsive disorder with erotomantic features. Confirm delusional disorder. Confirm depression with obsessional features.“²¹⁵ Eine stimmige Diagnose, bedenkt man, dass der junge Mann behauptet Don Juan zu sein, hört seine idealisierten Erzählungen über seine große Liebe Dona Ana und berücksichtigt seinen Selbstmordversuch.

Aus welchem Grund gibt die Figur vor, an einer psychischen Störung zu leiden?

Der junge Mann dürfte sich absichtlich in eine Phantasiewelt/Nebenrealität denken, die ihm angenehmer erscheint als die Realität. Schließlich überzeugt er sogar seinen Psychiater Dr. Mickler von den Vorzügen der Fiktion. Auch Dr. Mickler entschließt sich, eine Nebenrealität zu entwerfen, die ihm vorteilhafter als die Realität erscheint. Beiden ist durchaus bewusst, was Realität und Fiktion ist. Zu Beginn des Filmes erfahren wir, dass Dr. Mickler ausgebrannt ist. Mit den Geschichten seines Patienten blüht er langsam wieder auf, was auch seiner Ehe zugute kommt. Das wird auch in einem Gespräch zwischen den beiden deutlich. Don Juan sagt seinem Psychiater:

„You need me for a transfusion because your own blood has turned to dust and clogged your heart. Your need for reality, your need for a world where love is flawed will continue to choke your veins until all the life in you is gone. Well, my perfect world is no less real than yours, Don Octavio. It is only in my world that you can breathe, isn't it?“²¹⁶

Nach und nach erkennt sogar Dr. Mickler die Vorzüge der fiktiven Welt, die sich Don Juan bastelt, an. Am Ende der Behandlung seines Patienten bekennt Dr. Mickler, dass der junge Mann Don Juan De Marco, der größte Liebhaber der Welt ist und er Don Octavio Del Flores und Don Juan durch alle seine Masken gesehen habe.

²¹⁴ *Don Juan DeMarco*, TC: 11:54 - 12:04.

²¹⁵ Ebda., „Obsessiv zwanghafte Geistesstörung mit erotomanischen Zügen. Weiterhin ebenfalls Leiden an Wahnvorstellungen, ebenfalls schwere Depressionen mit obsessiven Zügen.“, 35:39 – 35:57.

²¹⁶ *Don Juan DeMarco*, TC: 1:10:42 - 1:11:05.

Dr. Mickler erzählt mit seinem neuen Akzent als Don Octavio Del Flores die Geschichte auf der Insel Eros zu Ende. Dass es nur eine Geschichte ist macht auch seine Wortwahl deutlich: „And how does our fable end? His Dona Ana, his centrefold was she waiting all eternity on the beach for him to return, as they had promised each other? Why not?“²¹⁷ Dadurch kommt es zur Zerstörung der filmischen Illusion auf auditiver Ebene und dabei bleibt es nicht. Der Film verfährt immer wieder selbstreflexiv, bedient sich laufend diverser Stilmittel, um mit der filmischen Illusion zu brechen wie noch erläutert werden wird.

Wie zeigt der Film die (vermeintliche) psychische Störung?

Die Wahnwelt des Protagonisten wird sowohl auf bildlicher als auch auf tonaler Ebene dargestellt. Die Geschichten, die der junge Mann über seine Vergangenheit erzählt, werden bildlich und in den meisten Fällen mit Musik unterlegt wiedergegeben. Der Wechsel zwischen Realität und Wahn wird durch die Umgebung und Kleidung verdeutlicht und durch die Musikeinspielungen. New York, die Klinik und die Wohnung von Dr. Mickler repräsentieren die Realität, die wahnhaften Erzählungen spielen in einem idyllischen Dorf in Mexiko, in einem arabischen Sultanat und auf einer einsamen Insel abseits der Zivilisation. Die Kleidung, die die Figuren der Erzählwelt tragen, sind altmodisch und einfach. Die visualisierten Erinnerungen bzw. Erfindungen von Don Juan folgen im Gegensatz zu den Bildern der Realität der Klinik keiner zeitlichen Logik und sind in sich widersprüchlich.

Der Film verweigert hier den sonst in Hollywoodfilmen üblich angewandten unsichtbaren Schnitt, der vom Zuschauer nicht bewusst wahrgenommen werden soll. Er verfährt erneut selbstreflexiv, verschleiern seinen Herstellungsprozess nicht, sondern bekennt ihn offen. Die Montage wird sprunghaft, folgt keiner zeitlichen und räumlichen Logik mehr, sondern nur noch der Logik von Don Juans Gedanken. Als Don Juan erzählt wie sich seine Eltern zum ersten Mal trafen, sieht man das Paar im Sonnenlicht tanzen, Don Juan erzählt aber, dass sie sich im Mondschein umarmten und bis ins Morgengrauen tanzten. Als Dr. Mickler ihn darauf aufmerksam macht, antwortet er, dass das sein Vater vom Sonnenlicht erzählt habe, seine Mutter jedoch von der Nacht. Zugleich springt die Einstellung um und zeigt die Tanzszene nun in der Nacht statt im Sonnenlicht.

Zumeist erfahren wir den Wahn filmisch-subjektiv durch die Augen des jungen Mannes, nur eine andere Szene führt uns objektiv aus Sicht des Psychiaters in die Wahnwelt des Protagonisten ein. Als Dr. Mickler zu Besuch bei Don Juans Großmutter ist, findet er zwei

²¹⁷ Ebda., TC: 1:25:10 – 1:25:37.

Bücher, die sich mit der Figur Don Juan beschäftigen. Die Wände des Zimmers sind mit Plakaten seiner vermeintlich Geliebten Dona Ana behangen. Die Großmutter erzählt, dass „Don Juans“ Vater bei einer Reinigungsfirma gearbeitet hat und bei einem Autounfall in Phoenix ums Leben gekommen ist, während der vermeintliche Don Juan behauptet hatte, sein Vater sei bei einem Fechtduell in Mexiko umgekommen. Damit konfrontiert behauptet der junge Mann natürlich, dass seine Großmutter diese Geschichte erfunden habe, er diese Phantasie seiner Großmutter allerdings für harmlos halte.

Als Dr. Mickler ihm erklärt, dass die junge Frau auf den Plakaten nicht Dona Ana, sondern eine Frau namens Chelsea Stoker ist, antwortet der junge Mann, dass sie absichtlich nicht den richtigen Namen angegeben habe, um ihn zu bestrafen. Bereits zu Beginn des Films¹ ist ein Plakat dieser Frau zu sehen. Don Juan steht auf einem Dach und scheint sich das Leben nehmen zu wollen. An der Hauswand direkt unter ihm hängt ein großes Plakat eben dieser Frau – auch das kann als Hinweis auf den Wahn des Protagonisten gesehen werden.

Interessanterweise sehen wir die Schlusszene durch die Augen des Psychiaters, der – vom Wahn seines Patienten inspiriert - behauptet, Don Octavio Del Flores zu sein. Diese Szene nicht objektiv-zuverlässig, sondern zeigt uns nun die subjektive Wahnwelt/Nebenrealität des Psychiaters.

Der Film tut alles, um die Grenzen zwischen Wahnwelt und Wirklichkeit zu verwischen. So verfallen die Krankenschwestern reihenweise dem selbsternannten Don Juan und er wird deshalb dem männlichen Pfleger Rocco zugeteilt. Aber auch Rocco wird von Don Juans Phantasiewelt angesteckt. In einer späteren Szene sieht Dr. Mickler die beiden im Hof tanzen und wir erfahren, dass Rocco nach Madrid gezogen ist. Die Großmutter klärt uns zwar über den echten Namen von Don Juan und über den Tod seines Vaters auf, gleichzeitig sagt sie aber, sie habe ihren Enkel nur ein einziges Mal als Kind gesehen. Wenn das stimmen sollte, dann sind ihre Aussagen nicht unbedingt zuverlässig, Don Juan könnte tatsächlich mit seinen Eltern in Mexiko gelebt haben. Auch die Mutter von Don Juan bestätigt, dass ihr Sohn in einem kleinen Dorf in Mexiko aufgewachsen ist und sie in ein mexikanisches Kloster gegangen ist. Da sie dort aber ein Schweigegelübde über ihre Vergangenheit abgelegt habe, könne sie Dr. Mickler nichts darüber erzählen. Als Dr. Mickler sie mit der von ihrer Version abweichenden Darstellung der Großmutter konfrontiert und betont, dass er die Wahrheit wissen müsse, beginnt sie zu weinen sagt, dass die Wahrheit in ihm selbst wäre und sie ihm nicht helfen könne, sie zu finden.

Anders als in klassischen Hollywoodproduktionen werden die ZuseherInnen weniger gelenkt und im Unklaren gelassen. Der Film trifft keine klare Aussage, ob Don Juan „krank“ ist oder

„normal“. Er stellt damit die ZuseherInnen vor die Wahl die Entscheidung zu treffen und gleichzeitig darüber nachzudenken, ob „Normalität“ und eine „Heilung“ überhaupt erstrebenswert sind. Es wird kein richtig und kein falsch vorgegeben. So wie Don Juans Mutter Dr. Mickler versichert, dass die Wahrheit in ihm selbst wäre, muss auch der/die ZuseherIn die Wahrheit in sich selbst suchen.

Wie werden die PsychiaterInnen dargestellt?

Dr. Mickler wird durchwegs positiv und engagiert gezeichnet. Zwar erfahren wir zu Beginn, dass er in 10 Tagen in den frühzeitigen Ruhestand gehen wird und ausgebrannt ist, er bemüht sich allerdings sehr, mit der Betreuung dieses außergewöhnlichen Patienten betraut zu werden, der für 10 Tage in die Klinik zur Überprüfung seines Geisteszustands eingewiesen wurde. Anstatt ihn, wie von seinem Vorgesetzten und Kollegen empfohlen, medikamentös zu therapieren, versucht er zunächst eine Heilung durch Gesprächstherapie. Der junge Mann fasziniert ihn und steckt ihn mit seiner Phantasiewelt an. Während der Behandlung blüht Dr. Mickler sichtlich auf, was nicht nur in Szenen mit seiner Frau deutlich wird, in denen die eingerostete Ehe einen neuen Frühling erlebt. Animiert durch die Therapie bzw. seinen Patienten kommt er fröhlich summend die Arbeit, überreicht seinen KollegInnen Tulpen, tippt im Auto mit den Fingern den Takt der Musik mit, trainiert, um seinen Körper wieder in Form zu bekommen.

Zu Beginn noch ausgebrannt, wird er wieder zu Dr. Wonderful, bei dem Menschlichkeit, Wärme und Fürsorge gegenüber den PatientInnen hervorgehoben wird und der Gesprächstherapie erfolgreich anwendet. Üblicherweise heilt ein Dr. Wonderful seine PatientInnen, in diesem Film „heilt“ der Patient seinen Psychiater, indem er ihn von der grauen Realität in eine bunte Phantasiewelt entführt. Dr. Mickler ist außerdem ein emotionaler und ein aktiver Psychiater. Er nimmt sehr stark Anteil an dem Innenleben und den Gefühlen seines Patienten und sucht sogar die Großmutter auf bei der der Patient lebt, um ihn besser zu verstehen.

Übt der Film Kritik an der Psychiatrie?

Dr. Mickler vermutet zunächst eine psychische Störung bei seinem Patienten und möchte ihn heilen. Er wird allerdings wie bereits beschrieben selbst von der Phantasiewelt seines Patienten angesteckt und erkennt deren Vorzüge, so dass er sich schließlich gegen eine

Behandlung entscheidet und stattdessen für sich selbst eine Phantasiewelt entwirft. Die Sinnhaftigkeit der Psychiatrie wird dadurch in Frage gestellt. Bis zum Schluss bleibt unklar, ob Don Juan an einer psychischen Störung leidet, da die Wahnwelt des Protagonisten mit der Wirklichkeit vermischt wird. Insofern wird auch die psychiatrische Diagnostik in Frage gestellt. Als Dr. Mickler von seinem Vorgesetzten aufgefordert wird, Don Juan endlich Tabletten zu verabreichen, antwortet dieser:

„You want to drive this kid nuts? Fill him full of antipsychotic chemicals and in forty-eight hours, you’re gonna have a nut case that you are not ever going to forget for the rest of your life“.²¹⁸ Eindeutiger kann die Verabreichung von Medikamenten, die Behandlungsmethode, die seit der Rückkehr der biologischen Psychiatrie vorherrschend ist, nicht in Frage gestellt werden. Wiederum taucht hier die Frage auf, ob denn eine Behandlung tatsächlich immer sinnvoll ist und ob „Normalität“ überhaupt immer erstrebenswert ist. Das wiederum stellt die Legitimation der Psychiatrie an sich in Frage.

Welche Behandlungsmethoden werden gezeigt?

Dr. Mickler will Don Juan anfangs medikamentös zu behandeln, woraufhin dieser ankündigt, er werde in den kommenden 10 Tagen beweisen, dass er nicht an Wahnvorstellungen leidet, sondern tatsächlich derjenige ist, der er vorgibt zu sein. Sollte Dr. Mickler ihm nach diesen 10 Tagen nicht glauben, würde er die Medikamente einnehmen. Dr. Mickler lässt sich darauf ein und so wird nur die Gesprächstherapie als Behandlung angewandt. Vor seinem Vorgesetzten rechtfertigt er sich dafür mit dem Argument, er verbaue sich sonst den Zugang zu seinem Patienten. Es wird allerdings in einer Szene auch über Zwangsmaßnahmen diskutiert. Die Gruppe von PsychotherapeutInnen diskutiert, wer Don Juan wie behandeln soll, sobald Dr. Mickler in Frühpension ist. Dabei wird auch die Frage aufgeworfen, ob Zwangsmaßnahmen ergriffen werden sollen, falls der Patient die Einnahme von Psychopharmaka verweigert. Dr. Mickler meint, er könne den jungen Mann dazu bringen, die Medikamente freiwillig zu nehmen. Der Vorgesetzte ordnet an, dass der junge Mann Medikamente bekommen muss, was Dr. Mickler auch umsetzt. Die nächste Szene nach der Medikamenteneinnahme zeigt Don Juan im Gespräch mit dem Richter, dem er eine völlig normale Geschichte seiner Vergangenheit erzählt. Es bleibt unklar, ob die Medikamente Wirkung gezeigt haben oder ob Don Juan die vom Richter erwartete „wahre Geschichte“ nur erzählt, um als psychisch „normal“ aus der Klinik entlassen zu werden. Hier entzieht sich der Film wie so oft einer

²¹⁸ Ebda., TC: 49:48 – 50:03.

eindeutigen Aussage.

Werden die psychiatrischen Entwicklungen und Fortschritte thematisiert?

Das Erstaufführungsjahr des Films ist 1994. Der Film zeigt hauptsächlich die Gesprächstherapie, allerdings werden dem Patienten auch Tabletten verabreicht. Der Film thematisiert die beiden vorherrschenden Entwicklungen der Realität, aber der Therapeut entscheidet sich für einen „dritten“ Weg, - die Phantasie.

Welche Ursachen werden für die Entstehung der psychischen Störung ausgemacht?

Don Juan erzählt Dr. Mickler, sein Vater sei in einem Fechtduell getötet worden, in dem es um die Ehre von Don Juans Mutter und der Frau des Kontrahenten ging. Durch Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Tod seines Vaters getrieben schwor Don Juan, eine Maske zu tragen. Als Dr. Mickler und sein Vorgesetzter darüber sprechen, stellen sie eine für die Psychoanalyse typische Verbindung zum Ödipuskomplex her:

„It's exactly like a Greek myth. The son becomes potent, sexually active. Leads to the destruction of his father who he replaces, as, of course he must. He must someday to become a man. But the guilt of replacing the man who loves him and gave him life, it's too great. It's too enormous. It's just... So he must hide it by wearing a mask”²¹⁹

Dr. Mickler vermutet also keine biologischen Ursachen, sondern wählt einen psychoanalytischen Ansatz zur Erklärung der Störung.

