



universität
wien

DISSERTATION / DOCTORAL THESIS

Titel der Dissertation / Title of the Doctoral Thesis

„Psychische Krankheiten als gesellschaftliches Konstrukt.
Entwicklungen, Tendenzen und Strategien ihrer
Darstellung im Film nach 2000. Eine Systemische
Filmanalyse“

verfasst von / submitted by

Mag. Melanie Markovic

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

Wien / Vienna 2017

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

A 092 317

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt /
field of study as it appears on the student record sheet:

Dr.-Studium der Philosophie UniStG
Theater-, Film- und Medienwissenschaft
ao. Univ.-Prof. Dr. Brigitte Marschall

Betreut von / Supervisor:

Gewidmet meiner Familie, Brigitte Marschall und Gerda Mehta

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG

1	<u>PSYCHISCHE KRANKHEITEN ALS GESELLSCHAFTLICHES KONSTRUKT</u>	3
1.1	DIAGNOSTIK PSYCHISCHER ERKRANKUNG	3
1.2	ZUM BEGRIFF NORMALITÄT UND PATHOLOGIE	7
1.3	KONSTRUKTION PSYCHOPATHOLOGISCHER WIRKLICHKEITEN	14
1.4	DIE ENTWICKLUNG DER PSYCHIATRIE NACH 1945	16
1.4.1	DIE PSYCHIATRIE WÄHREND DES NATIONALSOZIALISMUS	16
1.4.2	DIE PSYCHIATRIE DER NACHKRIEGSJAHRE	19
1.4.3	ANSTALTSPSYCHIATRIE	25
1.4.4	ANTIPSYCHIATRIEBEWEGUNG	28
1.4.5	SOZIALPSYCHIATRIE	29
1.4.1	PSYCHIATRIEREFORM	30
1.5	BEHANDLUNG UND DIAGNOSTIK IN ÖSTERREICH	33
1.5.1	ÄRZTINNEN UND ÄRZTE	34
1.5.2	DAS UNTERBRINGUNGSGESETZ	35
1.5.3	KLINISCHE PSYCHOLOGIE	38
1.5.4	PSYCHOTHERAPIE	41
1.5.5	PSYCHOTHERAPIE ALS BEHANDLUNGSMETHODE	42
1.6	PSYCHOPHARMAKOTHERAPIE	45
1.6.1	NEBENWIRKUNGEN VON NEUROLEPTIKA	52
1.6.2	CLOZAPIN (LEPONEX)	56
2	<u>DER VEREIN LOK – LEBEN OHNE KRANKENHAUS</u>	57
2.1	GRÜNDUNGSGESCHICHTE UND LEITBILD	57
2.2	BESCHÄFTIGUNGSPROJEKTE	58
2.3	BETREUUNG IN EINER WOHNGEMEINSCHAFT	59
2.4	PERSÖNLICHE BETREUUNG UND BEGLEITUNG IM ALLTAG	59
2.5	DIE PSYENNALE	60
2.5.1	ERSTE PSYENNALE	61
2.5.2	ZWEITE PSYENNALE	61

2.5.3	Dritte Psyennale	63
2.5.4	Filmverzeichnis der gesamten Psyennale	65
3	Systemtheorie, Konstruktivismus und Film	66
3.1	Einführung in die Systemtheorie	66
3.2	(Soziologische) Systemtheorie nach Luhmann	68
3.2.1	Das Konzept System nach Luhmann	73
3.2.2	Die Beschreibung sozialer Systeme	74
3.2.3	Kommunikation	77
3.2.4	Sinnzwang der Kommunikation	81
3.2.1	Medien und Formen	82
3.2.2	Elektronische Medien	83
3.2.3	Einführung in das systemische Denken	84
3.3	Systemtheorie, Konstruktivismus und Filmwissenschaft	85
3.3.1	Definition einer systemtheoretischen und konstruktivistischen Filmtheorie	85
3.3.2	Der Film als System	85
3.3.3	Selektion	87
3.3.4	Kommunikation der Bilder	88
3.3.5	Das Konzept der Autopoiesis	91
3.3.6	Der Begriff des Re-Entry bei psychischen Systemen	96
3.3.7	Der Begriff der Interpenetration	96
4	Eine systemtheoretische und konstruktivistische Filmanalyse	97
4.1	Einleitung	97
4.2	Methode	98
4.2.1	Allgemeiner Zugang zur Methode	98
4.2.2	Herangehensweise an die Methode	99
4.1	Kategorien der Filmanalyse	100
4.1.1	Kategorie 1: Rollenbruch/ Erwartung	100
4.1.2	Kategorie 2: Gesundheit/ Krankheit	100
4.1.3	Kategorie 3: Gut/ Böse	100
4.1.4	Kategorie 4: Hip/ PIP	100
4.1.5	Kategorie 5: Interpenetration/ eigene Wirklichkeitskonstruktion	100
4.1.6	Interpersonelle Muster von Karl Tomm	101
4.2	Filmauswahl	103

4.3	ADAMS ÄPFEL	103
4.3.1	FILMDATEN UND STAB	103
4.3.2	BESETZUNG	104
4.3.3	INHALT	105
4.3.4	FIGUREN	106
4.3.5	FILMANALYSE ADAMS ÄPFEL	109
4.3.6	AUSWERTUNG SYSTEMISCHE FILMANALYSE	140
4.3.7	SYSTEMISCHE BEZÜGE	142
4.3.8	ALLGEMEINE BEZÜGE	144
4.3.9	FAZIT UND AUSBLICK	147

BIBLIOGRAPHIE

ABSTRACT

BEMERKUNG

DANKSAGUNG

EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an den Methoden der Kulturwissenschaft und an Gesellschaftstheorien. Die Vorgehensweise ist hermeneutisch und filmanalytisch. Hintergrundtheorien auf deren Grundlage die vorliegende Dissertation basiert ist der Konstruktivismus und die Systemtheorie.

Das erste Kapitel „Psychische Krankheiten als gesellschaftliches Konstrukt“ beschäftigt sich mit der Fragestellung inwieweit die Gesellschaft Psychopathologien mitkonstruiert und wie der gesellschaftliche Umgang damit ist. Es wird näher auf den Begriff der Normalität und Pathologie eingegangen werden, sowie auch auf die Entwicklung der Psychiatrie in Österreich nach 1945. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung und die Diagnose von psychischen Erkrankungen.

Das zweite Kapitel handelt vom Verein Lok- Leben ohne Krankenhaus, welcher mittlerweile eine Institution in Wien ist und im Zuge der Psychiatriereform gegründet wurde. Der Verein kümmert sich um die Persönliche Betreuung sowie dem um das Betreute Wohnen in Form von Erwachsenenwohngemeinschaften von psychisch Erkrankten. Da der Verein Lok einen sozialkritischen Umgang mit dem Thema psychische Erkrankung pflegt, entstehen in diesem Rahmen auch immer wieder neue Projekte, so auch das Filmfestival der Psyennale. Schwerpunkt des Festivals sind Filme, die unterschiedliche, andersartige Lebenswelten von Menschen zeigen, jenseits von gesellschaftlicher Normvorstellungen. Der hier analysierte Film „Adams Äpfel“ bezieht sich auf den Filmkorpus der zweiten Psyennale, welches in Wien vom 12. bis 16. November 2012 statt fand und in diesem Rahmen vorgeführt wurde.

Das dritte Kapitel verschafft einen allgemeinen Überblick über die Systemtheorie (basierend auf Luhmann) und den Konstruktivismus und verknüpft diese dann mit der Filmwissenschaft. Vor allem setzt sich diese Kapitel mit der Fragestellung auseinander, inwieweit die Systemtheorie und der Konstruktivismus als eine Grundlage für ein weiteres Forschungsfeld in der Filmwissenschaft dienlich sein kann. Der Film und das Filmwerk wird als eigenständiges System wahrgenommen werden. Konzepte der Systemtheorie und des Konstruktivismus werden auf die Filmwissenschaft angewendet werden.

Im vierten und letzten Kapitel wird anhand des Films „Adams Äpfel“ eine systemisch, konstruktivistische Filmanalyse durchgeführt werden. Anhand der Filmanalyse soll ein Prototyp entworfen werden, der zeigt wie man einen Film anhand systemtheoretischer und konstruktivistischer Grundlagen untersuchen kann und ob dies möglich ist. Zum Schluss gibt es eine Auswertung der Analyse, welche zusammenfassend das Forschungsergebnis präsentiert und einen Ausblick gibt.

1 Psychische Krankheiten als gesellschaftliches Konstrukt

In der folgenden Arbeit wird nur auf die Erkrankung von Erwachsenen Bezug genommen werden, da die Störungsbilder von Kinder und Jugendlichen einen eigenen Forschungszweig darstellen.

1.1 Diagnostik psychischer Erkrankung

Es gibt zwei Klassifikationssysteme die weltweit in Verwendung sind, um eine psychische Erkrankung festzustellen. Das eine ist das ICD 10 und das andere Manual ist das DSM 4, wobei das DSM 4 vorwiegend in den USA verwendet wird. Das DSM¹ wurde von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung² 1952 zu medizinischen Zwecken entwickelt. In Österreich findet dieses Manual vor allem in der Forschung Gebrauch.

„Klassifikationssysteme sind Zusammenstellungen von Krankheitsbildern, die aufgrund gemeinsamer Merkmale bestimmten Kategorien zugeordnet werden.“³

In der medizinischen Diagnostik dient die Klassifizierung dazu, unterschiedliche Krankheitsbilder mit ähnlichen Symptomen voneinander zu unterscheiden. Der Grundgedanke dahinter ist, dass es eine Krankheitseinheit (Entität) gibt, unter der Annahme einer eindeutigen Ätiologie⁴, idealerweise resultiert daraus eine spezifische Symptomatik und ein typischer Verlauf einer Erkrankung und liefert dadurch eine Prognose über den typischen Ausgang der Krankheit. Basierend auf diesem Fundament können dann von Medizinern bestimmte therapeutische Maßnahmen gesetzt werden. Die Idee einer systematischen Ordnung von

¹ DSM: „Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders“. Zu Deutsch: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen.

² „American Psychiatric Association“, kurz APA

³ Zaudig, Michael/ Trautmann, Rolf Dieter [Hrsg.]: Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin [u.a.]: Springer Verlag, 2006. S.389

⁴ Der Begriff Ätiologie bedeutet die Lehre von den Ursachen der Krankheiten

Krankheiten scheint bei körperlichen Gebrechen durchaus angebracht, bei einer psychischen Erkrankung gestaltet sich dies aber viel komplexer.

„Das Ziel eines ebenso logischen wie natürlichen und zugleich vollständigen Systems der Krankheiten bleibt aber auf den meisten Gebieten der Medizin eine Fiktion, vor allem bei psychischen Störungen (von Zerssen 1986). Ursache dafür ist die Unvollständigkeit des Wissens, andererseits bestehen fließende Übergänge zwischen Normalität und Abnormalität, zwischen den vielfältigen klinischen Erscheinungsformen selber und zwischen den ihnen zugrunde liegenden pathologischen Vorgängen und deren Entstehungsbedingung einer streng logischen Klassifikation.“⁵

Seit der Antike gibt es Versuche Krankheitseinheiten zu unterscheiden und in ein nosologisches⁶ System zu bringen. Da dieser Versuch bei psychischen Erkrankungen nicht geglückt ist, wurden die ätiologischen Hypothesen ausgelassen und psychische Störungsbilder werden nun *„auf der rein deskriptiven Ebene unter Einbeziehung des Verlaufs beschrieben.“* Das Wort Krankheit wurde sowohl im ICD 10, als auch im DSM 4 durch das Wort Störung⁷ ersetzt.

„In der Psychiatrie ist es aufgrund der Komplexität psychischer Prozesse und des geringen Wissens über die Ätiopathogenese⁸ psychischer Erkrankungen vergleichsweise schwierig, einzelne Krankheitseinheiten aufgrund bestimmter Merkmale zu definieren und mit übereinstimmenden diagnostischen Begriffen zu bezeichnen.“⁹

Dies führte dazu, dass sich unterschiedliche psychopathologische Traditionen und Schulen mit *„eigenständigen Begrifflichkeiten und Ordnungsprinzipien für die beobachteten psychischen Symptombilder“¹⁰* entwickelten. Diese Vielfalt führte dazu, dass jeder Psychiater seine eigene Diagnostik anwenden konnte bzw. dies

⁵ Zaudig, Michael/ Trautmann, Rolf Dieter [Hrsg.]: Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin [u.a.]: Springer Verlag, 2006. S. 517

⁶ Nosologie bedeutet die Lehre von den Krankheiten; systematische Beschreibung und Einordnung der Krankheiten

⁷ Im englischen: „Disorder“ statt „Illness“

⁸ Ätiopathogenese ist die Ursache, Entstehung und Entwicklung einer Krankheit

⁹ Zaudig, Michael/ Trautmann, Rolf Dieter [Hrsg.]: Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin [u.a.]: Springer Verlag, 2006. S.389

¹⁰ Zaudig, Michael/ Trautmann, Rolf Dieter [Hrsg.]: Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin [u.a.]: Springer Verlag, 2006. S.389

auch durfte. Durch den ICD wurde ein übergeordnetes, einheitliches System geschaffen, das weltweit seine Anwendung findet.

Die Abkürzung ICD bedeutet International Classification of Diseases, zu Deutsch Internationale Klassifikation der Krankheiten. Derzeit gibt es die 10. Revision, die 11. Revision ist mit 2017¹¹ geplant. Herausgegeben wird diese von der Internationalen Gesundheitsorganisation WHO (World Health Organization) und dient der *„internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“*¹². Im ICD ist statistisch die Mortalität¹³ und die Morbidität¹⁴ der Bevölkerung erfasst. Bereits im Jahr 1853 gab es erste Bemühungen in England und in der Schweiz *„für medizin-statistische Zwecke eine ‚in allen Ländern anwendbare, einheitliche Nomenklatur für Todesursachen‘ zu schaffen, die zur ersten Ausgabe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten führten.“*¹⁵ 1948 wurde die WHO gegründet und übernahm bei ICD 6. In den darauffolgenden Jahren folgten der ICD 8, 9 und 10.

Nach einem geglücktem Pilotprojekt in Kärnten, ist in Österreich der ICD-10 BMSG¹⁶ 2001 seit 2001 verpflichtend in Verwendung.

*„In der Sitzung der Bundesstrukturkommission vom 25. April 2000 wurde der Beschluss gefasst, den Diagnoseschlüssel ICD-10 österreichweit verbindlich mit dem 1. Jänner 2001 einzuführen.“*¹⁷

Ziel war es, die Kommunikation zwischen den Krankenanstalten zu erleichtern und eine einheitliche Verständigung sowohl auf nationaler, als auch auf internationaler Ebene zu ermöglichen.

„Die bundeseinheitliche Erfassung von nach der ICD-10 codierten Diagnosen ist eine wesentliche Grundlage für die

¹¹ <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/> [21.04.2015]

¹² Zaudig, Michael/ Trautmann, Rolf Dieter [Hrsg.]: Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin [u.a.]: Springer Verlag, 2006. S.337

¹³ Verhältnis der Zahl der Todesfälle zur Zahl der statistisch berücksichtigten Personen

¹⁴ Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe

¹⁵ Zaudig, Michael/ Trautmann, Rolf Dieter [Hrsg.]: Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin [u.a.]: Springer Verlag, 2006. S.337

¹⁶ von 2000 bis 2007 zuständiges Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

¹⁷ http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/4/CH1166/CMS1128332460003/icd-10_bmg_2014_-_systematisches_verzeichnis.pdf [23.04.2015] S.14

Abgeltung stationärer Krankenhausaufenthalte im Rahmen der LKF¹⁸. Die im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsberichte erhobenen Diagnosendaten stellen darüber hinaus eine wesentliche Datenquelle für statistische Analysen zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und der Häufigkeit bestimmter Krankheiten dar und bilden eine unverzichtbare Grundlage für die Versorgungsforschung und die regionale und überregionale Bedarfsplanung.“¹⁹

In einem Beschluss der Bundesgesundheitskommission wurde der ICD-10 BMSG 2001 durch den ICD-10 BMG²⁰ abgelöst. Ab dem 1.1.2014 gilt die aktualisierte Fassung des ICD-10 BMG 2014. Diese ist verpflichtend für eine Diagnosedokumentation in österreichischen Krankenanstalten heranzuziehen.

„Der Diagnoseschlüssel ICD-10 BMG 2014 ist die aktuelle für die Anwendung in Österreich adaptierte Version der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1992/94 in englischer Sprache herausgegebenen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Die ICD-10 BMG 2014 basiert auf der deutschsprachigen ICD-10 WHO 2013 des deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Die für die Anwendung in Österreich erforderlichen und aus der ICD-10 BMSG 2001 bekannten Anpassungen wurden zur Gänze übernommen. Die ICD-10 BMG 2014 berücksichtigt alle seit Herausgabe der ICD-10 BMSG 2001 erfolgten Updates der WHO bis einschließlich 2013.“²¹

In Österreich müssen alle Diagnosen nach dem ICD 10 verpflichtet verschlüsselt werden. Die Verschlüsselung erfolgt anhand von Diagnosecodes. Die Hauptkapitel im ICD 10 sind mit römischen Ziffern ausgestattet und erstrecken sich von Kapitel I zu Kapitel XXII. Psychische Erkrankungen sind im Kapitel V betitelt als Psychische und Verhaltensstörungen aufzufinden. Die Gliederung erfolgt anhand von Buchstaben und das jeweilige Unterkapitel wird durch einen zweistelligen Zifferncode bezeichnet, weitere Spezifizierungen werden an dritter oder vierter

¹⁸ LKF: leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

¹⁹http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/4/CH1166/CMS1128332460003/icd-10_bmg_2014_-_systematisches_verzeichnis.pdf [23.04.2015] S.14

²⁰ BMG: Bundesministerium für Gesundheit

²¹http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/4/CH1166/CMS1128332460003/icd-10_bmg_2014_-_systematisches_verzeichnis.pdf [23.04.2015] S.15

Stelle codiert. Wenn zum Beispiel in einem Arztbrief die Diagnose F32.3. geschrieben steht, dann bedeutet das decodiert, dass es sich beim Patienten um eine Affektive Störung handelt, nämlich um eine Schwere Depressive Episode mit psychotischen Symptomen. Psychische und Verhaltensstörungen werden wie folgt eingeteilt:

Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Inkl.: Störungen der psychischen Entwicklung.

Exkl.: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)

Dieses Kapitel gliedert sich in folgende Gruppen:

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzminderung

F80-F89 Entwicklungsstörungen

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Dieses Kapitel enthält die folgende(n) Sternschlüsselnummer(n)

F00* Demenz bei Alzheimer-Krankheit

F02* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Quelle: Zugriff 23.04.2015. Grafik von S.201:

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/4/CH1166/CMS1128332460003/icd-10_bmg_2014_-_systematisches_verzeichnis.pdf

1.2 Zum Begriff Normalität und Pathologie

Es gibt in der medizinischen Wissenschaft keine „*allgemein anerkannte, endgültige Definition von Normalität*“²², was diese in ein Dilemma versetzt. In der Medizin gibt es eine klare Vorstellung von dem normalen Funktionieren des menschlichen Körpers, alle Abweichungen davon gelten als abnorm, krankhaft. Somit ist es ein leichteres sichtbare Dinge voneinander zu unterscheiden und zu kategorisieren, welche Erscheinungsformen als krank und welche als gesund gelten. Schwieriger ist die Frage zu beantworten, wie ein gesunder Geist von einem kranken

²² Watzlawick, Paul/ Giogrio Nardone [Hrsg.]: Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. Eine Einführung. München: Piper Verlag, 2012. S.25

unterschieden werden kann, also ab wann die geistige Gesundheit eines Individuums als krank gilt und ab wann nicht, *„zu allen Zeiten wurde Wahnsinn als Abweichung von einer Norm verstanden, die ihrerseits als die endgültige, letzte Wahrheit angesehen wurde.“*²³

*„[...] , dass eine weitere Definition von Normalität, nämlich als Anpassung an die Wirklichkeit, allgemeine Anerkennung fand. Diesem Kriterium zufolge sehen normale Menschen (und insbesondere wir Therapeuten) die Wirklichkeit so, wie sie wirklich ist, während Menschen, die unter emotionalen oder geistigen Störungen leiden, sie verzerrt sehen. Diese Definition setzt voraus, dass es eine wirkliche Wirklichkeit gibt, die dem menschlichen Geist zugänglich ist, eine Annahme, die schon seit etwas zweihundert Jahren als philosophisch unhaltbar galt. Hume, Kant, Schopenhauer und viele andere Denker haben immer wieder nachdrücklich betont, dass wir lediglich eine Meinung über die ‚wirkliche‘ Wirklichkeit haben können, ein subjektives Bild, eine willkürliche Interpretation.“*²⁴

In der Studie „On Being Sane in Insane Places“ von David Rosenhan und seinem Team aus dem Jahre 1973 geht hervor, *„dass die Normalen nicht erkennbar gesund sind und dass psychiatrische Kliniker ihre eigenen Wirklichkeiten schaffen.“*²⁵ Kurz zum Experiment: Acht Mitarbeiter von Rosenhan haben sich freiwillig in verschiedenen psychiatrischen Anstalten einweisen lassen und gaben an, dass sie Stimmen hören, die hohl, dumpf und leer klingen. Diese drei Worte wurden bewusst gewählt, da sie viel Freiraum für Interpretationen lassen. Nachdem sie aufgenommen wurden, behaupteten alle Mitarbeiter, dass die Stimmen verstummt sind und haben begonnen sich so zu verhalten wie es außerhalb der Klinik als normal betrachtet wird. Nach unterschiedlicher Behandlungsdauer wurden alle mit der Diagnose Schizophrenie in Remission entlassen.

„Im Rahmen einer einmal erzeugten Wirklichkeit war jedes Verhalten weiterer Beweis für ihre geistige Gestörtheit. So machten sich z.B. im Tagesraum sitzend ausführliche Notizen von ihrem Klinikaufenthalt , und der diensthabende Pfleger

²³ Watzlawick, Paul/ Giogrio Nardone [Hrsg.]: Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. Eine Einführung. München: Piper Verlag, 2012. S.26

²⁴ Watzlawick, Paul/ Giogrio Nardone [Hrsg.]: Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. Eine Einführung. München: Piper Verlag, 2012. S.27

²⁵ Watzlawick, Paul/ Giogrio Nardone [Hrsg.]: Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. Eine Einführung. München: Piper Verlag, 2012. S.31

oder Arzt vermerkte dann im Bericht: „Patient ist wieder mit seinen endlosen Kritzeleien beschäftigt.“²⁶

„Wenn man akzeptiert, dass geistige Normalität nicht objektiv definiert werden kann, dann ist notwendigerweise der Begriff der Geisteskrankheit ebenso undefinierbar.“²⁷

Watzlawick unterscheidet als radikaler Konstruktivist zwischen der Wahrnehmung, also die Dinge die wir anhand unserer Sinnesorgane erfassen und der Zuschreibung von Sinn, Bedeutung und Wert dieser Wahrnehmungen.

Fritz B. Simon versteht *„Normalität und Pathologie als Ausdruck von Wirklichkeitskonstruktionen“²⁸* und erklärt psychopathologische Konstruktionen ohne auf biologische Modelle zurück zu greifen. Er beschreibt drei Elemente von Wirklichkeitskonstruktionen: die Beschreibung, die Erklärung und die Bewertung eines Phänomens. Alle drei Komponenten sind in Wechselwirkung zueinander. Einerseits ist es das *„Ergebnis eines sozialen Konstruktionsprozesses, wenn psychische Phänomene als ‚pathologisch‘ bewertet werden“²⁹* und andererseits geht es um konkrete Mechanismen, *„die zur Konstruktion solcher als ‚pathologisch‘ bewerteter Phänomene führen“³⁰*. Es wird somit von Wirklichkeitskonstruktionen von krank und gesund und die inhaltliche Bestimmung dessen, also deren Bewertung unterschieden. Der Beobachter ist der, der unterscheidet. Die beobachteten Phänomene wie Halluzination, Wahn, Manie etc. wurden psychiatrisch beobachtet und werden daher als gegeben vorausgesetzt, da diese Phänomene in unterschiedlichen psychopathologischen Lehrbüchern und diagnostischen Manualen beschrieben worden sind. Jeder Beobachter trifft seine eigene Erklärung und Bewertung.

²⁶ Watzlawick, Paul: Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinns. München: Piper Verlag, 2003. S.61

²⁷ Watzlawick, Paul/ Giogrio Nardone [Hrsg.]: Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. Eine Einführung. München: Piper Verlag, 2012. S.36

²⁸ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.102

²⁹ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.87

³⁰ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.87

„Was immer über Psychodynamik oder Psychopathologie gesagt wird, wird von einem Beobachter gesagt. Er ist es, der irgendwelche Phänomene auswählt und beschreibt, sie als pathologisch oder nicht-pathologisch bewertet und Erklärungen für sie konstruiert.“³¹

Der Beobachter nimmt aber nicht nur Phänomene passiv wahr, sondern er gestaltet seine Wirklichkeitskonstruktionen aktiv mit, verfasst sein eigenes Weltbild darüber.

„Beobachter gewinnen Informationen, indem sie Unterscheidungen vollziehen (Bateson 1979, S.274) Sie grenzen Phänomene gegeneinander ab und bezeichnen sie (Spencer-Brown 1969; Luhmann 1984, S.230; Simon 1988/93, S.57ff.) Sie nehmen die einen wahr und die anderen eben nicht. Das ist das methodische Prinzip, das der Information von Beobachtern zu Grunde liegt.“³²

Wenn ein Phänomen beobachtet wird, dann werden unterschiedliche Beobachter unterschiedliche Beschreibungen „*desselben Sachverhalts liefern, nicht des ‚objektiv selben‘ Sachverhalts*“.³³ Unter anderem geht der Konstruktivismus davon aus, dass es keine Objektivität eines Sachverhaltes gibt, denn es kann nicht entschieden werden, wer die „richtige“ Beobachtung macht. Es kann zu ähnlichen Beschreibungen von Phänomenen kommen, jedoch wird die Erklärung, die diesen zugewiesen werden schon zu Konflikten führen, da jeder Beobachter eine eigene Erklärung für ein beobachtetes Phänomen hat und weder aus systemischer noch aus konstruktivistischer Sicht nicht davon ausgegangen werden kann, dass es nur die eine Wahrheit gibt.

„Aus der Perspektive des Meta-Beobachters, der den Patienten in der Interaktion mit dem Psychiater (oder auch den Familienangehörigen) beobachtet, sind die Äußerungen des Patienten und seiner Kommunikationspartner stets Elemente eines Kommunikationssystems. Allerdings verhält sich der Patient in einer Weise, die für seine Mitmenschen nicht mehr einfühlbar und verstehbar ist (dies ist eines der zentralen differentialdiagnostischen Kriterien). Und damit sind die

³¹ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.88

³² Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.88

³³ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.89

Voraussetzungen für die Kommunikation zwischen Menschen nicht mehr erfüllt. Seinem Verhalten wird der kommunikative Sinn abgesprochen, oder anders formuliert: der Sinn seines Verhaltens wird als ‚Wahnsinn‘, ‚Irrsinn‘ oder schlicht und einfach ‚Unsinn‘ bewertet.“³⁴

Erklärungen zu den unterschiedlichen Phänomenen findet man in verschiedenen Bereichen. Diese Arbeit basiert auf die Systemtheorie und dem Konstruktivismus, daher wird an die Idee Luhmanns angeknüpft, „*die Psyche, den Organismus und das Kommunikationssystem als jeweils autopoietische Systeme*“³⁵ zu betrachten. Die Theorie Luhmanns ist im Kapitel Systemtheorie nach Luhmann näher ausgeführt. Relevant für dieses Kapitel ist, dass *„konkrete Interaktions- und Kommunikationsprozesse, wie sie ein außenstehender Beobachter etwas in einer Familie oder auf einer psychiatrischen Station beobachten kann, lassen sich immer nur innerhalb der Spielregeln von Kommunikation erklären“*.³⁶ Kommunikation definiert Luhmann nach drei Elementen: die Information, die Mitteilung und das Verstehen/ Nicht-Verstehen dieser. Wenn ein Mensch sich gegenüber seinen Mitmenschen nicht-verstehbar verhält, dort bricht die Kommunikation ab.