²¹⁹ Ebda., TC: 49:26 – 49:46.

8.7. Analyze That (2002)

Analyze That ist die Fortsetzung der Komödie *Analyze This*. In *Analyze This* sucht der Mafiaboss Paul Vitti wegen seiner plötzlich auftretenden Panikattacken den Psychiater Ben Sobel auf. Dieser Film endet mit Vitti im Gefängnis. In *Analyze That* erfährt Vitti kurz vor seiner Entlassung aus dem Gefängnis, dass er ermordet werden soll. Aus Angst simuliert er eine psychische Störung, um verlegt zu werden. Das gelingt ihm auch und er wird gegen den Willen von Dr. Sobel in dessen psychiatrische Obhut übergeben, der dafür sorgen soll, dass Vitti bis zu seiner Entlassungsanhörung gesund ist und einer Beschäftigung nachgeht.

Wie zeigt der Film die (vermeintliche) psychische Störung?

Nachdem ein Mithäftling versucht hat, ihn zu ermorden, springt Vitti auf einen Tisch und fängt an, Lieder aus der *Westside Story* zu singen. Die Gefängniswärter bringen ihn daraufhin weg. Wenn Vitti nicht singt, verfällt er in einen katatonen Zustand, bewegt sich nicht, ist nicht ansprechbar. Wenn doch, gibt er unsinnige Antworten.

Die ZuseherInnen wissen im Gegensatz zu den Figuren im Film, dass Vitti die psychische Störung nur vortäuscht. Diese Wissensdiskrepanz zwischen ZuschauerInnen und Filmfiguren dient dazu Komik zu erzeugen und findet deshalb auch häufig im komischen Genre Einsatz. Psychiater Dr. Sobel vermutet zunächst selbst, dass Vitti die Störung nur vortäuscht, kommt aber – nicht überraschend für eine Komödie - durch seine Untersuchungen zum falschen Schluss, dass Vitti tatsächlich an einer psychischen Störung leidet.

Wie lautet die Diagnose?

Dr. Sobel und der Anstaltspsychiater diagnostizieren fälschlicherweise eine durch extreme Stresssituationen ausgelöste kurzfristige psychotische Störung. Sollte die Störung länger anhalten, handle es sich ihrer Meinung nach um eine Form der schizophrenen Störung.

Aus welchem Grund gibt die Figur vor, an einer psychischen Störung zu leiden?

Vitti entgeht nur knapp einem Mordversuch im Gefängnis. Als er erneut von einem Mithäftling attackiert wird, beschließt er, eine psychische Störung zu simulieren, um so von den Mithäftlingen isoliert zu werden.

Wird die Figur in ihrem Spiel enttarnt?

Sowohl Dr. Sobel als auch der Anstaltspsychiater lassen sich vom Mafiaboss täuschen. Dr. Sobel vermutet anfangs zwar, dass Vitti simuliert und stellt ihn auf die Probe, indem er ihm z.B. unter den entsetzten Blicken des Anstaltspsychiaters eine Ohrfeige gibt, ihn beleidigt, ihn zu erschrecken versucht und ihm schließlich eine Spritze in den Oberschenkel rammt, um zu sehen, ob er den katatonen Zustand nur vortäuscht.

Vitti zeigt keine Reaktion, was Dr. Sobel als Beweis für die Katatonie deutet. Als Vitti wieder ansprechbar ist, führt Dr. Sobel neurologische Tests mit ihm durch, bei denen sich Vitti absichtlich „blöd anstellt“. Schließlich ist Dr. Sobel überzeugt, dass Vitti tatsächlich an einer kurzfristigen psychotischen Störung leidet. Wie es sich für eine Komödie gehört, irrt er sich. Als Vitti in die Obhut seines Psychiaters entlassen wird, simuliert er nicht mehr und macht Dr. Sobel Vorwürfe, dass er eine psychische Störung vortäuschen musste, um seine Hilfe zu bekommen.

Wie werden die PsychiaterInnen dargestellt?

Dr. Sobel ist zweifellos ein Dr. Dippy; nicht nur bei seinen Therapiesitzungen mit Vitti erscheint er mehr gestört zu sein als sein Patient. Bereits zu Beginn sehen wir, wie er beim Begräbnis seines Vaters zunächst positiv über dessen erfolgreiche Laufbahn als Psychotherapeut spricht, ihn aber anschließend als „psychotic, mind-fucking prick“²²⁰ beschimpft. Die Szene beginnt allerdings wieder von vorne und es wird deutlich, dass die erste Version nur der Angst bzw. dem Wunschdenken von Dr. Sobel entsprungen ist: das würde er gerne über seinen Vater sagen, wenn er es denn wagt; ein typisch psychoanalytischer Beginn, auf den ein klassischer Komödien-Gag folgt. Just in dem Moment, als er tatsächlich nach vorne gebeten wird, läutet ein Handy. Entrüstet flüstert Dr. Sobel seiner Frau zu: „Who the hell would have a cell phone in here?“²²¹ – wie nicht anders zu erwarten, ist es sein eigenes Handy, welches läutet.

Auch bei der zuvor beschriebenen falschen Diagnosestellung durch Dr. Sobel werden die für Dr. Dippy typischen bizarren, ungewöhnlichen, aber eher harmlosen Methoden sichtbar. Wenn Dr. Sobel anerkannte Tests anwendet, werden sie durch Vittis bewusst verrückte Antworten ins Lächerliche gezogen.

Auch die Stereotype exzentrischer und aktiver Psychiater treffen auf Dr. Sobel zu. Er ist

²²⁰ *Analyze That*, TC: 5:21 – 5:24.

²²¹ Ebd., TC: 5:42 – 5:46.

gezwungenermaßen ein aktiver Psychiater, da Vitti in seine Obhut übergeben wurde und er Sorge dafür tragen muss, dass er nichts anstellt. Er hilft ihm schließlich erfolgreich bei der Jobvermittlung und unterstützt ihn, wenn auch nicht immer ganz freiwillig, dabei, seine kriminelle Vergangenheit hinter sich zu lassen. Durch seine exzentrische Art wirkt Dr. Sobel zwar menschlich, aber wie bereits erwähnt mehr gestört als sein Patient. Der Film spielt mit den bekannten Stereotypen, die PsychiaterInnen zugeschrieben werden, und erzeugt Komik aus der Konfrontation des „intellektuellen Weichlings“ mit den hartgesottenen Mafiosi. Deutlich wird das u.a. in der Szene, als Dr. Sobel von Gangstern entführt wird, die über Vittis Geisteszustand Auskunft wollen. Zwar beruft er sich auf seine ärztliche Schweigepflicht, aber unter Druck ist er sofort bereit, seine Diagnose zu verraten.

„You the shrink taking care of Paul Vitti?“
„Yes, I am.“
„So is he nuts, or what?“
„I'm sorry, I don't discuss my patients cases with anyone.“
„Discuss it.“
„He's suffering from a chronic anxiety, and“
„And what?“
„Antisocial personality disorder. Sociopathy.“²²²

Wie zu erwarten, versteht der Gangster den psychiatrischen Fachjargon nicht und fordert Dr. Sobel auf, sich verständlich auszudrücken. Seine Antwort: „He has a criminal temperament“²²³ amüsiert die Gansterbande – und das Publikum.

Übt der Film Kritik an der Psychiatrie?

In einer Mainstream-Komödie wie *Analyze this* und dem Sequel *Analyze that* ist keine ernsthafte Kritik an der Psychiatrie zu erwarten. Psychiaterklischees werden gegen Gangsterstereotypen ausgespielt, um Komik zu erzeugen. Zusätzlich macht sich der Film über den hochgestochenen Fachjargon lustig; die Diagnosen scheinen absichtlich kompliziert formuliert zu werden, damit Laien sie nicht verstehen. Die Zuverlässigkeit der Diagnosen wird wie beim Rosenhan-Experiment infrage gestellt. Obwohl Dr. Sobel/Dr. Dippy den Gangsterboss genauestens untersucht kommt er trotz seiner anfänglichen richtigen Vermutung im Endeffekt zu einer völlig falschen Diagnose.

Dass Dr. Sobel/Dr. Dippy selbst zahlreiche Tabletten nimmt und nicht einmal selbst mehr

²²² Ebda., TC: 53:40 – 54:03.

²²³ Ebda., TC: 54:05 – 54:09.

weiß, was diese genau bewirken, passt ins Bild. Man kann dies als humorvoll-klischeehafte Kritik an der biologischen Psychiatrie und vor allem an der Allgegenwärtigkeit medikamentöser Behandlung im American Way of Life interpretieren. In diesem Kontext wird auch die Konzentration niedergelassener Psychiater auf leichte psychische Störungen bzw. die Psychologisierung von Problemen (siehe Kapitel „Ende des 20. Jahrhunderts bis heute“) angesprochen. Sobel lehnt es zunächst ab, Vitti zu behandeln, da er es als Psychiater in den „suburbs“ vor allem mit „neurotic moms and alcoholic Gentiles“²²⁴ zu tun habe. In den amerikanischen Vorstädten, den sogenannten Suburbs wird großen Wert auf das äußere Erscheinungsbild gelegt und es gibt strenge Vorschriften, etwa in welchen Farben die Häuser gestrichen werden dürfen.²²⁵ „Idealisierte Welten werden simuliert und nicht selten hinter Mauern bei gleichzeitig vollständiger Regulierung aller Lebensbereiche realisiert.“²²⁶ Der Film macht sich hier lustig über die vermeintlichen „Probleme“ der amerikanischen Mittel- und Oberschicht in diesen „idealisierten Welten“, die im Vergleich zu den tatsächlichen Problemen der amerikanischen Gesellschaft lächerlich erscheinen. Um das Publikum zu amüsieren wird wenig überraschend auch Freuds hochgradig sexualisierte Traumdeutung ins Lächerliche gezogen.

Welche Behandlungsmethoden werden gezeigt?

Der Anstaltspsychiater verabreicht Vitti zuerst das Neuroleptikum Thorazine, um ihn ruhig zu stellen. Nachdem der Mafiaboss Patient von Dr. Sobel geworden ist, werden die Therapiesitzungen fortgeführt, die in *Analyze This*, als Vitti aufgrund seiner Panikattacken zu Dr. Sobel gekommen war, begonnen haben. Dr. Sobel hatte zunächst eine medikamentöse Behandlung vorgeschlagen, die Vitti jedoch abgelehnt hatte, weshalb ihm Dr. Sobel eine Psychotherapie nahelegt.²²⁷ Wie erwähnt erscheint Dr. Sobel nicht nur in diesen Therapiesitzungen gestörter als sein Patient. Vitti erzählt seinem Psychiater beispielsweise einen immer wiederkehrenden Traum, den der Film auf der Bildebene zeigt. In diesem Traum ist Vitti 16 Jahre alt und Dr. Sobel ist Freud. Im Traum wird Vitti von riesigen Menschen mit

²²⁴ Ebda., TC: 16:35 – 16:40.

²²⁵ Vgl. Philip Langdon, *A Better Place to Live: Reshaping the American Suburb*, University of Massachusetts 1994, S. 86-106; web.a.ebscohost.com.uaccess.univie.ac.at/ehost/detail/detail?vid=0&sid=537ac89c-9886-4b9d-929a-1746c86ade1c%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWZhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=13875&db=nlebk, Zugriff: 29.07.2018.

²²⁶ Barbara Hahn, *Die US-amerikanische Stadt im Wandel*, Berlin, Heidelberg: Springer 2014, S. 21; link.springer-com.uaccess.univie.ac.at/book/10.1007%2F978-3-642-37741-9, Zugriff: 29.07.2018.

²²⁷ Der psychoanalytische Ansatz ist vor allem Teil der Handlung des ersten Teils *Analyze This*.

Waffen bedroht und möchte sich mit einem Schwert verteidigen, - aber die Klinge gibt plötzlich nach und biegt sich wie Gummi. Dr. Sobel/Freud fragt Vitti, ob er das für einen sexuellen Traum halte, was Vitti natürlich verneint: „You think the sword is my cock, I can't get it up. That ain't it.“²²⁸ Vitti prahlt daraufhin mit seinem wunderbaren Sexualleben, das er detailgenau schildert. Dr. Sobel vermutet hinter dem Traum allgemeine Versagensängste. Er stehe unter großem Leistungsdruck, da er einen Job suche, der zu ihm passe. Vitti gesteht Ängste ein, dass es keinen Job gäbe, der zu ihm passe. Dabei erleidet er eine Panikattacke und beginnt zu hyperventilieren. Dr. Sobel gibt ihm eine Tüte, in die er hineinatmen soll, um sich zu beruhigen. Diese Tüte wird zum entscheidenden Objekt für die folgenden Situations- und Slapstick-Komik. In einer typischen Übertragungsreaktion gibt zuerst Vitti seinem Psychiater die Schuld, da dieser ihn zur Jobsuche gedrängt habe. Daraufhin beschimpft Dr. Sobel seinen Patienten, fängt selbst zu weinen an und entreißt ihm die Tüte, um hineinzuatmen. Der Arzt ist Patient geworden. Mit den Worten „All right, I'm the patient. That's enough.“²²⁹ entreißt Vitti ihm die Tüte wieder.

Wie bereits oben erwähnt nimmt Dr. Sobel selbst zahlreiche Medikamente ein: Echinacea zur Stärkung seines Immunsystems, Ginkgo fürs Gedächtnis, Ibuprofen gegen Schmerzen, etc. Zudem trauert Dr. Sobel um seinen Vater und stellt durch dessen Ableben seine Berufswahl in Frage, da er nur seines Vaters wegen Psychiater geworden ist. Auch das versucht er mit Pillen zu kompensieren.

Als seine Frau ihn fragt, was er denn genau für Pillen nehme, antwortet er „You know, at this point, anything I can get my hands on. Okay? Because I am staring into a big hole that I can't fill up.“²³⁰

Werden die psychiatrischen Entwicklungen und Fortschritte thematisiert?

Analyze That thematisiert sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Behandlung. Außerdem erfahren wir, dass Vitti neurologisch untersucht wurde, um organische Ursachen ausschließen zu können. Es wird also Bezug auf die psychiatrischen Entwicklungen und Fortschritte genommen.

²²⁸ Ebda., TC: 40:30 – 40:06.

²²⁹ Ebda., TC: 41:42 – 41:45.

²³⁰ Ebda., TC: 45:32 – 45:50.

8.8. Side Effects (2013)

Wie zeigt der Film die (vermeintliche) psychische Störung?

Der Film beginnt, indem er uns einen Mordschauplatz zeigt und dann drei Monate in die Vergangenheit zurückspringt, um zu zeigen, wie es zum Mord gekommen ist. Die ZuseherInnen erleben die Handlung zu Beginn größtenteils aus der Perspektive von Emily Taylor, einer depressiven Frau und Schlafwandlerin, die – so scheint es – ihren Ehemann unter Medikamenteneinfluss getötet hat.

Die filmische Erzählposition ist, wie sich später herausstellen wird, die eines „unreliable narrators“, der uns glauben machen will, dass Emily, die bereits wegen Depressionen in Behandlung gewesen war, erneut in Depressionen verfiel, als ihr Mann Martin nach einer mehrjährigen Haftstrafe aus dem Gefängnis entlassen worden war. Nach einem vermeintlichen Selbstmordversuch kommt sie bei Psychiater Dr. Jonathan Banks in Behandlung, der ihr verschiedene Antidepressiva verschreibt. Nach mehreren erfolglosen Versuchen scheint ein neues Medikament bei ihr anzuschlagen, das allerdings starke Nebenwirkungen (Filmtitel: *Side Effects*) zu haben scheint: sie beginnt schlafzuwandeln und tötet ihren Mann im Schlaf. Anschließend behauptet sie, sie könne sich an nichts mehr erinnern.

Nach Emilys Verhaftung nimmt der Film größtenteils die Perspektive ihres Arztes Dr. Banks ein, der als Gutachter in Emilys Strafprozess zu ihren Gunsten aussagt, da er überzeugt ist, dass sie zum Zeitpunkt des Mordes nicht zurechnungsfähig war. Emily wird freigesprochen und zur Untersuchung ihres Geisteszustandes in eine Anstalt überwiesen. Das Leben von Dr. Banks gerät durch diesen Mordfall völlig außer Kontrolle, er verliert seine Praxis und die Pharmaindustrie kündigt ihm die Zusammenarbeit auf, da sie aufgrund des Vorfalls nicht mehr mit ihm in Verbindung gebracht werden möchten. Verzweifelt sucht Dr. Banks nach Antworten und kommt nach und nach der ganzen Wahrheit auf die Spur: Emily hatte den Mord an ihrem Mann von Anfang an geplant. Als er Emily mit dem Vorwurf konfrontiert, gesteht sie. Der Film enttarnt nun die vermeintlich objektiven Bilder, die uns in der ersten Hälfte gezeigt wurden, als Emilys Lüge. Während Emily Dr. Banks erzählt wie sie den Mord geplant hat, zeigt der Film bestimmte Szenen erneut, fügt aber wichtige Details hinzu. So wird z.B. in der Wiederholung einer Szene, in der Emily plötzlich zu weinen begonnen hatte, gezeigt, dass Emily Augentropfen verwendet, um Tränen zu simulieren. In einer anderen Szene glaubte ihre Chefin zu hören, wie sich Emily auf der Toilette nach Einnahme eines von Banks verschriebenen Antidepressivums übergeben muss, bei der Wiederholung der Szene

aus einem anderen Blickwinkel, sehen wir, dass Emily sich absichtlich den Finger in den Hals steckt, um die Geräusche zu erzeugen.

Die Kamera fungiert bis zum Mord als „unzuverlässige Erzählerin“ und zeigt uns nur, was Emily uns glauben lassen möchte. Emily streut falsche Hinweise, um uns und die Figuren im Film zu täuschen; wichtige Details bleiben ausgeblendet. Die Kamera agiert somit als Emilys Komplizin, um ihre psychische Störung vorzutäuschen. Bis zur Mordtat wird der unsichtbare Schnitt durchgehend angewandt. Die ZuseherInnen sollen mit der Handlung verschmelzen und die Filmtechnik nicht wahrnehmen. Die Montagetechnik ändert sich erst als Emily den Mord gegenüber Dr. Banks eingesteht und der Film diverse Szenen aus einem anderen Blickwinkel wiederholt. Die ZuseherInnen sollen in diesem Moment die filmische Täuschung erfahren und der unsichtbare Schnitt hat in diesen Szenen somit ausgedient. Sobald die Täuschung allerdings aufgefliegen ist, wird für den restlichen Film erneut der unsichtbare Schnitt gewählt – wie im Hollywood-Kino üblich.

Wie lautet die Diagnose?

Emily behauptet unter Depressionen zu leiden und Dr. Banks scheint ihr das zu glauben, da er ihr verschiedene Antidepressiva verordnet.

Aus welchem Grund gibt die Figur vor, an einer psychischen Störung zu leiden?

Emily plant ihren Mann zu töten, um einer Haftstrafe zu entgehen und an Geld kommen. Gemeinsam mit ihrer früheren Therapeutin Dr. Victoria Siebert, entwirft sie den mörderischen Plan. Wie Barrett im Film *Shock Corridor* von dem Psychiater Dr. Fong lernt/geschult wird, lernt Emily von ihrer Therapeutin Dr. Siebert. Dr. Siebert lehrt Emily alles über Depressionen und Emily verrät ihr alles über Insiderhandel, was sie durch ihren Mann Martin weiß. Aufgrund ihres vorgetäuschten Selbstmordversuches kommt sie bei Dr. Banks in Behandlung, den sie dazu bringt, ihr das Medikament Ablixa zu verschreiben. Sie schwindelt ihm vor, unter Einfluss dieses Medikaments schlafzuwandeln und tötet wie geplant ihren Mann. Nach dem Mord ruft sie selbst die Polizei und behauptet, sich an nichts erinnern zu können. Wie ebenfalls geplant hat Dr. Siebert am Aktienmarkt gewettet, dass der Kurs von Ablixa fällt, was wie zu erwarten auch passiert. So kommen die beiden zu viel Geld.

Wird die Figur in ihrem Spiel enttarnt?

Dr. Banks glaubt Emily anfangs, kommt ihr aber wie bereits erwähnt auf die Schliche.

Als er mit Emilys Arbeitskolleginnen und ihrer früheren Therapeutin spricht, findet er nach und nach Ungereimtheiten und deckt auf, dass Emily mit Dr. Siebert unter einer Decke steckt und die Depressionen nur vorgespielt hat.

Wie werden die PsychiaterInnen dargestellt?

Side Effects zeigt zwei PsychiaterInnen und ihre Behandlungsmethoden detaillierter. Dr. Siebert ist eindeutig eine Dr. Evil, die ihre berufliche Tätigkeit für ihre persönlichen Ziele nutzt. Sie führt Emily in die Welt der Depressionen ein, hilft ihr damit indirekt, ihren Mann zu töten, um gemeinsam mit ihr am Aktienmarkt Profite zu erzielen. Dr. Siebert fällt auch in die Kategorien aktive und sexuelle Psychiaterin. Indem sie negativ gezeichnet ist, wird sie wie für aktive PsychiaterInnen üblich als höchst manipulativ dargestellt, wenn sie etwa Dr. Banks zu überzeugen versucht, Emily das Medikament Ablixa zu verschreiben, auf dessen Kursverfall sie gewettet hat. Das Stereotyp sexuelle Psychiaterin erfüllt sie, weil sie mit Emily eine Affäre beginnt, während diese bei ihr in Behandlung ist. Dem Stereotyp für weibliche Psychiaterinnen entsprechend wird Dr. Siebert als geschiedene, frustrierte Frau gezeigt, die erst aufblüht als sie mit ihrer Patientin eine Affäre beginnt.

Dr. Banks erscheint zunächst als Dr. Wonderful, im Laufe des Filmes wird allerdings auch er zu Dr. Evil. Seinen ersten Auftritt hat Dr. Banks im Krankenhaus, in das Emily nach ihrem vorgetäuschten Selbstmordversuch eingeliefert wird. Wir erleben ihn zunächst in Interaktion mit einem anderen Patienten, der völlig aufgelöst ist, weil er den Geist seines toten Vaters gesehen hat. Der Polizist, der den Patienten bewacht, hält ihn deshalb für verrückt. Dr. Banks verneint das und erklärt, dass es für die Kultur der Haitianer typisch ist, geliebte Menschen kurz nach ihrem Tod zu sehen. Dr. Banks wird damit von Beginn an als kompetenter Psychiater gezeigt. Auch in der Behandlung von Emily wird er als sehr engagiert und somit als aktiver Psychiater gezeigt. Als Emily seine Patientin wird, kontaktiert Dr. Banks sofort ihre frühere Psychiaterin Dr. Siebert und erkundigt sich über die Behandlungsmaßnahmen, die diese damals ergriff. Emily sucht ihn abseits von ihren Therapiestunden in der Praxis einmal im Krankenhaus auf und bittet ihn um ein Gespräch, während Dr. Banks gerade mit seiner Frau spricht. Dr. Banks bricht das Gespräch mit seiner Frau ab und kümmert sich sofort um

Emily. Wie für Dr. Wonderful typisch ist er auch außerhalb der Praxis für seine Patientin da. Zwar ist er auch als Berater für die Pharmabranche tätig, wofür er viel Geld bekommt, allerdings verschweigt er seinen PatientInnen das auch nicht. Wenn er ihnen Tabletten verschreibt führt er im besten Wissen und Gewissen seinen therapeutischen Auftrag aus. „I want to be totally clear that I am being paid to participate in this study. If you don't want to take part, I totally understand. There are other meds besides Delatrex I can prescribe.“²³¹ Dr. Banks entspricht auch dem Stereotyp „oracular“ Psychiater, indem er in detektivischer Arbeit alles über den Fall herausfindet. Mit der Aufdeckung von Emilys Lüge nimmt er allerdings Züge von Dr. Evil an. Da das Gesetz Emily nicht mehr belangen kann, beschließt er selbst für Gerechtigkeit zu sorgen.

Als der Staatsanwalt ihn darauf hinweist, dass der Mordfall wegen des „double jeopardy“ – Gesetzes (siehe Kapitel „double jeopardy“) nicht neu aufgerollt werden könne, greift Dr. Banks zur Selbstjustiz. Er droht Emily eine EKT an. „No idea what it might do to a normal person.“²³² und schränkt ihren Kontakt zu Außenwelt ein: Sie darf nicht mehr telefonieren und ohne seine Einwilligung keinen Besuch empfangen. Zwar behauptet Emily dem Personal gegenüber, dass Dr. Banks sie angegriffen habe und dass sie nicht hier sein sollte, da sie nicht krank ist, aber das Personal schenkt ihr keinen Glauben und stellt sie ruhig. Emily ist mit diesem Problem nicht alleine. Auch in *Shock Corridor*, *Shock Treatment*, *Final Analysis* und *Don Juan de Marco* wird den Filmfiguren zunächst kein Glauben geschenkt, als sie behaupten nicht verrückt zu sein. Es passiert genau das, was Rosenhan in seinem Experiment beschreibt: Wird eine Person einmal als krank diagnostiziert, werden alle ihre Verhaltensweisen – auch die normalen – fehlinterpretiert oder übersehen und ins Krankheitsbild eingepasst (siehe Kapitel Rosenhan-Experiment).

Als Dr. Evil nutzt Dr. Banks seine berufliche Macht und Autorität aus, wenn auch teilweise zu einem guten Zweck. Emily soll ihm helfen Dr. Siebert wegen Wertpapierbetrug und Verabredung zum Mord zu überführen. Im Gegenzug wolle er dafür eintreten, dass sie aus der Anstalt entlassen wird. Emily lässt sich auf den Deal ein und wird mit der Bedingung, sich in die Obhut von Dr. Banks zu begeben, tatsächlich entlassen. Dr. Banks, der nun endgültig Dr. Evil geworden ist, verschreibt ihr starke Medikamente, diagnostiziert eine schizoaffektive Störung und erwirkt wieder eine Einweisung in die Anstalt. Trotz ihrer verzweifelten Proteste „No, he's lying! He's lying! I'm not sick, I'm not sick! I promise I'm not sick! He's the sick one! He just wants the money! No, I'm not sick, I promise! Don't bring me back, I don't want

²³¹ *Side Effects*, TC: 32:51 – 33:03.

²³² Ebda., TC: 1:21:38 – 1:21:48.

to go back!“²³³ schenkt ihr niemand mehr Glauben. Nicht weiter verwunderlich, wenn man Rosenhans Erkenntnisse aus seinem Experiment bedenkt (Typ-2-Irrtum).

Am Ende sehen wir Dr. Banks, der wieder glücklich vereint mit seiner Familie ist. Die Familienidylle blendet über auf Emily, die in der Anstalt beim Fenster steht, und auf die Frage wie es ihr ginge apathisch antwortet: „Better“.

Wie für Dr. Evil typisch, schließt die „Therapie“ von Dr. Banks Zwangsmaßnahmen, Psychopharmaka und die Androhung einer EKT ein. Dr. Banks nützt diese Behandlungsmethoden, um sich für seinen beruflichen Abstieg zu rächen und Emily für den Mord zu bestrafen. Dabei nutzt er die antipsychiatrischen Vorurteile gegenüber der EKT und der medikamentösen Behandlung, die noch immer in der Öffentlichkeit kursieren, um Emily Angst einzujagen. Da eine Wiederaufnahme des Strafverfahrens wie oben erwähnt aus rechtlichen Gründen (double jeopardy) ausgeschlossen ist, nutzt er seine berufliche Position, um Emily hinter die Gitter einer psychiatrischen Anstalt zu bringen.

Dr. Banks entspricht als Dr. Wonderful auch den Stereotypen aktiver, „oracular“ und emotionaler Psychiater. Mit großem Einsatz und großer Anteilnahme setzt er sich für Emily ein und unterstützt sie, damit sie rechtlich nicht für den Mord belangt wird. Als „oracular“ Psychiater findet er anschließend in detektivischer Arbeit heraus, dass Emily gelogen hat und schuldig ist.

Welche Behandlungsmethoden werden gezeigt?

Der Film zeigt vorwiegend die medikamentöse Behandlung. Bis auf das Antidepressivum Ablixa und das Medikament Delatrex existieren alle im Film erwähnten Medikamente tatsächlich.

Dr. Banks verschreibt Emily u.a. das Antidepressivum Zoloft. Emily gibt vor das Medikament nicht zu vertragen. Dr. Siebert behauptet gegenüber Dr. Banks, dass sie Emily die Antidepressiva Prozac, Effexor und Wellbutrin verschrieben hatte und diese nicht die gewünschte Wirkung gezeigt hätten.

Sie schlägt Dr. Banks vor, Emily das (für den Film erfundene) Wundermittel Ablixa zu verschreiben, da die PatientInnen erfahrungsgemäß der Werbung, die die neuen Mittel anpreist, Vertrauen und Glauben schenken. Auch Emily bittet Dr. Banks, ihr Ablixa zu verschreiben, da ihr angeblich eine Arbeitskollegin davon erzählt habe. Schließlich

²³³ Ebda., TC: 1:40:59 – 1:49:13.

verschreibt Dr. Banks ihr dieses Medikament, das Emily als einziges auch tatsächlich einnimmt, das entgegen ihrer Behauptungen aber keine Wirkung zeigt.

Antidepressiva sind in diesem Film allgegenwärtig: Emilys Chefin erzählt ihr, dass ihr Celexa geholfen habe und eine Bekannte Emilys schwört auf Effexor.

In einer anderen Szene gibt Dr. Banks seiner Frau ein Beruhigungsmittel, da diese ein wichtiges Vorstellungsgespräch hat. Er erklärt ihr, dass diese Betablocker unbedenklich und überaus weit verbreitet seien: „Everyone takes them. Lawyers, musicians. People going to interviews for big jobs.“²³⁴

Da nach Dr. Banks „everyone“ Medikamente nimmt, überrascht es nicht, dass er seinen Kollegen bittet, ihm Adderall zu verschreiben, damit er sich besser konzentrieren kann. Adderall zählt zu den Psychostimulanzien, einer Untergruppe der Psychopharmaka, die konzentrations- und leistungssteigernd wirken.²³⁵ Die ganze Gesellschaft im Film (und vermutlich auch in der amerikanischen Realität) greift zu Tabletten, sei es zur Behandlung von Depressionen, zur Leistungssteigerung, gegen Nervosität oder ganz allgemein gegen die Unannehmlichkeiten des modernen Lebens.

Wie ein Folterknecht, der seine Werkzeuge zur Schau stellt, zeigt Dr. Banks Emily wie eine Patientin einer EKT unterzogen wird. Er erklärt Emily, dass der Frau ein muskelrelaxierendes Mittel verabreicht wurde und eine Beißschiene, damit sie sich nicht verletzt. Drohend betont er, dass sich die Elektroschocktherapie bei PatientInnen mit Depressionen als sehr effizient erwiesen habe, er allerdings nicht wisse wie sich diese Methode bei gesunden PatientInnen auswirke. Er spielt bewusst mit den antipsychiatrischen Vorurteilen und Schreckvorstellungen, die nach wie vor über die EKT kursieren.

Auch die Gesprächstherapie spielt am Rande eine Rolle. Dr. Banks erkundigt sich über die Vergangenheit seiner Patientin und sie erzählt ihm während der Sitzungen beispielsweise wie sie ihren Mann kennengelernt hat.

Übt der Film Kritik an der Psychiatrie?