„Damit es zur Zuschreibung einer Psychose-Diagnose kommt, genügt aber nicht der einmalige Kommunikationsabbruch und das einmalige Nicht-Verstehen. Es bedarf zum einen der Wiederholung und zum anderen einer nicht nur zufällig erscheinenden Form des Nicht-Verstehens. [...] Die Unterschiede dieser, in den affektiven und sprachlichen Äußerungen des Patienten zu beobachtenden Ordnungen liefern die Grundlage für die psychiatrische Diagnostik. Wir befinden uns hier aber, [...], immer noch auf der Ebene der Beschreibungen vom Phänomen, nicht bei ihrer Erklärung. Hier ist die Psychiatrie im allgemeinen viel zu schnell dabei, aus Beschreibungen Erklärungen abzuleiten.“³⁷

³⁴ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.91f

³⁵ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.92

³⁶ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.92

³⁷ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.94

Der Unterschied zwischen Erklären und Verstehen in diesem Kontext ist, dass das Verstehen als Beobachtung 1. Ordnung und das Erklären als Beobachtung 2. Ordnung, also als Beobachtung von Beobachtung definiert wird. Die Psyche des Patienten wird aufgrund seines nicht-verstehbaren Verhaltens auf eine „*Pathologie seiner psychischen Strukturen und Prozesse*“³⁸ zurückgeführt.

*„Wenn zwei Leute sich nicht verstehen, kann das entweder demjenigen kausal zugerechnet werden, der etwas mitteilt, oder demjenigen, der es verstehen soll. Entweder die Mitteilung ist unverständlich und wird deshalb nicht verstanden, oder aber sie ist verständlich, und wird trotzdem nicht verstanden.“*³⁹

Ein Beobachter beobachtet das Ganze und die Bedingung des Verstehens oder eben des Nicht-Verstehen bildet dann die Grundlage seiner Wirklichkeitskonstruktion, die jemanden als krank oder gesund bewertet. Das bedeutet aus konstruktivistischer Sicht können psychopathologische Phänomene erfasst und systematisiert werden, wenn die Unterscheidung zwischen Beschreiben, Erklären und Bewerten getroffen wird. Die Entstehung psychopathologischer Phänomene können auch durch dieselben Mechanismen ohne biologische Begründungen erklärt werden, die auch durch die „*Entstehung der als ‚normal‘ oder zumindest ‚nicht-krank‘ bewerteten psychischen Phänomene*“⁴⁰ erklärt werden können. Abweichende Beschreibungen von Wahrnehmungen und Wirklichkeitskonstruktionen reichen aus, um den Weg des gegenseitigen Verstehens zu verlassen und konstruierte Erklärungen nicht mehr als sozial zu validieren, wie z.B. Wahn und Paranoia.

„Wenn wir die Entstehung der jeweiligen Beschreibungen, Erklärungen und Bewertungen von Individuen erfassen wollen, so müssen wir auf die Kommunikationsstrukturen

³⁸ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.95

³⁹ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.95

⁴⁰ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.97

schauen, innerhalb derer sie entstehen und aufrecht erhalten werden.“⁴¹

Klaus G. Deissler schreibt im Aufsatz „Psychiatrische Sprachspiele von Objekten-in-BeHandlungen zu Personen-in-VerHandlungen“ , „*dass psychiatrische Praxis ebenso wie jede andere soziale Tätigkeit vor allem in Sprache stattfindet, wird vorgeschlagen, die AuflÖsung psychiatrischer ‚Probleme‘ ebenfalls in Sprache vorzunehmen.*“⁴²

„In diesem Aufsatz soll gezeigt werden, dass psychiatrische Wirklichkeiten sozial-konstruierte Wirklichkeiten sind. Das heißt, diese Wirklichkeiten werden in Sprache hergestellt, aufrechterhalten und aufgelöst.“⁴³

„Konstruktionen, die die Wirklichkeit erzeugen und beschreiben, werden in erster Linie in Gesprächen zwischen Personen erschaffen und weniger in den Köpfen von Individuen. So gesehen sind sie weniger Produkte isolierter Individuen oder deren Subsysteme- [...] Individuen sind notwendig, um Konstruktionen zu entwickeln. Diese werden jedoch nicht von einzelnen Individuen gemacht. Konstruktionen werden erst möglich durch gemeinsames Sprechen bzw. das Gespräch.“⁴⁴

Auf die Kommunikationsstrukturen und deren Brüche, sowie auf die Gestaltungen sozial-konstruierter Wirklichkeiten im Film wird in der Filmanalyse näher eingegangen werden.

Anders als bei Theorien die auf Konzepten basierend auf Psychopathologien aufbauen, wie z.B. der Psychoanalyse, kommt die Systemtheorie und der Konstruktivismus in seinem Konzept gänzlich ohne die Ätiopathogenese von Krankheitsbildern ohne Kausalitäten aus. Der Gegenstand bleibt im Phänomenbereich menschlicher Kommunikation „*sie begreift die Klagen über*

⁴¹ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.102

⁴² Greve, Nils/ Keller, Thomas [Hrsg.]: Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2002. S.81

⁴³ Greve, Nils/ Keller, Thomas [Hrsg.]: Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2002. S.80

⁴⁴ Greve, Nils/ Keller, Thomas [Hrsg.]: Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2002. S.88

somatische oder innerpsychische Beschwerden sowie etwaige Normabweichungen oder innerfamiliäre Dysfunktionen als das, was sie sind: kommunikative Äußerungen“.⁴⁵

1.3 Konstruktion psychopathologischer Wirklichkeiten

Da es drei verschiedene Berufsgruppen gibt, die diagnostizieren dürfen, gibt es drei unterschiedliche Prozesse in der Erstellung einer Diagnostik und Auswirkungen auf ihre Patienten. Zunächst soll auf die psychiatrische Diagnostik im klinischen Kontext eingegangen werden. Paul Watzlawick spricht in diesem Zusammenhang von der Konstruktion klinischer Wirklichkeiten. Als Konstruktivist, geht er davon aus, dass in einer Klinik eine eigene Realität konstruiert wird, eine pathologische und dass jedes Verhalten in diesem Kontext als pathologisches Verhalten interpretiert wird. Er führt das Beispiel von Grosseto an:

„Eine Frau aus Neapel, die in Grosseto zu Besuch war, wurde in einem Zustand akuter Schizophrenie ins städtische Krankenhaus eingeliefert. Da die psychiatrische Station nicht in der Lage war, sie aufzunehmen, wurde beschlossen, sie nach Neapel zurückzuschicken. Als die Männer der Ambulanz kamen und fragten, wo die Patientin sei, wurde ihnen gesagt, in welchem Raum sie warte. Als sie dort eintraten, fanden sie die Patientin auf dem Bett sitzend, vollständig angezogen und die Handtasche griffbereit. Als sie sie aufforderten, mit ihnen zum wartenden Krankenwagen hinunterzugehen, wurde sie erneut psychotisch, wehrte sich mit allen Kräften gegen die Pfleger, weigerte sich mitzukommen und zeigte alle Anzeichen von Persönlichkeitsverlust. Sie musste ihr eine Beruhigungsspritze geben und sie zum Krankenwagen hinunter tragen, und dann fuhren sie mit ihr nach Neapel.

Auf der Autobahn außerhalb von Rom wurde der Krankenwagen von der Polizeistreife angehalten und nach Grosseto zurückgeschickt. Es hatte eine Verwechslung gegeben: Die Frau im Krankenwagen war nicht die Patientin, sondern eine Einwohnerin von Grosseto, die ins Krankenhaus

⁴⁵ Greve, Nils/ Keller, Thomas [Hrsg.]: Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2002. S.57f

gekommen war, um einen Verwandten zu besuchen, der sich einer kleinen Operation hatte unterziehen müssen.“⁴⁶

Egal wie sich die Frau auch Verhalten hätte, jedwedes Verhalten wäre als Beweis für ihre Verrücktheit gedeutet worden. Die Frau erklärte, dass sie nicht verrückt sei und die Pfleger nahmen dies nicht ernst und deuteten ihr Verhalten als Depersonalisierung, also als Ich-Störung. Im klinischen Alltag einer Psychiatrie wird oftmals jedes emotionale Verhalten als „krankhaft“ gedeutet, weil im Kontext der Psychiatrie das Bewertungssystem krank und gesund wie ein Raster über menschliches Verhalten angelegt wird. Ein weiteres Beispiel aus der Praxis der Verfasserin: Eine junge Nepalesin, Mutter eines zwei Monate alten Sohnes, sucht Hilfe in einer Ambulanz, da sie sich verfolgt fühlt und Lebensüberdrußgedanken äußert. In der Erwartung Hilfe zu bekommen, wird ihr stattdessen das Kind weggenommen, die Situation eskaliert und die Frau wehrt sich massiv gegen die Abnahme des Kindes, verteidigt es wie eine Löwenmutter ihr Kind. Letzten Endes schafft das Krankenhauspersonal ihr das Kind abzunehmen und sie wird auf die geschlossene psychiatrische Abteilung gebracht. Ihre Verteidigung gegen die Abnahme des Kindes wird als psychotisch gedeutet, da sie sich massiv zu wehren scheint. Aber ganz gleichgültig, wie sich diese junge Frau verhalten hätte, auch wenn sie sich weigerungslos und still das Kind hätte wegnehmen lassen, wäre auch das als Ausdruck eines Symptom gedeutet worden. Dann wäre ihr vielleicht ein apathisches, teilnahmsloses Verhalten zugeschrieben worden, wie z.B. Patient reagiert nicht adäquat der Situation angemessen, aber wie „richtig“ soll sich eine junge Frau verhalten, die ihr Kind weggenommen bekommt? Es ist ein Dilemma und egal, wie sich die Patientin auch verhält, alles wird in dem Kontext Psychiatrie als krank bewertet werden, es gibt keinen Ausweg aus der Situation. Zusätzlich kommt es auch ganz stark auf das Bewertungssystem eines Psychiaters an, welche Zuschreibung eines Verhaltens er dem Patienten macht und welches Ausmaß einer Reaktion dieser als angemessen ansieht, oder aber auch nicht. Zum Beispiel wird die gezeigte Aggression beim Patienten als krankhaft angesehen, weil der Patient psychotisch ist oder weil man in seinen persönlichen Rechten als

⁴⁶ Watzlawick, Paul/ Giogrio Nardone [Hrsg.]: Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. Eine Einführung. München: Piper Verlag, 2012. S.30f

Mensch beschnitten ist und das z.B. Ausdruck eines Zwangskontextes sein kann. Die Bewertungskriterien eines Arztes münden dann in einer Diagnose, die Verhaltensweisen von Patienten müssen nach dem ICD 10 gewisse Kriterien erfüllen, damit es überhaupt zu einer Diagnose kommen kann. Es wird versucht Verhalten so gut wie möglich zu Objektivieren, dennoch aber kommt es zu einer dualistischen Bewertung. Die Diagnostik an sich lässt nur eine Kategorisierung in gesund und/oder krank zu, ein „entweder, oder“. Die Leitdifferenz im Gesundheitssystem ist krank oder gesund, verschiedene Lebensentwürfe oder Lebenswelten finden dort wenig Verständnis vor. Die Objektivierung als Lösungsversuch aus dem Dilemma einer „schwarz-weiß“ Welt zu entkommen, missglückt.

1.4 Die Entwicklung der Psychiatrie nach 1945

1.4.1 Die Psychiatrie während des Nationalsozialismus

„In den Jahren 1939-1945 wurden 200.000 psychisch kranke und behinderte Menschen im Gebiet des damaligen Deutschen Reiches getötet.“⁴⁷

Die Psychiatrie war während der Zeit des Nationalsozialismus tief in die Euthanasie verstrickt. Zementiert wurde diese besonders durch die Einrichtung einer speziellen Dienststelle in Berlin, die ab 1939 die Tötung psychisch Erkrankter professionell organisierte, bekannt geworden ist diese durch ihre durchgeführte T4 Aktion und benannt nach der Tiergartenstraße 4 in Berlin. Von dort aus nahm das bürokratische System hinter den Massenmorden seinen Lauf. Meldebögen wurden von Berlin aus in die Krankenanstalten verschickt. Die Leiter der Anstalten mussten die Bögen dann ausfüllen.

„Gutachter in Berlin und Kommissionen vor Ort beurteilten, ob ein Patient die Kriterien für eine Tötung erfüllte und unterteilten in lebenswertes und lebensunwertes Leben. Zu melden seinen [...] sämtliche Patienten, die an nachstehenden Krankheiten leiden und in den Anstaltsbereichen nicht oder nur mit einfachen Arbeiten zu beschäftigen sind:

⁴⁷ Oberlerner, Herwig/ Stromberger, Helge: Schicksale an der Klagenfurter Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Neuropsychiatrie. 27/2013. S.79

*Schizophrenie, Epilepsie, senile Erkrankungen, therapierefraktäre Paralyse, Schwachsinn jeder Ursache, Enzephalitis, Huntington und andere neurologische Endzustände, oder die sich mindestens seit 5 Jahren dauernd in der Anstalt befinden, als kriminelle Geisteskrankte verwahrt sind oder nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder nicht deutschen oder artverwandten Blutes sind.*⁴⁸

Zusätzlich zur Euthanasie kam auch noch das Gesetz zu tragen, welches die Zwangssterilisation von psychisch erkrankten Menschen legitimierte:

*„Das ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘ tritt mit 01.01.1934 in Deutschland in Kraft, mit 01.01.1940 in Österreich.“*⁴⁹

Dieses Gesetz hatte auch zur Folge, dass in Deutschland mitunter 360.000 Menschen zwangssterilisiert wurden. Somit wurde auch gesetzlich definiert, was lebenswertes und was lebensunwertes Leben ist. Von den Ärzten wurden dann in weiterer Folge beurteilt, welches Dasein eine Berechtigung hat und welches nicht. Menschen, die als unwertes Leben eingestuft wurden, wurden „freigegeben“ und in eines der sechs Tötungsanstalten⁵⁰ deportiert und anschließend getötet. Sehr wohl gab es einige Proteste von Angehörigen und vom Personal der betroffenen Institutionen, aufrüttelnd für die Bevölkerung war auch die Predigt des Bischofs von Galen am 3. August 1941, der sich öffentlich gegen die Euthanasie aussprach und somit beim Regime des Dritten Reiches bewirkte, dass die Tötungsmaschinerie in Zukunft dezentralisiert wurde.⁵¹ Die Motive der Euthanasie während des Nationalsozialismus *„waren sowohl ideologisch-wissenschaftlicher Natur als auch ökonomischer“*⁵² und basieren auf zuvor erfolgten wissenschaftlichen,

⁴⁸ Oberlerchner, Herwig/ Stromberger, Helge: Schicksale an der Klagenfurter Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Neuropsychiatrie. 27/2013. S.80f

⁴⁹ Oberlerchner, Herwig/ Stromberger, Helge: Psychiatrie und NS-Euthanasie. In: Nervenarzt. 86/2015. S.83

⁵⁰ Die Tötungsanstalten waren: Schloss Grafeneck (Kreis Münsingen), Schloss Hartheim (bei Linz), Ehemaliges Zuchthaus Brandenburg (an der Havel), Bernburg (bei Saale), Sonnenstein (bei Pirna) und Hadamar (bei Limburg).

⁵¹ Oberlerchner, Herwig/ Stromberger, Helge: Psychiatrie und NS-Euthanasie. In: Nervenarzt. 86/2015. S.84

⁵² Oberlerchner, Herwig/ Stromberger, Helge: Zwangssterilisationen: Die Klagenfurter Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Neuropsychiatrie. 28/2014. S.33

gesellschaftlichen und ideologischen Ansätzen wie zum Beispiel der Degenerationslehre, der Sozialdarwinismus und der Rassenhygiene.

Nach dem Ende des Nationalsozialismus folgte eine Zeit des Schweigens. Die Aufarbeitung dieser Schreckenszeit ist bis heute noch nicht wirklich abgeschlossen. Nur mühsam befreit sich die Psychiatrie aus den Nachwirkungen dieser Zeit.

„In der Nachkriegszeit war man lange nicht daran interessiert, die Verbrechen des Nationalsozialismus aufzuarbeiten. Durch die durchgeführten Nürnberger Ärzteprozesse von 1946 - 1947 und mehr als 40 Euthanasieprozesse bis 1965 wurden die wesentlichen Fakten allgemein bekannt, fanden aber trotzdem bis in die 70er Jahre hinein keine Resonanz.“⁵³

Der Entnazifizierungsprozess⁵⁴ in den ersten Nachkriegsjahren fand in Österreich vorrangig durch die Alliierten am intensivsten statt. Eine provisorische Regierung schuf Novellierungen des Verbotsgesetzes und des Kriegsverbrechergesetzes. Ehemalige Nationalsozialisten konnten somit strafrechtlich verfolgt werden. Es gab von 1945 bis 1955 Volksgerichte, die basierend auf die geschaffenen Gesetzesgrundlagen, diese zwei Gesetze judizierten. In Folge der Amnestie im Jahre 1948 wurden ein Großteil der ehemaligen Nationalsozialisten verschont. Die gerichtliche Auseinandersetzung mit den NS-Verbrechen endete mit der Unterzeichnung des Staatsvertrages 1955.

Ein Beispiel für eine weiterbestehende Funktionselite in der Nachkriegszeit war Dr. Heinrich Gross, Facharzt der Kinderpsychiatrie und Neurologie.

„Groß war einer der vier Ärzte, die seinerzeit in der Anstalt Am Steinhof erst die klinischen Befunde erstellten und dann tödliche Spritzen setzten.“⁵⁵

Er wie auch andere seinesgleichen machten trotz der begangenen Kriegsverbrechen danach noch Karriere. Er war nicht nur der Leiter des Ludwig

⁵³ Rapold, Nadine: Der psychisch Kranke. Zum Wandel der Sichtweise psychiatrischer Erkrankungen. Wien: Dipl. Arb., 2008. S.92

⁵⁴ Der Begriff hier verwendete Begriff der Entnazifizierung bezieht sich auf folgende Quelle: <http://www.entnazifizierung.at/ueberblicksdarstellung/>

⁵⁵ Aly, Götz: Die Belasteten. >Euthanasie< 1939 – 1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 2013. S.126

Boltzmann- Instituts zur Erforschung der Missbildungen des Nervensystems, sondern auch der meistbeauftragte Gerichtspsychiater in Österreich. Öffentlich wurden seine Kriegsverbrechen durch einen ehemaligen Patienten, Friedrich Zawrel, den er 1975 im Zuge eines Gerichtsgutachten untersuchte. Groß wurde strafrechtlich nie zur Rechenschaft gezogen.

Während der Zeit des Nationalsozialismus wurde durch die Rassengesetze ganz genau definiert, was lebenswertes und was lebensunwertes Leben ist. Aufgrund dieser Gesetzeslage wurden legitim grausame Verbrechen an der Menschheit begangen, auch auf der Ebene der Psychiatrie.

1.4.2 Die Psychiatrie der Nachkriegsjahre

Während es nach dem ersten Weltkrieg eine „*Polarisierung zwischen den Vertretern der klinischen Psychiatrie und der Psychoanalyse*“⁵⁶ gab, setzte sich diese nach dem zweiten Weltkrieg fort, jedoch erfolgte eine Annäherung zwischen der Psychiatrie und der Psychotherapie bis in die achtziger Jahre nur spärlich. Erst durch die Lehre von Hans Hoff in den Jahren von 1949 bis 1969, der Vorstand der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik, änderte sich das allmählich.

*„Hans Hoff legte Wert auf die Integration psychodynamischer Gesichtspunkte in die Interpretation psychischer Krankheit und psychotherapeutischer Verfahren bei ihrer Behandlung. Die Entwicklung der bifokalen Gruppenpsychotherapie Schizophrener durch O.H. Arnold und Raoul Schindler (1952) ist ein Beispiel für eine Methodenentwicklung zur Integration eines analytisch orientierten Verfahrens in der praktischen Psychiatrie.“*⁵⁷

Zuvor waren es Persönlichkeiten wie Sigmund Freud und Julius Wagner-Jaureg die vor allem die „*psychiatrische Handlungskonzepte, präventive und therapeutische*“⁵⁸ entwickelten. Somit vollzog sich langsam ein Wandel, der die Psychotherapie in die Psychiatrie integrierte. Bedingt durch die

⁵⁶ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.24

⁵⁷ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.25

⁵⁸ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.16

„Teilung der ehemaligen Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik in mehrere selbständige Nachfolgeinstitutionen (Universitätsklinik für Neurologie bzw. Psychiatrie, Institut – später – Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, später Verselbständigung der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters und schließlich Neugründung des Instituts für Medizinische Psychologie) sind auf universitärem Boden der Medizinischen Fakultät wichtige institutionelle Weichstellungen erfolgt. Für die Beziehung von Psychiatrie und Psychotherapie erscheint es bedeutsam, dass sowohl die Gründungsvorstände als auch ihre Nachfolger an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie und am Institut für Medizinische Psychologie (Hans Strotzka, Erwin Ringel, Marianne Springer-Kremser, Gernot Sonneck) ihrer medizinischen Profession nach Psychiater waren oder es noch sind, ihrer psychotherapeutischen Schulorientierung nach Psychoanalytiker und Individualpsychologen. [...] Unter diesen Gesichtspunkt ist die Integration psychotherapeutischer Verfahren im Wirkungsspektrum der Psychiatrie und der Erwerb dieser Fertigkeiten in der fachärztlichen psychiatrischen Weiterbildung seit den achtziger Jahren ein zentrales Thema der Fachgesellschaft (Österreichische Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie/Sektion für Psychiatrie).“⁵⁹

Dies führte dazu, dass *„im Zentrum der psychiatrischen Therapie nicht Krankheit, sondern der von Krankheit betroffene Mensch in seiner sozialen Umwelt steht.“⁶⁰*

Dadurch, dass die Gesellschaft dazu beiträgt, was als Norm und was als nicht Norm zu betrachten ist, werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung auch zum gesellschaftlichen Problem. Durch die Kategorisierung, was als psychisch krank und was als nicht krank anzusehen ist, wurden Menschen in die Verantwortung der Medizin und somit in die Obhut des Staates übergeben. Psychisch auffällige Personen wurden fixer Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems. Daher wird im folgenden Abschnitt auch ein Augenmerk auf die Psychiatrie in Zusammenhang mit den vorherrschenden Gesetzen gelegt. Somit liegen

⁵⁹ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.26

⁶⁰ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.27

„versorgende Hilfe und soziale Kontrolle gegenüber psychischen Auffälligen häufig nahe beieinander“⁶¹.

„In der aufkommenden bürgerlichen Gesellschaft fielen psychisch Gestörte dadurch auf, dass sie sich nicht ohne weiters den neuen disziplinären Anforderungen unterwarfen und die universelle Gültigkeit der Vertrags- und Austauschbeziehungen in Frage stellten.“⁶²

Gerade in der Psychiatrie spielt das Recht eine große Rolle.

„Auch das jeweils vorherrschende Verhältnis von versorgenden und sozial - kontrollierenden Funktionen fand in den Gesetzen seinen Niederschlag.“⁶³

„Der Psychiatrie werden seit jeher besondere Eingriffs-Befugnisse gegenüber jenen Patienten eingeräumt, die entweder besonders auffällig gegen die öffentliche Ordnung verstoßen oder sich selbst in gefährliche Situationen bringen (können). Sie dürfen – unter bestimmten und historisch wechselnden Voraussetzungen und Bedingungen – auch gegen ihren Willen in psychiatrische Einrichtungen verbracht, dort festgehalten und behandelt werden, wobei die repressiv – kontrollierende Seite von medizinisch – therapeutischen Rationalisierungen mehr oder weniger verdeckt wurde und wird.“⁶⁴

Durch die Einführung der Kaiserlichen Verordnung am 28. Juni 1916 über die Entmündigung (Entmündigungsordnung), wurde die Basis geschaffen für die gerichtliche Überprüfung von Zwangsanhaltungen, die von den PflEGschaftsgerichten überprüft wurden. Diese Verordnung bevollmächtigte das Gericht zur Kontrolle zwangsbedingter Anhaltungen in privaten sowie auch in öffentlichen Anstalten. Die Frist für eine Zwangsunterbringung war auf ein Jahr befristet. Danach musste das Gericht erneut kontrollieren, ob die Unterbringung

⁶¹ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.167

⁶² Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.167

⁶³ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.168

⁶⁴ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.168

noch rechtskonform ist. Durch das Fehlen einer Regelung bezüglich des Aufenthalts, der Behandlung oder des Rechtsschutzes eines Patienten, blieben diese weiterhin ohne Rechte.

1956 wurde das Krankenanstaltengesetz (KAG) beschlossen. Somit sprach man den „ehemaligen »Irrenanstalten« Krankenanstaltenstatus zu“⁶⁵ und die Selbst- und Fremdgefährdung wurde zum entscheidenden Kriterium der Unterbringung. Es wurde „fast wortwörtlich auf Formulierungen aus früheren Gesetzgebungsanläufen zurückgegriffen“⁶⁶. Weder „psychiatrische Experten, noch Institutionen wurden in Begutachtungsprozess des Krankenanstaltengesetzes miteinbezogen“.⁶⁷ Aufgrund der Einmischung von Hans Hoff änderte sich dies auch nur sehr gering

„Bis Anfang der siebziger Jahre war die Psychiatrie kein Thema der Gesundheitspolitik. Das entsprach durchaus ihrer Bedeutungslosigkeit im öffentlichen Bewußtsein und in den Medien.“⁶⁸

1974 gab es vom Gesundheitsministerium, welches erst zwei Jahre zuvor gegründet worden war, einen Entwurf für ein Bundesgesetz über die Anhaltung und Behandlung von psychisch gestörten Personen. Grund für diese Auseinandersetzung mit dem Thema war die sozialdemokratische Lage zu dieser Zeit. Die Gesundheitspolitik strebte eine Reform des Anhalterechts an. Dies bedeutete „eine deutliche Aufwertung der Psychiatrie durch die Politik.“⁶⁹ Im Gegensatz zum Krankenanstaltengesetz wurden während der Begutachtung dieses Gesetzesentwurfes Professionisten hinzugezogen, welche diesen kontrovers diskutiert haben. Es kam zu keiner Einigung und der Entwurf wurde verworfen.

Erst 1990 entstand ein neues Gesetz. Ein Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker im Krankenanstalten, das sogenannte Unterbringungsgesetz.

⁶⁵ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.173

⁶⁶ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.175

⁶⁷ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.174

⁶⁸ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.178

⁶⁹ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.179

Neu an diesem Gesetz war die *„Rechtsstellung der Patienten gegenüber der Anstalt.“*⁷⁰. Somit wurde ein Rechtsschutz der Patienten in das Gesetz mit eingebaut. Eine neue Institution wurde erschaffen: die Patientenanwaltschaft. Folglich wurde eine externe Ebene in den stationären Alltag der Psychiatrie hinzugezogen, die zusätzlich über Verfahrensrechte zu Gunsten der Patienten verfügten.

*„Im Unterschied zu den sporadisch in die Anstalten kommenden Richtern bildet die Vertretungstätigkeit für die Patientenanwälte das Zentrum ihres beruflichen Engagements, sie verbringen einen Großteil ihrer Arbeitszeit in den Krankenanstalten und verfügen über eine Vielzahl an Verfahrensrechten. Auch geht ihr Vertretungsauftrag über die Zulässigkeit der Unterbringung an sich hinaus und erstreckt sich auf Fragen des anstaltsinternen Patientenmanagements.“*⁷¹

*„Das ist die eine Seite des UbG. Auf der anderen tastet es die ärztliche Vorrangstellung bei der unfreiwilligen Einweisung und Aufnahme nicht an, und es räumt den ärztlichen Ermessen auch bei anstaltsinternen Maßnahmen, insbesondere bei Behandlungsfragen, großen Raum ein.“*⁷²

Erst in den Jahren zwischen 1974 und 1990 wurde die Psychiatrie *„erstmalig in der Zweiten Republik wirklich zu einem politischen Thema“*.⁷³ Zuvor herrschten Jahre des Schweigens und der Vertuschung. Thema des öffentlichen Diskurses waren Versorgungsmängel in den Krankenanstalten, die Ohnmacht der Patienten durch ihre untergeordnete Rechtsstellung und den mangelnden Rechtsschutz, sowie die negativen Folgen von Psychiatrieaufenthalten und die Stigmatisierung von Patienten.

„Die Grundfrage war nun nicht mehr, wie die Psychiatrie ihr therapeutisch –fürsorgliches Potential unter Einhaltung von rechtlichen Mindeststandards zur Geltung bringen könnte,

⁷⁰ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.181

⁷¹ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.181

⁷² Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.181

⁷³ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.183

sondern was das Recht zur Verbesserung der gesellschaftlichen Stellung einer bisher vernachlässigten und besonders gefährdeten Gruppe von Menschen beitragen könnte.“⁷⁴

Ob die Psychiatrie in den Nachkriegsjahren auch aufgrund der weiterbestehenden Funktionseliten politisch und öffentlich bis zu den siebziger Jahren kein Thema war, kann nicht genau gesagt werden. Eine mögliche These wäre, dass es ein bewusstes Schweigen seitens der Psychiatrie gab, da es sonst zu einem Skandal gekommen wäre. Wenn man bedenkt, dass „die Autorität der österreichischen Nachkriegspsychiatrie, der Wiener Klinikchef Hans Hoff“⁷⁵, Jahre lang mit Heinrich Gross weiterhin am Spiegelgrund zusammengearbeitet hat, nachdem Gross während des Nationalsozialismus für die Kindereuthanasie am Spiegelgrund mordete und Hoff andererseits politisch sehr eingebunden war, wäre ein kausaler Zusammenhang nur denkbar. Zusätzlich war für Gross sicherlich sehr förderlich, dass er zur Partei der SPÖ beigetreten ist und er vom damaligen Justizminister Christian Broda protegiert wurde.