Der Film zeigt die Gabe von Medikamenten als alltägliches, normales Ritual, Medikamente werden bedenkenlos und ohne Rücksicht auf die titelgebenden Nebenwirkungen verschrieben; Pillen werden schon bei geringsten Schwierigkeiten eingenommen, nicht erst bei ernsthaften Depressionen. Das erinnert an Shorters Beschreibung, dass es eine zunehmende Tendenz gibt,

²³⁴ Ebda., TC: 23:48 – 23:56.

²³⁵ Vgl. Paulitsch/Karwautz, *Grundlagen der Psychiatrie*, S. 33-46.

menschliches Verhalten zu pathologisieren und auch das Interesse der Pharmaindustrie an der Ausweitung des Depressionsbegriffes. (siehe Kapitel „Ende des 20. Jahrhunderts bis heute“) Das wird im Film immer wieder angesprochen, indem z.B. Werbung für Psychopharmaka gezeigt wird. Der Polizist, der am Tatort das absichtlich dort platzierte Ablixa sicherstellt, erwähnt, dass er in der Werbung gesehen habe, dass es sich dabei um ein Antidepressivum handelt. Die Mutter des Mordopfers sagt, dass es in der Fernsehwerbung immer heiße, dass es Menschen, die Tabletten nehmen, besser gehe. Die Werbebotschaft für das fiktive Ablixa ist allgegenwärtig und wird auf verschiedensten Kanlen auf die KonsumentInnen abgefeuert: So sieht man im Film z.B. ein Magazin, auf dessen Rückseite eine Ablixa-Werbung geschaltet ist, auf einem Computerscreen taucht sofort eine Werbeeinblendung zu Ablixa auf, die zu einem Werbevideo führt, bei der U-Bahn-Station propagiert ein Werbeplakat Ablixa mit der Suggestivfrage „Is depression weighing you down? Ask your doctor about ABLIXA today (...)“²³⁶

Während in Österreich und anderen Ländern allgemeine Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente verboten ist und nur „Fachwerbung“ erlaubt ist, die an Personen gerichtet ist, die diese Medikamente verschreiben drfen²³⁷, ist in Amerika seit 1985²³⁸ auch „Laienwerbung“ erlaubt. Der Film zeigt die negativen Auswirkungen dieser unbeschränkten Werbemaßnahmen und kritisiert damit die Bestimmung, dass Laienwerbung erlaubt ist.

Außerdem wird die psychiatrische Diagnostik und die Macht der PsychiaterInnen in Frage gestellt. Dr. Banks sorgt dafür, dass Emily, die zwar höchst kriminell ist, aber psychisch gesund, in der Anstalt bleiben muss. Niemand glaubt ihr, als sie mehrfach versichert, „normal“ zu sein.

Welche Rolle spielt das amerikanische Strafrecht im Film?

Side Effects kann als Kritik am amerikanischen Recht und an der Verbindung von Psychiatrie und Recht gesehen werden. Emilys Verteidigerin sucht, wie im amerikanischen Fallrecht gefordert, Vergleichsfälle, in denen Menschen freigesprochen wurden, die angaben, im Zustand des Schlafwandeln getötet und keine Erinnerung daran zu haben. Da Dr. Banks als

²³⁶ *Side Effects*, TC: 22:23 – 22:30.

²³⁷ Vgl. Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, „Laienwerbung § 51“, 02.03.1983, www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010441, Zugriff: 22.12.2017.

²³⁸ Elizabeth Ettorre/Elianne Riska, *Gendered Moods. Psychotropics and Society*, London, New York: Routledge 1995, S. 70.

Sachverständiger in der Gerichtsverhandlung der Ansicht ist, dass Menschen im Schlaf nicht bewusst reagierten und seiner Ansicht nach kein Vorsatz (und damit keine Schuld) ohne Bewusstsein möglich wäre, wird Emily wegen Schuldunfähigkeit (by reason of insanity) freigesprochen (siehe Kapitel „Schuldausschließungsgründe“)

Emily muss dafür allerdings für eine bestimmte Zeit in die forensische Psychiatrie eingewiesen werden, bevor ein Antrag auf Entlassung gestellt werden kann. Emilys Anwältin rät ihr den Deal anzunehmen, was sie auch macht. Wie bereits erwähnt, besteht aufgrund der „double jeopardy“ Regel keine Möglichkeit, den Fall neu aufzurollen als Dr. Banks zum Staatsanwalt geht. Der Staatsanwalt lässt zwar seinen Unmut darüber erkennen, kann das aber auch nicht ändern. Er hatte Dr. Banks vor Beginn der Verhandlung aufgefordert, besser mit ihm zusammenzuarbeiten und die Meinung geäußert, dass Emily entweder eine Mörderin sei oder das Opfer seiner ärztlichen Behandlung und irgendjemand für den Tod von Emilys Mann büßen müsste. Bereits während diesem Gespräch hatte er durchblicken lassen, dass er nichts von Dr. Banks Theorie der unschuldigen Schlafwandlerin, die nicht gewusst habe, was sie tat, hält. Insofern werden auch die psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht kritisiert.

Werden die psychiatrischen Entwicklungen und Fortschritte thematisiert?

Der Film erschien 2013. Er stimmt folglich mit den üblichen Behandlungsmethoden der Zeit – medikamentöse Behandlung, EKT – überein und berücksichtigt die neueren Entwicklungen wie aufgezeigt wurde.

8.9. Final Analyses (1999)

Wie zeigt der Film die (vermeintliche) psychische Störung

Der Psychiater Isaac Barr, der häufig als psychiatrischer Gutachter in Strafprozessen aussagt, verliebt sich in Heather, die Schwester seiner Patientin Diana. Heather war in seine Praxis gekommen, um ihm Details aus der Kindheit von Diana zu erzählen, die für die Behandlung wichtig sein könnten. Dr. Barr und die unglücklich verheiratete Heather beginnen eine Affäre. Die ZuseherInnen erfahren, dass Heather angeblich unter „pathologischer Intoxikation“ leidet, was in ihrem Fall bedeutet, dass Heather schon nach einem Glas Wein extrem aggressiv wird, sich aber – man denke hier an die schlafwandelnde Mörderin aus *Side Effects* – im Nachhinein aber an nichts erinnern könne. Wie in *Side Effects* und in *Primal Fear* haben wir es wie sich im Nachhinein herausstellt mit einem „unreliable narrator“ zu tun, der uns glauben lassen möchte, dass die Protagonisten unter Einfluss von Medikamenten oder Krankheiten morden.

Als Dr. Barr Heather eines Abends mit seinem Auto nachhause bringen will, bittet sie ihn, noch kurz bei der Apotheke zu halten, da es ihr nicht gut gehe. Zuhause angekommen, nimmt Heather den Hustensaft zu sich. Kurz darauf zeigt der Film, wie sie plötzlich wütend wird und ihren Ehemann erschlägt. Auch hier sind die Parallelen zu *Side Effects* überdeutlich.

Die nächste Szene zeigt Dr. Barr, der ins Gefängnis fährt. Diana hat ihn angerufen, da Heather wegen des Mordes an ihrem Mann verhaftet worden ist. Heather, die sich an nichts erinnern kann, erzählt Dr. Barr, dass ihr ihre Gewaltausbrüche nur passieren, wenn sie Alkohol trinkt. Dr. Barr weiß im Gegensatz zu den ZuschauerInnen noch nicht, dass bei Heather „pathologische Intoxikation“ festgestellt wurde, tippt aber aufgrund ihrer Schilderungen sofort auf diese Erkrankung, was Heather auch bestätigt. Als er erfährt, dass sie Hustensaft zu sich genommen hat, wird klar, dass der im Hustensaft enthaltende Alkohol einen Anfall ausgelöst haben könnte. Dr. Barr besorgt Heather einen Anwalt und einen psychiatrischen Gutachter, der Experte auf dem Gebiet der „pathologischen Intoxikation“ ist. Heather wird von der Jury für nicht schuldig befunden, da sie ihrer Ansicht nach zum Zeitpunkt der Tat nicht zurechnungsfähig war. Wie in *Side Effects* und *Primal Fear* ordnet der Richter eine Unterbringung in einer Nervenheilanstalt an bis gewährleistet ist, dass von ihr keine Gefahr mehr ausgeht. Dr. Barr sorgt noch dafür, dass er in den psychiatrischen Gutachterausschuss kommt, der Heathers Fall überprüft, um sie möglichst schnell aus der Anstalt herauszubringen.

Wie in *Side Effects* und *Primal Fear* finden Dr. Barr und mit ihm die ZuschauerInnen im

Nachhinein heraus, dass Heather die psychische Erkrankung nur vorgetäuscht hat, um ungestraft ihren Mann töten zu können und dass sie Dr. Barr dabei nur als Spielfigur verwendet hat. In Folge setzt er alles daran, dass Heather nicht mehr aus der Nervenheilanstalt entlassen wird.

Der Film enthüllt also wie *Side Effects* und *Primal Fear* die vorgetäuschte psychische Störung erst zu einem späten Zeitpunkt im Plot. Dadurch werden auch die ZuschauerInnen getäuscht, die erst durch die Figur Dr. Barr von Heathers wahren Absichten erfahren. Heather streut ebenso wie Emily falsche Hinweise, um die Figuren im Film und die ZuschauerInnen von ihrer psychischen Erkrankung zu überzeugen. Die Kamera nimmt zum Teil ihre Perspektive ein und zeigt nur das, was Heather allen glauben machen möchte und agiert wie bei *Side Effects* und *Primal Fear* als Heathers Komplizin, um die psychische Störung vorzutäuschen.

Wie lautet die Diagnose?

Heather gibt vor, an „pathologischer Intoxikation“ zu leiden, eine Krankheit, die tatsächlich im ICD-10 erwähnt wird:

„Nur auf Alkohol anwendbar. Kurz nach dem Trinken einer Menge, die bei den meisten Menschen keine Intoxikation hervorrufen würde, erfolgt ein plötzlicher Ausbruch von aggressivem, oft gewalttätigem Verhalten, das für den Betroffenen im nüchternen Zustand untypisch ist.“²³⁹

Aus welchem Grund gibt die Figur vor, an einer psychischen Störung zu leiden?

Wie so oft ist das Motiv kriminell: Heather tötet ihren Mann, um seine Lebensversicherung zu kassieren. Um dem Gefängnis zu entkommen, simuliert sie „pathologische Intoxikation“. Zur Vorbereitung hat Heather Gerichtsverhandlungen besucht, in denen Dr. Barr als psychiatrischer Gutachter dafür gesorgt hat, dass Angeklagte „by reason of insanity“ freigesprochen worden sind. Ihre Schwester war ihre Komplizin, die es eingefädelt hat, dass Heather unter dem Vorwand, sie könne ihm einiges von ihrer Kindheit erzählen, in die Praxis von Dr. Barr kommt, der von Anfang an nur eine Spielfigur ist. Um den ersten Kontakt mit Dr. Barr herzustellen, hat Diana vorgegeben, unter einer Zwangsstörung zu leiden, die sich u. a. darin äußert, dass sie mehrmals in ihre Wohnung zurückkehren muss, um zu kontrollieren, ob der Ofen abgedreht ist. Wie sich später herausstellt hat Diana tatsächlich psychische Probleme, die Details, die sie Dr. Barr erzählt sind allerdings gelogen und nur ein Puzzlestück

²³⁹ Dilling, *Internationale Klassifizierung psychischer Störungen*, S. 98.

des großen Spiels.

Wird die Figur in ihrem Spiel enttarnt?

Dr. Barr kommt eher zufällig hinter den Plan. Er besucht einen Vortrag über Freud, in dem ein von Freud beschriebener Traum behandelt wird. Barr erkennt, dass Diana bei einer Therapiesitzung genau diesen Traum als ihren eigenen ausgegeben hat. Misstrauisch geworden stellt weitere Nachforschungen an und erinnert sich plötzlich an die Bemerkung eines Sicherheitsbediensteten im Gericht, der bei Heathers Prozess zu ihm gesagt hat, er hätte nie gedacht, Heather einmal „up there“²⁴⁰ zu sehen. Damals hatte Dr. Barr diese Anmerkung missverstanden und fälschlicherweise darauf bezogen, dass Heather in den Zeugenstand treten würde. Dr. Barr sucht diesen Sicherheitsbeamten auf und erfährt, dass Heather letztes Jahr bei einigen Prozessen, in denen Barr als Gutachter agierte, im Publikum gewesen sei, - offenbar, um sich auf ihre Rolle vorzubereiten. Zusätzlich findet er heraus, dass Heather die Lebensversicherung ihres Mannes bekommt, da dessen Bruder, der als Begünstigter eingetragen war, ein Monat zuvor verstarb – genau zu dem Zeitpunkt als er Heather kennenlernte.

Wie werden die PsychiaterInnen dargestellt?

Anfangs erscheint Dr. Barr eindeutig als Dr. Wonderful, wie schon in der ersten Szene des Films deutlich wird, als er Diana nicht wegschickt, obwohl die Therapiestunde schon abgelaufen ist. Auch für Heather, die ohne Terminvereinbarung in seiner Privatpraxis auftaucht, nimmt sich Dr. Barr als typischer Dr. Wonderful sofort Zeit.

In einem Mordprozess, in dem der Täter auf Unzurechnungsfähigkeit plädiert, schlägt Dr. Barr/Dr. Wonderful als „Guter Mensch und Mitbürger“ sogar vor, den Angeklagten Pepe, der in einer geschlossenen Anstalt bloß mit Medikamenten ruhiggestellt werden würde, gratis psychotherapeutisch zu behandeln: „If Pepe is safe, then we are all safe. Isn't that why we're here?“²⁴¹ Dr. Wonderful ist immer bereit, für das Wohl aller Beteiligten Zeit und Geld zu opfern.

Ein weiteres Kennzeichen von Dr. Wonderful ist, dass er Zwangsbehandlungen sowie Medikamente ablehnt und die Gesprächstherapie vorzieht.

Allerdings verstößt er gegen die ethischen Grundregeln seiner Profession, indem er sich auf

²⁴⁰ *Final Analysis*, TC 1:06:04 – 1:06:10.

²⁴¹ *Ebda.*, TC: 07:58 – 08:04.

Affäre der Schwester einer seiner Patientinnen einlässt. Den Gesetzen der klassischen Dramaturgie entsprechend muss dieser Fehler bestraft werden: Heather tötet ihren Mann, Dr. Barr besorgt ihr einen Gutachter, der Spezialist auf dem Gebiet der „pathologischen Intoxikation“ ist, und sorgt nach Heathers Freispruch dafür, dass er in den Gutachterausschuss kommt, der ihren Fall überprüft, um sie möglichst schnell aus der Anstalt zu holen. Er wird immer tiefer in die Affäre verwickelt, stellt seine persönlich-libidinösen Ziele über die beruflichen Aufgaben und „muss“ zu Dr. Evil werden. Als er erfährt, dass Heather ihn getäuscht und den Mord an ihrem Mann bis ins kleinste Detail geplant hat, will er sie bloßstellen. Allerdings droht Heather, ihm den Mord anzuhängen, da sie dafür gesorgt hat, dass sich seine Fingerabdrücke auf der Mordwaffe finden.

Dr. Barr kündigt Heather an, sie mit zwei Staatsanwälten aufzusuchen. Die Kamera agiert in der anschließenden Szene wiederum als „unzuverlässige Erzählerin“, in diesem Fall aber als Komplizin von Dr. Barr. Wir sehen Heather und Dr. Barr mit zwei Männern in einem Raum, wenig später kommt auch Diana mit einer großen Tasche dazu. Heather erzählt den vermeintlichen Staatsanwälten, dass Dr. Barr ihren Mann umgebracht und ihr aufgetragen hätte, sie solle dem Mord auf sich nehmen, da sie aufgrund ihrer Erkrankung „pathologische Intoxikation“ den perfekten Entschuldigungsgrund hätte. Aus Angst hätte sie das auch gemacht und die Mordwaffe, eine Hantel, versteckt. Sie bittet Diana, den Männern die Hantel zu geben. In Dianas Tasche sind allerdings nur Zeichnungen. Heather wird wütend, greift Dr. Barr tätlich an und beschuldigt ihn, ihre Schwester unter Kontrolle und Sex mit ihr zu haben. Die zwei Männer im Raum verabreichen ihr eine Spritze, wodurch klar wird, dass es sich bei ihnen um Ärzte und nicht um Staatsanwälte handelt. Dr. Barr, dem klar war, dass es aufgrund des „double jeopardy“ Grundsatzes (siehe Kapitel „double jeopardy“) keine Chance gibt, den Fall neu aufzurollen, hat den Psychiatern vom Untersuchungsausschuss eingeredet, dass Heather psychotisch und paranoid wäre. Diana, die er offenbar tatsächlich in seiner Hand hat, hat er instruiert, statt der Hantel Zeichnungen zu bringen. Die Psychiater schließen sich angesichts der Angaben Heathers und ihres Verhaltens der Diagnose von Dr. Barr an, der keine Bedenken hat, seine Fachkollegen anzulügen: „The anxiety of killing her husband, plus the repeated insults of alcohol have brought on a full-scale organic psychosis. I wouldn't be surprised if there's further deterioration.“²⁴²

Zwar muss der Gutachterausschuss, in dem auch Dr. Barr sitzt, den Fall alle 6 Monate überprüfen, aber aus Dr. Barrs bewusst negativen Prognose, „I wouldn't be surprised if there's

²⁴² Ebda., TC: 1:33:26 – 1:33:18.

further deterioration“²⁴³, erkennen wir, dass er nicht vorhat, Heather jemals aus der Anstalt zu entlassen.

Seine Verwandlung von Dr. Wonderful zu Dr. Evil ist damit vollzogen. Auch hier lassen sich Parallelen zu *Side Effects* feststellen. Dr. Banks verwandelt sich wie Dr. Barr von Dr. Wonderful zu Dr. Evil als er feststellt, dass Emily - genauso wie Heather – rechtlich für ihr Verbrechen nicht mehr belangt werden kann. Bei beiden Psychiaterfiguren wirkt sich die Täuschung auch negativ auf ihr Privatleben aus: Dr. Barr verliert seine Liebe und Dr. Banks privates Leben gerät völlig aus den Fugen.

Zusätzlich treffen ebenso wie bei Dr. Banks die Stereotype aktiver, „oracular“ und emotionaler Psychotherapeut auf Dr. Barr zu. Als aktiver Dr. Wonderful verhilft er durch seine starke Anteilnahme und seinen großen Einsatz Heather zu einem Freispruch und als „oracular“ Psychiater entlarvt er in detektivischer Arbeit die vorgetäuschte psychische Störung.

Welche Behandlungsmethoden werden gezeigt?

Dr. Barrs Therapie ist psychoanalytisch geprägt, was sich nicht nur im klassischen Setting zeigt: Diana liegt während der Behandlung zumeist auf der Couch und sie besprechen einen angeblich immer wiederkehrenden Traum. Sie beschwert sich bei ihrem Psychiater, warum immer alles einen sexuellen Bezug haben müsse – eine Anspielung auf die Dominanz der Sexualität in der Psychoanalyse. Dr. Barr besucht im Film einen Vortrag über Psychoanalyse und beruft sich pointiert auf Freud: „To paraphrase Freud, I’m trying to turn her neurotic misery into general unhappiness.“²⁴⁴

Übt der Film Kritik an der Psychiatrie?

Dr. Barr kritisiert die geschlossenen Anstalten und die biologische Psychiatrie mit ihrer medikamentösen Ruhigstellung von Störenfried: „There’s no therapy offered, only chemical restraints.“²⁴⁵ Er selbst verschreibt in keiner seiner therapeutischen Sitzungen Tabletten. Durch Heather, die das Krankheitsbild „pathologische Intoxikation“ erfolgreich vortäuschen

²⁴³ Ebda., TC: 1:33:26 – 1:33:18.

²⁴⁴ Ebda., TC: 12:36 – 12:43.

²⁴⁵ Ebda., TC: 7:13 – 7:25.

kann, wird die psychiatrische Diagnostik ebenso in Frage wie durch Dr. Barr, der es als Dr. Evil schafft, seine Kollegen von seiner falschen Diagnose zu überzeugen.

Welche Rolle spielt das amerikanische Strafrecht im Film?

Die Verbindung zwischen Psychiatrie und Recht wird immer wieder hervorgehoben und kritisiert. Dr. Barr ist Spezialist auf dem Gebiet der „insanity defense“; aufgrund seiner Diagnosen werden Täter für unzurechnungsfähig erklärt und freigesprochen. Das führt im Film zu einem Konflikt zwischen ihm und einem Detective, der die „insanity“-Verteidigung als „bullshit“ bezeichnet und Dr. Barr vorwirft, monatelange polizeiliche Ermittlungsarbeit sinnlos zu machen.

Dass Psychiatrie keine exakte Wissenschaft ist zeigt sich auch daran, dass in Heathers Prozess die Gutachten der ExpertInnen einander diametral widersprechen und offenbar davon abhängen, ob die Gutachter vom Staatsanwalt oder von der Verteidigung beauftragt wurden. Die Gutachterin des Staatsanwaltes, die im Sinne der biologischen Psychiatrie argumentiert, meint, es gäbe keine naturwissenschaftlichen Beweise wie Genanalysen, Computertomographien oder Blutbefunde für „pathologische Intoxikation“. Der Gutachter des Anwaltes hingegen beruft sich auf eine von ihm selbst durchgeführte psychologischen Studie, - die Jury folgt ihm und befindet Heather für nicht schuldig.

Auf die Bedeutung des Rechtsgrundsatzes der „double jeopardy“, der in vielen Filmen zum Thema dieser Arbeit eine entscheidende Rolle spielt, wurde schon mehrmals hingewiesen.

Werden die psychiatrischen Entwicklungen und Fortschritte thematisiert?

Der Film stammt aus dem Jahr 1992. Die biologische Psychiatrie wird durchaus thematisiert. Die Gutachterin des Staatsanwaltes spricht von Untersuchungen, die Rückschlüsse auf psychische Krankheiten zulassen und die medikamentöse Behandlung wird angesprochen. Auf Bildebene zeigt der Film allerdings nur den psychotherapeutischen Ansatz, dem sich Dr. Barr verschrieben hat.

Welche Ursachen werden für die Entstehung der psychischen Störung ausgemacht?

Wie in allen anderen hier besprochenen Fällen wird die Störung im Film nur vorgetäuscht. In der Realität kann „pathologische Intoxikation“ durch Alkohol verursacht werden. Die Gutachterin des Staatsanwaltes stellt fest, dass diese Störung nicht durch Genetik oder andere biologische Faktoren belegbar ist, ohne auf, mögliche Ursachen einzugehen. Der Freudianer Dr. Barr vermutet hinter allen Auffälligkeiten seinem Vorbild entsprechend verdrängte sexuelle Erinnerungen, die sich in Neurosen äußern.

8.10. Primal Fear (1996)

Wie zeigt der Film die (vermeintliche) psychische Störung?

Der Staranwalt Martin Vail, der das Rampenlicht liebt, übernimmt die Verteidigung des Kirchendieners Aaron Stampler, der beschuldigt wird, seinen Gönner, den Erzbischof von Chicago, ermordet zu haben. Der Film zeigt den Mord aus der subjektiven Perspektive des Täters, ohne den Täter dabei zu zeigen.

Später wird der blutverschmierte Aaron, der vor der Polizei flieht, festgenommen. Im Gespräch mit seinem Verteidiger erfahren die ZuseherInnen, dass der ermordete Bischof den obdachlosen Aaron von der Straße geholt hatte, ihm ein Heim gab und zum Messdiener machte. Der junge Mann scheint kein Motiv für den Mord zu haben und bestreitet auch, den Mord begangen zu haben. Er sagt, er habe den toten Bischof gefunden und eine Person gesehen, die sich über ihn beugte, könne sich aber nicht an mehr erinnern, da er ohnmächtig wurde. Als er voller Blut aufgewacht sei, sei er nur aus Angst davon gelaufen. Diese Ohnmachtsanfälle habe er des Öfteren, er könne sich danach an nichts erinnern. Vails Verteidigungsstrategie ist, zu beweisen, dass jemand anderer als sein Mandant das Verbrechen begangen habe. Dabei stützt er seine Verteidigung auf die mögliche Anwesenheit einer dritten Person. Vail versucht Personen zu finden, die ein Motiv hatten den Bischof zu töten, als ein Videoband auftaucht, auf dem zu sehen ist, dass der Erzbischof Aaron zwingt mit einem Jungen und einem jungen Mädchen sexuelle Handlungen vorzunehmen. Aaron hatte also doch ein Motiv, den Erzbischof zu töten. In der Zwischenzeit hatte eine von Vail engagierte Neuropsychologin eine multiple Persönlichkeitsstörung bei Aaron diagnostiziert. „Roy“, Aarons gewalttätige Persönlichkeit, komme angeblich zum Vorschein, wenn Aaron provoziert oder in die Enge getrieben wird. Da der Prozess bereits begonnen hat, darf Vail aufgrund der in vorhergehenden Kapiteln beschriebenen gesetzlichen Vorschriften die Verteidigungsstrategie nicht mehr ändern (siehe Kapitel „Schuldausschließungsgründe“) und kann nicht auf „Unzurechnungsfähigkeit wegen Geisteskrankheit“ plädieren. Durch einen Trick gelingt es ihm dennoch, Aarons vermeintliche psychische Störung der Jury vorzuführen. Vail lädt Aaron in den Zeugenstand und übergibt ihn der Staatsanwältin zum Verhör, die ihn mit ihren Fragen so in die Enge treibt, dass „Roy“ scheinbar zum Vorschein kommt und die Staatsanwältin körperlich angreift. Die Richterin unterbricht das Verfahren und einigt sich mit dem Verteidiger und der Staatsanwältin darauf, die Jury zu entlassen. Aufgrund der Offensichtlichkeit der multiplen Persönlichkeitsstörung fällt die Richterin selbst das Urteil (sogenanntes „bench trial“), das „nicht schuldig aufgrund einer Geisteserkrankung“ lautet.

Wie auch in den anderen besprochenen Filmen (*Side Effects* und *Final Analysis*) muss der/die Freigesprochene zur Überprüfung seines/ihrer Geisteszustandes in eine Nervenheilanstalt eingewiesen werden.

Vail teilt Aaron den Freispruch mit, worauf Aaron seinen Verteidiger bittet, sich in seinem Namen bei der Staatsanwältin für den körperlichen Angriff zu entschuldigen. Jetzt wird Vail stutzig, da Aaron bisher immer behauptet hat, er könne sich an seine Anfälle – wenn Roy das Kommando übernimmt – nicht erinnern. Aaron klärt seinen Anwalt und die ZuseherInnen schließlich darüber auf, dass er die dissoziative Persönlichkeitsspaltung die ganze Zeit nur vorgespielt hat.

Wie einige andere in dieser Arbeit behandelten Filme (*Side Effects* und *Final Analysis*) spielt auch *Primal Fear* mit „unreliable narration“. Figuren und ZuseherInnen werden erst im Laufe der Handlung bzw. bei *Primal Fear* am Ende des Filmes über die Täuschung aufgeklärt. Wie Emily und Heather hält Aaron bewusst Informationen zurück und streut falsche Hinweise, um die Figuren im Film und mit ihnen die ZuschauerInnen in die Irre zu führen. So ist wie in den anderen Fällen auch in diesem Film die Kamera sein Komplize. Die Filme *Side Effects*, *Final Analysis* und *Primal Fear* berufen sich auch alle auf den „double jeopardy“ Grundsatz. Die Filmfiguren erfahren zwar von der Täuschung, können aber rechtlich nicht mehr gegen die SimulantInnen vorgehen. Während die Psychiater in *Side Effects* und *Final Analysis* Selbstjustiz üben, indem sie durch ihre berufliche Autorität dafür sorgen, dass die mörderischen Protagonisten zumindest in der psychiatrischen Anstalt weggesperrt werden, endet *Primal Fear* mit der Aufdeckung der Lüge. Anders als in *Side Effects* und *Final Analysis* handelt es sich allerdings bei Vail auch um keinen Psychiater, sondern um einen Anwalt. Das Gesetz, sein Handwerk, kann Aaron nicht mehr für sein Verbrechen belangen.

Wie lautet die Diagnose?

Der Verteidiger Vail engagiert eine Neuropsychologin, die seinen Mandanten psychologisch untersuchen soll, da er dessen Amnesie nachweisen möchte. Stattdessen diagnostiziert sie eine multiple Persönlichkeitsstörung, bei der Amnesie auftreten kann.

„Das grundlegende Merkmal [der multiplen Persönlichkeitsstörung] ist das offensichtliche oder scheinbare Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten bei einem Individuum. Dabei ist zu einem Zeitpunkt jeweils nur eine sichtbar.“²⁴⁶

²⁴⁶ Dilling, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, S. 197.

Der Angeklagte ist einerseits Aaron, ein stotternder, unsicherer junger Mann und zugleich Roy, der überaus dominant, berechnend und aggressiv ist. Aron und Roy wüssten nichts voneinander, wenn Aron/Roy tatsächlich an einer multiplen Persönlichkeitsstörung leiden würde.

„Jede Persönlichkeit ist vollständig, mit ihren eigenen Erinnerungen, Verhaltensweisen und Vorlieben.“²⁴⁷ Aaron gibt vor er könne sich nicht an den Mord erinnern, weil nicht er, sondern seine andere Persönlichkeit Roy den Mord begangen hat, aber er lügt, wie wir erfahren. In der Realität stimmt es allerdings, dass Dr. Jekyll nichts von Mr. Hyde weiß und umgekehrt: „Bei der häufigsten Form mit zwei Persönlichkeiten ist meist eine von beiden dominant, keine hat Zugang zu den Erinnerungen der anderen.“²⁴⁸

Aus welchem Grund gibt die Figur vor an einer psychischen Störung zu leiden?

Aaron hat einen „guten Grund“, den perversen Erzbischof, der ihn zum Sex zwingt und dabei filmt, zu ermorden. Um ungestraft davon zu kommen, gibt Aaron vor, an einer multiplen Persönlichkeitsstörung zu leiden.

Wird die Figur in ihrem Spiel enttarnt?

Aaron verrät sich selbst. Vail erkennt durch Aarons Aufforderung, er möge sich für ihn bei der Richterin entschuldigen, dass dieser seine Amnesie und damit die gesamte psychische Störung nur gespielt hat. Zwischendurch äußert keine Figur im Film den Verdacht, dass Aaron die psychische Störung nur vorgibt.

Wie werden die PsychiaterInnen dargestellt?

Die Neuropsychologin, die Aaron diagnostiziert, spielt keine große Rolle; sie ist eine typische „faceless“ Psychiaterin mit Zügen einer Dr. Wonderful, die ihre Untersuchungen nach bestem Wissen und Gewissen durchführt und vor Gericht dafür eintritt, dass Aaron nicht strafrechtlich verfolgt wird, da sie der ehrlichen Überzeugung ist, er sei krank. Wie wir wissen, täuscht sie sich.

²⁴⁷ Ebda., S. 197.

²⁴⁸ Ebda., S. 197.

Übt der Film Kritik an der Psychiatrie?

Primal Fear rückt im Gegensatz zu *Side Effects* und *Final Analysis* keine PsychiaterInnenfigur ins Zentrum des Geschehens, sondern einen Anwalt und den Gerichtsprozess. Durch die Entwicklung des Falles wird primär das Rechtssystem und am Rande auch die Verbindung von Psychiatrie und Recht kritisiert. Allerdings wird am Beispiel der oben erwähnten Fehldiagnose natürlich auch die Zuverlässigkeit psychiatrischer Diagnostik in Frage gestellt.

Welche Rolle spielt das amerikanische Strafrecht im Film?