„In der Legislaturperiode 1983/86 war die Reform des Anhaltungsrechts als Erbe der Rechtsreformpolitik Brodas definiert- und erfolglos betrieben worden.“⁷⁶

Andererseits war es in dem zeitlichen Kontext von damals auch leichter einen Skandal zu vertuschen, weil die technischen Mittel zur Kommunikation nicht so weit verbreitet waren, wie sie es zum Beispiel heutzutage sind, wo sich so eine Skandalgeschichte nicht nur per Print- und Fernsehmedien verbreiten würden, sondern auch durch das Internet sich viral ausbreiten würde.

„Die Möglichkeit der Psychiatrie, Zwang als legitimes Mittel des Patientenmanagements einzusetzen, und die damit verbundene rechtliche Kontrolle hatten im politischen Diskurs über die österreichische Psychiatrie im 20. Jahrhundert durchwegs einen hohen Stellenwert. Soweit die Psychiatrie

⁷⁴ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.183

⁷⁵ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.174

⁷⁶ Forster, Rudolf: Psychiatrische Macht und rechtliche Kontrolle. Internationale Entwicklungen und die Entstehung des österreichischen Unterbringungsgesetzes. Wien: Döcker, 1997. S.287

überhaupt auf die politische Tagesordnung gelangte, kreiste der Diskurs meist um deren Funktion als Ordnungsmacht. Und wenn es darauf ankam, war das latente Misstrauen der Politik, Staatsadministration und Öffentlichkeit jeweils wirksamer als das von der psychiatrischen Profession geforderte Vertrauen in die ethischen Grundhaltungen und therapeutischen Möglichkeiten ihres Fachs.“⁷⁷

Nach den Kriegsverbrechen der Psychiatrie bleibt dieser Vorbehalt nicht weiter verwunderlich.

1.4.3 Anstaltspsychiatrie

Die erste Hälfte des Jahrhunderts war „gekennzeichnet durch das Prinzip der Unterbringung und Verwahrung von psychisch kranken, behinderten, armen und alten Menschen in großen Anstalten.“⁷⁸ Die Anstalten waren trotz ihrer Größe zumeist überfüllt, lagen außerhalb der Stadt, die räumliche Ausstattung war mangelhaft, das Fachpersonal kaum vorhanden und die Behandlungsmöglichkeiten minimal. Die „Aufnahmen erfolgten mehrheitlich zwangsweise. Entlassungen waren selten. Die Patienten waren meist viele Jahre oder Jahrzehnte untergebracht.“⁷⁹ In Österreich entwickelte sich unter der Herrschaft Kaiser Franz Josef in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts das Anstaltswesen. Viele neue Anstalten wie zum Beispiel Ybbs (1860), Linz – Niedernhardt (1867), Graz – Feldhof (1872) und die k.k. Irrenheilanstalt (1853) in Wien wurden in Österreich eröffnet. Somit wurde die staatliche Verwaltung der Anstalten an die Länder übertragen.

„Die damals verstärkt einsetzende Industrialisierung, ein damit verbundener sozialökonomischer Wandel und eine beginnende Emanzipierung von staatlicher und kirchlicher Macht veränderten auch das gesellschaftliche Bewusstsein gegenüber den Problemen der Armen und Irren.“⁸⁰

⁷⁷ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.186

⁷⁸ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.209

⁷⁹ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.210

⁸⁰ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.210

Auf der anderen Seite reagierte die Gesellschaft damals gegenüber psychisch kranker Menschen oft mit Furcht oder Misstrauen.

„Ihr Leiden wurde lange Zeit als unheilbar angenommen, und auch Ärzte sahen trotz der Erkenntnisfortschritts der Psychiatrie eine Behandlung bestenfalls als möglich an.“⁸¹

„Die Anstaltspsychiatrie verstand die stationäre Aufnahme auch als Schutz für Patienten vor Gefährdung – eine Annahme, durch die die gesellschaftliche Ausgrenzung von Patienten zur therapeutischen Methode wurde. Ruhe und Abgeschiedenheit, wenig Kontakt zur Außenwelt und Reizarmut sollten vor allem die Schwerkranken beruhigen: [...] Der psychiatrische Alltag in den Heil- und Pflegeanstalten blieb im allgemeinen gekennzeichnet durch ein kontrollierendes, moralisierend – erzieherisches Anstaltsritual, nach wie vor auch unter dem Einsatz von Zwangsmitteln und durch Isolierung der Patienten in Einzelzellen.“⁸²

Das Wissen der Psychiatrie, die Beobachtungen und Erkenntnisse, vor allem die oft über viele Jahre hindurch durchgeführten Verlaufsprotokolle, lieferten später die Basis erster Diagnoseklassifikationssysteme, auf die in einem späteren Kapitel noch näher eingegangen werden wird. Schwerpunkt der Forschung bleibt aber ein naturwissenschaftlicher Zugang. Dies änderte sich allmählich im 20. Jahrhundert, wo mit dem Aufkommen der Psychoanalyse in der Psychiatrie, nicht nur ein philosophischer, sondern auch ein psychotherapeutischer Zugang eingeleitet wurde.

„Mit der zunehmenden Etablierung der Psychiatrie als eigenständiges medizinisches Fach, der Entwicklung wirksamerer medikamentöser und soziotherapeutischer Behandlungsmethoden und dem stärker werdenden Einfluß psychologischer und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse veränderten sich das Verständnis für psychisch Kranke und die Möglichkeiten ihrer Behandlung.“⁸³

⁸¹ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.211

⁸² Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.212

⁸³ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.214

Vor allem die Entwicklung von Psychopharmaka in den fünfziger Jahren veränderten die Anstaltspsychiatrie nachhaltig.

„Durch den Einsatz dieser Medikamente gelang es, die Aufenthaltsdauer für einen Teil der Patienten – es waren eher die jüngeren – zu senken und sie wieder in ihr soziales Umfeld zurückzuführen.“⁸⁴

Die andere Seite der Medaille war das Phänomen der Hospitalisierung. Aufgrund von Langzeitaufenthalten von Patienten kam es zu psychologischen sowie auch zu psychosomatischen Folgeschäden. Langzeitpatienten hatten durch die emotionale und seelische Vernachlässigung die Fähigkeit verloren sich sozial anzupassen und es kam häufig zu Kontakt- und Wahrnehmungsstörungen, Anpassungsschwierigkeiten sowie auch zur Regression, um nur einige Merkmale zu nennen.

„Es zeigte sich in den Anfängen jedoch bald, dass durch den oftmals jahrzehntelangen (!) Krankenhausaufenthalt viele Lebensbezüge verlorengegangen waren: Die Gesellschaft »draußen« hatte sich verändert: Anpassungsversuche an veränderte Lebensbedingungen, die jetzt notwendig wurden, waren eine enorme Belastung für den Patienten selbst und auch für seine Angehörigen. Die Möglichkeit einer früheren Entlassung, die durch die medikamentöse Behandlung gegeben war, führte daher oft zu jähen Rückfällen und damit zu einem Ansteigen der Wiederaufnahmeraten – eine Entwicklung, die später oftmals, insbesondere von Reformgegnern, unter den Begriff »Drehtürpsychiatrie« negativ beurteilt wurde.“⁸⁵

Erst in den sechziger und siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts, eine Zeit geprägt durch soziale, politische und kulturelle Veränderungen, fand eine intensive Auseinandersetzung mit den Methoden und Sichtweisen der Psychiatrie statt. Die unzumutbaren Zustände in der Psychiatrie wurden öffentlich heftig kritisiert. Dies führte zu einer Strukturreform in der psychiatrischen Versorgung.

⁸⁴ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.214

⁸⁵ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.214

1.4.4 Antipsychiatriebewegung

David Cooper war der Erste, der den Begriff der Antipsychiatrie verwendete. Auch Roland Laing (England), Franco Basaglia (Italien), Jan Foudraine (Niederlande) und Thomas Szasz (USA) waren wichtige Vertreter der Antipsychiatriebewegung. Ferner widmete sich Erving Goffman 1973 in seinem Buch *Asyle* der sozialen Situation psychiatrischer Patienten und anderen Insassen diesem Thema. Es ging um die kritische und ablehnende Auseinandersetzung gegenüber der Psychiatrie.

„Die »Antipsychiatrie« als sozialpolitische Protestbewegung kritisierte wohl am heftigsten die Zustände in der »totalen Institution« (Goffmann, 1973) Krankenhaus und forderte radikal die »Deinstitutionalisierung«. [...] Die Vertreter der »Antipsychiatrie« forderten die Abschaffung der psychiatrischen Krankenhäuser, um den dort angehaltenen Menschen ihre Selbstbestimmung wieder zurückzugeben.“⁸⁶

Auch wurde der Krankheitsbegriff der Schizophrenie in Frage gestellt, „so sollte beispielsweise nicht von »Kranken«, sondern von Menschen, »von denen andere behaupten, sie seien schizophren«, gesprochen werden.“⁸⁷ Dies mündete auch in der Verwendung von Begriffen wie „Klient“ statt „Patient“. Abweichendes soziales Verhalten sollte nicht mit Gewalt, Unterdrückung, Zwang, Ausgrenzung, Stigmatisierung und sozialer Kontrolle beantwortet werden, sondern mit der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung psychisch Erkrankter durch alternativen Behandlungsformen und Konzepten. Ein typisches Beispiel für den Zeitgeist der Antipsychiatriebewegung in den USA ist der Roman von Ken Kesey „Einer flog über das Kuckucksnest“ (1962), der auch in späterer Folge von Miloš Forman 1975 verfilmt wurde und gleich in fünf Kategorien den Oscar gewann. In diese Zeit fällt auch das Experiment von David Rosenhan in der Zeit von 1968 bis 1972, das Rosenhan-Experiment, auf das noch in der vorliegenden Arbeit näher im Kapitel Konstruktionen psychopathologischer Wirklichkeiten eingegangen wird.

⁸⁶ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.215

⁸⁷ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.215

In Österreich entstand 1981 der Film „Kopfstand“ von Ernst Josef Lauscher als Regisseur und Autor und Christoph Waltz als Hauptdarsteller. Wegen einer Lappalie wird der Hauptdarsteller von seiner Mutter in die Psychiatrie eingewiesen. Der Film spiegelt die damaligen Zustände in der Anstaltspsychiatrie wieder und macht die Zwangspsychiatrie, die zur Aufrechterhaltung der herrschenden Ordnung und sozialen Kontrolle dient, zum zentralen Thema des Filmes. „Kopfstand“ wurde im Rahmen der 2. Psyennale (Filmfestival des Vereins LOK) 14.11.2012 im Topkino gezeigt.

1.4.5 Sozialpsychiatrie

„Historisch ist die Sozialpsychiatrie erwachsen aus der amerikanischen Mental – Health – Bewegung, die sich zu Beginn dieses Jahrhunderts entwickelte und eine der frühen Wurzeln der Sozialpsychiatrie darstellt.“⁸⁸

Die Sozialpsychiatrie ist eine internationale Bewegung. In den USA diente der Begriff der Sozialpsychiatrie auch als Gegenstück zur unsozialen Psychiatrie. Ziel der Bewegung ist, dass alle *„Mitglieder der Gesellschaft auf eine ihren Bedürfnissen entsprechende psychiatrische Versorgung“⁸⁹* zu Gute kommt.

Das Augenmerk der Sozialpsychiatrie gilt der Bedeutung sozialer Faktoren für Verlauf, Ausprägung, Entstehung psychischer Störungen und den Wechselbeziehungen zwischen den psychisch Kranken und ihrer Umgebung. Ziel ist die Entwicklung und Anwendung sozialer Methoden zur Beeinflussung und womöglich zur Vermeidung psychischer Krankheiten.“⁹⁰

„Im Vergleich zur »Antipsychiatrie« als wesentlich konstruktiver – und auf breiterer Basis stehen – haben sich andere Entwicklungen erwiesen, die heute allgemein unter

⁸⁸ Faust, Volker [Hrsg.]: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart [u.a.]: G. Fischer, 1995. S.712

⁸⁹ Faust, Volker [Hrsg.]: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart [u.a.]: G. Fischer, 1995. S.711

⁹⁰ Faust, Volker [Hrsg.]: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart [u.a.]: G. Fischer, 1995. S.711

dem Begriff Sozialpsychiatrie zusammengefasst werden (Strotzka, 1958).“⁹¹

„Der Begriff der Sozialpsychiatrie symbolisierte in den sechziger Jahren Sichtweisen und Einstellungen, die eine Humanisierung der Psychiatrie zum Ziel hatten und psychiatrisches Handeln in den Rahmen einer gesellschaftlichen, sozialen Aufgabe stellten.“⁹²

Im deutschsprachigen Raum veröffentlichte Dr. Hans Strotzka erstmals 1958 „Sozialpsychiatrische Untersuchungen“ und 1965 das Buch „Einführung in die Sozialpsychiatrie“. Er war österreichischer Psychiater und Gründungsmitglied der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie an der medizinischen Fakultät der Universität Wien. Er untersuchte den Zusammenhang zwischen Lebensraum, Kultur und Krankheit, *„das Fürsorgewesen, die stärkere Berücksichtigung der Lebenswelt des einzelnen Menschen und die Bedeutung von bedürfnisgerechten Hilfen zur Förderung und Aufrechterhaltung der sozialen und beruflichen Integration“⁹³*. Themenschwerpunkte der psychiatrischen Versorgungspolitik waren Fragen zur effizienteren Betreuung psychisch Kranker, zur Verkürzung des Psychiatrieaufenthaltes mitunter auch von Langzeitpatienten, die Gleichstellung psychisch Erkrankter gegenüber körperlich kranker Menschen, Alternativen zur psychiatrischen Anstalt, die Erweiterung des Betreuungsangebotes und die Regionalisierung.

1.4.1 Psychiatriereform

Ab Mitte der siebziger Jahre begannen in Wien die Psychiatrieenqueten, die mit der Ausarbeitung eines Zielplans begannen. Es wurden großstädtische Versorgungsmodelle vorgestellt und diskutiert. In Wien wurde eine wissenschaftliche Untersuchung des Psychiatrischen Krankenhauses Baumgartner Höhe durch das Institut für Höhere Studien in Auftrag gegeben. Forster und Pelikan untersuchten die Patientenversorgung und Personalhandeln im Kontext einer

⁹¹ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.216

⁹² Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.216

⁹³ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.216

Psychiatrischen Sonderanstalt. Dies mündete schließlich 1979 mit der Beschlussfassung einer Reform.

„Nach den Vorgaben des Wiener Zeitplans wurde 1979 das gesamte Wiener Gemeindegebiet im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung in acht Regionen eingeteilt und 1980 das Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien (PSD) gegründet. Seither wird sowohl stationär, als auch ambulant eine flächendeckende psychiatrische und psychosoziale Versorgung in der Bundeshauptstadt Wien durchgeführt.“⁹⁴

Somit begannen die Anstalten sich gemeindeorientiert umzustrukturieren. In Wien wurden acht psychiatrische Regionalabteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) gegründet. Die Bezirke wurden Krankenhäuser zugeordnet, so ist zum Beispiel die psychiatrische Abteilung des SMZ Ost – Donauspital für die Bezirke 2. und 22. zuständig. Die Abteilungen in den Anstalten wurden störungsspezifisch strukturiert, um durch die Differenzierung ein besseres Betreuungsangebot für die Patienten zu gewährleisten. Gleichzeitig werden die Patienten vom multiprofessionellen Team, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und Psychotherapeuten, betreut, um einen möglichst bedürfnisorientierten Behandlungsverlauf zu gewährleisten. Außerhalb des Krankenhauses wurden *„Gemeindenähe »extramurale« psychiatrische Versorgungssysteme“⁹⁵* geschaffen. Es wurden *„Versorgungsregionen und eine darauf abgestimmte Umstrukturierung stationärer und extramuraler Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen“⁹⁶* errichtet. Stationäre Betten wurden einerseits reduziert und andererseits wurden komplementäre ambulanten Dienste aufgebaut, orientiert an den persönlichen und therapeutischen Bedürfnissen der Patienten. Um Mehrfachbehandlungen zu verhindern, wurde in Wien eine eigene Trägerorganisation gegründet. Es wurden sozialpsychiatrische Ambulatorien eingerichtet, *„deren Aufgaben in der medizinischen Behandlung, sozialen Beratung,*

⁹⁴ Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung [Hrsg.]: Seelische Gesundheit in Wien. Informationen zu psychiatrischen, psychosozialen und rechtlichen Angeboten. Wien: Magistratsabteilung 24, 2010. S.24

⁹⁵ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.221

⁹⁶ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.224

Krisenintervention sowie der Bereitstellung psychologischer und therapeutischer Hilfe, auch in den Bereichen Arbeit und Wohnen, bestehen.“⁹⁷

„Zusätzlich zu den neu eingerichteten Ambulatorien bilden heute ein Sozialpsychiatrischer Notdienst, ein Ambulatorium für Suchtkranke, Tageskliniken und Tageszentren, therapeutisch unterstützte Wohnmöglichkeiten sowie Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation eine umfassende gemeindenahe Versorgungsstruktur. Durch das gleichbleibende multiprofessionelle Team von Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal und Sozialarbeitern ist eine bessere Kontinuität der Betreuung gewährleistet.“⁹⁸

Durch die Psychiatriereform gelang es Anfang der achtziger Jahre die Anzahl der Betten in den psychiatrischen Krankenhäusern drastisch zu reduzieren. So sank zum Beispiel die Bettenanzahl im psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe von 2500 im Jahr 1978 im Vergleich zu heute auf 700. Das Resultat ist eine Reduktion von 1800 Betten in 21 Jahren.

„Durch die regionalisierte Verteilung der Sozialpsychiatrischen Ambulatorien und rehabilitativen Einrichtungen war und ist für entlassene Patienten eine Nachbehandlung gesichert. Die Betreuungsmöglichkeiten sind für den Patienten leicht zugänglich, eine Unterstützung kann rascher und unmittelbarer auf verschiedenen Problemebenen einsetzen.“⁹⁹

Bedingt durch die Psychiatriereform das Betreuungsangebot auf einen längeren Zeitraum auszudehnen, extramurale Hilfeeinrichtungen zu installieren und die stationären Aufenthalte so kurz wie möglich zu gestalten, kam es deutlich zu einer Verbesserung in der Versorgung psychisch Erkrankter. Den Patienten wurde durch ein Hilfsangebot ein Leben in einem sozialen Umfeld ermöglicht, dass Kontakte zur Familie oder zum Arbeitsplatz Aufrecht erhält und gleichzeitig aber auch psychosoziale Unterstützung aus verschiedenen Sozialberufen in Anspruch zu

⁹⁷ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.225

⁹⁸ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.225f

⁹⁹ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.226f

nehmen. Es entstanden und entstehen immer noch Initiativen wie Angehörigenforen, Angehörigenplattformen, Selbsthilfegruppen, Tagungen, Veranstaltungen „mit »Trialog« oder »Tetralog« - Charakter (Patienten, Angehörige, Betreuer/Behandler, [Laien])“¹⁰⁰, Vernetzungstreffen, verschiedene Interessensvertretungen etc.

Durch die Einführung der LKF, der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, wird eine Leistung, die ein Patient heutzutage in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt, über den Bund verrechnet. Zuerst wird eine Diagnose basierend auf dem ICD 10 erstellt, diese wird kodiert und in späterer Folge wird die Leistung verrechnet.

„Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) wurde von österreichischen Experten für die Abrechnung der stationären Spitalskosten entwickelt und steht seit 1997 im Einsatz.“¹⁰¹

Somit wurde die Versorgung psychisch Erkrankter auf Bundesebene geregelt und sichergestellt.

1.5 Behandlung und Diagnostik in Österreich

Die Berufsgruppen, die in Österreich eine Diagnose stellen dürfen, tragen wesentlich dazu bei, was in der Gesellschaft als normal und was als nicht normal angesehen werden kann. Nach der derzeitigen österreichischen Gesetzeslage, ist es drei Berufsgruppen vorbehalten psychisch Erkrankte zu behandeln und/oder zu diagnostizieren. Das sind Ärzte, klinische Psychologen und Psychotherapeuten. Gesetzlich geregelt ist dies durch das Ärztegesetz 1998, das Psychotherapiegesetz BGBl.¹⁰² Nr. 361/1990 und das Psychologengesetz BGBl. Nr. 360/1990.

¹⁰⁰ Keintzel, Brigitta/ Gabriel, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999. S.228

¹⁰¹ http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/8/CH1164/CMS1098272734729/lkf-broschuere_bmg_2010_nachdruck_2011.pdf [24.04.2015] S.44

¹⁰² ausgeschrieben: Bundesgesetzblatt

1.5.1 Ärztinnen und Ärzte

Das Ärztegesetz 1998 definiert, dass der Beruf des Arztes zur Ausübung der Medizin berufen ist. Paragraph 2 des Ärztegesetz 1998 regelt die Behandlung eines Menschen wie folgt:

„§ 2. (2) Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfaßt jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, insbesondere

1. die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Mißbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind;

2. die Beurteilung von in Z 1 angeführten Zuständen bei Verwendung medizinisch-diagnostischer Hilfsmittel;

3. die Behandlung solcher Zustände (Z 1);“¹⁰³

Ein Arzt ist berechtigt, Menschen zu untersuchen und anhand diagnostischer Hilfsmittel zu beurteilen und zu behandeln. Eine psychiatrische Diagnose stellt entweder der Allgemeinmediziner oder auch ein Psychiater. Allgemeinmediziner wird jemand, indem nach dem Studium der Medizin, welches eine Mindestdauer von 12 Semestern hat, also einen Umfang von 6 Jahren hat, eine Turnusausbildung¹⁰⁴ im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses mit Schwerpunkt Facharzt für Allgemeinmedizin abschließt und anschließend eine Prüfung ablegt. Diese dauert insgesamt zumindest drei Jahre lang.¹⁰⁵ Psychiater wird jemand, indem eine 6 Jahre lang andauernder Turnusdienst im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses absolviert wird und eine Abschlussprüfung erfolgt.¹⁰⁶ Beide Ausbildungen der Fachrichtungen werden anhand eines Rastzeugnisses evaluiert und kontrolliert. Früher waren die Fächer der Neurologie und Psychiatrie zusammengefasst. Heute sind die beiden Fächer getrennt und die Bezeichnung Fachrichtung Psychiatrie wird aktuell bezeichnet mit Psychiatrie und

¹⁰³ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138&ShowPrintPreview=True> [15.04.2015]

¹⁰⁴ Der Begriff Turnus bedeutet Arzt in Ausbildung

¹⁰⁵ <http://www.aekwien.at/index.php/ausbildung/ausbildung-zum-arzt-fuer-am> [15.04.2015]

¹⁰⁶ <http://www.aekwien.at/index.php/ausbildung/ausbildung-zum-fa> [15.04.2015]

psychotherapeutische Medizin. „Ausbildungsstätten sind in erster Linie jene Abteilungen und medizinischen Einrichtungen von Krankenanstalten bzw. Universitätskliniken, die von der Österreichischen Ärztekammer als solche anerkannt worden sind.“¹⁰⁷ Des weiteren besteht für Allgemeinmediziner die Möglichkeit, sich in Form von ÖÄK Diplomen weiterzubilden. Dort kann die Zusatzbezeichnung psychotherapeutische Medizin erworben werden.

„Die ÖÄK-Lehrgänge „Psychosoziale-, Psychosomatische- und Psychotherapeutische Medizin“ sind beruflerweiternde ÖÄK - Diplom- Weiterbildungen, die in Summe der Diplome „Psychosoziale-, Psychosomatische- und Psychotherapeutische Medizin (Psy 1-2-3) bei erfolgreicher Absolvierung zur vollen psychotherapeutischen Kompetenz führen.“¹⁰⁸

Kosten, die durch die ärztliche Psychotherapie¹⁰⁹ entstehen, können bei der Krankenkasse geltend gemacht werden, wenn die Therapie bei einem Psychiater gemacht wurde, der entweder das Psy 3 Diplom von der Ärztekammer oder aber das Fachspezifikum für Psychotherapie absolviert hat. Im Unterschied zu den klinischen Psychologen und dem Psychotherapeuten ist es sowohl dem praktischen Arzt, als auch dem Psychiater erlaubt Medikamente zu verschreiben. Die Psychopharmakotherapie ist ein Schwerpunkt in der Tätigkeit als Arzt in der Behandlung von psychisch Erkrankten.

1.5.2 Das Unterbringungsgesetz

Seit 1991 trat in Österreich das Unterbringungsgesetz (UbG) in Kraft. Dieses regelt die Aufnahme und Behandlung von psychisch Erkrankten in der Psychiatrie. Es gibt eine Unterbringung auf persönliches Verlangen, also ein freiwilliges und eine Unterbringung ohne persönliches Verlangen, also ein unfreiwilliges. Grundsätze des Unterbringungsgesetzes ist der Schutz der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker unter der Verhältnismäßigkeit der angewandten Mittel. Psychiatrische

¹⁰⁷ <http://www.aekwien.at/index.php/ausbildung/ausbildung-zum-fa> [15.04.2015]

¹⁰⁸ http://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/OeAeKDiplomePDFs/Diplom-Richtlinien/RL07_PSY_Allgemeines.pdf [15.04.2015]

¹⁰⁹ <http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkversportal/content/contentWindow?contentid=10007.725081&action=2> [21.04.2015]

Abteilungen sind grundsätzlich offen zu führen, jedoch können geschlossene Bereiche eingerichtet werden. Patientenanwälte vertreten die Rechte der Untergebrachten. Da es hier um eine Einschränkung des persönlichen Rechtes kommt, muss eine Unterbringung per Gerichtverfahren geprüft werden. Voraussetzung für eine Unterbringung ist:

„§ 3. In einer psychiatrischen Abteilung darf nur untergebracht werden, wer

1. an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und

2. nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer psychiatrischen Abteilung, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.“¹¹⁰

Eine Unterbringung auf eigenes Verlangen muss eigenhändig schriftlich unterfertigt werden und kann jederzeit widerrufen werden. Die Aufnahme erfolgt über eine Untersuchung des Abteilungsleiter, der ein ärztliches Zeugnis auszustellen hat. Die Voraussetzungen für eine Unterbringung, sowie die Einsichts- und Urteilsfähigkeit nach Paragraph § 4 Abs. 1 müssen vorliegen. Die Unterbringung darf nur sechs Wochen, höchstens zehn Wochen betragen.

Die Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen kann nur durch einen Amtarzt oder durch die Exekutive bei Gefahr in Verzug veranlasst werden.

„§ 8. Eine Person darf gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt oder ein Polizeiarzt sie untersucht und bescheinigt, daß die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen. In der Bescheinigung sind im einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet.“¹¹¹

¹¹⁰<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936> [27.02.2016]

¹¹¹<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936> [27.02.2016]

Eine zwangsbedingte Unterbringung kann nur durch einen Arzt oder durch die Exekutive erfolgen. Das Gericht muss unverzüglich über eine Unterbringung verständigt werden. Innerhalb von vier Tagen findet eine Erstanhörung statt, in der die Unterbringung überprüft wird und eine Anhörung des Kranken stattfindet. Das Gericht hat Einsicht in die Krankengeschichte. Der Beschluss über die Zulässigkeit einer Unterbringung muss innerhalb von sieben Tagen schriftlich ausgefertigt werden. Eine weitere mündliche Verhandlung hat innerhalb von vierzehn Tagen zu erfolgen. Die Aufhebung einer Unterbringung vor Fristende erfolgt über das Gericht oder den behandelnden Arzt. Wird eine Unterbringung für zulässig erklärt, muss das Gericht eine Frist festlegen, die maximal drei Monate nach Beginn der Unterbringung beträgt. Die Zwangsbehandlung ist geregelt unter den Paragraphen § 36 und 37. Es bedarf einer Genehmigung des Gerichts. Ohne Genehmigung darf ausschließlich nur bei Gefahr in Verzug behandelt werden.

„§ 36. (1) Soweit der Kranke einsichts- und urteilsfähig ist, darf er nicht gegen seinen Willen behandelt werden; eine medizinische Behandlung, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist (besondere Heilbehandlung), darf nur mit seiner schriftlichen Zustimmung durchgeführt werden.