Der Film beschäftigt sich zu einem großen Teil mit amerikanischen Strafprozessen und übt dabei Kritik am System. Das beginnt schon mit der Figur des Staranwaltes Vail, dem es völlig egal ist, ob einE MandantIn schuldig ist oder nicht. Auf die Frage eines Journalisten antwortet er zynisch, dass ihn nur die „Wahrheit“ interessiert, die er in den Köpfen der Jury erschafft. Vail liebt es, in den Schlagzeilen zu stehen und nur aus diesem Grund übernimmt er die kostenlose Verteidigung von Aaron in dem spektakulären Mordfall. Mehrmals wird thematisiert, dass der Anwalt eine große Rolle für den Ausgang des Falles spielt; Vail sagt Aaron, dass einE PflichtverteidigerIn ihn in die Todeszelle bringen würde. Auch die Staatsanwaltschaft, die die Schuld von Aaron als erwiesen sieht, wird nervös als sie erfährt, dass der Superstar Vail Aarons Verteidigung übernommen hat.

Der Film zeigt auch wie eine Laienjury beeinflusst und manipuliert werden kann. Er instruiert seinen (als Aaron) stotternden Mandanten, vor Gericht nicht zu sprechen und besorgt ihm einen „ordentlichen“ Anzug, um die Jury zu beeindrucken. Vail weist darauf hin, dass bei der Entscheidung der Jury immer auch persönliche Erfahrungen eine Rolle spielen, etwa wenn jemand von den Geschworenen einen Sohn im selben Alter hat. Vail kämpft vor Gericht dafür, den Geschworenen Fotos des toten Opfers nicht zu zeigen, da deren Schockwirkung sie gegen seinen Mandanten einnehmen könnte: „The Prosecution wants to show them to the jury for shock appeal.“²⁴⁹ Damit werden auch die gesetzlichen Regelungen angesprochen, welche Beweise die Jury zu sehen bekommt und welche nicht.

Es wird auch thematisiert, dass Geisteskrankheit von der Anklage am schwersten zu beweisen ist. Auch die Einschränkungen, die im Zusammenhang mit der „insanity defense“ stehen, werden besprochen. Wie erwähnt darf nach Verfahrenseröffnung der Entschuldigungsgrund

²⁴⁹ *Primal Fear*, TC: 43:03 – 43:08.

„insanity“ nicht mehr vorgebracht werden und die neuropsychologische Gutachterin darf nur wie ursprünglich geplant zur Amnesie des Patienten aussagen.

Auch dieser Verfahrensgrundsatz wird im Film in Frage gestellt. Obwohl der Anwalt und die Neuropsychologin wissen (bzw. glauben zu wissen), dass der Angeklagte nicht zurechnungsfähig ist, dürfen sie nicht auf Unzurechnungsfähigkeit plädieren. Die Wahrheit spielt also nur eine untergeordnete Rolle, auch wenn es in diesem Fall nur eine vorgetäuschte Wahrheit ist. Alle die Vorkommnisse, Entwicklungen bzw. Aussagen und Ansichten des Anwaltes laufen darauf hinaus, dass in Strafverfahren die Wahrheit bzw. die tatsächliche Schuld oder Unschuld nicht wirklich relevant sind. Das kann man zweifellos als Kritik am amerikanischen Strafrecht mit seinen „commom law“/„case law“ – Regelungen und Zusätzen verstehen.

Die Verbindung von Recht und Psychiatrie wird insbesondere am Ende des Filmes thematisiert. Als die Richterin eine befristete Einweisung Aarons in die Nervenheilanstalt anordnet, ist die Staatsanwältin entsetzt, da das bedeuten könnte, dass Aaron in 30 Tagen wieder auf freiem Fuß ist, woraufhin die Richterin antwortet: „Take it up with the Legislature.“²⁵⁰

Wenn auch der Plot vorerst systemkritisch erscheint, so wird dieser kritische Ansatz durch die Story im Endeffekt zurückgenommen: da am Ende klar wird, dass Aaron sein alter ego „Roy“ nur simuliert, erhält die Regelung, dass der Entschuldigungsgrund „insanity“ nach Verfahrenseröffnung nicht mehr vorgebracht werden darf, seine Legitimation zurück. Auch die gesetzlichen Beschränkungen, die in Bezug auf die „insanity defense“ gelten, scheinen im Rückblick gerechtfertigt. Der Film geht sozusagen spielerisch verschiedene Möglichkeiten durch, wo das Gesetz versagt oder zu kurz kommt. Einige der implizierten Kritikpunkte werden durch die rückwirkende Lesart wieder aufgehoben.

Werden die psychiatrischen Entwicklungen und Fortschritte thematisiert?

Der Film wurde 1996 veröffentlicht. Die Fachrichtung Neuropsychologie ist ein modernes Teilgebiet der biologischen Psychiatrie. Insofern berücksichtigt der Film die neueren Entwicklungen in diesem Bereich. Allerdings spielen die Neuropsychologin und die Psychiatrie in diesem Film keine große Rolle.

²⁵⁰ Ebda., TC: 1:52:04 – 1:52:06.

Welche Ursachen werden für die Entstehung der psychischen Störung ausgemacht?

Die Neuropsychologin führt die multiple Persönlichkeitsstörung ganz Freudianisch auf den frühen Missbrauch durch den Vater in Aarons Kindheit zurück

„In defense Aaron’s psyche splintered and helped him to create two seperate personalities.“²⁵¹

Wie wir später im Film erfahren, ist diese Aussage grundfalsch.

²⁵¹ Ebda., TC: 1:40:51 – 1:40:57.

8.11. Ergebnisse der Analysen

8.11.1. Mörderische Amnesie

Die exakten psychischen Störungen, die vorgetäuscht werden unterscheiden sich in den Filmen. Jeder Figur wird eine andere Diagnose gestellt. Die Gemeinsamkeit, die sich finden lässt, ist, dass sich viele Filme mit dem Thema Amnesie, die aus der vermeintlichen Störung - oder Behandlung der Störung im Falle von *Side Effects* - resultiert, auseinandersetzen. Sowohl in *Primal Fear* als auch in *Side Effects* und *Finale Analysis* geben die Figuren vor sich nicht an die Tat, den Mord zu erinnern. Amnesie (als vermeintliche Folge einer psychischen Krankheit) wird von den anderen Filmen also als Vorwand benutzt, um zu morden. Dadurch gelten sie als nicht zurechnungsfähig zum Tatzeitpunkt.

Auch in *Shock Corridor* spielt Amnesie eine Rolle, hier allerdings nicht vorgespielt, sondern als Anzeichen der beginnenden tatsächlichen Erkrankung der Figur.

8.11.2. Persönliche versus geteilte Motivation

In den zwei früheren Filmen *Shock Corridor* (1963) und *Shock Treatment* (1964) geben die Figuren vor unter einer psychischen Störung zu leiden, um geheime Untersuchungen in der Nervenheilanstalt durchführen zu können. In *Final Analysis* (1992), *Primal Fear* (1996) und *Side Effects* (2013) geben die Figuren vor unter einer psychischen Störung zu leiden, um ungestraft einen Mord begehen zu können. Auch in *Analyze That* (2002) täuscht die Figur eine psychische Störung vor um dem Gefängnis zu entkommen, allerdings nicht um seiner Strafe zu entgehen, sondern da sein Leben dort in Gefahr ist.

Bei den frühen Filmen, *Shock Corridor* und *Shock Treatment* agieren die Simulanten nicht alleine. In dem einen Fall wird ein Schauspieler engagiert eine psychische Störung vorzutäuschen, im anderen Fall wird ein Journalist durch die Hilfe seines Chefs (und eines Psychiaters) in die Nervenheilanstalt eingeschleust, der ebenfalls Interesse daran hat, dass sein Mitarbeiter den dort stattgefundenen Mord aufklärt. In den anderen Filmen wird keine der Figuren von einer anderen Figur animiert eine psychische Störung vorzutäuschen. Die Figuren täuschen die psychische Störung aus ausschließlich persönlichen Gründen vor.

In zwei Fällen (*Shock Corridor* und *Side Effects*) sind allerdings PsychiaterInnen in den Plan

eingeweiht und lehren ihre „Schüler“ die psychische Erkrankung überzeugend vorzutäuschen.

8.11.3. Filmische Täuschungsstrategien

Bei drei Filmen (*Side Effects*, *Primal Fear* und *Finale Analysis*) handelt es sich um „Mind-game Filme“, die sowohl mit den Figuren im Film als auch den ZuschauerInnen ein Spiel spielen. Die ZuschauerInnen erfahren erst im Laufe der Handlung, dass die Figuren ihre psychische Störung nur vorgetäuscht haben und nicht tatsächlich krank sind. Diese Filme enthüllen wie beschrieben erst rückwirkend gelesen den vorgetäuschten Wahn. In diesen Fällen haben wir es mit einem „unreliable narrator“ zu tun. Die Kamera wird hier zur Komplizin der Figuren, die eine psychische Störung vortäuschen wollen und zeigt den ZuschauerInnen das, was sie ihnen glaubhaft machen möchte. Indem falsche Hinweise gestreut werden, glauben die Figuren im Film und mit ihnen die ZuseherInnen, dass die jeweiligen Personen an einer psychischen Störung leiden und unter Einfluss dieser psychischen Störung einen Mord begangen haben. In keinem der anderen Filmbeispiele mordet eine der Personen, die eine psychische Störung vortäuscht. Das heißt alle Filme - in denen eine Figur, die eine psychische Störung vortäuscht, mordet – beziehen die ZuschauerInnen in das Spiel mit ein.

Auch in *Don Juan DeMarco* wird der Zuschauer direkt in das Rätsel miteinbezogen. Der Film verweigert sich jedoch im Gegensatz zu den anderen das Rätsel aufzuklären. Im Laufe der Handlung verschwimmen Realität und Wahnwelt miteinander, so dass sie nicht mehr eindeutig voneinander zu unterscheiden sind. Der Film setzt also alles daran seine Figuren und die ZuschauerInnen nicht darüber aufzuklären, ob Doan Juan an einer psychischen Störung leidet, ob er sie vorspielt oder ob er etwa tatsächlich Don Juan ist.

Bei *Shock Corridor*, *Shock Treatment* und *Analyze That* wissen die ZuschauerInnen von Beginn an, dass die Figuren den Wahn nur vorspielen. Sie wissen damit mehr als die Figuren im Film. Hier werden folglich nicht die ZuschauerInnen getäuscht, sondern ausschließlich andere Figuren im Film.

8.11.4. Stereotype Darstellungen von PsychiaterInnen

Vier Filme zeigen PsychiaterInnen, die ihre Macht auf irgendeine Art und Weise missbrauchen: *Final Analyses*, *Side Effects*, *Shock Corridor*, *Shock Treatment*.

In den zwei frühen Filmen (*Shock Corridor*, *Shock Treatment*) findet sich - ganz dem Antipsychiatriefilm entsprechend - das Stereotyp Dr. Evil.

In *Side Effects* und *Finale Analysis* findet eine Verwandlung von Dr. Wonderful in Dr. Evil statt. In *Don Juan DeMarco* taucht so wie in *Primal Fear* (die Psychiaterinnenfigur spielt in dem Film allerdings keine große Rolle) das Stereotyp Dr. Wonderful auf, während *Analyze That* Dr. Dippy zeigt. Alle von Schneider beschriebenen Stereotype haben also ihren Auftritt. Die Stereotype Dr. Wonderful und Dr. Evil sind folglich bei den Filmen in denen Wahn nur vorgegeben wird gleichermaßen beliebt, während Dr. Dippy nur in einem Film vorkommt. Das ist allerdings dem Genre geschuldet. Das Stereotyp Dr. Dippy taucht vor allem in Komödien auf und *Analyze That* ist die einzige Komödie unter diesen Filmen.

Auffallend ist, dass in zwei Filmen die Zuordnung von Schneiders stereotypen Charakteren nicht mehr eindeutig ist, da eine Verwandlung von Dr. Wonderful in Dr. Evil stattfindet. In beiden Fällen wird durch die vorgespielte psychische Störung in Folge das persönliche Leben der Psychiater beeinträchtigt. Außerdem handelt es sich in beiden Filmen um Figuren, die morden und durch ihre vorgetäuschte psychische Störung dem Gefängnis entgehen, also um „böse“ Figuren. Die einzige Möglichkeit, sie dennoch zu bestrafen, besteht für die Psychiater darin, dafür zu sorgen, dass sie nicht mehr aus der Nervenheilanstalt entlassen werden. Die Verwandlung in Dr. Evil wird also gerechtfertigt dadurch, dass nur Menschen, die böse Ziele verfolgen, von den TherapeutInnen bestraft werden.

Die beiden frühen Filme, *Shock Corridor* und *Shock Treatment*, entspringen beide der Antipsychiatriebewegung, und transportieren deren Gedankengut. So wundert es nicht, dass das System und seine VertreterInnen darin „evil“ sind. Sie verursachen erst das, was sie zu heilen vorgeben: psychische Störungen. In den neueren Filmen verfolgen viel mehr die SimulantInnen böse Ziele als die PsychiaterInnen.

Fünf der sieben Filme zeigen (gute und böse) aktive PsychiaterInnen. Die Ausnahme bilden *Primal Fear* und *Shock Corridor*. In *Primal Fear* übernimmt allerdings Anwalt Vail sozusagen den Part des aktiven Psychiaters. Nachdem er von der psychischen Störung seines Mandanten erfährt, versucht er alles um diesem zu helfen. In *Shock Corridor* verdeutlicht die

Abwesenheit eines aktiven Psychiaters, dass die psychiatrische Anstalt nur dazu dient die PatientInnen zu verwahren anstatt zu heilen.

8.11.5. Täuschung des fachlich qualifizierten Personals

In allen Filmen gelingt es den Figuren PsychiaterInnen oder anderes fachlich qualifiziertes Personal zu täuschen und sie von ihrer gespielten psychischen Störung zu überzeugen. *Don Juan DeMarco* nimmt hier eine Sonderstellung ein.²⁵²

Interessant ist, dass die beiden antipsychiatrischen Filme, die Schwierigkeit eine psychische Störung zu simulieren, thematisieren und den PsychiaterInnen damit eine viel höhere Kompetenz zuschreiben. In *Shock Treatment* gibt es eine Psychiaterin im Film, die Leiterin der Anstalt, die den Schwindel sofort durchschaut. Sie ist in allen Filmen die einzige Figur, die nicht getäuscht werden kann. In *Shock Corridor* übt die Figur ein Jahr lang mit einem Psychiater, um die Störung zu simulieren. Der Psychiater betont auch mehrmals, dass die PsychiaterInnen in der Nervenheilanstalt Simulanten normalerweise sofort erkennen.

In den neueren Filmen gelingt es den Figuren scheinbar mit Leichtigkeit die PsychiaterInnen zu täuschen. Nur in zwei Filmen (*Final Analysis* und *Side Effects*) bemerken die Psychiater ihren Irrtum, allerdings auch vielmehr durch Zufall oder detektivische Arbeit als durch ihre fachliche Qualifikation.

Die Filme fragen, wie Rosenhan in seinem Experiment - wie man eine psychische Störung feststellen kann, wie man SimulantInnen erkennen kann und kommen zum selben Schluss wie Rosenhan, nämlich, dass die PsychiaterInnen nicht in der Lage sind kranke von gesunden Menschen zu unterscheiden. Rosenhan beschreibt auch den Prozess der Stigmatisierung, den die Filme thematisch aufgreifen. Sobald ein Mensch psychiatrisch diagnostiziert wurde, werden alle seine Verhaltensweisen der Diagnose entsprechend gedeutet.