(2) Ist der Kranke nicht einsichts- und urteilsfähig, so darf er, wenn er minderjährig ist, wenn ihm ein Sachwalter bestellt ist, dessen Wirkungskreis Willenserklärungen zur Behandlung des Kranken umfasst, oder wenn ein Vorsorgebevollmächtigter vorhanden ist, nicht gegen den Willen seines Erziehungsberechtigten, Sachwalters oder Vorsorgebevollmächtigten behandelt werden; eine besondere Heilbehandlung darf nur mit schriftlicher Zustimmung des Erziehungsberechtigten, Sachwalters oder Vorsorgebevollmächtigten durchgeführt werden.

(3) Ist der Kranke nicht einsichts- und urteilsfähig und hat er keinen Erziehungsberechtigten, Sachwalter oder Vorsorgebevollmächtigten, so hat auf Verlangen des Kranken oder seines Vertreters das Gericht über die Zulässigkeit der Behandlung unverzüglich zu entscheiden. Eine besondere Heilbehandlung bedarf der Genehmigung des Gerichts.“

§ 37. Die Zustimmung und die gerichtliche Genehmigung sind nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, daß der mit der Einholung der Zustimmung oder der Genehmigung verbundene Aufschub das Leben des Kranken gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit des Kranken verbunden wäre. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der Abteilungsleiter. Dieser hat den Erziehungsberechtigten, Sachwalter oder Vorsorgebevollmächtigten oder, wenn der Kranke keinen solchen hat, den Patientenanwalt nachträglich von der Behandlung zu verständigen.“¹¹²

Unter den Voraussetzungen einer Zwangsunterbringung ist es nur verständlich, dass sich eine Behandlung rückwirkend oft negativ auf einen Patienten auswirkt, da diese unter Zwang geschieht. Zur Zwangsbehandlung gehört nicht nur die Fixierung anhand von Gurten, sondern auch die Verabreichung von Medikamenten. Die Verwendung von Netzbetten ist in Österreich seit 1. Juli 2015 per Gesetz verboten. Andererseits sei hier auch erwähnt, dass die Psychiatrie für manche Patienten sehr hilfreich ist. Es kann hier keine pauschal gültige Aussage getroffen werden, da jeder Mensch Eindrücke individuell wahrnimmt.

1.5.3 Klinische Psychologie

Die Bezeichnung Psychologin oder Psychologe darf in Österreich von Personen getragen werden, die ein anerkanntes Studium der Psychologie absolviert haben, welches mindestens 300 ETCS Punkte umfasst. Nach der Absolvierung des Psychologiestudiums, kann durch eine Zusatzausbildung die Berufsbezeichnung des Gesundheitspsychologen oder des klinischen Psychologen erworben werden. Voraussetzung dafür ist ausschließlich die Absolvierung eines Psychologiestudiums zuvor. Der Geltungsbereich umfasst wie folgt:

§ 6. (2) Die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie umfasst die durch den Erwerb fachlicher Kompetenz erlernte Anwendung von gesundheitspsychologischen und klinisch-psychologischen Erkenntnissen und Methoden bei der Untersuchung, Behandlung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des

¹¹²<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936> [27.02.2016]

*Erlebens und Verhaltens von Menschen und ihrer Lebensbedingungen einschließlich der Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Evaluation.*¹¹³

Der Erwerb der fachlichen Kompetenz erfolgt im Rahmen einer postgraduellen Ausbildung. In der Gesundheitspsychologie beträgt das Gesamtausmaß der zu absolvierenden Stunden 1949, in der klinischen Psychologie 2550 Stunden innerhalb von 5 Jahren ab Aufnahme in einer Ausbildungseinrichtung. Geregelt ist dies im Psychologengesetz § 8, Absatz 1. Im Gesetzestext ist auch explizit erwähnt, dass der vorbehaltene Tätigkeitsbereich der klinischen Psychologen den Berechtigungsumfang der Ärzte, der Psychotherapeuten und Musiktherapeuten nicht berührt. Der Tätigkeitsbereich des klinischen Psychologen ist wie folgt definiert:

„§ 22. (1) Die Berufsausübung der Klinischen Psychologie umfasst unter Einsatz klinisch- psychologischer Mittel auf Grundlage der psychologischen Wissenschaft, deren Erkenntnissen, Theorien, Methoden und Techniken sowie des Erwerbs der fachlichen Kompetenz im Sinne dieses Bundesgesetzes, die Untersuchung, Auslegung und Prognose des menschlichen Erlebens und Verhaltens sowie die gesundheitsbezogenen und störungsbedingten und störungsbedingenden Einflüssen darauf, weiters die klinisch-psychologische Behandlung von Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen. [...]

(2) 1. die klinisch-psychologische Diagnostik in Bezug auf gesundheitsbezogenes und gesundheitsbedingtes Verhalten und Erleben sowie auf Krankheitsbilder und deren Einfluss auf das menschliche Erleben und Verhalten sowie

(2) 2. aufbauend auf Z 1 die Erstellung von klinisch-psychologischen Befunden und Gutachten hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmale oder Verhaltensformen in Bezug auf psychische Störungen sowie in Bezug auf Krankheitsbilder, die das menschliche Erleben und Verhalten beeinflussen sowie in Bezug auf Krankheitsbilder, die durch menschliches Erleben und Verhalten beeinflusst werden.

¹¹³<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008552> [19.04.2015]

(3) Darüber hinaus umfasst der Tätigkeitsbereich der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen insbesondere

- 1. die Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden bei Personen aller Altersstufen und Gruppen, die aufbauend auf klinisch-psychologische Diagnostik fokussiert, ziel- und lösungsorientiert ist.*
- 2. klinisch-psychologische Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisensituationen,*
- 3. klinisch-psychologische Beratung in Bezug auf verschiedene Aspekte gesundheitlicher Beeinträchtigungen, ihrer Bedingungen und Veränderungsmöglichkeiten sowie*
- 4. die klinisch-psychologische Evaluation.“¹¹⁴*

In der Praxis angewendet, fokussiert der Tätigkeitsbereich der klinischen Psychologie auf die Diagnostik und die unterschiedlichen Testverfahren. In der Psychologie beschreibt der Begriff Diagnostik, ohne Bezug zur Medizin, *„die Lehre von den Methoden und Verfahren der sachgemäßen Durchführung einer Diagnose. Eine ‚Diagnose‘ liefert Aussagen darüber, welche Sachverhalte (in der Vergangenheit) für ein Verhalten (in der Gegenwart) verantwortlich sind.“¹¹⁵* Eine psychologische Diagnose stellt somit eine Kausalität her, die versucht menschliches Verhalten vorher zu sagen *„‚Diagnostik‘ schließt heute auch Aussagen im Sinne einer Prognose ein“¹¹⁶*. Testverfahren, die in der klinischen Psychologie zur Anwendung kommen, sind: Intelligenztests, Persönlichkeitstests, Leistungstests, projektive Verfahren und die Verhaltensbeobachtung. Ein klinischer Psychologe erstellt zuerst eine Diagnose anhand eines Anamnesegesprächs und dem entsprechenden Test und erarbeitet darauf basierend einen Behandlungsplan für einen Patienten. Die *„Klinisch-psychologische Behandlung erfolgt theoriegeleitet nach den verschiedenen Methoden und Modellen der wissenschaftlichen*

¹¹⁴<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008552&ShowPrintPreview=True> [20.04.2015]

¹¹⁵ Fisseni, Hermann-Josef: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag, 2004. S.4

¹¹⁶ Fisseni, Hermann-Josef: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag, 2004. S.4

*Psychologie im Sinne eines eklektischen Ansatzes.*¹¹⁷ Der fachliche Zugang unterscheidet sich somit auch wesentlich von der Psychotherapie. Klinische Psychologen bekommen von der Krankenkasse im Gegensatz zu Ärzten und Psychotherapeuten keinen Zuschuss für therapeutische Leistungen bzw. Behandlungen, sondern nur für das Erstellen einer Diagnose und einer Testung.¹¹⁸

1.5.4 Psychotherapie

Das Psychotherapiegesetz gibt es in Österreich seit 1991. Zuvor war es nur dem Arzt erlaubt psychotherapeutisch tätig zu sein. Um aus diesem juristischen Graubereich zu entkommen, schlossen sich die wichtigsten Psychotherapie Vereine Österreichs in einem Dachverband zusammen und erarbeiteten gemeinsam einen Gesetzesentwurf. Die Psychotherapie ist somit ein fixer Bestandteil des österreichischen Gesundheitswesens, eine eigenständige Wissenschaft und kein Teilgebiet der Medizin mehr. Psychotherapie kann individuell Veränderungs- und Entwicklungsprozesse in Gang setzen, hilft bei Problemen und Lebenskrisen, heilt oder lindert seelische Leidenszustände, verändert gestörte Verhaltensweisen oder Einstellungen und hat auch einen salutogenetischen Ansatz im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

„§ 1. (1) Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“¹¹⁹

¹¹⁷http://www.boep.or.at/fileadmin/editor_upload/Klinisch_psychologische_Behandlung/Behandlung_allgemein.pdf [20.04.2015]

¹¹⁸<http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkversportal/content/contentWindow?contentid=10007.725080&action=2> [20.04.2015]

¹¹⁹<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620&ShowPrintPreview=True> [20.04.2015]

Ein Hauptanliegen für die Erschaffung des Gesetzes war, den Bedarf der Bevölkerung an psychotherapeutischer Versorgung (Behandlung, Betreuung, Beratung) durch eine besonders qualifizierte Berufsgruppe zu gewährleisten. Der Gesetzgeber hat die Ausbildung und die Ausübung der Psychotherapie geregelt. Der erste Teil zur Ausbildung der Psychotherapie ist das psychotherapeutische Propädeutikum. Dieses umfasst insgesamt 1315 Stunden, davon sind 765 Stunden Theorie und 550 Stunden praktisch zu absolvieren. Der zweite Teil ist das psychotherapeutische Fachspezifikum. Dieses beinhaltet mindestens 300 Stunden Theorie und zumindest 1600 Stunden praktische Erfahrung. Die Gesamtdauer der Psychotherapieausbildung beträgt zumindest 2915 Stunden. Die Psychotherapie ist ein freier Gesundheits- und Heilberuf und koexistiert neben denen der Ärzte, klinischen Psychologen, Gesundheitspsychologen sowie Musiktherapeuten und wurde nicht als Gewerbe verankert, sondern als qualifiziert, wissenschaftliche Ausbildung bzw. Profession. Ein Psychotherapeut diagnostiziert anhand des ICD 10, jedoch ist eine zuvor gestellte Diagnose keine Voraussetzung für eine Behandlung, im Unterschied zum klinischen Psychologen, sondern dient zur Verrechnung für einen Kostenzuschuss zur Psychotherapie von der Krankenkasse.

1.5.5 Psychotherapie als Behandlungsmethode

Das folgende Kapitel basiert auf dem Buch von Gerhard Stumm: Psychotherapie, Schulen und Methoden.

Die Psychotherapie ist eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin, die interdisziplinär ist und sich verschiedener Quellen, wie zum Beispiel der Psychologie, Medizin, Philosophie und Kommunikationswissenschaft bedient. Es gibt gewisse Überschneidungen und sie verfügt in Österreich über ein berufspolitisches Profil. Die Definition von Psychotherapie ist unterschiedlich, sowie auch die verschiedenen Ansätze in der Psychotherapie, diese sind gesetzlich geregelt. Es gibt in Österreich ein Psychotherapiegesetz, dort ist die Definition von Psychotherapie wie folgt: "Psychotherapie ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und

Leidenszuständen mit wissenschaftlich - psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem und mehreren Behandelnden und einem und mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und Reifung, Entwicklung und die Gesundheit des Behandelnden zu fördern."

Zur Psychotherapie gehören Begriffe wie Ausbildung, Indikation, wissenschaftliche Methode, Beziehung und Zielsetzung. Es ist ein Heilverfahren, das nicht nur von Menschen in Anspruch genommen werden kann, die Diagnosen oder eine Indikationsstellung haben, sondern auch von Personen, die einen subjektiven Leidensdruck empfinden. Personen können sich auch an die Psychotherapie wenden, wenn sie Selbsterfahrungs- oder wachstumsorientierte Wünsche haben, aus einem präventiven Gedanken heraus, aus einem emanzipatorischem Interesse oder einfach auch aus Selbsterforschungszwecken.

Welche Methoden zur Psychotherapie zugelassen werden, entscheidet in Österreich ein Beirat vom Bundesministerium für Gesundheit zur Begutachtung. Es gibt keine generelle Festlegung oder Richtlinie, sondern es wird ein theoretischer Diskurs vom Fachpersonal durchgeführt und danach erfolgt aufgrund wissenschaftlich fundierter Ergebnissen die Anerkennung beim Bundesministerium über eine psychotherapeutische Schule.

Der Psychotherapiebeirat richtet sich nach einer Kriterienliste zur Überprüfung der Schulen. Es gilt folgendes Anforderungsprofil zu erfüllen:

1. die Definition wissenschaftlicher Psychotherapie
2. die Konsistenz zwischen Therapie und Methodik
3. die Nachvollziehbarkeit der Schulentradition
4. die Eigenständigkeit der Methode
5. die Darstellung der theoretischen Grundlagen (eigenständige Theorieentwicklung, Persönlichkeitstheorie bei Theologiemodell, Theorie der Anwendung)
6. die Transparenz/Nachvollziehbarkeit der Praxis (Spezifität der Methode, Dokumentation, Fallstudien, Anwendung bei verschiedenen Klientengruppen)

7. die Publikationen in der Fachliteratur (Standardwerke, Wirksamkeitsforschung, internationale Verbreitung)

Dieser Kriterienkatalog weist eine Ähnlichkeit mit der "Charta der Ausbildungsinstitutionen für Psychotherapie und der psychotherapeutischen Fachverbände in Zusammenarbeit mit dem Schweizer Psychotherapeutenverband (STV/ASB)" auf. Dieser ist gegliedert in die Metatheorie, die Therapietheorie und die Praxistherapie.

In der **Metatheorie** geht es um die Erkenntnistheorie, (Wie erkenne ich die Welt?), die Anthropologie (Was ist der Mensch und über welches Menschenbild verfügt die angestrebte Psychotherapieschule/Richtung), des weiteren um die Ethik (Was darf, was soll, ich tun, die Wertvorstellungen), die Wissenschaftstheorie (die Definition der Wissenschaftlichkeit und der Forschungsmethodik), die Gesellschaftstheorie (die sich über Formen des mitmenschlichen Zusammenlebens beschäftigt) und die Geschichte der Psychotherapie (damit sind wissenschaftliche und historische Grundlagen ihrer Entstehung und Herkunft gemeint).

Die **Therapietheorie** beinhaltet die allgemeine Theorie (Begründung, Sinn, Möglichkeiten und Grenzen professioneller Psychotherapie), die spezielle Theorie (die sich mit der Theorie des psychotherapeutischen Prozesses beschäftigt), die persönliche und Entwicklungstheorie und das Gesundheits- und Krankheitsverständnis.

Die **Praxistherapie** beinhaltet die Interventionslehre, die Behandlungstechnik, die Methodenlehre und die Praxisfelder.

Die Schweizer Charta lehnt sich an den "Tree of Science" von Petzold 1984 an. Grundlage zur Ausübung einer psychotherapeutischen Methode gilt der Erwerb über eine gründliche Selbsterfahrung durch die Lehrtherapie und die Lehranalyse und der Erwerb von theoretischen Grundlagen und die Durchführung von Psychotherapie unter begleiteter Supervision durch einen Supervisor. Zusammengefasst die Praxis, die Begleitung und Kontrollanalyse. In metatheoretischen Konzepten geht es um die weltanschauliche Ausgangsbasis, wie z.B. der Persönlichkeitstheorie, (die Theorie zur Entwicklung einer Person), Vorstellungen zum Thema Krankheitsbegriff (also welche Phänomene werden nach

krank, gestört, dysfunktional und abnorm erachtet, welche Ursachen, Bedingungen und Umstände haben die jeweiligen Schulen bezüglich der Entstehung von Störungen und welche Faktoren beeinflussen ihren Verlauf), welche Indikationen gibt es (also Interventionen) und die Theorie der Praxis (also der Praxeologie, beschreibt anhand welcher Techniken der psychotherapeutische Prozess sich orientiert). Ziel der Therapie soll z.B. die Verringerung des Leidensdruckes oder die Minderung/Veränderung einer Symptomatik sein, Beziehungs- oder Arbeitsfähigkeit und die Strukturierung der Persönlichkeit. Auch soll die Effizienz anhand empirischer Studien gewährleistet sein, die über die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren und deren Brauchbarkeit evaluieren und letzten Endes ist auch die praktische Durchführung der Methode in einer Fachliteratur zu publizieren.

In Österreich gibt es vier Hauptströmungen, die als anerkannte psychotherapeutische Methoden gelten. Das sind folgende Ausrichtungen: die tiefenpsychologisch/psychodynamische (darunter fallen psychoanalytische Methoden und tiefenpsychologisch fundierte Methoden), die humanistisch-existenzielle, die systemische und die verhaltenstherapeutische Ausrichtung. In dieser Arbeit wird näher auf die humanistisch-existenzielle Orientierung eingegangen werden. Diese sind die Existenzanalyse, die Existenzanalyse und Logotherapie, die gestalttheoretische Psychotherapie, die integrative Gestalttherapie, die integrative Therapie, die klientenzentrierte Psychotherapie, die personenzentrierte Psychotherapie und das Psychodrama.

1.6 Psychopharmakotherapie

Psychopharmaka sind psychotrope Arzneimittel. Sie dienen zur Behandlung von Krankheiten von psychischen Störungen und werden je nach Wirkprofil in unterschiedliche Gruppen eingeteilt. In Österreich ist die medikamentöse Behandlung anhand von Psychopharmaka den Ärzten vorbehalten.

„Im wesentlichen unterscheidet man Hypnotika, Sedativa, Antiepileptika und Psychostimulantien. Zudem werden im

engeren Sinne Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer unterschieden.“¹²⁰

Psychopharmaka sind unvollkommene Medikamente, weil sie nur auf Symptome wirken und nicht die Ursache bekämpfen. Sie versprechen zwar eine Linderung, jedoch keine Heilung. Psychopharmaka sind Substanzen, die einerseits menschliches Erleben und Verhalten beeinflussen, sich aber andererseits von Drogen unterscheiden, denn sie sind keine Genuss- oder Rauschmittel. Die Psychopharmakotherapie ist ein relativ junger Zweig in der Medizin.

„Anfang der fünfziger Jahre wurden die antipsychotischen Wirkungen von Chlorpromazin (1952) und Haloperidol (1958) und kurz davor wurde bereits die antimanische Wirkung von Lithium (1949) entdeckt.“¹²¹

In den darauffolgenden Jahren entwickelten sich weitere Medikamente, jedoch war bis auf das Clozapin (Leponex 1973) nicht wirklich etwas innovatives dabei. In den 90er Jahren eroberten eine neue Generation von Antidepressiva und Antipsychotika den Markt. Es gab zwar einiges Wissen über die Wirkungen und Risiken der neuen Medikamente, aber man wusste lange nichts über die eigentliche Wirkungsweise im Gehirn. Der heutige Wissenstand ist, dass wir auch noch nicht alles über die Wirkung von Psychopharmaka wissen, dennoch aber genug, dass wir neue Medikamente entwickeln können und ihre Chancen und Risiken jenseits der klinischen Beobachtung auch abzuschätzen können. Aktuell wird in der Medizin das Modell des Synaptischen Spalts¹²² gelehrt. Dieses Konstrukt ermöglicht es die Wechselwirkungen der Nervenzellen bildlich darzustellen. Leider gab es in der Vergangenheit auch negative Auswirkungen von Psychopharmaka auf die Menschen, wie zum Beispiel die Contergan Katastrophe Anfang der 60er Jahre. Seither werden alle Medikamente vor der Zulassung in die Praxis experimenteller Forschungen unterzogen und kontrolliert anhand von klinischen Studien und mit

¹²⁰ Zaudig, Michael/ Trautmann, Rolf Dieter [Hrsg.]: Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin [u.a.]: Springer Verlag, 2006. S.599

¹²¹ Finzen, Asmus: Basiswissen: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2007. S.9

¹²² Der Synaptische Spalt bezeichnet den Raum zwischen zwei Nervenenden (=Synapsen). In diesem Zwischenraum werden Signale und Informationen über Botenstoffe, sogenannte Überträgersubstanzen, von einer Nervenzelle zur anderen ausgetauscht.

bewährten Medikamenten und Placebos verglichen und auch auf ihre Wirkungen und Nebenwirkungen geprüft. „Solche ‚Randomized Clinical Trials‘ (RCT) gelten als ‚Goldstandard‘, der sogenannten ‚Evidence Based Medicine‘“. ¹²³ Auch hier gibt es wieder Grenzen, denn diese RCTs können nur die generelle Wirkung des Medikaments und die häufigsten Nebenwirkungen wiedergeben, sie sagen aber nichts darüber aus, wie der Einzelne auf das jeweilige Medikament anspricht und wie gut sie auch im Einzelfall vertragen werden. Deshalb ist es auch wichtig nach der Zulassung eines Medikamentes dieser weiterer kontrollierter Studien, Metaanalysen, offener klinischen Studien, sowie Gruppen- und Einzelbeobachtungen zu unterziehen. Jedoch ist auch hier die individuelle Wirksamkeit und Verträglichkeit der Medikamente sehr unterschiedlich und daher auch kritisch auf deren Aussagekraft zu prüfen.

Die Psychopharmaka wirken im Gehirn. Sie greifen in ein System ein, dass sehr hochkomplex ist und aus Nervenzellen, Neuronenbahnen, Kernen und Funktionszentren besteht. Hauptsächlich wirken diese in der Verbindungszone zwischen den Nervenzellen, der Synapse, an der die Reizübertragung zwischen den Zellen stattfindet. Diese senden ein Reizsignal und die Psychopharmaka greifen hier ein, indem sie stören, stärken oder diesen Prozess blockieren. Somit ist die Kommunikation zwischen den Zellen und die Reizübertragung beeinflusst. Psychopharmaka wirken also auf die Botenstoffe, die Neurotransmitter, ein. Derzeit sind mindestens 300 solcher Botenstoffe bekannt.

„Die für die psychischen Funktionen wichtigsten Neurotransmitter sind: Noradrenalin (NA), Serotonin (5-HT), Dopamin (DA), Azetylcholin (ACH) und Gamma-Aminobuttersäure (GABA). Weitere Botenstoffe wie Histamin, Glutamat, Opioide und Adenosin spielen bei der Koordination von Aktivität und Emotionalität, Psychomotorik und Schmerz eine wichtige Rolle.“¹²⁴

Diese Transmittersysteme steuern allein, oder auch in Verbindung mit anderen bestimmte Hirnfunktionen. Neurotransmitter sind einfache Moleküle. Am Beispiel

¹²³ Finzen, Asmus: Basiswissen: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2007. S.10

¹²⁴ Finzen, Asmus: Basiswissen: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2007. S.12

einer Depression soll hier dargestellt werden wie das Modell des synaptischen Spalts diese erklärt. Bei einer Depression ist zuwenig Noradrenalin und Serotonin im synaptischen Spalt vorhanden und die Reizübertragung ist daher mangelhaft. Durch das Eingreifen von Antidepressiva kann für eine vermehrte Produktion des Botenstoffes gesorgt werden, es kann eine Inaktivierung innerhalb der Zelle durch die Monoaminoxidase oder die Catechol-O-Methyltransferase gehemmt werden oder es kann die Wiederaufnahme in die Zellen verhindert werden. Durch diese Einflussnahmen auf den synaptischen Spalt kann je nach Medikament entweder ein mehr oder ein weniger an Botenstoffen verursacht werden. Anders verhält es sich bei der Psychose, weil dort durch die Überaktivität der abgebenden Nervenzelle, der Botenstoff sehr reichlich im synaptischen Spalt vorhanden ist und dadurch die Zelle sehr gereizt und irritiert sein kann. Dies ist z.B. bei schizophrenen Psychosen der Fall, ist zuviel Dopamin im synaptischen Spalt vorhanden, welches abgegeben wird. Und hier besteht die pharmakologische Intervention darin, dass die Rezeptoren der aufnehmenden Zellen für das Dopamin blockiert werden und so auf diese Weise für Ruhe sorgen. Die Arzneimittelwirkung von Psychopharmaka findet nicht nur im synaptischen Spalt alleine statt, sondern wirkt viel umgreifender, nämlich im gesamten neuronalen Netz, welches dafür verantwortlich ist, dass alle Hirn- und Körperfunktionen aufrecht erhalten werden und diese auch steuert. Ungeklärt bleibt jedoch nach wie vor die Frage, wie der biochemisch gesteuerte neuronale elektrische Reiz zur psychischen Empfindung oder zum intellektuellen Prozess wird. Auch ungeklärt bleibt die Frage, wie und warum sich eine Störung dieses Gleichgewichts der Botenstoffe in psychischen Krankheiten widerspiegeln kann.

„Es ist gut vorstellbar, dass die Krankheiten letzten Endes auch wieder nur Ausdruck - Symptom von Problemen an ganz anderen Stellen des Gehirns sind. [...]. Dass also Psychopharmaka wirken, sagt gar nichts über Ursachen von psychischen Störungen aus.“¹²⁵

¹²⁵ Finzen, Asmus: Basiswissen: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2007. S.14f

Die medikamentöse Behandlung von psychischen Störungen ist aktuell sehr relativ, weil nach wie vor nicht eindeutig gesagt werden kann, wie viele und welche Eingriffe auf das neuronale Netz wirken. Es ist bewiesen, dass die Psychotherapie auch einen Einfluss auf den Hirnstoffwechsel hat und somit auf das Transmittergleichgewicht einwirken kann. Derzeit gibt es eine Schätzung, dass eine Billion Zellen das ganze Gehirn umfassen und diese wiederum durch Synapsen miteinander verknüpft sind. Diese Auffassung nimmt eine Dimension an die jegliche Vorstellungskraft sprengt. Das neuronale Netz ist nicht starr oder konstant, sondern ganz im Gegenteil es ist extrem flexibel und es werden ständig neue Verknüpfungen gebildet oder alte Verknüpfungen gelöst. Es befindet sich in ständiger Veränderung. Das Gehirn kann als „selbstreferenziell“ begriffen werden, also als System, dass sich selbst reguliert und im Gleichgewicht hält. Man kann auch kausal nicht behaupten, dass spezifische oder unspezifische Reize aus dem Körper oder von den Sinnesreizen auf bestimmte Hirnfunktionen oder Hirnzentren wirken, denn sie sind an unterschiedlichen Orten und Funktionen in dem System wirksam. Haupt- und Nebenwirkungen von Medikamenten sind miteinander verknüpft, es kann zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen kommen und zusätzlich ist auch die subjektive Wahrnehmung und Empfindung auf das Medikament entscheidend. Es kann allgemein die Aussage gemacht werden, dass Wirkungen der Transmitterbalance und die Reaktion des Nervensystems, bzw. der einzelnen Nerven und Synapsen miteinander in Zusammenhang stehen, rückschließend aber kann nicht spezifisch auf ein einzelnes Transmittersystem oder auf eine besondere Rezeptorengruppe zurückgegriffen werden.