Mit Ausnahme von *Analyze That* und *Primal Fear* befinden sich alle Figuren, die vorgeben wahnsinnig zu sein, zu irgendeinem Zeitpunkt in einer psychiatrischen Klinik. Jede dieser Figuren, äußert zumindest einer Person in dieser Anstalt gegenüber, dass sie nicht wahnsinnig sei und keiner dieser Figuren wird Glauben geschenkt. Die Äußerung nicht wahnsinnig zu

²⁵² Die Frage stellt sich in dem Film nicht, da nicht eindeutig festgelegt wird, ob es sich um eine psychische Störung handelt oder der Patient simuliert. In diesem Film überzeugt der Patient seinen Psychiater von den Vorzügen einer Phantasiewelt.

sein, wird als Teil des Symptoms der psychischen Krankheit gedeutet.

8.11.6. Amerikanisches Strafrecht und gespielter Wahn

Auffallend ist, dass insgesamt vier von sieben Filmen die Verbindung zwischen Strafrecht und Psychiatrie thematisieren und Strafprozesse wegen Mordes zeigen.

In *Shock Treatment* wird ein Mordprozess gegen Ashley, den schizophrenen Gärtner, der seine Auftraggeberin tötete, geführt. In den anderen drei Filmen (*Side Effects*, *Primal Fear* und *Final Analysis*) wird ein Mordprozess gegen die Figuren, die eine psychische Störung vortäuschen, geführt. In allen vier Mordprozessen werden die Figuren von der Jury für nicht schuldig aufgrund ihrer psychischen Störung befunden. Nur in einem Fall (*Shock Treatment*) erweist sich das als richtig.

In allen diesen vier Filmen bekennt sich eine Filmfigur als Kritikerin der „insanity defense“. Andere kritisierte Punkte des amerikanischen Rechtssystems in diesen Filmen sind die Laienjury die psychiatrischen GutachterInnen und der „double jeopardy“ Grundsatz.

Es bleibt festzuhalten, dass die Filme sehr unwahrscheinliche Szenarien zeigen. Die Handlung dient vorwiegend dem Spannungsaufbau des Filmes als dass sie die realitätsnah ist. Dennoch werden die gesetzlichen Regelungen sehr genau berücksichtigt, so dass der Prozessverlauf den ZuschauerInnen, die kein Expertenwissen mit sich bringen, möglich erscheint. Die Filme greifen sogar die Schwierigkeit der „insanity defense“ auf, indem die Figuren im Film häufig betonen, dass diese Art der Verteidigung kaum erfolgsversprechend ist. Die (auch in der Öffentlichkeit diskutierten) Lücken und Problematiken des amerikanischen Rechtsprozesses – der Einfluss der GutachterInnen auf die „petit jury“, die „insanity defense“, der „double jeopardy“ Grundsatz, die Laienjury – werden also aufgegriffen und für den Spannungsaufbau im Film genutzt. Dabei geht es den Filmen klarerweise nicht um eine möglichst wirklichkeitsnahe Darstellung oder ernsthafte Kritik am System, sondern um die Etablierung von Szenarien, die sich theoretisch zutragen könnten, um so ihr Publikum zu fesseln.

8.11.7. Behandlungsmethoden

Alle Filme thematisieren oder zeigen die medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka und die Gesprächstherapie.²⁵³ In *Don Juan DeMarco* und *Final Analysis* treffen beide

²⁵³ Der Film *Primal Fear* wird im Folgenden nicht berücksichtigt, da er keine Behandlungsmethoden zeigt.

Psychiater kritische Aussagen in Bezug auf die medikamentöse Behandlung und wählen als ihre Behandlungsmethode einen psychotherapeutischen Ansatz.

In *Shock Corridor* wird die Gabe von Medikamenten bzw. die Verwendung von EKT und psychotherapeutischen Maßnahmen größtenteils nicht zur Behandlung gezeigt, sondern zur Bestrafung oder manipulativ (Hypnotherapie um zu erfahren wo Ashley das Geld versteckt hält). In *Shock Treatment* werden die Behandlungsmethoden nur am Rande erwähnt. Die PatientInnen werden eher verwahrt als behandelt.

Drei Filme zeigen die EKT. In zwei Filmen (*Shock Corridor* und *Shock Treatment*) wird sie im Sinne der Behauptungen der Antipsychiatrie nur als grausame Methode zur Disziplinierung und Bestrafung gezeigt. Auch *Side Effects* zeigt die EKT. Der Psychiater zeigt seiner Patientin die EKT als er von ihrem Schwindel erfährt und droht sie damit zu behandeln. Dabei erwähnt er zwar den therapeutischen Nutzen der EKT bei schweren Depressionen, aber er erwähnt, dass er nicht wisse was diese Behandlung bei gesunden Menschen verursacht. Er spielt also mit den antipsychiatrischen Vorstellungen, die über die EKT kursieren, um Emily Angst einzujagen. Die Behandlung selbst ist weniger dramatisch dargestellt als in den Antipsychiatriefilmen. Die Frau in *Side Effects* zuckt und schreit nicht im Gegensatz zu den Figuren in *Shock Corridor* und *Shock Treatment* die einer EKT unterzogen werden. Außerdem dient in diesem Fall die EKT tatsächlich der Behandlung und wird nicht als Disziplinierungsinstrument verwendet.

In allen Filmen bis auf *Analyze That* wird auch das Thema Zwangsbehandlung angesprochen. Während sie bei *Don Juan DeMarco* nicht ausgeführt wird, machen alle anderen Filme Gebrauch davon.

Die Behauptung der Brüder Gabbard, dass die Entwicklungen der Neurowissenschaft – körperliche Behandlungsmethoden - und die medikamentöse Behandlung nahezu komplett ausgeblendet werden in Filmen, die sich mit psychischen Störungen beschäftigen, trifft auf Filme in denen die psychische Störung nur vorgespielt wird nicht zu. Alle Filme thematisieren die Entwicklungen in diesem Bereich. In *Primal Fear* diagnostiziert eine Neuropsychologin die psychische Störung. In *Don Juan DeMarco* möchte der Therapeut anfangs Don Juan medikamentös behandeln, respektiert aber die Wünsche seines Patienten und behandelt ihn (bis auf eine Ausnahme) ausschließlich psychotherapeutisch. Auch die anderen Psychiater in diesem Film empfehlen eine medikamentöse Behandlung und kritisieren ihren Kollegen, dass er Don Juan keine Medikamente verabreicht.

In *Side Effects* ist die medikamentöse Behandlung überhaupt vorherrschend und die

Gesprächstherapie wird nur am Rande verwendet. In *Analyze That* führt der Psychiater neurologische Tests durch und verschreibt sich ständig selbst Medikamente.

In *Final Analysis* spricht eine psychiatrische Gutachterin in einem Prozess neurowissenschaftliche Untersuchungen (Genanalysen, Computertomographien, Analysen der Blutzusammensetzung) an. Der Psychiater, der im Mittelpunkt steht, Dr. Barr, verwendet allerdings ausschließlich psychotherapeutische Maßnahmen.

Shock Corridor schenkt den Behandlungsmethoden insgesamt – auch der Gesprächstherapie – wenig Aufmerksamkeit. Aber auch hier werden in einer Szene Psychopharmaka verabreicht. Die Leiterin der Nervenheilanstalt in *Shock Treatment* hat sich fast komplett der biologischen Psychiatrie verschrieben. Sie experimentiert mit chemischen Mitteln, um ein Heilmittel für Geisteserkrankungen zu finden.

Die Filme berücksichtigen also durchaus die neueren Entwicklungen der biologischen Psychiatrie. Einige der PsychiaterInnen entscheiden sich aber bewusst gegen eine medikamentöse Behandlung und widmen sich hauptsächlich psychotherapeutischen Methoden.

8.11.7. Kritik an der Psychiatrie

Die Filme üben alle bis zu einem gewissen Grad Kritik an dem Fachbereich Psychiatrie, entweder an den psychiatrischen Kliniken, an den vorherrschenden Behandlungsmethoden oder den PsychiaterInnen.

Allen Filmen gemeinsam ist, dass sie die psychiatrische Diagnostik in Frage stellen, indem die TherapeutInnen nicht zwischen gespielter und echter psychischer Störung unterscheiden können. Insofern wurde meine These, dass es sich bei den Filmen, in denen Figuren eine psychische Störung vortäuschen, um psychiatriekritische Filme handelt, bestätigt.

Analyze That setzt sich in humorvoller Art und Weise mit dem Beruf des Psychiaters/der Psychiaterin auseinander. In der überspitzten Darstellung werden jedoch problematische Entwicklungen thematisiert wie die unbekümmerte medikamentöse Behandlung.

Shock Treatment und *Shock Corridor* sehen in der Psychiatrie wie die Antipsychiater eine Institution, die von der Gesellschaft unerwünschte Menschen verwahrt ohne die wirkliche Absicht sie zu heilen und die medizinische Rhetorik nur als Ausrede verwendet. Auch in *Final Analysis* werden die staatlichen Nervenheilanstalten vom Psychiater als menschliche Warenhäuser, in denen keine Therapie stattfinden, bezeichnet. *Don Juan DeMarco* fragt, wann eine Behandlung überhaupt sinnvoll ist und übt Kritik an der Institution Psychiatrie als

„Anpassungsinstrument“ als auch an der medikamentösen Behandlung im Allgemeinen. *Side Effects* kritisiert die zunehmende Pathologisierung von menschlichen Verhalten und den Einfluss der Pharmaindustrie auf die Psychiatrie.

Auch die Zwangsunterbringung und somit die Macht der Psychiatrie über die Menschen wird kritisiert, indem in den Filmen gesunde Menschen in den Einrichtungen festgehalten werden können.

Primal Fear ist der einzige Film in dem (außer der psychiatrischen Diagnostik) nur die Verbindung zwischen Strafrecht und Psychiatrie – also die forensische Psychiatrie - kritisiert wird. Der Film endet im Gegensatz zu *Side Effects* und *Finale Analysis* mit dem Urteil der Richterin und zeigt nicht was mit der Figur in der Nervenheilanstalt passiert.

8.11.8. Machtverschiebung zu Gunsten der Figuren

Im Kapitel „Antipsychiatrie“ wurde durch Szasz Beispiele die mögliche Machtverschiebung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen beschrieben, in denen PatientInnen einen Nutzen sehen sich selbst als geisteskrank zu bezeichnen, eine psychische Störung also vorzutäuschen.

In all diesen Filmen findet diese Machtverschiebung statt. Aus verschiedenen Gründen, sehen die Figuren einen Nutzen darin eine psychische Störung vorzutäuschen. Indem sie das machen, werden die Machtverhältnisse verschoben.

Im Verständnis der AntipsychiaterInnen ist die Psychiatrie eine Einrichtung, um unliebsame Zeitgenossen wegzusperren und so ein Instrument zur Aufrechterhaltung der gültigen Norm. Dabei bedient sich die Psychiatrie der medizinischen Rhetorik, behauptet die Menschen wären verrückt und müssten einer Behandlung unterzogen werden, um das Einsperren dieser Menschen zu rechtfertigen und ihre eigentlichen Interessen zu verbergen. Folgt man diesen Gedanken und legt sie auf die Filme um, könnte man einigen Filmfiguren ein subversives Verhalten nachsagen. Dadurch, dass sie ihre psychische Störung nur vorspielen und eine Einweisung in die Psychiatrie erreichen, drehen sie die Machtverhältnisse um und bringen die Institution Psychiatrie ins Wanken. Die Figuren, die eine psychische Störung vortäuschen, nutzen das System also für ihre persönlichen Interessen und machen das auf eine ähnliche Weise wie die Psychiatrie (im Verständnis der AntipsychiaterInnen). Sie verschleiern ihre eigentlichen Interessen und rechtfertigen ihr Verhalten durch die medizinische Rhetorik, die vorgetäuschte psychische Störung, um ihre persönlichen Ziele zu erreichen. Es werden also Mittel und Wege gefunden, das System Psychiatrie zu Gunsten der eigenen Interessen auszuspielen, wodurch eine Machtverschiebung von Seiten der PsychiaterInnen hin zu den

PatientInnen stattfindet. Allerdings endet dieser Machtkampf für diese Figuren oft tragisch, indem die PsychiaterInnen die verlorene Macht zurückerobern und dafür sorgen, dass die PatientInnen in den Nervenheilanstalten bleiben müssen.

8.11.9. Strategien der Selbstreflexivität

Fünf Filme, die eine gespielte psychische Störung zeigen sind selbstreflexiv indem sie auf ihren Entstehungsprozess verweisen oder die Kamera sichtbar machen. *Primal Fear*, *Side Effects* und *Final Analysis* machen die Kamera durch ihre rückwirkend andere Lesart sichtbar. Am stärksten findet sich diese Selbstreflexivität in *Side Effects*. Der Film zeigt, nachdem Emily zugibt nicht wirklich an einer psychischen Erkrankung zu leiden, manche Szenen noch einmal (aus einem anderen Blickwinkel oder mit zusätzlichen Details) und verweist so auf seinen Entstehungsprozess.

Shock Corridor verweist auf seinen Entstehungsprozess und bricht die filmische Illusion indem er grundsätzlich in schwarz-weiß gedreht ist, jedoch drei Farbsequenzen verwendet. Der Film *Don Juan DeMarco* entlarvt sich selbst als Geschichte, Film, indem er eine Figur fragen lässt: „And how does our fable end?“ Außerdem wechselt der Film, in einer Szene plötzlich von Tag auf Nacht, als Don Juan sich bei einer Erzählung ausbessert. Alle diese Filme bedienen sich also bestimmter Techniken, um die Kamera sichtbar zu machen und die filmische Illusion dadurch zerstören.

9. Fazit

In dieser Arbeit ging es um die Frage, ob sich Gemeinsamkeiten oder wiederkehrende Motive bei Filmen, in denen eine psychische Störung vorgetäuscht wird, finden lassen. Um diesen Fragen auf den Grund zu gehen, wurde zunächst das von Rosenhan 1973 veröffentlichte Psychiatrieexperiment beschrieben, in dem die teilnehmenden Personen - wie die Filmfiguren - vorgaben, unter einer psychischen Störung zu leiden. Rosenhan hat mit seinem Experiment gezeigt, dass PsychiaterInnen nicht in der Lage sind, geistig gesunde von geistig kranken Menschen zu unterscheiden. Das ist auch der Schluss, zu dem die Filme kommen. In allen Filmen, in denen eine psychische Störung vorgetäuscht wird, gelingt es den Figuren fachlich qualifiziertes Personal von ihrer Krankheit zu überzeugen, wobei die Hürde bei den beiden frühen Filmen, *Shock Corridor* und *Shock Treatment*, höher ist als bei den aktuelleren Filmen.

In einem weiteren Schritt wurde die Geschichte der Psychiatrie mit den von Zeit zu Zeit variierenden Auffassungen über die Ursachen von Geisteserkrankungen und ihren Behandlungsmethoden beschrieben. Dabei wurde festgestellt, dass die AntipsychiaterInnen Gründe für die Vortäuschung einer psychischen Störung nennen. Szasz beschreibt einen Machtkampf zwischen PsychiaterInnen und PatientInnen, indem manche Menschen sich absichtlich als geisteskrank erklären, um etwa gewissen Pflichten wie dem Wehrdienst zu entgehen. Dieser Machtkampf zeigt sich auch in den Filmen. Die Figuren, die eine psychische Störung vortäuschen, benutzen PsychiaterInnen, um bestimmte persönliche Ziele zu erreichen.

Mit dem erstmals 1952 getesteten Chlorpromazin hielten die Psychopharmaka Einzug in die Psychiatrie und die biologische Psychiatrie trat ihren Siegeszug gegen die Psychoanalyse an. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts konkurrieren die Psychoanalyse und die biologische Psychiatrie jedoch noch als medizinisches Erklärungsmodell, was in den frühen Filmen *Shock Corridor* und *Shock Treatment* auch thematisiert wird.