Im nun folgenden Abschnitt wird näher auf die Wirkungen der Neuroleptika eingegangen werden. Neuroleptika sind Medikamente die bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis verwendet werden. Es sind einerseits sehr unbeliebte Medikamente, die einerseits einen negativen Ruf haben, weil diese vor allem nur symptomatisch wirken und auch andererseits einige vielfältige unerwünschte Nebenwirkungen auf die Patienten haben können. Neuroleptika wirken spezifisch auf psychotische Symptome, heben jedoch nicht die Ursachen von Psychosen auf. In kleinen Mengen können sie auch beruhigend und schlafanstoßend wirken. Im Gegensatz zu Schlafmitteln und Tranquilizer wirken sie aber nicht in hohen Dosen

narkotisch. Psychopharmaka bewirken eine Linderung, eventuell auch eine Besserung der teilweise quälenden psychotischen Symptomen, wie z.B. der Verfolgungsangst, psychomotorischer Erregung, Halluzinationen oder Denkstörungen, diese können aber nicht eine erwünschte Heilung herbeiführen. Alle neuroleptischen Medikamente haben gemeinsam, dass sie auf eine Dopamin-2-Blockade abzielen und werden dadurch aufgrund ihrer chemischen Struktur eingeteilt. Zu den konventionellen Neuroleptika zählen: Phenotiazin, Thioxanthen und Butyrophenon Derivate. Zu den Phenotiazin Derivaten gehören das Chlorpromazin und Penazin oder Perphenazin. Die Thioxanthen Derivate weisen eine Ähnlichkeit mit den Phenotiazin Derivaten auf. Zu dieser Gruppe gehören das Chlorprothixen, das Clopenthixol und das Flupentixol. Die Butyrophenon- Derivate leiten sich von Haloperidol ab, dessen antipsychotische Wirkung bereits 1957 nachgewiesen worden ist. Der Vorteil dieses Derivates ist, dass die vegetativen und Kreislaufnebenwirkungen gegenüber den extrapyramidalen Nebenwirkungen in den Hintergrund treten. Die Wirkungen und Nebenwirkungen sind aber keineswegs einheitlich. Zu den Butyrophenon Derivaten zählen das Haloperidol, Benperidol und Pipamperon. Auch Penfluridol und das injizierbare Fluspirilen ist in Österreich und der Schweiz verbreitet. Neben den konventionellen Neuroleptika gibt es auch die Atypika, also die atypischen Neuroleptika. Zu dieser Gruppe gehört das Sulpirid und Prothipendyl. Das Thioridazin sowie das Clozapin wird in Europa schon seit drei Jahrzehnten eingesetzt. Das Clozapin hat den Vorteil, dass es nicht zu extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen kommt, weil es sich im Gehirn auf andere Zentren, wie im Nucleus niger und im Corpus striatum, auswirkt. Nach wie vor gilt Clozapin trotz der Anwendungseinschränkungen als die wirksamste Substanz bei Psychosen. Neuere Substanzen der Atypika sind das Zotepin, Risperidon, Olanzapin, Seroquel, Amisulprid, Ziprasidon und das Aripiprazol. Derzeit weiss die Wissenschaft schon mehr über die Wirkungsqualitäten von Psychopharmaka, vor allem einiges über den Stoffwechsel und die Angriffspunkte der Neuroleptika im Gehirn, welche z.B. durch die Positronen-Emissions-Thomographie (PET) auch als bildgebendes Verfahren nachgewiesen werden kann. Somit ist einiges über die Stoffwechselveränderungen im Rahmen psychotischer Prozesse bekannt. Sie greifen im Zwischenhirn und ins limbische

System in den Transmitterstoffwechsel ein und beeinflussen elektrische und chemische Reizübertragungen zwischen den Nervenzellen. Aber nach wie vor bleibt die Wirkung der Neuroleptika symptomatisch, weil die Medikamente nicht in der Lage sind, den Stoffwechsel der übererregten vermehrt Dopamin produzierenden Nervenzellen zu normalisieren. Sie vermögen zwar in die gestörten Transmitterwirkungen einzugreifen, indem sie die Aufnahmefähigkeit der Reiz empfangenden Nervenzellen für die entsprechenden Botenstoffe blockieren, wie z.B. das Dopamin 2, indem sie selbst Verbindungen mit den Rezeptoren eingehen. Somit werden zwar die Symptome der schizophrenen Störung gemindert, jedoch nur symptomatisch. Umgekehrt kann man schizophrene Störungen nicht nur einseitig mit dem dopaminergen System in Verbindung bringen, denn einige Neuroleptika greifen auf mehrere unterschiedlichen Transmittersysteme ein und sind keine selektiven Dopamin-D2-Antagonisten. Eine Problematik in der Behandlung mit Neuroleptika ist jene, dass sie zuwenig spezifisch sind und nur sehr gering in das komplexe System der gestörten Reizübertragung bei schizophrenen Erkrankungen eingreifen. Sie blockieren auch Reizübertragungsprozesse, die nicht von der Krankheit betroffen sind und greifen auch in Gehirnbereiche ein, die völlig andere Funktionen haben. Damit erklären sich auch die extrapyramidal-motorischen, sowie die vegetativen Nebenwirkungen. Neuroleptika werden in erster Linie nicht zur Behandlung von Krankheiten, sondern von Zuständen, Syndromen und Zielsymptomen eingesetzt. Neuroleptika sind allgemein Medikamente mit vielfältigen unerwünschten Wirkungen, dazu gehören besonders die Nebenwirkungen von extrapyramidal-motorischen Symptomen. In der neuen Generation der Neuroleptika hat sich diese Problematik auf eine Gewichtssteigerung der Patienten verlagert. Zu diesen Nebenwirkungen können auch Begleiterscheinungen wie z.B. Konzentrationsstörungen, Gleichgültigkeit und Antriebsarmut hinzukommen. Durch die subjektive Empfindung des Patienten kann daher nicht eindeutig zugeordnet werden, ob diese Symptome der Krankheit oder die Folge von der Therapie sind.

1.6.1 Nebenwirkungen von Neuroleptika

Generell lassen sich unerwünschte Begleitwirkungen von Neuroleptika wie folgt zusammenfassen:

- **Extrapyramidal-motorische Symptome (EPS)**

Akute Dyskinesien („Frühdyskinesien“): Diese zeigen sich meist zu Beginn der Behandlung und sind unwillkürliche Bewegungen mit Zungen-, Schlund- und Blickkrämpfen, Bewegungstürmen der Gesichtsmuskulatur, Verkrampfungen der Kiefermuskulatur (Trismus), sowie auch anderen Störungen des Bewegungsablaufes wie z.B. Tortikollis oder Torsionsdystonie.

Pharmakogenes Parkinsonoid: tritt in der Regel erst nach Ablauf der ersten Behandlungswochen auf und eher durch die Verabreichung von hochpotenten Neuroleptika. Gekennzeichnet ist dieses durch Bewegungsarmut und die Unbeweglichkeit der Gesichtszüge (Amimie). Der Gang des Patienten wird kleinschrittig, die Mitbewegungen von Armen beim Gehen bleiben aus. Die Hypokinese erleben die Patienten als Behinderung und Einschränkung. Das Parkinsonoid ist behandelbar durch das Verabreichen von Antiparkinsonmittel.

Akathisie: ist Bewegungsunruhe. Der Patient kann meist keine 10 Minuten lang ruhig sitzen bleiben und läuft unruhig hin und her. Er hat das Gefühl, dass er nicht auf einer Stelle stehen bleiben kann und bewegt auch beim Sitzen ständig die Füße und die Oberschenkel. Akathisie wird von den Patienten als äußerst quälend empfunden. Meist tritt diese erst nach einigen Wochen der Behandlung auf und kann nicht mit einem Antiparkinsonmittel behandelt werden.

Tardive Dyskinesien („Spätdyskinesien“): Diese treten meist erst nach Jahren der Behandlung auf und sind im Gegensatz zu anderen extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen Dauerschäden. Es sind spontane, unkontrollierbare Bewegungen der Mund- und Gesichtsmuskulatur wie z.B. Schmatzbewegungen. Manchmal sind auch die Arme und Beine von den Spätdyskinesien betroffen, z.B. durch Schleuderbewegungen (Ballismus). Neuere Untersuchungen ergeben, dass sich diese nach Weglassen von Neuroleptika erheblich zurückbilden. Nach drei Jahren sollen sie zu 70% verschwinden. Besserungen treten unter Umständen auf, wenn

es eine Begleitmedikation mit Betablockern gibt oder ein Wechsel auf Clozapin (Leponex) erfolgt.

- **Vegetative Symptome**

Diese kommen vor allem bei niederpotenten Neuroleptika oder Atypika vor.
Mundtrockenheit: manchmal auch vermehrter Speichelfluss.

Tachykardie: Herzrasen, Blutdrucksenkung mit gleichzeitiger Steigerung der Herzfrequenz

Akkommodationsstörungen und Erhöhung des Augeninnendruckes (Glaukom): Probleme des Auges beim Schärpen, die Linse kann nicht fokussieren

Obstipation: Verstopfung

Miktionsstörungen: Blasenentleerungsstörung

Vermindertes Schwitzen

- **kardiovaskuläre Störungen**

Hypotone Blutdruckregulationsstörungen, EKG-Veränderungen (Verlängerung der QT-Zeit, Verformung der T-Welle), Arrhythmien

- **Psychische Symptome**

Müdigkeit, pharmakogene Depression

- **Endokrine Störungen**

Galaktorrhoe: Milchaussonderung, diese kommt sowohl bei Frauen, als auch bei Männern vor.

Gynäkomastie: eine gutartige ein- oder beidseitige Vergrößerung der männlichen Brustdrüse (Drüsenkörpers)

Menstruationsstörungen und sexuelle Störungen

- **Neurologische Nebenwirkungen**

Zerebrale Krampfanfälle und Delirien. Delirante Syndrome treten vor allem bei höherer Dosierung und älteren Patienten auf und äußern sich durch Desorientiertheit, Verwirrung, motorischer Unruhe, Halluzinationen und

Denkstörungen. Problematisch werden diese Symptome bei psychotischen Patienten, wo ohne dies schwer erkennbar ist, ob die Patienten gerade an Sinnestäuschungen und Wahnideen aufgrund der Psychose oder der Medikamente leiden. Wenn diese Symptome aufgrund einer Überdosierung vorkommen, soll entweder die Dosierung drastisch reduziert werden oder sogar ganz abgesetzt werden. Delirante Syndrome können auch bei der Behandlung von Antidepressiva und Akineton auftreten.

- **Wirkungen auf Blut bildende Organe**

Passagere Leukozytose: erhöhte Anzahl von weissen Blutkörperchen im Blut

Eosinophilie: Ist ein Sonderfall der Leukozytose, Erhöhung der Zahl eosinophiler Granulozyten, kurz Eosinophilie, im Blutbild

Lymphozytose: Erhöhung der Lymphozytenzahl im Blut

Leukopenie: verminderte Anzahl von weißen Blutkörperchen im Blut

Agranulozytose: ist eine starke Verminderung der Granulozyten, einer Untergruppe der weißen Blutkörperchen.

- **Dermatologische Störungen**

Hautallergien, Fotosensibilisierung

- **Hepatische Wirkungen**

(Passagere) Erhöhung der Transaminasen: sind Enzyme, die in der Leber, Herz und Skelettmuskulatur vorkommen.

cholestatischer Ikterus: Gelbsucht, erkennbar durch die gelbe Färbung der Haut und der Augenbindehaut.

toxische Hepatose: ist eine Schädigung der Leber, die durch einen Rückstau von Gallensaft entsteht. Dabei verquellen die Gallenwege und führen zu weiteren Symptomen wie Gelbsucht.

- **Ophthalmologische Störungen**

Linsen- und Hornhauttrübungen, Pigmenteinlagerungen in der Retina

- **Störungen der Thermoregulation**

Vorübergehender leichter Temperaturanstieg („drug fever“), starke Temperaturerhöhungen im Rahmen des sogenannten „maligne neuroleptischen Syndroms“. Störungen der Temperaturregulation sind gefährlich für den Patienten, wenn diese erkannt werden, insbesondere wenn der Kranke psychomotorisch erregt ist. Hier kann das Fixieren lebensgefährlich sein! Bei Fieberzuständen unter Neuroleptika ist immer an die Möglichkeit der Hyperthermie zu denken. Das „maligne neuroleptische Syndrom“ ist eine seltene Komplikation bei der Behandlung mit Neuroleptika und ähnelt der perniziösen Katatonie. Es ist gekennzeichnet durch eine allgemeine Starre und Bewegungslosigkeit wie dem katatonen Stupor, durch Temperaturerhöhung, durch eine meist drastische Erhöhung der Kreatin-Phosphor-Kinase, sowie durch eine Leukozytose mit Linksverschiebung. Differentialdiagnostisch ist auch an eine Virusenzephalitis zu denken. Das „maligne neuroleptische Syndrom“ soll in 20% der Fällen einen tödlichen Ausgang genommen haben. Die Behandlung erfolgt durch das sofortige Absetzen der Neuroleptika und mit der Verabreichung von Dantrolen (Dantamarcin) oder anderen Muskelrelaxantien. Daneben ist auch eine internistische Behandlung erforderlich durch die Senkung der Temperatur, Ausgleich der Flüssigkeits- und Elektrolythaushaltes und der Behandlung interkurrenter Infektionen.

- **Stoffwechselstörungen**

Verminderung der Glukosetoleranz, Diabetes Typ 2, Appetitsteigerungen,

Die Gewichtszunahme wird von den Patienten häufig als Belastung erlebt und kann dazu führen, dass die Patienten die weitere Behandlung mit Neuroleptika verweigern.

Ein verantwortungsbewusster Umgang in der Verabreichung von Psychopharmaka ist unerlässlich. Ständige Laborkontrollen veranlasst durch den Arzt sind zwingend notwendig. Bei zu starker Überdosierung kann es auch zu Vergiftungserscheinungen kommen, die gleich wie eine narkotische Vergiftung zu behandeln sind. Die neuen Substanzen haben zwar geringere unerwünschte Nebenwirkungen, zumindest im extrapyramidal-motorischen System, haben aber andererseits stärkere Auswirkungen auf den Stoffwechsel von Kohlehydraten und Fetten und begünstigen eine Entwicklung des Typ-2-Diabetes. Die

Dosierungswirkung von Neuroleptika sind von Patient zu Patient sehr verschieden, es gibt jedoch Tabellen mit Richtwerten.

1.6.2 Clozapin (Leponex)

Leponex nimmt eine Sonderstellung unter den Neuroleptika ein. Anfang der 70er Jahre gab dieses Medikament Anlass zur Hoffnung für Patienten als auch für Therapeuten. Es gab keine extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen und wahrscheinlich auch keine Spätdyskinesien. Zu Beginn fühlten sich die Kranken wie „abgeschirmt“ und es erschien wie ein Durchbruch. Jedoch mit der Zeit kamen immer mehr Rückmeldungen, dass es durch die Verabreichung von Leponex bei den Patienten zu Veränderungen des weißen Blutbildes kam und es führte in vereinzelten Fällen auch zum Tod. Daraufhin wurde das Indikationsspektrum von Leponex drastisch eingeschränkt und es blieb kein Standardmedikament mehr. Heutzutage muss der Arzt bei der Verschreibung von Leponex eine Risiko-Nutzen-Analyse für dessen Einsatz erwägen und sorgfältig den Patienten beobachten. Einerseits soll dadurch die frühe Erkennung einer möglichen Blutzellschädigung gewährleistet werden und andererseits kann eine individuelle Prädisposition nicht vordiagnostiziert werden. Das weiße Blutbild muss vor und während der darauffolgenden achtzehn Wochen der Behandlung wöchentlich kontrolliert werden. Danach sind monatliche Kontrollen oder bei Anzeichen einer Infektion vorgesehen. Bei Auftreten einer Granulozytopenie muss die Behandlung mit Leponex sofort abgebrochen werden. Leponex sollte auch nicht mit Tranquilizern kombiniert werden. Der Indikationsbereich von Leponex umfasst die Therapieresistenz gegenüber anderen Neuroleptika, Überempfindlichkeit im Bereich der extrapyramidalen-motorischen Nebenwirkungen und psychotische Symptome bei bereits bestehender oder sich anbahnender Spätdyskinesie.

Der Einsatz von Psychopharmaka sollte überlegt erfolgen, da diese auch viele unerwünschte Nebenwirkungen haben können, vor allem jene aus der ersten Generation. Eine ärztliche Kontrolle bei der Verabreichung von Psychopharmaka ist unerlässlich.

2 Der Verein LOK – Leben ohne Krankenhaus

2.1 Gründungsgeschichte und Leitbild

Der Verein LOK - Leben ohne Krankenhaus wurde 1989 von Menschen, die in der stationären Psychiatrie tätig waren als gemeinnütziger Verein in Wien gegründet. Den Zeitgeist der Psychiatriereform bzw. der Sozialpsychiatrie erkennt man deutlich aus den Leitgedanken des Vereins heraus wieder:

„Der Verein LOK betreut Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung Unterstützung brauchen. Die Grundlage unserer Arbeit ist die Überzeugung, dass jeder Mensch, unabhängig von der Schwere der Erkrankung in der Lage ist und das Recht hat, außerhalb von Großinstitutionen zu leben und das Leben selbst zu gestalten.“¹²⁶

Der Vereinsvorstand besteht aus folgenden Mitgliedern: Dr. Robert Herz, Dr. Klaus Mihacek, Dr. Maria Schernthaner, Gertrude Thil-Eicher. Auf der Führungsebene gab es 2012 einen Wechsel. Robert Mittermaier übernahm 2012 die Geschäftsführung des Vereins, welche zuvor Dr. Maria Schernthaner inne hatte. Der Verein betreut Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung und/oder Lernbeeinträchtigung Unterstützung bei der Bewältigung ihres Alltags benötigen. Der Leitgedanke der Arbeit ist die Überzeugung, dass jeder Mensch unabhängig von der Schwere der Erkrankung oder Beeinträchtigung, mit entsprechender Unterstützung in der Lage ist und das Recht hat, außerhalb von Großinstitutionen zu leben und das Leben selbst zu gestalten. Der Verein LOK finanziert sich über den Fonds Soziales Wien, Spenden und Veranstaltungserlöse. Mittlerweile gibt es über 140 Mitarbeiter (Stand Juli 2008), die in den verschiedensten Bereichen tätig sind. Da der Verein auf Multiprofessionalität sehr viel Wert legt, haben die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterschiedliche Qualifikationen im psychosozialen Bereich, wie z.B.: Psychologen und Psychologinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Behindertenpädagogen und -pädagoginnen,

¹²⁶ <http://www.lok.at/> [27.02.2016]

Behindertenfachbetreuer und -betreuerinnen, Sonder- und Heilpädagogen und -pädagoginnen, Pädagogen und Pädagoginnen, etc.

Das zentrale Element der Betreuungsarbeit ist eine professionelle Beziehung zwischen Klienten und Betreuer. Unter professioneller Beziehung versteht der Verein LOK ein bewusstes, reflektiertes, den Personen und Situationen angemessenes Beziehungsangebot. Die Voraussetzungen dafür bilden eine professionelle Haltung der Betreuer, sowie Strukturen, die den professionellen Charakter der Betreuungsbeziehung verdeutlichen.

Die Grundelemente einer professionellen Haltung bei LOK sind:

- Wertschätzung und Respekt im Sinne eines Annehmens der Klienten "so wie sie sind". Im Vordergrund steht nicht der Anspruch auf rasche Veränderung, sondern die Akzeptanz der Lebens- und Ausdrucksweisen der Klienten.
- Neugier und Interesse an den Klienten, ihren Lebensgeschichten und Bewältigungsstrategien.
- Bereitschaft zur Reflexion und Auseinandersetzungen mit den Anforderungen, welche die Arbeit mit sich bringt.

LOK bietet Betreuung in Wohngemeinschaften, Persönliche Betreuung und Begleitung im Alltag und Arbeiten in Beschäftigungsprojekten an. Es gibt auch von und für Klienten eine Interessensvertretung und seitens der Mitarbeiter einen Betriebsrat.

2.2 Beschäftigungsprojekte

Derzeit gibt es drei Beschäftigungsprojekte bei LOK, in denen insgesamt 100 Personen beschäftigt (Stand Juni 2014) sind:

1. Das LOK Couture: ein Secondhand-Geschäft für Kleider
2. Das LOKal: ein Secondhand-Geschäft für Bücher, Schallplatten und sonstige alte Medien mit einem angeschlossenen Cafe
3. Das unverblümt LOK: ein Blumengeschäft in dem Schnittblumen, Topfpflanzen und diverse Accessoires angeboten werden.

Ziele der Beschäftigungsprojekte sind mitunter die Verbesserung der Lebensqualität, die Vermittlung von Arbeitstechniken und sozialen Fertigkeiten, die Förderung der individuellen Entwicklung, die Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven, die Schaffung eines sozialen Umfeldes außerhalb des Wohnbereiches und eine Unterstützung und Begleitung in Krisen. Voraussetzung für die Aufnahme sind die Vollendung des 18. Lebensjahres und die Bewilligung des Fonds Soziales Wien für die Leistung Beschäftigungstherapie.

2.3 Betreuung in einer Wohngemeinschaft

Es gibt zurzeit vier Wohngemeinschaften in denen 53 Personen leben (Stand Juni 2014)¹²⁷. Diese sind 24 Stunden am Tag besetzt. Die Tätigkeiten in der Wohngemeinschaft umfassen: Einkaufen, Kochen, Gestaltung und Aufräumen der Zimmer und Gemeinschaftsräume, Wäsche waschen, Besorgung von Dingen des persönlichen Bedarfs, Freizeitaktivitäten, Wahrnehmen von Terminen etc. In der Betreuung wird versucht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Eigenverantwortung und Unterstützung zu finden. Das Ziel ist die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung zu entwickeln bzw. wiederzugewinnen. Voraussetzung für einen Platz in einer Wohngemeinschaft ist die Vollendung des 18. Lebensjahres und die Bewilligung des Fonds Soziales Wien für die Leistung Vollbetreutes Wohnen. Eine Wohngemeinschaft ist einerseits für Menschen, für die der Aufenthalt in einer Wohngemeinschaft vorübergehend ist bis sie die Selbstständigkeit und Sicherheit erlangt haben in einer eigenen Wohnung leben zu können. Andererseits für Menschen, die Aufgrund ihrer Beeinträchtigung ihr ganzes Leben lang eine intensive Unterstützung in der Alltagsbewältigung benötigen.

2.4 Persönliche Betreuung und Begleitung im Alltag

Seit 1994 gibt es bei LOK das Teilbetreute Wohnen. Die Klienten wohnen eigenständig in einer Wohnung und werden ein bis zwei Mal in der Woche betreut, entweder von einen oder von zwei Betreuern. Im Mittelpunkt steht die Beziehungsarbeit, die sich mit verschiedenen Themen auseinandersetzt: die

¹²⁷ <http://www.lok.at/wohngemeinschaften> [20.04.2015]

Gestaltung von Beziehungen und Kontakt zu anderen Menschen, Bearbeitung von Konflikten, Inhalte und Probleme der Betreuung, Erkennen von eigenen Interessen und Bedürfnissen, der Umgang mit Beeinträchtigungen und Krankheit und die Aufarbeitung der Lebensgeschichte. Derzeit gibt es drei Betreuungsstützpunkte, einer mit 145, einer mit 43 und einer mit zehn Betreuungsplätzen (Stand Juli 2014)¹²⁸. Voraussetzung für einen Platz in der Persönlichen Betreuung ist die Vollendung des 18. Lebensjahres und die Bewilligung des Fonds Soziales Wien für die Leistung Teilbetreutes Wohnen. Die Unterstützung wird auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten unter Berücksichtigung der Privatsphäre abgestimmt und kann folgende Bereiche umfassen: Gespräche und Beratung, Begleitungen, Hilfestellung bei der Suche nach Beschäftigung, Unterstützung in der Wohnung, bei der Freizeitgestaltung, in gesundheitlichen Fragen oder in Geldangelegenheiten, Beistand in Zeiten persönlicher Krisen und Besuche während der Zeit von Krankenhausaufenthalten. Betreuungsziele von Klienten werden mit den Betreuern gemeinsam erarbeitet. Solche Zielsetzungen können zum Beispiel sein: Prävention von Krankenhausaufenthalten, Stabilisierung in der eigenen Wohnung, Finden einer Beschäftigung, Selbständige Bewältigung des Alltags, Lösen von Konflikten im sozialen Umfeld, individuelle Entwicklung von Lebensperspektiven und Verbesserung der Lebensqualität.

2.5 Die Psyennale

Anlass für die Initiation des Filmfestivals gab das 20 jährige Bestehen des Vereins LOK. Die Auswahl der Filme findet über ein Gremium von Klienten und Mitarbeitern des Vereins LOK statt, Vorsitzende des Psyennale ist die ehemalige Geschäftsführerin Dr. Maria Schernthaler. Das Festival erfolgt im zeitlichen Rhythmus einer Triennale. Mittlerweile ist das Wort Psyennale geschützt. Bei der Auswahl der Filme versucht der Verein LOK ein buntes Bild von Menschen in verschiedenen psychischen Ausnahmezuständen zu zeichnen. Es geht um Bewältigung des Alltags, Konflikte mit der Umwelt, um die Fragen: Was ist

¹²⁸ <http://www.lok.at/betreuung> [20.04.2015]

Gesundheit? Was ist Krankheit? Wie werde ich wahrgenommen? Wie können schwierige Lebenssituationen bewältigt werden?

2.5.1 Erste Psyennale

Die erste Filmfestival der Psyennale fand vom 22. bis 26. November 2009 im Topkino in Wien statt. Bei der ersten Psyennale wurden 21 Filme gezeigt, die nach Schwerpunkten gruppiert war, gezeigt. Die Schwerpunkte waren Expression, Depression, Relation, Psychiatrie und Excentric.

Das Programm im Überblick

		Nachmittag		Abend	
		kleiner Saal – 17.30	großer Saal – 18.00	kleiner Saal – 20.00	großer Saal – 20.30
Dienstag, 22.09.2009	expression	1 Vektles (Ohne Gewicht)	2 LOKvögel, Fische und Schmetterlinge	3 RAGE – 10 Module einer Annäherung	4 Tarnation (Verdammt)
Mittwoch, 23.09.2009	depression	5 SeelenSchatten	6 Un'ora sola ti vorrei (Nur eine Stunde mit dir)	7 Wolfsbergen	8 Das verlorene Paradies
Donnerstag, 24.09.2009	relation	9 Kira	10 Finnischer Tango	11 Am achten Tag	12 Mitune
Freitag, 25.09.2009	psychiatry	13 Der Boss ist der Patient 14 Život heißt Leben	15 Aliénations	16 Elle s'appelle Sabine (Sie heißt Sabine)	17 Seishin (Mental)
Samstag, 26.09.2009	excentric	18 Sieben Mulden und eine Leiche 19 Dorothea Buck – Vom Wahn zum Sinn	20 Selbstgullman kwanchana (Ich bin ein Cyborg, aber das macht nichts)	21 Női albinói	2 LOKvögel, Fische und Schmetter- linge

OmU = Originalfassung im orig. UT, dt. OF = deutsche Originalfassung, DF = deutsche Fassung, OmenglU = Originalfassung im engl. UT

2.5.2 Zweite Psyennale

Die zweite Psyennale fand drei Jahre später vom 12. bis 16. November 2012 im Topkino in Wien statt. An 5 Tagen finden insgesamt 20 Filmvorführungen statt täglich 4 Vorstellungen.

Das Programm im Überblick					
	Nachmittag		Abend		
	17.30 (kleiner Saal)	18.00 (großer Saal)	20.00 (kleiner Saal)	20.30 (großer Saal)	
Montag, 12. November 2012	Überraschungsfilm	Schmetterling und Taucherglocke	Die Einsamkeit der Primzahlen	An ihrer Seite	
Dienstag, 13. November 2012	Conspirators of Pleasure	Lars und die Frauen	Bildnis einer Trinkerin	Just 5 More Minutes (Kurzfilm) Adams Äpfel	
Mittwoch, 14. November 2012	Der Kärntner spricht Deutsch Andri 1924-1944	Home	Schnupfen im Kopf	Kopfstand	
Donnerstag, 15. November 2012	Der Vormund und sein Dichter	Just 5 More Minutes (Kurzfilm) Be here to love me Townes van Zandt	Im Garten der Klänge	The Devil and Daniel Johnston	
Freitag, 16. November 2012	Meine liebe Republik	La meglio gioventù, Teil 1 Beginn 17.00	Someone Beside You	La meglio gioventù, Teil 2 Beginn 21.00	
Nähere Informationen zu den einzelnen Filmen unter www.lok.at/psyennale & www.topkino.at					
12.-16. November 2012					

Quelle: http://www.topkino.at/jart/projects/top-kino/main.jart?rel=de&j-dummy=&content-id=1107341221290&Schwerpunkte_ID=1351167953363&show-day=2012-11-15&reserve-mode=

Veranstaltet vom
Verein LOK Leben ohne Krankenhaus

In Zusammenarbeit mit **Top Kino**
Rahlgasse 1 (Ecke Theobaldg.), 1060 Wien

top
kino | leben | ohne | krankhaus

12.-16. November 2012 Kartenreservierung online unter www.topkino.at
telefonisch werktags 10 - 15 Uhr unter T 01 585 58 38

PSYENNALE

Zirkus in Gogolstadt, Kompass: Straße einer Trinkerin, Berlin, 1977
© Ulrike Ottinger

Der Verein LOK Leben ohne Krankenhaus **und das Top Kino laden zur PSYENNALE ein.**

Das Programm des Filmfestivals wurde von KlientInnen und MitarbeiterInnen des Vereins LOK Leben ohne Krankenhaus gemeinsam zusammengestellt.

Mit diesem Filmfestival wollen wir zeigen, dass eine psychische Erkrankung nicht unabhängig und isoliert gesehen werden kann. Die Psyche ist ein Ort, wo vieles passieren kann (Mut und Wut, Aktion und Reaktion, Macht und Ohnmacht, Qual und Liebe, Kreativität und Langeweile, ...).

Auch die Wahrnehmung kann in Frage gestellt werden: Beruht Wahrnehmung auf vermeintlichen Tatsachen (oder Meinungen)? Eine Frage, die in Zeiten der Verunsicherung und des Vertrauensverlustes eine Antwort herausfordert.

... und zu bedenken geben: Was kann die Kunst, was die Realität nicht darf? Wo hört sich der Spaß auf, was ist trotzdem ernst zu nehmen und was baut wieder auf?

Wir wollen aber auch einfach Menschen zeigen, die eine Geschichte erzählen und Einblick in ihre Psyche geben.

Vor allem wünschen wir Ihnen eine anregende Unterhaltung!

PSYENNALE

2.5.3 Dritte Psyennale

Die Psyennale fand zum dritten Mal vom 16. bis 20. März 2015 im Topkino in Wien statt.



16.03.2015

17.30 kleiner Saal

Die schönste Krankheit der Welt

18.00 großer Saal

People Say I'm Crazy

20.00 kleiner Saal

I Am a Woman Now

20.30 großer Saal

Rock in My Pockets

17.03.2015

17.30 kleiner Saal

Die Meta-Morphose - Leicht verstört im Rampenlicht
Górecki's z szafy (Das Mädchen aus dem Schrank)

18.00 großer Saal

20.00 kleiner Saal

Spirits of Envy

20.30 großer Saal

Il Deserto Rosso (Red Desert)



18.03.2015

17.30 kleiner Saal

Mama macht mich krank

18.00 großer Saal

Art of Darkness

20.00 kleiner Saal

Surviving Life (Theory and Practice)

20.30 großer Saal

Down to the Bone

» Zurück » Weiter »





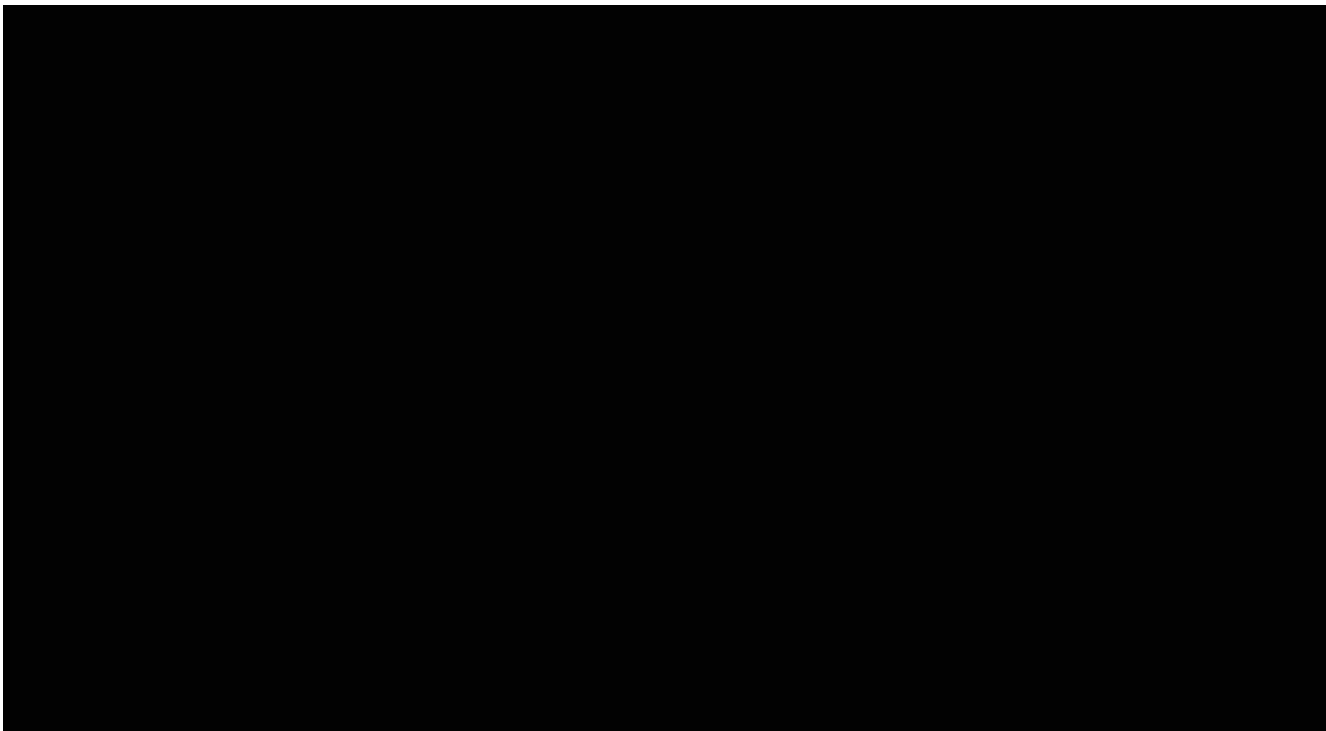
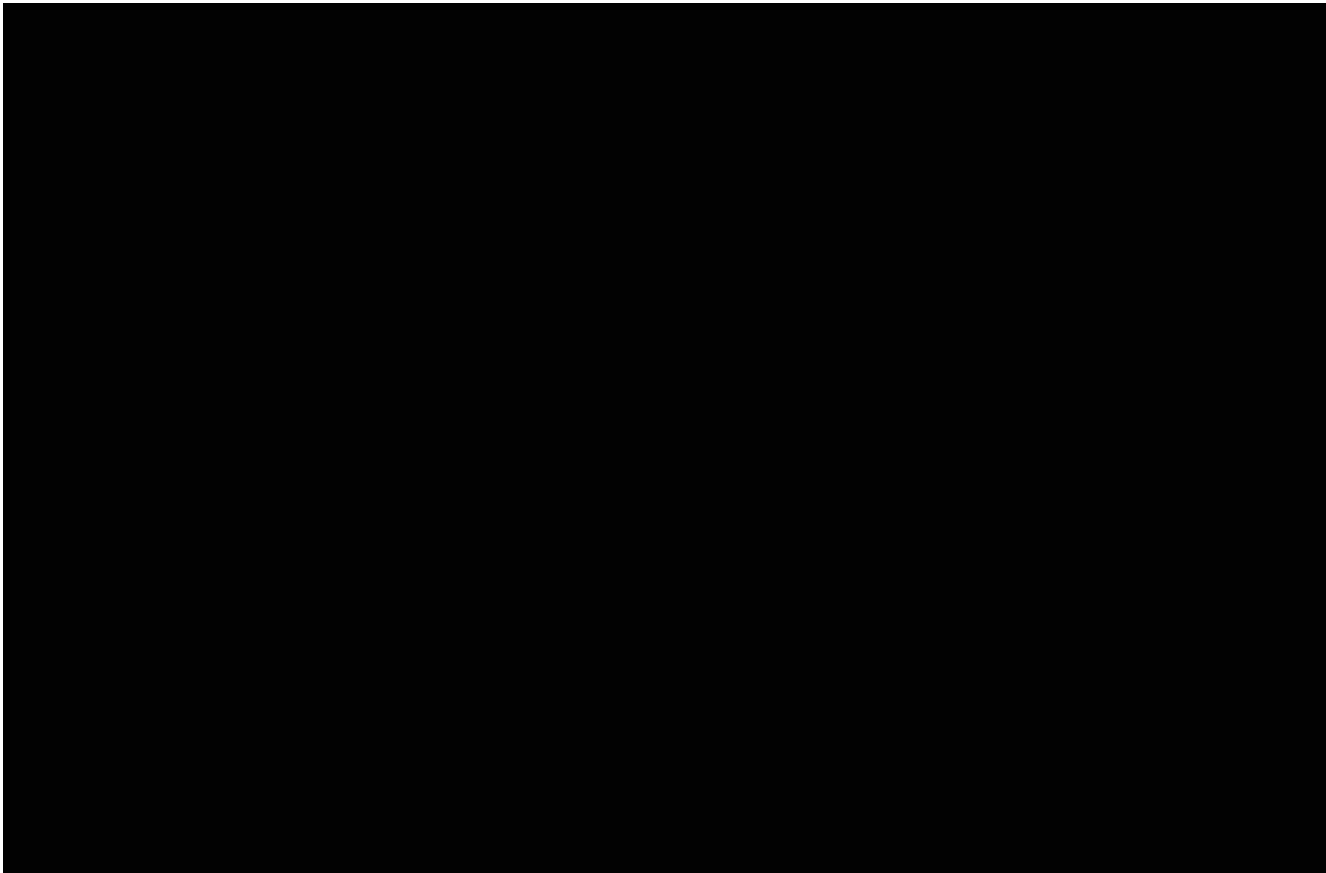
19.03.2015
 17.30 kleiner Saal Feng Ai
 19.00 großer Saal La Moindre des choses (Every Little Thing)
 20.00 kleiner Saal Feng Ai
 22.30 großer Saal La Tota Acustada (Eine Perle Ewigkeit)

30.03.2015
 17.30 kleiner Saal Pharo Elipolar
 17.00 großer Saal Al Li Lyla (Next to Her)
 20.00 kleiner Saal Nerven Bruch Zusammen
 21.00 großer Saal Respiro (Lampedusa)

in Zusammenarbeit mit

Veren LOK Leben ohne Krankenhaus, 1080 Wien Währingasse 26/211
 T +43 1 586 56 46, F +43 1 387 90 25, loklife.at

2.5.4 Filmverzeichnis der gesamten Psyennale



3 Systemtheorie, Konstruktivismus und Film

3.1 Einführung in die Systemtheorie

Die Systemtheorie hat ihren Ursprung zu Beginn der 50er Jahre in der Biologie, Karl Ludwig von Bertalanffy formulierte den Begriff der „Allgemeinen Systemtheorie“ und der Physiologie. Walter Cannon und Bertalanffy prägten den Begriff der Homöostase, der von Claude Bernard um 1860 als Konzept entwickelt wurde. Den Durchbruch erfuhr die Systemtheorie nach dem 2. Weltkrieg als Kybernetik, als Steuerungslehre technischer Systeme. Der Begründer der Kybernetik ist Norbert Wiener, US-amerikanischer Mathematiker.

„Kybernetik ist die Beziehung für ein wissenschaftliches Programm zur Beschreibung der Regelung und Steuerung komplexer Systeme.“¹²⁹

Von 1959 bis 1980 entwickelte sich die Theorie der Kybernetik erster Ordnung. Es begann die Phase der Entwicklung von Theorien über beobachtete Systeme. Die Kybernetik erster Ordnung befasst sich mit der Erhaltung der Homöostase¹³⁰ durch Angleichung des Ist-Zustandes an einen Soll-Zustand durch Eingriff in das System. Die Homöostase wird durch negatives Feedback erkennbar. Eine Abweichung eines Gleichgewichtszustandes löst sofort eine regulierende Handlung aus, *„die den Parameter auf den alten Wert zurückführt. Wir füllen zum Beispiel den Tank neu auf, wenn die Anzeige im Auto absinkt, [...]“*¹³¹ Positives Feedback bedeutet, dass sich die Abweichung des Sollzustandes noch weiter vom Gleichgewichtszustand wegbewegt und somit Handlungen zufolge hat, die zur Eskalation führen können, wie z.B. *„der Vater schlägt das Kind, das Kind schlägt zurück, daraufhin schlägt der Vater noch massiver zu und so weiter.“*¹³² Wie schon Watzlawick sagt: *„mehr vom*

¹²⁹ Schlippe, Arist von/ Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006. S.53

¹³⁰ Homöostase: ist die Aufrechterhaltung eines Gleichgewichtszustandes und bezeichnet das Streben nach Erhaltung des Gleichgewichtszustandes.

¹³¹ Schlippe, Arist von/ Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006. S.61

¹³² Schlippe, Arist von/ Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006. S.61

*selben*¹³³ ist nicht notwendigerweise gut, also auch nicht mehr vom selben Verhalten.

Nach 1980 spricht die Wissenschaft von der Kybernetik zweiter Ordnung oder der Kybernetik der Kybernetik, „*die Prinzipien der Kybernetik werden auf diese selbst angewandt*“¹³⁴. Es werden Theorien von Beobachter, die ein System beobachten, verfasst.

*„Ein System wird immer erst dann als solches erkennbar, wenn es von einer Umwelt unterschieden werden kann, das heißt, es geht offenbar gar nicht ohne den Beobachter, der die Entscheidung darüber trifft, was er oder sie als ‚System‘, was als Umwelt betrachtet. Systeme entstehen dadurch, dass ein Unterschied gemacht wird zwischen den Elementen, die ‚innen‘ (im System) und ‚außen‘ (in der Umwelt) sein sollen.“*¹³⁵

Systeme und der Prozess der Unterscheidung sind eng miteinander verbunden. Es wird zwischen lebendigen und nicht lebendigen Systemen unterschieden, beide besitzen eine völlig unterschiedliche Dynamik.

*„Für lebende Systeme gilt also: ‚Alles verändert sich, es sei denn, irgendwer oder- was sorgt dafür, dass es bleibt, wie es ist.“*¹³⁶

Heinz von Foerster entlehnt den Begriff der „triviale und nicht trivialen Maschinen“ und überträgt diese auf das System. Ein triviales System ist ein messbares System, z.B. ein Stromkreislauf an dessen Ende eine Lampe angebracht ist. Wenn ein Lichtschalter betätigt wird, leuchtet die Lampe auf. Der Ablauf dieses Systems ist kausal, ist absehbar. Viel differenzierter verhält es sich bei nichttrivialen Systemen. Da eine Emotion nicht messbar ist, gäbe es zu viele Verhaltensmöglichkeiten, die nicht berechenbar wären. Jede mögliche Aktion kann eine unvorhersehbare

¹³³ Watzlawick, Paul/ Weakland, John H./ Fisch, Richard: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern [u.a.]: Verlag Hans Huber, 1992. S.51

¹³⁴ Schlippe, Arist von/ Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006. S.53

¹³⁵ Schlippe, Arist von/ Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006. S.54f

¹³⁶ Simon, Fritz B.: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Heidelberg: Carl- Auer Verl., 2006. S.29

Wirkung haben. In nichttrivialen Systemen ist ein Ursache-Wirkungs-Denken nicht anwendbar, es gibt kein geradliniges Schema, das berechenbar wäre. Von der Homöostase vollzog sich der theoretische Übergang zur Fluktuation entwickelt von Ilya Prigogine, er beschrieb „Dissipative Strukturen“ als *„Systeme, die ihre Stabilität und ihre Identität nur dadurch behalten, dass sie ständig für die Strömungen und Einflüsse ihrer Umgebung offen sind, ständig im Wandel“*¹³⁷, hin zur Synergetik¹³⁸ (Hermann Haken). Humberto Maturana und Francisco Varela entwickelten Konzepte *„über die Eigentümlichkeiten lebender (biologischer) Systeme“*¹³⁹, die sich von physikalisch-chemischen und technischen Systemen unterscheiden und benannten diese als Theorie der Autopoiese. Das Wort Autopoiese wird abgeleitet aus dem Griechischen und bedeutet „Selbst-Erzeugung“. Autopoiese Systeme *„reproduzieren die Elemente, aus denen sie bestehen, mit Hilfe der Elemente, aus denen sie bestehen.“*¹⁴⁰ Beispielhaft dafür wäre die Reproduktion einer Zelle. Niklas Luhmann knüpft an die Theorie von Humberto Maturana und Francisco Varela an und versucht diese auf soziale Systeme zu übertragen. Er untersuchte inwiefern die aus der Biologie stammende Theorie auf soziale Phänomene anwendbar sei. Luhmann unterscheidet bei seinem Konzept drei Arten von autopoietischer Systeme: Leben, Bewusstsein und Kommunikation. Diese drei Systeme, sind miteinander vereinbar, arbeiten aber unabhängig voneinander und setzen sich gegenseitig voraus. Jürgen Kriz knüpft an Luhmanns Theorie an, unterscheidet sich aber dadurch, dass er in seiner Theorie die Person an sich, die Luhmann außer Acht gelassen hat, wieder in den Kontext einbindet.

3.2 (Soziologische) Systemtheorie nach Luhmann

Niklas Luhmann beschäftigte sich intensiv mit der Systemtheorie und dem Konstruktivismus. Für Luhmann steht fest, dass Systeme *„real in der Wirklichkeit*

¹³⁷ Schlippe, Arist von/ Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006. S.63

¹³⁸ Synergetik ist die Lehre vom Zusammenwirken

¹³⁹ Schlippe, Arist von/ Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006. S.67

¹⁴⁰ Schlippe, Arist von/ Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006. S.68

existieren“¹⁴¹, die Realität weist selbst Systeme wirklich auf. Die Grundannahme des Konstruktivismus ist, „dass es unmöglich ist, die externe Realität in Erkenntnissen über die Welt abzubilden“¹⁴². Verkürzt formuliert geht er davon aus, dass Erkenntnisse keine Abbildungen sind, sondern lediglich Beobachtungen¹⁴³ der Realität und damit Konstrukte. Beobachtungen sind Operationen von psychischen und sozialen Systemen, darum auch die Namensgebung „operativer Konstruktivismus“. Es handelt sich hierbei um Konstruktionen real operierender Systeme. „Operation“ ist der allgemeine Begriff für die entscheidenden Aktivitäten von Systemen. Systeme sind, was sie tun: sie operieren und erzeugen so die Differenz zur Umwelt. Sie beruhen auf Unterscheidungen, die ein Beobachter trifft, die demnach in der äußeren Realität nicht vorhanden sind. Ergo lassen sich Realitätsaussagen des einen Beobachters mit denen eines anderen Beobachters vergleichen, jedoch nicht mit der Realität selbst:

„Wir haben es nie mit in den Aussagen abgebildeter Realität, sondern immer und ausschließlich mit den Beobachtern konstruierter Realität zu tun.“¹⁴⁴

„Tatsächlich muss man den Gedanken an einen Beobachter immer mitführen, wenn man sagen will, was der Fall ist, muss also immer einen Beobachter beobachten, einen Beobachter benennen, eine Systemreferenz bezeichnen, wenn man Aussagen über die Welt macht“.¹⁴⁵

„Alle Beschreibungen der Realität beruhen auf Unterscheidungen durch Beobachter, sind also Konstruktionen. Das Material jedoch, auf das sich die

¹⁴¹ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.26

¹⁴² Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.27

¹⁴³ Beobachtung bedeutet in diesem Kontext eingebettet nicht nur unterscheiden und bezeichnen, also ist nicht nur passiv zu verstehen, sondern auch aktiv, nämlich das Erkennen und Handeln einschließend.

¹⁴⁴ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.27

¹⁴⁵ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.30

Unterscheidung bezieht, muss real in der Welt vorhanden sein“.¹⁴⁶

Der Film und das Bild sind real in der Welt vorhanden und werden daher, systemtheoretisch betrachtet, Gegenstand meiner Untersuchung sein. Was die Beobachtung, die Unterscheidung und das Konstruieren von Realitäten in Hinblick auf den Film bedeutet, wird später noch genauer erörtert werden. Später wird auch darauf eingegangen werden, wie und mit welchen Unterscheidungen ein Film über psychisch Erkrankte die Realität beschreibt und in seiner Vorführung uns ein Bild über psychisch Erkrankte liefert. Luhmanns Ansatz bezieht sich auf das Beobachten von Unterscheidungen. Seine theoretische Fragestellung, allgemein formuliert, ist: wie und mit welchen Unterscheidungen die moderne Gesellschaft die Welt und sich selbst beobachtet und beschreibt. Oder beispielsweise auf die Massenmedien bezogen: wie und mit welchen Unterscheidungen die Massenmedien die Realität betrachten und in ihrer Berichterstattung uns ein Bild von der Realität liefern. Um die Beobachtungsergebnisse zu vergleichen kann man/frau die Beobachtung der Realität (Beobachtung erster Ordnung) mit der Beobachtung der Beobachter (zweiter oder sogar dritter Ordnung) verglichen werden. Luhmann erklärt zur Gesetzmäßigkeit, dass jede Beobachtung einen systemrelativen Fleck erzeugt und ist nicht zu durchbrechen. Dies bedeutet: bei jeder Beobachtung bleibt immer ein blinder Fleck, etwas was der Beobachter nicht sieht, weil er selbst in das zu Beobachtende involviert ist. Ein Beobachter kann daher seinen eigenen blinden Fleck nicht sehen, wohl aber ein Außenstehender, nach Luhmann ein Beobachter des Beobachters. Er nennt drei Haupttypen von Systemen: das biologische, das psychische und das soziale System. Biologische Systeme operieren indem sie leben, was auch gleichzeitig ihre ganz bestimmt charakteristische Weise darstellt. Psychische Systeme operieren in Form von Bewusstseinsprozessen wie Wahrnehmung und Denken. Soziale Systeme operieren indem sie kommunizieren. Der Mensch an sich ist für Luhmann kein eigenes System, deshalb wird er auch oftmals als Antihumanist bezeichnet. Alle diese zuvor genannten Systeme folgen denselben Leitprinzipien: der System/Umwelt-Differenz und der Autopoiesis. Nach

¹⁴⁶ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.29

Luhmann ist alles ein System, was nach diesen Leitprinzipien operiert oder umgekehrt, „das, was nicht über die System/Umwelt-Differenz und Autopoiesis verfügt, ist kein System“.¹⁴⁷ Luhmann ist Konstruktivist, aber nicht so radikal, als dass er die Welt in Frage stellen würde, diese ist für ihn existent, wenn auch die Erkenntnis mäßig unerreichbar scheint, aber sie ist keine Konstruktion unserer Einbildung.

Frühere Systemtheoretiker bezeichneten ein System als etwas Ganzes, zusammengesetzt aus Teilen oder Elementen. Dies konzentrierte den Blick auf das Systeminnere, anstatt auf die Systemgrenze, welche für den heutigen Ansatz entscheidend ist, weil ein System die Differenz zur Umwelt ist und die Umwelt gleichzeitig die Außenseite des Systems ist und diese beiden Größen aufeinander bezogen sind. Es geht um die Differenz von Systemen und Umwelt und nicht um einen Gegenstand „System“, dass als für sich bestehendes Objekt begriffen wird, wie die „Fettaugen in der Suppe“¹⁴⁸. Falsch ist nach Luhmann auch die Vorstellung, es existiere zunächst eine Umwelt und ein System passe sich daran an. Das heißt, es ist unsinnig etwas über ein System aussagen zu wollen, ohne diese spezifische Differenz, seine Grenze zur Umwelt mit zu denken. Die Umwelt ist immer „systemrelativ“, also auch für jedes System etwas anderes, nämlich jeweils das außerhalb des Systems Bestehende aus Sicht des Systems selbst. Da Innenseite und Außenseite eines Systems immer systemrelativ und objektiv sind, findet jedoch keine Teilung (in hier System dort Umwelt) der Gesamtrealität in zwei Teile statt. Es gibt kein „entweder/ oder“, sondern vielmehr ist es ein wechselseitiger Einfluss, ein „sowohl als auch“. Das eine bedingt nicht das andere, sondern steht in Beziehung zueinander.

Was hat dies in der Anwendung für die biologischen, psychischen und sozialen Systeme zu bedeuten? Ein biologisches System, wie z. B. eine Eizelle beginnt zu leben und grenzt sich dadurch vom mütterlichen Körper ab. Alles andere außer der Eizelle selbst, wird zur Umwelt. Obwohl sie abhängig vom mütterlichen Körper ist,

¹⁴⁷ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.38

¹⁴⁸ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.41

ist das System operativ geschlossen, denn es existiert nur soweit wie seine eigenen Operationen reichen. Beim Pantoffeltierchen, z. B., ist die räumliche Abgrenzung zwischen sich und allem anderen die Unterscheidung. Ob man/frau beim Pantoffeltierchen schon von Beobachtung sprechen kann, lässt Luhmann aber offen. Psychische und soziale Systeme konstruieren diese Unterscheidung durch Referenzen wie „ich selbst“ bzw. „Wir selbst“ versus „Nicht-Ich“ bzw. „Nicht Wir“, das ist Beobachtung. Im psychischen System macht eine Person alles, was sie wahrnimmt, zu ihrer Umwelt, ein soziales System macht alles andere zu ihrer Umwelt, wie z. B. eine Redaktion bei einer morgendlichen Sitzung einer Redaktionskonferenz, dort werden dann Inhalte der Umwelt besprochen. Das Massenmediensystem macht die Gesellschaft, über die es berichtet, zu seiner Umwelt. Für ein psychisches System bedeutet dies im Zusammenhang mit dem Individuum Mensch:

„Für das Bewusstsein eines Menschen als psychisches System ist alles, was in der Welt seine Aufmerksamkeit erregt, was es als Außen wahrnimmt und worüber es nachdenkt, Umwelt. Sogar der eigene Leib (als biologisches System) sowie Kommunikation und soziale Kontakte (als soziale Systeme), an denen der Mensch teilhat sind in diesem Verständnis aus Sicht des psychischen Systems Umwelt.“¹⁴⁹

Zusammengefasst gesagt, nennt Luhmann zwei Aktivitäten von Systemen, das Operieren und das Beobachten, bzw. ist das Beobachten eine Unterfunktion von Operieren. Ein System beobachtet, indem es zwischen sich selbst (Selbstreferenz) und allem anderen (Fremdreferenz) unterscheidet.

„Im Beobachten kopieren die Systeme die System-Umwelt-Differenz, also eigentlich ihre Außengrenze, noch einmal in sich hinein und benutzen diese Abgrenzung intern als Grundkategorie für ihr sämtliches Unterscheiden, sämtliches Bezeichnen.“¹⁵⁰

¹⁴⁹ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.42

¹⁵⁰ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.43

Diesen Vorgang bezeichnet Luhmann als „Re-entry“. Das bedeutet, dass sich die System-Umwelt-Grenze in sich hineinkopiert und somit auch gleichzeitig ein Paradoxon ist, dass zwei Unterscheidungen dieselbe Unterscheidung sind. Für Luhmann weist ein System ein weiteres Basismerkmal auf, nämlich dass der Autopoiesis. Sein Verständnis von Systemen ist, dass sich diese selbst erzeugen und auch reproduzieren können. Dies ist ein wichtiges Kriterium für ihn, mit dem er sich auch von dem herkömmlichen Verständnis von Systemen, bestehend aus Elementen, unterscheidet. Luhmann hat den Begriff der Autopoiesis aus der Biologie übernommen. Der Begriff wurde von dem Biologen Humberto R. Maturana entwickelt.

„Das Leben selbst kann jedenfalls als Autopoesis begriffen werden. Das Heißt: Leben produziert Leben, und nichts von außen kann Leben hinzufügen.“¹⁵¹

Luhmann überträgt das biologische Konzept auf nicht biologische Systeme. Ebenso wie die Kommunikation, entstehen Bewusstseinsprozesse aus sich selbst heraus und reproduzieren sich ausschließlich innerhalb desselben Bewusstsein. Die Umwelt kann nicht mitoperieren, jedoch kann diese die Existenzbedingungen des Systems stören oder zerstören. Systeme sind dynamisch, sie müssen immer weiter Operieren, sonst geht die „Anschlussfähigkeit“ verloren und das System hört auf zu existieren.

3.2.1 Das Konzept System nach Luhmann

„Systeme sind Einheiten, die Komplexität reduzieren durch Aufbau und Stabilisierung einer eigenen Komplexität.“

System-Emergenz meint Neuaufbau einer eigenen Komplexität bzw. die Erzeugung und Erhaltung einen Komplexitätsgefälles zur Umwelt.

Komplexität bezeichnet eine zusammenhängende Menge von Elementen, die aufgrund ihrer Verknüpfungskapazität nur selektiv miteinander verknüpft sein können. Komplexe

¹⁵¹ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.52

Systeme können daher nie vollständig erfasst und beschrieben werden.

Systeme entstehen durch Konstitutionen folgender Differenzen:

- *System/ Umwelt*
- *Element/ Relation*
- *Element/ Element*

Systembildung ist eine Eigenleistung des Systems, das durch selektive Binnenrelationierung der Elemente eine Differenz zur Umwelt erzeugt und erhält, das System also abgrenzt.

Systemgrenzen sind funktionale Prozesse, welche die System-Umwelt-Differenz regulieren.

Die Relationierung der Elemente schränkt ihre Möglichkeiten ein, qualifiziert sie aber auf diese Weise zu Elementen des Systems.

Elemente sind Elemente nur für das System, das sie als Einheit verwendet. Elemente und Relationen bedingen sich gegenseitig.

Es folgt:

Elemente, Relationen und Grenze entstehen und erhalten sich zusammen mit dem Entstehen und Ausdifferenzieren des Systems“.¹⁵²

3.2.2 Die Beschreibung sozialer Systeme

Für Luhmann sind soziale Systeme Gesellschaften, kleine wie auch große Gesellschaften, z.B. Massenmedien, Familie, Universitätsseminar, Wirtschaft usw. Die elementare, charakteristische Operation von sozialen Systemen ist die Kommunikation.