Die jüngeren geschichtlichen Entwicklungen in der Psychiatrie (biologische Psychiatrie, medikamentöse Behandlung, zunehmender Einfluss der Pharmaindustrie), werden in den Filmen häufig sehr kritisch aufgegriffen. Die Brüder Gabbard stellen in ihren Untersuchungen zum Psychiatriefilm fest, dass Filme, die sich mit Psychiatrie beschäftigen, gerade diese neueren Entwicklungen ausblenden und nur die Gesprächstherapie zeigen. Für jene Filme, in denen eine Figur die psychische Störung nur vortäuscht, gilt das allerdings nicht. Alle Filme

zeigen sowohl die medikamentöse Behandlung als auch die Gesprächstherapie. Die Filme, in denen eine psychische Störung nur vorgetäuscht wird, orientieren sich also weit mehr an den geschichtlichen Entwicklungen in der Psychiatrie als Filme, die sich mit tatsächlich psychisch Kranken beschäftigen.

Meine eingangs formulierte These, dass es sich bei den Filmen, in denen eine psychische Störung vorgetäuscht wird, um institutionskritische Filme handelt, habe ich durch die Filmanalysen untermauert. Im Gegensatz zu den zwei antipsychiatrischen Filmen *Shock Corridor* und *Shock Treatment*, die ausschließlich böse PsychiaterInnen zeigen und die psychiatrischen Anstalten als Verwahrungsort von unliebsamen ZeitgenossInnen, zeigen die neueren Filme allerdings sehr positive PsychiaterInnen. Die PsychiaterInnen verwandeln sich in den Filmen nur dann von Dr. Wonderful zu Dr. Evil, wenn die Personen, die die psychische Störung vortäuschen, böse Absichten verfolgen. Durchgängig böse PsychiaterInnen tauchen in den neueren Filmen, in denen eine psychische Störung vorgetäuscht wird, nicht auf.

Ein beliebtes Thema, das die Filme aufgreifen, in denen eine psychische Störung vorgetäuscht wird, ist die (vorgetäuschte) Amnesie, meist deshalb, weil die Figuren einer Gefängnisstrafe entgehen möchten. Also auch die Verbindung zwischen Strafrecht und Psychiatrie und das amerikanische Strafrechtssystem ist in diesen Filmen ein wiederkehrendes Thema und wird in den Filmen auch kritisiert. Insbesondere die Laienjury, die „insanity defense“, der „double jeopardy“ Grundsatz und die psychiatrischen GutachterInnen des amerikanischen Strafrechts tauchen in den Filmen häufig auf.

Filme, die Figuren zeigen, die eine psychische Störung vortäuschen, sind zudem häufig selbstreflexiv und verweisen auf ihren Entstehungsprozess in unterschiedlicher Art und Weise.

Es wäre interessant zu untersuchen, ob es noch weitere Filme gibt, in denen Figuren eine psychische Störung vortäuschen und ob dadurch noch weitere Gemeinsamkeiten gefunden werden können. Möglicherweise helfen die Ergebnisse meiner Arbeit bei der Recherche. Ich vermute, dass sich vielleicht unter Gerichtsdramen weitere Filme ausmachen lassen, die sich mit vorgetäuschten psychischen Störungen beschäftigen.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Basaglia, Franco/Basaglia Ongaro, Franca, *Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle*, übers. v. Barbara Frölich, Suhrkamp: Frankfurt am Main 1972; (Orig. *La maggioranza deviante*, Giulio Einaudi: Torino 1971).

Bernet, Rudolf, „Wahn und Realität in der Psychose“, *Wahn. Philosophische, psychoanalytische und kulturwissenschaftliche Perspektiven*, hg.v. Gerhard Unterthurner/Ulrike Kadi, Wien, Berlin: Turia, Kant 2012, S. 9-35.

Brückner, Burkhard, *Delirium und Wahn. Geschichte, Selbstzeugnisse und Theorien von der Antike bis 1900*, Stuttgart: Pressler 2007, Bd. 1: Vom Altertum bis zur Aufklärung.

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, „Laienwerbung § 51“, 02.03.1983, www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010441, Zugriff: 22.12.2017.

Byrd, B. Sharon, *Introduction to Anglo-American Law & Language*, München [u.A.]: Beck ³2011.

Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, M. H. (Hg.), *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch –diagnostische Leitlinien*, Bern: Huber ⁶2008.

Doering, Stephan/Möller, Heidi (Hg.), *Frankenstein und Belle de Jour. 30 Filmcharaktere und ihre psychischen Störungen*, Heidelberg: Springer 2008.

Dubber, Markus D., *Einführung in das US-amerikanische Strafrecht*, München: Beck 2005.

Elsaesser, Thomas, „The Mind-game Film“, *Puzzle Films – Complex Storytelling in Contemporary Cinema*, hg. v. Warren Buckland, Oxford: Wiley Blackwell 2009, S. 13-41.

Ettorre, Elizabeth/Riska, Elianne, *Gendered Moods. Psychotropics and Society*, London, New York: Routledge 1995.

Foucault, Michel, *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, übers. v. Walter Seitter, Suhrkamp: Frankfurt am Main 1976; (Orig. *Surveiller et punir. La naissance de la prison*, Gallimard: Paris 1975).

Foucault, Michel, *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*, übers. v. Ulrich Köppen, Frankfurt am Main: Suhrkamp¹¹1995, S. 50-67, (Orig. *Histoire de la folie*).

Gabbard, Glen O./Gabbard, Krin, *Psychiatry and the cinema*, Washington [u.A.]: American Psychiatric Press²1999.

Gross, Rainer, *Der Psychotherapeut im Film*, Stuttgart: Kohlhammer 2012.

Hahn, Barbara, *Die US-amerikanische Stadt im Wandel*, Berlin, Heidelberg: Springer 2014, S. 21; link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/book/10.1007%2F978-3-642-37741-9, Zugriff: 29.07.2018.

Hay, Peter, *US-Amerikanisches Recht*, München: Beck³2005.

Heidinger, Franz J./Hubalek, Andrea (Hg.), *Anglo-American Legal Language 3*, Wien: LexisNexis 2016.

Huerkamp, Claudia, „Frauen im Arztberuf im 19. und 20. Jahrhundert. Deutschland und die USA im Vergleich“, *Was ist Gesellschaftsgeschichte? Positionen, Themen, Analysen*, hg. v. Manfred Hettling [u.A.], München: Beck 1991, S. 135-145.

Ingenkamp, Konstantin, *Depression und Gesellschaft. Zur Erfindung einer Volkskrankheit*, Bielefeld: Transcript 2012, S. 304; www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/viewbooktoc/product/397421, Zugriff: 20.11.2017.

Jäger, Markus, *Ein Leitfaden für das tägliche Arbeiten mit ICD und DSM*, Stuttgart, New York: Thieme 2015.

Köhler, Thomas, *Freuds Psychoanalyse. Eine Einführung*, Stuttgart [u.A.]: Kohlhammer 1995.

Langdon, Philip, *A Better Place to Live: Reshaping the American Suburb*, University of Massachusetts 1994, S. 86-106; web.a.ebscohost.com.uaccess.univie.ac.at/ehost/detail/detail?vid=0&sid=537ac89c-9886-4b9d-929a-1746c86ade1c%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=13875&db=nlebk, Zugriff: 29.07.2018.

- List, Eveline, „Psychoanalyse“, *Psychotherapie. Eine Einführung*, hg. v. Thomas Slunecko, Wien: Facultas 2009, S. 85-114.
- Lunbeck, Elizabeth, *The Psychiatric Persuasion. Knowledge, Gender, and Power in Modern America*, Princeton, New Jersey: Princeton University 1994.
- McKee, Robert, *Story: Substance, Structure, Style, and the Principles of Screenwriting*, London: Methuen 1998.
- Packer, Sharon, *Cinema's Sinister Psychiatrists. From Caligari to Hannibal*, Jefferson [u.A.]: McFarland & Company 2012.
- Pappenheim, Else, *Hölderlin, Feuchtersleben, Freud. Beiträge zur Geschichte der Psychoanalyse, der Psychiatrie und Neurologie*, hg. v. Bernhard Handlbauer, Graz: Nausner & Nausner 2004.
- Paulitsch, Klaus/ Karwautz, Andreas, *Grundlagen der Psychiatrie*, Wien: Facultas 2008.
- Propp, Vladimir Jakovlevič, *Morphologie des Märchens*, übers. v. Christel Wendt, hg. v. Karl Eimermacher, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1975; (Orig.: *Morfologija skazki*).
- Pupato, Katharina, *Die Darstellung psychischer Störungen im Film. Mit einem Beitrag zur Verwahrlosung im Kindes- und Jugendalter und einem Katalog ausgewählter Filme zur Psychopathologie des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters*, Bern [u.A.]: Peter Lang 2002.
- Rechlin, T., „Ursachen und Wirkungen der zeitgenössischen Antipsychiatrie“, *Themen der Psychiatriegeschichte*, hg. v. Rolf Baer, Stuttgart: Ferdinand Enke 1998, S. 83-103.
- Rechlin, T./Vliegen J., *Die Psychiatrie in der Kritik. Die antipsychiatrische Szene und ihre Bedeutung für die klinische Psychiatrie heute*, Berlin [u.A.]: Springer 1995.
- Rosenhan, David L. „On Being Sane in Insane Places“, *Clinical Social Work Journal*, Vol. 2 (4), 1974, S. 237-256; (Orig. *Science*, Vol. 179, 19.01.1973, S. 250-258).
- Schanze, Christian, *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger- und -pädagogen*, Schattauer: Stuttgart 2014.
- Schneider, Irving, „Foreword“, *Psychiatry and the cinema*, hg. v. Glen O. Gabbard/Krin Gabbard, Washington [u.A.]: American Psychiatric Press ²1999, S. XV-XVI.
- Schneider, Irving „The Theory and Practice of Movie Psychiatry“, *Am J Psychiatry*, 144:8, August 1987, S. 996-1002.

Schott, Heinz/Tölle, Rainer, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München: Beck 2006.

Sendera, Alice/Sendera, Martina, *Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben*, Berlin, Heidelberg: Springer ²2016.

Shiraeve, Eric, *A History of Psychology. A global perspective*, Los Angeles [u.A.]: Sage ²2015.

Shorter, Edward, *Die Geburt der modernen Familie*, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt 1983, S. 293; (Orig. *The Making of the Modern Family*, New York: Basic Books 1975).

Shorter, Edward, *Geschichte der Psychiatrie*, übers. v. Yvonne Badal, Berlin: Alexander Fest 1999; (Orig. *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York: John Wiley & Sons 1997).

Szasz, Thomas, *Die Fabrikation des Wahnsinns*, übers. v. Thomas M. Höpfner, Konstanz: Walter 1974; (Orig. *The Manufacture of Madness. A comparative study of the inquisition and the mental health movement*, New York: Harper & Row 1970).

Szasz, Thomas, *Grausames Mitleid. Die Aussonderung unerwünschter Menschen*, übers. v. Brigitte Stein, Frankfurt am Main: Fischer 1997; (Orig. *Cruel Compassion. Psychiatric Control of Society's Unwanted*, New York: John Wiley & Sons 1994).

Tölle, Rainer, *Wahn. Seelische Krankheiten. Geschichtliche Vorkommnisse, Literarische Themen*, New York, Stuttgart: Schattauer 2008.

Vogler, Christopher, *The Writer's Journey: Mythic Structure for Writers*, Studio City: Wiese ³2007

Wedding, Danny/Niemic, Ryan M., *Movies and mental illness. Using films to understand psychopathology*, Boston [u.A.]: Hogrefe ⁴2014.

Filmverzeichnis

Analyze That, Regie: Harold Ramis, US 2002; Blu-ray Disc, *Reine Nervensache 2*, Warner Home Video 2010.

Analyze This, Regie: Harold Ramis, US 1999.

Captain Newman M. D., Regie: David Miller, US 1963.

Das Cabinet des Dr. Caligari, Regie: Robert Wiene, DE 1920.

Don Juan DeMarco, Regie: Jeremy Leven, US 1994; DVD-Video, Warner Home Video 2008.

Dr. Dippy's Sanitarium, US 1906.

Final Analysis, Regie: Phil Joanou, US 1992; DVD-Video, *Eiskalte Leidenschaft*, Warner Home Video 1999.

Lars and the real Girl, Regie: Craig Gillespie, US/CA 2007.

Now, Voyager, Regie: Irving Rapper, US 1942.

One Flew Over the Cuckoo's Nest, Regie: Milos Forman, US 1975.

Primal Fear, Regie: Gregory Hoblit, US 1996; DVD-Video, *Zwielicht*, Paramount 2001.

Shock Corridor, Regie: Samuel Fuller, US 1963; DVD-Video, *Schock Korridor*, Kinowelt Home Entertainment 2007.

Shock Treatment, Regie: Denis Sanders, US 1964; DVD-Video, Flashbackdvd.com, Twentieth Century Fox [o.J.].

Side Effects, Regie: Steven Soderbergh, US 2013; Blu-ray Disc, *Side Effects. Tödliche Nebenwirkungen*, Senator Home Entertainment 2013.

The Entity, Regie: Sidney J. Furie, US 1982.

The Escaped Lunatic, Regie: Wallace McCutcheon, US 1904.

The Medusa Touch, Regie: Jack Gold, UK/FR 1978.

The Score, Regie: Frank Oz, US/DE 2001.

The Sender, Regie: Christian Roger, UK/US 1982.

When the Clouds Roll By, Regie: Victor Fleming, US 1919.

Abstract

Psychiatrie und Film sind eine enge Verbindung miteinander eingegangen und beeinflussen einander wechselseitig. Viele AutorInnen haben sich deshalb bereits mit der Darstellung von psychischen Störungen im Film auseinandergesetzt, aber ohne dabei einem spezifischen Phänomen nähere Beachtung zu schenken: dem vorgetäuschten Wahn im Film.

Diese Arbeit beschäftigt sich genau mit diesem Thema der Vortäuschung einer psychischen Störung im Film. Sieben US-Produktionen, die solche Figuren zeigen, werden analysiert, um abschließend Gemeinsamkeiten und wiederkehrende Motive aufzuzeigen. Besonderes Augenmerk wird einem von Rosenhan initiierten Experiment geschenkt: Er untersuchte in der Realität, ob das Gesundheitspersonal in psychiatrischen Einrichtungen in der Lage ist, geistig Gesunde von geistig Kranken zu unterscheiden. Rosenhan und auch die Filme kommen zu dem Schluss, dass das PsychiaterInnen nicht gelingt.

Der Antipsychiater Thomas Szasz schreibt, dass es Menschen gibt, die persönliche Vorteile darin sehen, sich als psychisch krank auszugeben. Alle Filmfiguren sehen einen Nutzen darin eine psychische Störung vorzutäuschen, wobei das “ungestrafte” Morden ein deutlich wiederkehrendes Motiv ist. Da in Ländern mit moderner Strafrechtsordnung gilt, dass Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung zum Tatzeitpunkt nicht zurechnungsfähig waren, nicht strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden dürfen, werden in den Filmen häufig auch Gerichtsprozesse gezeigt. Das amerikanische Strafrecht mit seinen Besonderheiten (z.B. “double jeopardy”) wird dabei oft kritisiert.

Das Thema, vorgetäuschter Wahn, wird gerne von „Mind-game Filmen“ aufgegriffen, da es sich besonders eignet, nicht nur Filmfiguren sondern mit ihnen auch die ZuseherInnen zu täuschen. Der Antipsychiatriefilm wiederum greift die vorgetäuschte psychische Störung auf, um zu zeigen, wie (zunächst) völlig gesunde Menschen durch die Psychiatrie erkranken.

Während beim Antipsychiatriefilm das System Psychiatrie und seine VertreterInnen, die PsychiaterInnen als “böse” gezeigt werden, sind es bei den neueren Filmen eher die Protagonisten, die böse Absichten verfolgen und das System und ihre VertreterInnen für ihre persönlichen Ziele missbrauchen. In allen Filmen findet eine Art Machtkampf zwischen System bzw. VertreterInnen und den “täuschenden” Protagonisten statt. Auch wenn die SimulantInnen mit ihrer Täuschung anfangs erfolgreich sind, endet der Kampf doch am Ende meist tragisch für sie.