¹⁵² Ludewig, Kurt: Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer, 2009. S.38

„Bei Luhmann besteht das soziale System demzufolge nicht aus Menschen, auch nicht, wie es heute die vorherrschende Ansicht ist, aus Handlungen, sondern aus Kommunikationen, die erst im zweiten Schritt zerlegt und als Handlungen zugerechnet werden.“¹⁵³

Jeder Systemtyp, sei es biologische, psychische oder soziale Systeme, hat jeweils immer nur eine konstitutive¹⁵⁴ Operationsweise. Biologische Systeme operieren in Form von Leben, psychische Systeme in Form von Bewusstseinsprozessen wie Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen, Aufmerksamkeit und soziale Systeme operieren in Form von Kommunikation, diese sind Kommunikationssysteme. Ein psychisches System ist nicht Bestandteil eines sozialen Systems und gehört somit zur Umwelt sozialer Systeme. *„Ein soziales System kann nicht denken, ein psychisches System kann nicht kommunizieren.“¹⁵⁵* Der Oberbegriff für Luhmann sozialer Systeme ist die Gesellschaft. Innerhalb der Gesellschaft gibt es unterschiedliche Funktionssysteme, diese können auch als Teil- bzw. Subsysteme bezeichnet werden. Diese Teilsysteme der Gesellschaft sind die Organisationen und die Interaktionen, alle haben die Kommunikation gemeinsam. Als Interaktion bezeichnet Luhmann die sozialen Kontakte von Anwesenden eines Systems. Ein soziales System existiert nur durch die Kommunikation. Luhmann verwendet den Begriff nicht moralisch wertend. Für ihn besteht ein soziales System nicht aus Menschen, also die Gesellschaft selbst besteht nicht aus mehreren Individuen, sondern aus einzig und allein der Kommunikation.

„Das System der Gesellschaft besteht aus Kommunikation. Es gibt keine anderen Elemente, keine weitere Substanz als eben Kommunikation. Die Gesellschaft besteht nicht aus menschlichen Körpern und Gehirnen. Sie ist schlicht ein Netzwerk an Kommunikationen [...] Diese Theorie ‚sieht den Menschen als Teil der Umwelt der Gesellschaft an (statt als Teil der Gesellschaft selbst)‘ [...] Der Mensch ist nicht Subjekt, sondern Adjekt der Gesellschaft.“¹⁵⁶

¹⁵³ Reese-Schäfer, Walter: Niklas Luhmann zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag, 1999. S.63

¹⁵⁴ fundamental, elementar, grundlegend

¹⁵⁵ Luhmann, Niklas/ Jahraus, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001. S.107

¹⁵⁶ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.64

Nach Luhmann gibt es keine Kommunikation zwischen Individuum und Gesellschaft, es gibt keine sozial vermittelnde Kommunikation von Bewusstsein zu Bewusstsein, nur ein Bewusstsein kann denken und nur die Gesellschaft kann kommunizieren. Kommunikation ist die „kleinstmögliche“ Einheit eines sozialen Systems und nicht Menschen können kommunizieren, sondern nur die Kommunikation kann kommunizieren. Luhmann trennt ganz stark zwischen sozialem und psychischem System.

„Alles was sich im Bewusstsein abspielt, sei es wahrnehmen, denken, fühlen, wollen und Aufmerksamkeit schenken, gehört zum psychischen System und ist damit grundsätzlich nicht Teil der Kommunikation.“¹⁵⁷

Aber psychische und soziale Systeme sind aneinander gekoppelt. Beide Systeme haben eigenständige Funktionsweisen, jedoch ist das eine nicht ohne das andere möglich. Beide Systemtypen operieren prinzipiell verschieden in eigener Autopoiesis, beide sind jeweils für sich operativ geschlossen und beide sind für das andere System die Umwelt. Beide Systeme sind umweltoffen und beeinflussen sich gegenseitig, das eine kann ohne das andere nicht existieren, jedes bedingt das andere, sie sind aneinander gekoppelt. Operativ geschlossen und gleichzeitig mit umweltbezogener Offenheit ist ein „*Paradox von totaler Abhängigkeit und totaler Unabhängigkeit*“¹⁵⁸.

„Geschlossenheit heißt also keinesfalls, dass keine Wirkungszusammenhänge bestünden oder dass solche Zusammenhänge nicht durch einen Beobachter beobachtet oder beschrieben werden könnten. Nur muss die Ausgangslage der autopoietischen Geschlossenheit in diese Beschreibung eingehen.“¹⁵⁹

Luhmann will, dass soziale Systeme und psychische Systeme streng voneinander unterschieden werden, er möchte zwischen Wahrnehmung und Kommunikation

¹⁵⁷ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.67

¹⁵⁸ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.68

¹⁵⁹ Luhmann, Niklas/ Jahraus, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001. S.107

differenzieren. Soziale Systeme haben sich während der Evolution gemeinsam mit Bewusstseinsystemen entwickelt, sie bedienen sich wechselseitig und sind koevolutiv. Die Kommunikation kann nicht ohne das Bewusstsein existieren, Luhmann nennt dies als enge strukturelle Kopplung in Anlehnung an Talcott Parson „Interpenetration“. Ermöglicht wird die „Interpenetration“ durch Sinn und durch Sprache. Soziale sowie auch psychische Systeme operieren beide sinnvoll und bedienen sich der Sprache. Die Koevolution hat die beiden Systeme zu einer gemeinsamen Errungenschaft geführt, nämlich zum Sinn. Die beiden Systemtypen ergänzen sich komplementär. Soziale Systeme können die Welt nicht sinnlich wahrnehmen, Bewusstseinsysteme aber schon. Die Kommunikation ist wahrnehmungsunfähig, das Bewusstsein ist eine Vermittlungsinstanz zwischen Außenwelt und Gesellschaft. Ohne Bewusstsein erfährt die Gesellschaft nichts und gleichzeitig erfährt die Gesellschaft nur das, was das Bewusstsein herausfiltert. Ohne Bewusstseinsysteme sind soziale Systeme nicht möglich, jedoch sind diese nicht Bestandteil sozialer Systeme, sie sind Voraussetzungen sozialer Systeme. Das Bewusstsein kann die Kommunikation beeinflussen.

„Das eigene Bewusstsein tanzt wie ein Irrlicht auf den Worten herum“.¹⁶⁰

3.2.3 Kommunikation

Kommunikation ist die Operationsweise von sozialen Systemen, die sich immer wieder selbst reproduziert, also autopoietisch ist und somit das Fortbestehen der Gesellschaft sichert. Kommunikation ist ein Prozess der Differenzierung zwischen der Umwelt und dem System (System/ Umwelt-Differenz).

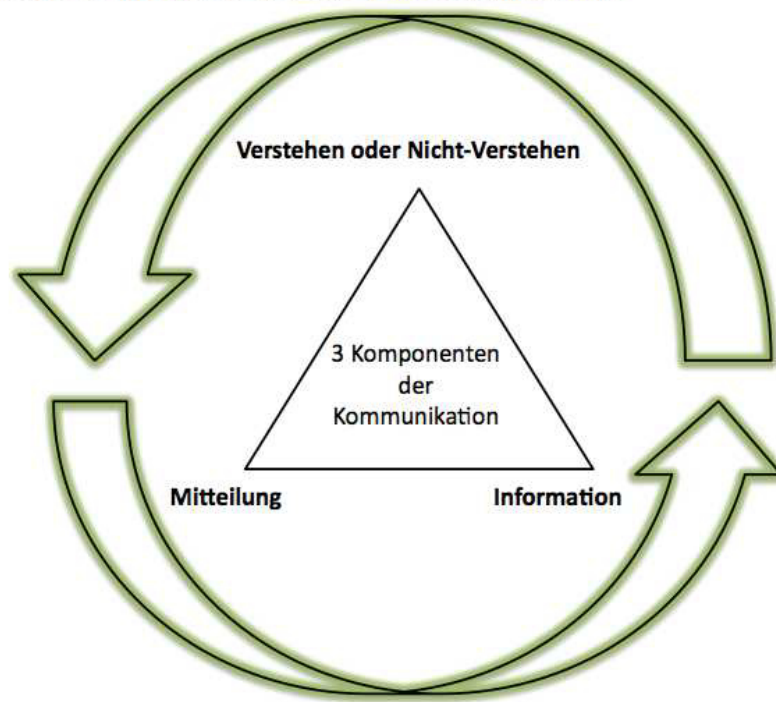
„Anders als zum Beispiel physikalische und biologische Phänomene, die räumlichen Bestand haben, kommt Kommunikation als Prozess nur in der Zeitdimension vor und nicht im physikalischen Raum. Als Prozess muss sie darüber hinaus zu jedem Moment erneuert werden, sonst hört sie auf. Kommunikation findet nur im sozialen Phänomenbereich statt. Bedingungen wie Kausalität, die für physikalische Phänomene gelten, treffen für die Kommunikation nicht zu. [...]“

¹⁶⁰ Luhmann, Niklas/ Jahraus, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001. S.108

*Kommunikation ist daher zu jeden Moment für Veränderung offen.*¹⁶¹

Für Luhmann operiert die Kommunikation indem sie selektiert und zwar zwischen Information, Mitteilung und Verstehen.

ZIRKULÄRER WECHSELSEITIGER PROZESS DER KOMMUNIKATION



*„Es muss, mit anderen Worten, vorausgesetzt werden können, dass die Information sich nicht von selbst versteht und dass zu ihrer Mitteilung ein besonderer Entschluss erforderlich ist. Und das gilt natürlich auch, wenn der Mitteilende etwas über sich selbst mitteilt. Wenn und soweit diese Trennung der Selektion nicht vollzogen wird, liegt bloße Wahrnehmung vor.“*¹⁶²

Somit wird klar, dass Luhmann großen Wert legt an der Unterscheidung zwischen Wahrnehmung und Kommunikation. Die Wahrnehmung bleibt für ihn ein „*psychisches Ereignis ohne kommunikative Existenz.*“¹⁶³ Die Kommunikation wählt

¹⁶¹ Ludewig, Kurt: Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer, 2009. S.18

¹⁶² Luhmann, Niklas/ Jahraus, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001. S.97

¹⁶³ Luhmann, Niklas/ Jahraus, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001. S.98

aus, ist aber durch den Sinn begrenzt. Der Sinn wird in der Kommunikation selbst bestimmt und nicht von Außen. Luhmann kritisiert das geläufige Verständnis bzw. das allgemeine Sender-Empfängermodell der Kommunikationstheorie, welche davon ausgeht, dass Kommunikation aus zwei Aktionen besteht, nämlich dem Senden und dem Empfangen¹⁶⁴, die Übertragungsmetapher ist für Luhmann unbrauchbar, auch entfernt er sich von dem handlungstheoretischen Verständnis von Kommunikation. Er sieht darin nicht eine „*gelingende oder misslingende Übertragung von Nachrichten, Informationen und Verständigungszumutungen*“¹⁶⁵. Er geht von einer Dreikomponententheorie aus, wie schon erwähnt, die Information, die Mitteilung und das Verstehen. Kommunikation besteht aus kontingenten Selektionen, er verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der Kontingenz bzw. der „doppelten Kontingenz“, d.h. alles ist so, aber auch anders möglich und führt darauf die Entstehung von sozialer Ordnung zurück. Kommunikation heißt auswählen, also selektieren und zwar nach Sinn „*etwas wird gewählt, etwas anderes nicht*“¹⁶⁶. Für Luhmann besteht die Kommunikation aus zwei informationsverarbeitenden Prozessoren. Die Interaktionspartner können sowohl soziale, als auch psychische Systeme sein, aber der Begriff Kommunikation vermeidet streng „*jede Bezugnahme auf Bewusstsein oder Leben, also auf andere Ebene der Realisation autopoietischer Systeme*.“¹⁶⁷ Er nennt den einen Interaktionspartner Alter, den anderen, dem die Mitteilung zugerechnet wird. Die Selektion der Information und Mitteilung liegen beide beim Alter. Den anderen Interaktionspartner nennt Luhmann Ego, ich, dieser versteht oder missversteht die Kommunikation. Die Selektion der Annahme, des Verstehens oder Nicht-Verstehen liegen beim Ego, dieser versteht oder missversteht die Mitteilung oder die Information.

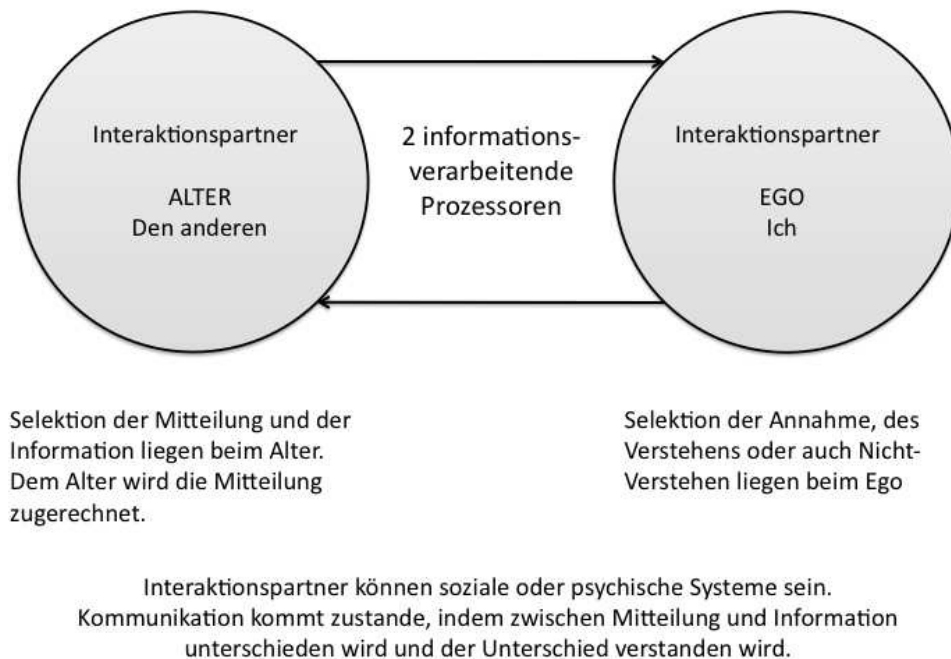
¹⁶⁴ Durch die signaltheoretische Grundannahme von Senden und Empfangen von Signalen im Raum und durch die Vorstellung Kommunikation läuft als Verbindung zwischen zwei Geräten und dessen Übertragung auf den Menschen, verweist die Verfasserin hier auf die deutliche sprachliche Verankerung und die Dominanz der Rolle der Technik im Technischen Zeitalter.

¹⁶⁵ Luhmann, Niklas/ Jahraus, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001. S.100

¹⁶⁶ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.76

¹⁶⁷ Luhmann, Niklas/ Jahraus, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001. S.96

KOMMUNIKATION nach Luhmann



Kommunikation kommt erst durch Verstehen zustande und nicht durch die Mitteilung selbst, wie es von dem Sender-Empfängermodell ausgegangen wird. Luhmann meint mit Verstehen, dass es sich um eine Mitteilung handelt und es geht nicht um das Verstehen welchen Inhalt eine Mitteilung hat. In der dritten Selektion, die des Verstehens oder Nicht-Verstehens, ist die erste und zweite Selektion enthalten, das heißt, dass erst durch die Differenzierung von Information und Mitteilung das Verstehen/Nicht-Verstehen möglich ist. Luhmann geht von einem differenz- und selektionsorientierten Kommunikationsbegriff aus. Er argumentiert, dass wenn der Zweck der Kommunikation der Konsens wäre, dann müsste sich die Kommunikation nach Erreichen dieses aufhören zu existieren, das Resultat wäre, dass sich das soziale System auflösen würde, da sein Zweck erfüllt wäre. „Die Kommunikation hat keinen Zweck“. ¹⁶⁸ Wichtig ist daher die Differenz zwischen Konsens und Dissens, nur so kann das System sich weiter reproduzieren, denn nicht nur Konsens ist anschlussfähig, sondern auch Dissens. Was macht

¹⁶⁸ Luhmann, Niklas/ Jahraus, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001. S.102

diesen Ansatz systemisch? Kurz nochmals die Merkmale des systemischen Ansatzes zusammengefasst:

MERKMALE DER KOMMUNIKATION - SYSTEMISCHER ANSATZ (Luhmann)

1. Kommunikation ist ein vollkommen geschlossenes System.
2. Das Kommunikationssystem ist autopoetisch: das bedeutet, dass sich die Kommunikation nur durch die Kommunikation produzieren und reproduzieren lässt.
3. Es gibt keine Kommunikation außerhalb der Kommunikation.
4. Es gibt keine Mitteilung außerhalb der Kommunikation.
5. Es gibt kein Verstehen außerhalb der Kommunikation.
6. Kommunikation ist zirkulär und operiert in wechselseitiger Voraussetzung.
7. Es gibt keinen kausalen Sinn: Information ist nicht die Ursache der Mitteilung und die Mitteilung ist nicht die Ursache des Verstehens.
8. Kommunikation hat keinen Zweck: sie geschieht oder geschieht nicht, das ist alles was man dazu sagen kann.
9. Kommunikation lässt sich durch Bewusstsein stören.
10. Kommunikation dupliziert die Realität: sie schafft zwei Versionen, eine Ja- und eine Nein-Fassung, durch die Selektion dessen wird die Fortsetzbarkeit des Systems garantiert.

Quelle: Luhmann, Niklas/ Jahraus, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001.

3.2.4 Sinnzwang der Kommunikation

Nach Luhmann steuert der Sinn die Selektion in der Kommunikation. Dieser wird von Operateuren und Beobachtern zugeschrieben. Der Sinn ist Selektionszwang und enthält immer beide Seiten, das Pro und Contra. Der Sinn ist die Einheit von aktualisierten/ gewähltem und potentiellen/möglichen Sinn, „*Sinn wird zugewiesen, konstruiert*“.¹⁶⁹ Dinge, Handlungen und Taten sind nicht per se sinnlos oder böse, sondern es sind Beobachter, die solche Entscheidungen treffen, die Massenmedien zeigen uns täglich, „*wer die Guten und wer die Bösen sind*“.¹⁷⁰ Luhmann unterscheidet drei grundlegende Weltdimensionen, die er Sinndimension nennt:

¹⁶⁹ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.123

¹⁷⁰ Luhmann, Niklas: Die Realität der Massenmedien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2004. S.142

1. Die Sachdimension (Systemtheorie): „Innen“ im Unterschied zu „Außen“ der Form, systemtheoretisch: System/ Umwelt
2. Die Zeitdimension (Evolutionstheorie): Unterscheidung vorher- nachher, Vergangenheit – Zukunft
3. Die Sozialdimension (Kommunikationstheorie): Unterscheidung Alter (der, dem die Mitteilung zugerechnet wird) und Ego (der, der die Kommunikation versteht).

Soziale und psychische Systeme operieren und beobachten unvermeidlich in den drei Sinndimensionen.

3.2.1 Medien und Formen

Luhmann nannte einige Merkmale von Medien:

Medien transformieren Unwahrscheinliches in Wahrscheinliches

Medien erlauben Formen

Medien begrenzen den Selektionsspielraum → z.B. Begrenzung durch den Blick

Freiheit von vielen Möglichkeiten

Medien als Paradox (Luhmannsche Paradox): Die Erweiterung von Komplexität der Medien durch die Reduktion von Komplexität, dies bedeutet einerseits die Schließung und Öffnung von Selektionen und andererseits die Ausweitung und Verengung der Selektionsmöglichkeiten

Für Luhmann sind die Medien Voraussetzung der Kommunikation, aber nicht Teil dieser. Der Medienbegriff wird nicht in den Kommunikationsbegriff mit eingeschlossen. Medium und Form können nicht unabhängig voneinander operieren und ist immer in Verbindung zu sehen. Durch das Medium können Formen gebildet werden und diese Formen stellen eine Erweiterung der Selektionen dar. Die Sprache ist als Phänomen nicht beobachtbar, sehr wohl aber die sprachliche Form wie z.B. Texte, Gedichte, Essays etc.

„Die Formen entstehen und vergehen, ohne das Medium zu verbrauchen. So lassen sich mit der Sprache immer wieder neue Sätze und Text bilden, ohne dass sich die Sprache

verbraucht. Im Gegenteil: Das Medium wird durch den Gebrauch regeneriert.“¹⁷¹

DIFFERENZ VON MEDIUM UND FORM:

MEDIUM	FORM
Invariant	Variabel
Nicht wahrnehmbar	Wahrnehmbar
Lose gekoppelte Elemente für mögliche Verbindungen	Fest gekoppelte, realisierte Verbindungen
Lose gekoppelt, aber stabiler	Strikte Kopplung, aber rascher wechselnd, temporär und leichter zerfallend
z.B. Sprache	Sprechen, Schreiben, Lesen von bestimmten Sätzen, z.B. „Das ist des Pudels Kern“
z.B. Geld	Forderungen und Zahlungen von bestimmten Preisen, z.B. 1500€ Miete
z.B. Kunst	Anfertigung von bestimmten Kunstwerken, z.B. Leonardos Ginevra

Quelle:

Grafik von Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.113

„Medien und Formen [werden] jeweils von Systemen aus konstruiert. Sie setzen also immer eine Systemreferenz voraus. Es gibt sie nicht ‚an sich‘.“¹⁷²

Luhmann sagt, dass Medien und Formen nicht in der Welt sind, sondern diese kommen von einem Beobachter, *„die Differenz von Medium und Form ist eine Eigenleistung des wahrnehmenden Organismus.“¹⁷³*

3.2.2 Elektronische Medien

Durch die Erfindung der Elektrizität und die damit verbundene Entwicklung von Film, Fernsehen und Computer wurden neue Möglichkeiten der Kommunikation eröffnet. Luhmann ist der Meinung, dass die Entstehung dieser neuen Medien nicht frühere

¹⁷¹ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.113

¹⁷² Luhmann, Niklas: Die Kunst der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1995. S.166

¹⁷³ Luhmann, Niklas: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1998. S.197

Kommunikationsformen wie Schrift und Druck verdrängt werden, sondern neuere, zusätzliche Formen und Anwendungen geschaffen werden und dies zu einer Erweiterung der Kommunikationsformen führt.

„Das betrifft vor allem die Bedeutung der Technik. [...] Revolutionär neu bei den elektronischen Medien ist das Eindringen der Technologie - [...] – in die gesellschaftliche Kommunikation. Vor den elektronischen Medien beruhte Kommunikation mehr oder weniger auf den Organismen von Menschen, den Vorraussetzungen Psyche und Biologie, hatte also eine natürliche Basis. Die wird nun verlassen. Die kommunizierten Informationen einerseits und die technischen Maschinen und Netze für den Informationsfluss andererseits stehen in keiner inhaltlichen Beziehung mehr. Das Netz verhält sich völlig neutral zur Kommunikation.“¹⁷⁴

„Technik wird wieder Natur, zur zweiten Natur, weil kaum jemand versteht, wie sie funktioniert, und weil man dies in der Alltagskommunikation auch nicht mehr voraussetzen kann.“¹⁷⁵

Zu den elektronischen Medien zählt Luhmann die Telekommunikation, das Kino und Fernsehen und den Computer. Die elektronischen Medien ermöglichen es, sich von den Bewusstseinssystemen und den sozialen Systemen zu entfernen. Auf der anderen Seite ermöglichen diese aber auch die Annäherung an die ursprünglichen Kommunikationsbedingungen, da sie eine Realitätsnähe vermitteln.

3.2.3 Einführung in das systemische Denken

„Systemisches Denken macht sich Grundfragen menschlicher Existenz zum Gegenstand und versucht, diese unter Rückgriff auf systemwissenschaftliche Erkenntnisse zu beantworten. Diese Fragen betreffen im theoretischen Bereich die Probleme des Erkennens und Seins, also Fragen der Epistemologie und Ontologie, und, daran geknüpft, auch der Ethik.“¹⁷⁶

¹⁷⁴ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.174

¹⁷⁵ Luhmann, Niklas: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1998. S.522f

¹⁷⁶ Ludewig, Kurt: Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer, 2009. S.12

Die Denkkultur der Systemik handelt im Wesentlichen von der Komplexität von Systemen bzw. System/Umwelt Verhältnissen und auf den Prozess des Beobachtens. Systemisches Denken erzeugt keine Gewissheiten, die den Wahrheitsgehalt der eigenen Aussagen endgültig belegen und normativ begründen, sondern es beschränkt sich auf die Ergebnisse menschlichen Beobachtens und dessen Kontext.

„Systemisches Denken geht von einer Vielfalt in sich kohärenter, aber voneinander unterschiedlicher Welten aus: Multiversa. Objektivität entfällt aus Maß für die Übereinstimmung von Erkenntnis und Gegenstand (Wahrheitskriterium) und wird durch das Kriterium der kommunikativen Brauchbarkeit ersetzt.“¹⁷⁷

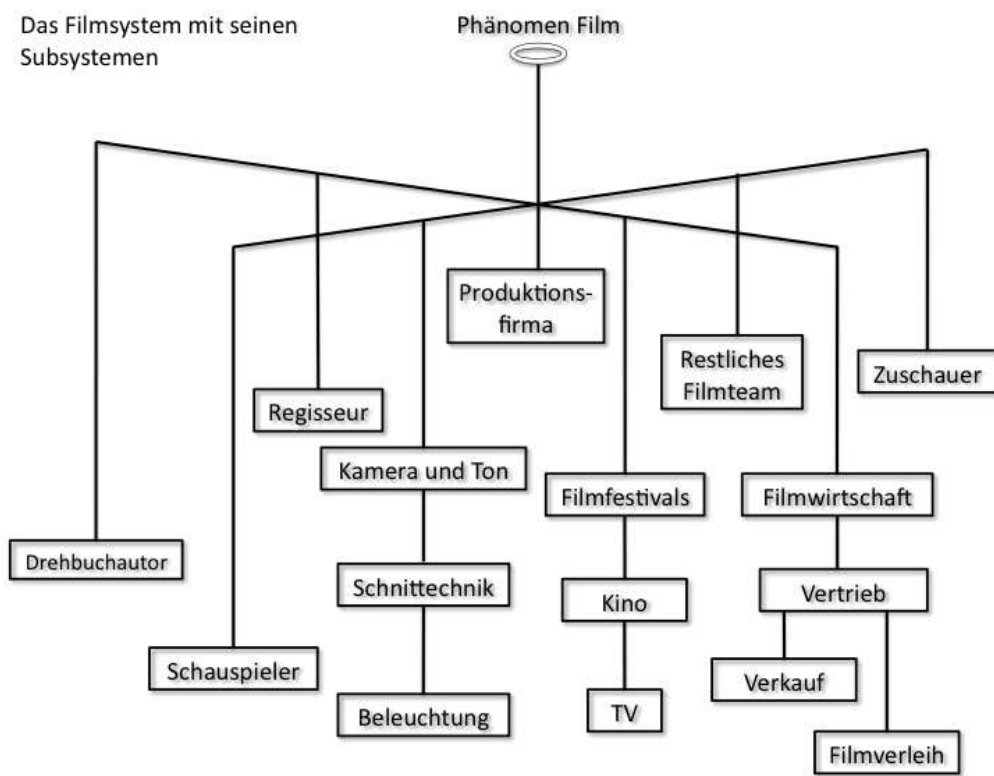
3.3 Systemtheorie, Konstruktivismus und Filmwissenschaft

3.3.1 Definition einer Systemtheoretischen und Konstruktivistischen Filmtheorie

3.3.2 Der Film als System

Das Phänomen Film wird in dieser Untersuchung als ein gesamtes System verstanden, dass unter anderem Subsysteme beinhaltet. Diese Subsysteme sind nicht kausal aneinander gebunden, das bedeutet, dass das eine System nicht ursächlich, kausal auf das andere wirkt, sondern dass die unterschiedlichen Systeme miteinander in Wechselwirkung sind. Die Entwicklungen sind nicht absehbar. Wenn ein Film mit hohen Produktionskosten einhergeht, bedeutet das nicht automatisch, dass dieser auch ein Kassenschlager wird. Und auch umgekehrt, wenn ein Film Lowbudget produziert wird, bedeutet das auch nicht, dass er kein Kassenschlager wird. Dennoch unterliegt das System Film verschiedenen Strukturen, wie z.B. einer hierarchischen Struktur, was den Lohn der einzelnen Mitarbeiter betrifft oder der Reihenfolge von Abläufen im Entstehungsprozess eines Films.

¹⁷⁷ Greve, Nils/ Keller, Thomas [Hrsg.]: Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2002. S.46



Das Filmsystem besteht aus Elementen, Regeln und Grenzen zwischen System und Umwelt. Es ist strukturdeterminiert, operiert geschlossen, autopoietisch, folgt seiner eigenen Gesetzmäßigkeit (Autonomie) und ist verstörbar. Zur Veranschaulichung des Filmsystems dient hierzu ein Mobile. Die verschiedenen Elemente sind im Mobile als Subsysteme aufgezeigt. Auch jedes einzelne Subsystem operiert geschlossen und alle sind miteinander in Wechselwirkung. Die Begriffe wie Regisseur, Drehbuchautor, Schauspieler und Zuschauer werden im Mobile nicht als Individuum wahrgenommen, sondern als psychische und soziale Systeme, die von der Umwelt beeinflusst werden. Damit es zu einem Filmwerk kommt, geschieht folgendes: Ein Drehbuchautor hat eine Idee, erarbeitet ein Konzept und schreibt ein Drehbuch. Anschließend findet dieser einen Filmproduzenten, oder auch nicht, und das Drehbuch wird verfilmt, oder auch nicht. Manchmal kann es auch sein, dass der Drehbuchautor auch gleichzeitig der Regisseur ist. Anschließend regelt die Filmproduktion die Projektentwicklung, die Vorproduktion, die Dreharbeiten, die Postproduktion und die Filmverwertung. Durch das Zusammenwirken der verschiedenen Systeme führt dies irgendwann zu einem

abgeschlossenen System, nämlich zum Endprodukt Film. Dieses fertige Produkt wird in dieser Arbeit audio-visuelle Endbilderfassung genannt.

Das Phänomen Film wird nach Luhmanns Theorie in dieser Arbeit zu den Sozialen Systemen zugeordnet, die anhand der Kommunikation operieren. Diese Operation der Kommunikation wird Gegenstand dieser systemtheoretischen und konstruktivistischen Filmanalyse sein wird.

3.3.3 Selektion

„Entscheidend ist nicht nur, was Film und Fernsehen zeigen und wie sie es gestalten, sondern auch was sie ausklammern und nicht zeigen und damit als bedeutungslos für die gesellschaftliche Auseinandersetzung erklären“.¹⁷⁸

Ein Filmteam (Kamera, Schauspieler, Regisseur, Produktion, Schnitt etc.) ist ein in sich geschlossenes System, dass geschlossen operiert und durch die Massenmedien reproduziert wird und daher immer wieder durch die Aufzeichnung Dvd, Ausstrahlung im Fernsehen reproduzierbar bleibt.

Der Film ist örtlich und zeitlich vom Beobachter (Zuschauer) entkoppelt. Der Film hat keine echtzeitliche Komponente, er kann durch die Aufzeichnung beliebig oft reproduziert werden und ist von der Zeit aber auch vom Raum entkoppelt. Die Kommunikation, die zwischen den Protagonisten stattfindet ist zeitlich unabhängig, diese kann durch das mehrmalige Anschauen beliebig oft reproduziert werden. Auch die unterschiedlichen Räumlichkeiten, wo der Film überall auf der Welt konsumiert und reproduziert werden kann, ist unendlich in der Möglichkeit. Die Wahrnehmung ist an aktive Konstruktionen gekoppelt und zwar nach den Kriterien von Raum und Zeit.

„Wir alle konstruieren Sinneinheiten und ordnen sie nach Raum und Zeit. Angemessener wäre es allerdings zu sagen, dass wir sie teilweise sequentiell, teilweise parallel anordnen, und dadurch in unserem Erleben Raum und Zeit entstehen (Simon 1982 a,b, 1983)“.¹⁷⁹

¹⁷⁸ Hickethier, Knut: Film- und Fernsehanalyse. Stuttgart [u.a.]: Metzler, 2012. S.17

¹⁷⁹ Rusch, Gebhard/ Schmidt, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000. S.98

3.3.4 Kommunikation der Bilder

Kino und Fernsehen sind die Kommunikation beweglicher Bilder. Diese beweglichen Bilder liefern eine „Realitätsgarantie“, eine „Alibi-Realität“.

„Die gesamte Realität als Cliché multipliziert und für Sekundärerfahrung mit Garantie der Originaltreue reproduziert werden kann. Optische und akustische Wiedergabe, die durch Schrift so markant getrennt waren, verschmelzen. Die Realitätsgarantie, die die Sprache aufgeben musste, weil allem, was gesagt wird, widersprochen werden kann, verlagert sich damit auf die beweglichen, optisch/akustisch synchronisierten Bilder [...]. Das Bild zeigt ganz offensichtlich eine Alibi-Realität“.¹⁸⁰

Da das Bild nicht sowie die Sprache über eine Ja/Nein Kodierung verfügt und es nicht die Möglichkeit eines Widerspruches gibt, wirkt dieses glaubhafter. Auch weil der Eindruck entsteht, dass man nur das filmen kann, was gerade geschieht.

„Man kann etwas sagen, bevor es geschieht und nachdem es geschehen ist. Wenn dagegen Film und Fernsehen die Realität filmen, geht das nur, während diese geschieht; der Filmvorgang währt exakt so lange wie das Originalgeschehen, und den Film anzuschauen ebenfalls. Das vermittelt den Eindruck von Deckungsgleichheit zwischen realer Realität und gefilmter Realität und somit von Fälschungssicherheit.“¹⁸¹

Zusammengefasst bedeutet dies, dass zwischen der realen Realität und der konstruierten Realität durch die „Zeitgleichheit“ (filmen kann man nur das, was gerade geschieht) einerseits eine höhere Glaubwürdigkeit entsteht und andererseits durch das „Nichtwidersprechbare“ wirken die Bilder glaubhaft. Nach dem Motto: „Das was man sieht, ist eh die Wahrheit“. Eine weitere Beobachtung diesbezüglich liefert Humberto Maturana:

„Das operational und funktional geschlossene Nervensystem des Menschen unterscheidet nicht zwischen internen und externen Auslösern; Wahrnehmung und Illusion, innerer und

¹⁸⁰ Luhmann, Niklas: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1998. S.522f

¹⁸¹ Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011. S.176

äußerer Reiz sind für das Nervensystem im Prinzip nicht unterscheidbar.“¹⁸²

Dieses Zitat übertragen auf die vorgeführten Bilder im Kino oder im Film würde bedeuten, dass das Nervensystem eines Menschen, also des Zuschauers, nicht unterscheiden kann zwischen den Bildern in der realen Welt und denen des Films.

Knut Hickethier benennt Kino- und Fernsehöffentlichkeiten als Orte medialer Teilhabe und spricht in diesem Zusammenhang von „den Eindruck von unvermittelter und ungebrochener Augenzeugenschaft eines Ereignisses [...] – den Anschein direkter Teilhabe.“¹⁸³ Er sagt, dass audiovisuelle Medien als „kulturelle Foren“ zu verstehen sind, in denen Figuren ihre „Verhaltensweisen zur Schau stellen, mit denen sich der Zuschauer auseinandersetzen kann“¹⁸⁴.

Sprache, Schrift und Druck haben die Fähigkeit sich von der Realzeit zu lösen. Der Film kann das nicht, dieser ist realzeitabhängig. Selektion findet im Film statt, aber nicht mehr in dem eigentlichen kommunikativen Akt, sondern im Kontext meistens vorher. Daher wird bei der Systemischen Filmanalyse auch der Szenenkontext von Bedeutung sein. Die Kommunikation durch die Bilder hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Dies bedarf laut Luhmann einer Ausarbeitung neuer auf bildbasierter Semantik, da unsere Semantik überwiegend sprachbezogen ist. Was macht Bilder im Vergleich zur Sprache so attraktiv? Luhmann beschreibt den „*Trend von hierarchischer zu heterarchischer Ordnung und der Verzicht auf räumliche Integration gesellschaftlicher Operationen*“¹⁸⁵. Die Autoren hinter den Daten verschwinden, Aussagen von Experten werden kritisierbarer und kontrollierbarer. Das hat auch zur Folge, dass Autoritäten schwinden. Dieser Prozess hat schon mit der Schrift begonnen und mit dem Buchdruck fortgesetzt.

Aus dem Prinzip der Autopoiese abgeleitet, ist das Operieren das Produzieren von Bildern in einem Film und die Verbreitung dessen durch Massenmedien. Auf den Film übertragen bedeutet die Anschlussfähigkeit eines Systems, dass sich die

¹⁸² Ludewig, Kurt: Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer, 2009. S.14

¹⁸³ Hickethier, Knut: Film- und Fernsehanalyse. Stuttgart [u.a.]: Metzler, 2012. S.13

¹⁸⁴ Hickethier, Knut: Film- und Fernsehanalyse. Stuttgart [u.a.]: Metzler, 2012. S.13

¹⁸⁵ Luhmann, Niklas: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1998. S.312

Bilder ständig reproduzieren müssen, sonst hören diese auf zu existieren und der Film kann in der Gesellschaft nicht weiterhin bestehen.

Die Protagonisten bzw. die Akteure im Film haben eine Kommunikation auf Interaktionsebene. Der Zuschauer aber nicht. Dieser ist Beobachter des vorgeführten Systems und kann sich an der Kommunikation nicht aktiv beteiligen. Die ist auch ein wesentliches Merkmal im Unterschied zum Theater und zu anderen Formen wie zum beim Computerspiel, Videotelefonieren. Im Theater gibt es sowohl die Möglichkeit die Position des reinen Beobachters (=Zuschauer) einzunehmen, als auch in manchen Theatersettings wie z.B. der Performance sehr wohl eine Einbindung des Zuschauer in die Interaktion und somit in die Kommunikation möglich ist. Ein wesentliches Merkmal des Films ist somit das Beobachten, aus einer Position des nicht interagierenden Zuschauers, denn es findet keine Kommunikation anhand eines Dialoges zwischen dem Zuschauer und Protagonisten im Film statt. Und trotzdem hat der Zuschauer aber das Gefühl, ein Teil der Handlung zu sein. Das ist eine Besonderheit des Filmes. Der Zuseher konstruiert sich seine eigene Wirklichkeit, jeder nimmt anders wahr und sieht unterschiedliche Dinge. Der Zuschauer ist der Beobachter eines Systems namens Film und gleichzeitig auch Teil davon. Die Narration wird von allen gleich gesehen/ „gelesen“, aber die Bewertungen, die der Zuseher daraus macht sind unterschiedlich. Da jeder sein eigenes Wertesystem hat, bewertet auch jeder Handlungen unterschiedlich.

Der Film ist sowohl ein soziales, als auch ein psychisches System. Soziales System, weil der Film operiert, indem er audio-visuell kommuniziert und psychisches System, weil der Film operiert indem er im Zuschauer Bewusstseinsprozesse wie Denken, Fühlen und Wollen produziert und eine eigene Wirklichkeit erzeugt bzw. konstruiert.

Der Film muss Bilder benutzen, welche in der Gesellschaft Resonanz finden, Themen aufgreifen, die gesellschaftlich einen Bezug haben, auch um selbst seine Sinnhaftigkeit zu legitimieren. Die Filmthemen und Inhalte verändern sich mit der Zeit, sowie dies auch psychische Erkrankungen tun. Scheinbar braucht die Gesellschaft das Konzept der Krankheit, um das Unfassbare wieder fassbar zu

machen, um eine Differenz zur Umwelt herzustellen. Die Funktion der Krankheit ist auch wichtig zur Regulierung einer Gesellschaft. Dieser Gedanke soll näher anhand eines Beispiels ausgeführt werden. Im Film „Shutter Island“ (Regie: Martin Scorsese) Der Protagonist, gespielt von Leonardo DiCaprio, kommt nach Hause, findet seine Kinder ermordet vor. Die Ehefrau hat ihre eigenen Kinder umgebracht und im Schockzustand richtet sie der Protagonist per Selbstjustiz. Er dissoziiert und wird daraufhin wahnhaft. Es entwickelt sich eine Schizophrenie. Das ist die kausale Erklärung für den Verlauf Films. Das ist auch der Unterschied zwischen der sozialen Wirklichkeit und der des Films. In der sozialen Realität kann man die Erfahrungen der Klienten nur teilweise nachvollziehen, da man beim Erlebten nicht anwesend war. Im Film ist man als Zuschauer von Anfang an dabei und kann die Handlungsweisen der Personen nachvollziehen, da man das Geschehene sieht.

Wenn in einem Film psychisch Erkrankte „kriminalisiert“ werden, findet dies in der Begreifbarkeit gesellschaftlich einen Platz und durch dieses „erklärbar machen“ auch seine Sinnhaftigkeit und in gewisser Maßen auch seine Existenzberechtigung. Der Nachteil von diesen Filmen ist, dass dies beim Zuschauer zu einer Assoziation zwischen psychisch krank und kriminell führen kann und zur Kausalität psychisch Erkrankte sind kriminell führen kann. In der sozialen Wirklichkeit tragen diese Bilder natürlich auch zur Stigmatisierung psychisch Erkrankter bei. Ein Bild wird im Zuschauer erzeugt und diese gesellschaftliche Konstruktion führt dazu, dass weitere Vorurteile produziert werden. Wenn psychische Erkrankungen aufhören würden zu existieren, nicht mehr reproduziert werden, dann kann auch das „Normale“ nicht mehr existieren, da es keine Differenz zu „normal“ und „nicht normal“ mehr gibt. Somit wäre die Unterscheidung „normal“ auch für den Zuschauer nicht mehr möglich und die Konsequenz wäre die Notwendigkeit des Films. Somit würde auch das System „Filme über psychisch Erkrankte“ zerfallen.

3.3.5 Das Konzept der Autopoiesis

Der Begriff Autopoiesis entstammt ursprünglich einem naturwissenschaftlichen Konzept und beschreibt ein Phänomen, dass von Humberto R. Maturana entdeckt

wurde. Es beschreibt *„lebendige Systeme als zirkuläre Systeme“*¹⁸⁶. Er leitet das Wort aus dem Griechischen ab: „auto“ steht für „selbst“ und „poiein“ für produzieren bzw. erschaffen. Autopoiesis bedeutet Selbsterschaffung. Der Begriff bezeichnet den Prozess eines Systems *„die [Systeme] sich durch ihre eigenen Operationen als eine Einheit erschaffen und in diesem Prozess selbst hervorbringen. Das Resultat der autopoietischen Systemoperationen ist eben das System selbst. [...] Lebende Systeme bringen sich in ihrer geschlossenen Dynamik selbst hervor“*¹⁸⁷. Maturana unterscheidet zwischen einem selbstreferenziellen und alloreferenziellen Systemen. Ein selbstreferenzielles System bezieht sich auf sich selbst, Zweck und Sinn der Operation liegen innerhalb des Systems, wie z.B. bei einer Zelle. Bei einem alloreferenziellen System liegt die Bestimmung außerhalb des Systems, wie z.B. bei einem Auto. Sinn und Zweck ist, dass man es als Fahrzeug nutzt. Der *„Sinn und Zweck ihrer Operation liegt außerhalb ihrer selbst.“*¹⁸⁸ *„Das Resultat ihres Operierens sind – man denke nur an Auto und Computer – nicht sie selbst.“*¹⁸⁹.

*„Im Unterschied zu den lebenden Systemen sind z.B. Maschinen keine autopoietischen Systeme, weil sie nicht auf den Aufbau und die Erhaltung ihrer eigenen Struktur, sondern auf die Herstellung eines Produktes, also auf etwas anderes ausgerichtet sind. Sowohl Maschinen, als auch Zellen haben einen Input aus der Umwelt und einen Output in sie hinein.“*¹⁹⁰

Der Begriff „selbstreferenzielles System“ war für Maturana nicht ganz passend, weil das Konzept der Referenz zu sehr die Beziehung zwischen den Elementen beschrieb. Es ging ihm aber um die Prozesse und Dynamiken von Systemen. Der Begriff Autopoiese bezieht sich daher auf die Prozesse des Phänomens der Selbstreferenz.

„Aber eigentlich gefiel mir das Konzept der Referenz nicht besonders, weil mit diesem stets eine Beziehung zwischen

¹⁸⁶ Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S.101

¹⁸⁷ Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S.102

¹⁸⁸ Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S.100

¹⁸⁹ Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S.106

¹⁹⁰ Reese-Schäfer, Walter: Niklas Luhmann zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag, 1999. S.27

verschiedenen Elementen erfasst wird – und ich wollte kein Beziehungsmuster beschreiben, sondern die Prozesse eines Systems aus sich selbst heraus verstehen. Daher suchte ich nach einem Begriff, der die Prozesse, die dann im Ergebnis zum Phänomen der Selbstreferenz führen, deutlicher sichtbar macht.“¹⁹¹

Maturana erklärt sein Konzept anhand „der autopoietischen Dynamik einer Zelle.“

„Die Zelle erzeugt die Membran und die Membran die Zelle. Der Produzent, der Akt der Produktion und das Produkt sind somit ununterscheidbar.“¹⁹²

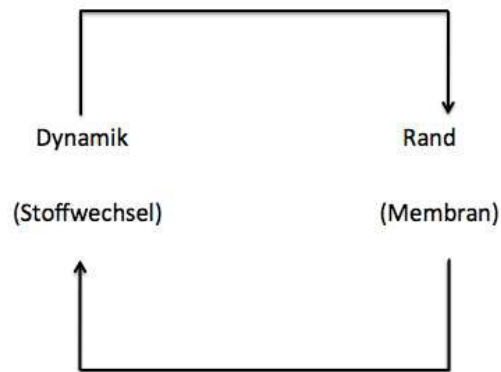


Abb.9: Die Zelle – ein autopoietisches System erster Ordnung – ist eine Fabrik, deren Produzent sie selbst ist.

Quelle:

Grafik aus Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S. 103

„»Autopoiesis« meint also nicht, wie man bei der Übersetzung »Selbstschöpfung« leicht glauben könnte, eine Selbsterschaffung aus dem Nichts. Genutzt wird der Begriff

¹⁹¹ Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S.100

¹⁹² Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S.103

vielmehr zur Beschreibug eines Systems, das von seiner Eigendynamik her auf seine Fortsetzung ausgerichtet ist.“¹⁹³

Für Maturana ist der Begriff der Autopoiesis ein ausschließlich biologischer Begriff und *„bezieht sich auf ein molekulares Netzwerk der Produktion von Molekülen, das durch Interaktionen ebendieses Netzwerk hervorbringt und ihm eine Grenze setzt. Autopoiesis ist eine Variante der Autonomie, neben vielen anderen. Beide Begriffe sind strikt auseinander zu halten“¹⁹⁴*. Maturana möchte den Begriff Autopoiesis als biologisches Phänomen verstanden haben.

Luhmann entlehnte den Begriff der Autopoiese und verwendet ihn in seiner Sozialtheorie zur Beschreibung der Gesellschaft. Maturana kritisierte an Luhmann seine statische Auffassung von sozialen Systemen, *„Menschen mit besonderen Eigenschaften kommen nicht darin vor. [...] Er hat mir einmal gesagt, er klammere den Menschen aus seinem Theorieentwurf aus, um universale Aussagen formulieren zu können. Wenn man von Menschen spricht, so sein Argument, ließen sich universale Aussagen nicht mehr machen. Auch diese Auffassung teile ich nicht.“¹⁹⁵*

„Maturana: Das Problem besteht einfach darin, dass Niklas Luhmann den Begriff der Autopoiesis als ein Prinzip zur Erklärung des Sozialen benutzt, das die zu beschreibenden Prozesse und die sozialen Phänomene nicht erhellt, sondern eher verdeckt. Autopoiesis – verstanden als ein biologisches Phänomen – handelt von einem Netzwerk von Molekülen, die Moleküle hervorbringen. Moleküle produzieren Moleküle, fügen sich zu Molekülen zusammen, lassen sich in Moleküle zerteilen. Niklas Luhmann geht jedoch nicht von Molekülen aus, die Moleküle erzeugen, sondern alles dreht sich um Kommunikationen, die Kommunikationen produzieren. Er glaubt, es handele sich um ähnliche Phänomene, es handele sich um eine vergleichbare Situation. Das ist nicht korrekt, denn Moleküle erzeugen Moleküle ohne fremde Hilfe, ohne Unterstützung. Das heißt: Die Autopoiesis ereignet sich in einem Bereich, in dem die Interaktionen der Elemente, die ihn konstituieren, Elemente derselben Art hervorbringen, das ist

¹⁹³ Reese-Schäfer, Walter: Niklas Luhmann zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag, 1999. S.27

¹⁹⁴ Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S.110

¹⁹⁵ Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S.113

entscheidend. Aber Kommunikationen setzen Menschen voraus, die kommunizieren. Kommunikationen produzieren nur mithilfe von lebenden Systemen Kommunikationen. Durch die Entscheidung, Moleküle durch Kommunikation zu ersetzen, erscheinen Kommunikationen als die zentralen Elemente, und die Menschen als die Kommunizierenden werden ausgeklammert. Sie bleiben außen vor und gelten als unwichtig, sie bilden lediglich den Hintergrund und die Basis, die das soziale System- verstanden als ein autopoietisches Netzwerk aus Kommunikationen- eingebettet ist.“¹⁹⁶

Maturana negiert somit die Anwendung der Autopoiesis auf soziale Systeme und den Begriff der Kommunikation. Für Maturana kann das Individuum nicht dermaßen negiert werden. Luhmann versuchte den Begriff der Autopoiesis in die Soziologie zu integrieren.

„Luhmanns Soziale Systeme ist der Versuch, diesen Begriff in die Soziologie zu übernehmen. Man kann geradezu von einer »autopoietischen Wende« in seiner Theorie sprechen, die sich Ende der Siebzigerjahre angebahnt hat und die seit ca. 1980 immer deutlicher sichtbar geworden ist. Luhmann selbst spricht von einem Paradigmawechsel in der Systemtheorie. Ursprünglich waren Systemtheorien von der Unterscheidung zwischen Teil und Ganzem ausgegangen. Das zweite große Paradigma systemtheoretischen Denkens war die Unterscheidung von System und Umwelt. Luhmann versucht nun, ein drittes Paradigma, das autopoietische, zu begründen.“¹⁹⁷

„Sein methodologischer Antihumanismus besteht darin, die systemtheoretische Differenzierung vorzunehmen und die Menschen nicht als Teile der Gesellschaft selbst, sondern ihrer Umwelt anzusehen. Daraus resultiert eine posthumanistische Konzeption, die das Subjekt, also den Menschen im Singular, als Garanten für die Einheit der Erkenntnis und als Anspruch an die Gesellschaft aufgibt und seiner auch nicht mehr bedarf, um Gesellschaft zu verstehen.“¹⁹⁸

¹⁹⁶ Maturana, Humberto R./ Pörksen, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008. S.112f

¹⁹⁷ Reese-Schäfer, Walter: Niklas Luhmann zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag, 1999. S.28

¹⁹⁸ Reese-Schäfer, Walter: Niklas Luhmann zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag, 1999. S.63

3.3.6 Der Begriff des Re-entry bei psychischen Systemen

Luhmann nennt den Begriff des „re-entry“ und orientiert sich dabei an George Spencer Brown's Buch „Laws of Form“. Er unterscheidet zwischen psychischen Systemen und Personen.

„Sie [die Systemtheorie] bezeichnet den Wiedereintritt einer Form in die Form, also einer Unterscheidung in das Unterschiedene; im Falle von Systemen (und wir haben es mit psychischen Systemen zu tun) den Wiedereintritt der Differenz von System und Umwelt in das System. Für den Fall der Systemform kann man das re-entry der Form in die Form durch die Unterscheidung von Selbstreferenz und Fremdreferenz bezeichnen. Demnach gibt es kein Problem ‚der Referenz‘ in abstracto, sondern immer nur die Zwei-Seiten-Form von Selbstreferenz und Fremdreferenz und das Wiederholen bzw. das Kreuzen zwischen beiden Seiten. Dabei bleiben die Operationen stets interne Operationen. Es gibt keinen Durchgriff nach außen. Das System arbeitet als ein operativ geschlossenes System. Es kann nur sich selber transformieren, das heißt: nur die Unterscheidungen ändern, mit denen es das eigene Beobachten ermöglicht. Und das weiß man denn auch: das Denken allein ändert nichts an der Außenwelt, sondern nur sich selber. Wir können deshalb sagen: Die Form psychischer Systeme ist der Unterschied von Selbstreferenz und Fremdreferenz.“¹⁹⁹

3.3.7 Der Begriff der Interpenetration

"Interpenetration bedeutet, daß sich zwischen benachbarten Subsystemen auf allen Systemebenen Zonen bilden, in denen sie sich überschneiden und sich dann über ihre Grenzen hinweg wechselseitig beeinflussen. Interpenetration erleichtert den Austausch zwischen all den Einheiten, die an der Interpenetrationszone teilhaben.“²⁰⁰

¹⁹⁹ Luhmann, Niklas: Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1995. S.144

²⁰⁰ Parson, Talcott/ Platt, Gerald M.: In: The American University. Harvard University Press. Cambridge/MA., 1973. S.36

4 Eine Systemtheoretische und Konstruktivistische Filmanalyse

4.1 Einleitung

Die vorliegende Filmanalyse basiert auf den Grundlagen der Systemtheorie und des Konstruktivismus. Ziel der Verfasserin ist es, eine Filmtheorie zu entwickeln, die sich auf eben diesen zuvor genannten Grundlagen basieren. In dieser Arbeit sollen die Methoden der Systemtheorie und des Konstruktivismus auf das Phänomen des Films angewendet werden, der Schwerpunkt der Analyse wird die Leitdifferenz zwischen normal und nicht-normal sein, somit wird die psychische Gesundheit der psychischen Erkrankung gegenüber gestellt. Damit sind die Brüche zu denen es in den Filmen kommt, gemeint, die den Zuschauer aus seiner Erwartungshaltung „normal“ herausreißt, irritiert und letzten Endes auch meistens zum Lachen bringt - Humor als Instrument der Verarbeitung von unerwarteten und unsinnigen Dingen. Die vorliegende Arbeit geht davon aus, dass eine psychische Krankheit von der Gesellschaft konstruiert wird und distanziert sich von der Zuschreibung von krank/gesund als fixen Bewusstseinszustand eines Menschen. Diese Filmanalyse versucht einen Beitrag zur „Ent-Pathologisierung“ von anderen vielleicht auch befremdlichen Bewusstseinszuständen zu leisten. Begriffe wie Narzisst, Schizophrener, Paranoiker etc. werden hier bewusst vermieden werden, da die Verfasserin von einem systemischen und konstruktivistischen Verständnis von „Krankheit“²⁰¹ ausgeht und nicht von einem psychopathologischen Ansatz. Es geht in dieser Arbeit nicht um die Pathologie von Menschen und ihren Krankheitsbilder, sondern um die Kommunikationsstrukturen, die im Zuschauer eine Bewertung in Normal und Nicht-normal bewirken und der Bruch mit der Wahrscheinlichkeit von Verhalten und Kommunikation in der Erwartungshaltung des Zusehers.

Die klassische psychoanalytische Filmtheorie beschäftigt sich mit den Konzepten von Sigmund Freud und versucht diese in die Filmwissenschaft zu integrieren. In

²⁰¹ In einem System ist jedes Verhalten für den/diejenigen, der/die sich verhält als sinnvoll anzusehen, auch wenn es das Gegenüber nicht versteht. Eine Krankheit ist in der Systemischen Familientherapie auch eine Bewältigungsstrategie. Zum Krankheitsbegriff siehe auch Kapitel 1.4. Konstruktion psychopathologischer Wirklichkeiten

der psychoanalytischen Filmanalyse kann die Erkenntnis über einen Menschen/ Protagonisten auch den Grund seiner Pathologie liefern, das heißt, eine „verkorkste“ Kindheit kann kausal zu einer psychischen Erkrankung führen. Ein Beispiel: im Film „Adams Äpfel“ wäre die traumatisierende Kindheit des Pfarrer Ivan Ursache für seine Störung im Erwachsenenalter. Hier wird in der vorliegenden Arbeit ein Unterschied gemacht. Es werden weniger die Kausalitäten von Verhalten, als vielmehr die Kommunikationsstrukturen in Zusammenhang mit Erwartungshaltungen untersucht werden. Es soll in dieser Arbeit weder um die Symptomatik und die daraus resultierenden diagnostischen Hypothesen gehen, noch um Ätiologie oder Klassifikationen von psychischen Erkrankungen. Es findet keine Diagnostik nach ICD 10 oder dem DSM IV statt. Vielmehr wird versucht das System Film zu erfassen, konstruierte Wirklichkeiten zu beschreiben und anhand der Systemtheorie und des Konstruktivismus die filmische Vorgehensweise zu beschreiben und zu erklären aus der Perspektive der Verfasserin als Beobachterin 2. Ordnung. Überlegungen zur Entstehung der Störung und Deutungsansätze gehören in den Bereich der psychodynamischen Konstrukte und werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden, zumal hier von dem Ansatz ausgegangen wird, dass Kommunikation an sich nicht krank ist.

4.2 Methode

4.2.1 Allgemeiner Zugang zur Methode

Es soll hier die Theorie der Systemtheorie und des Konstruktivismus auf das Phänomen des Films angewendet werden. Hierzu wird die Methode einer Filmanalyse gewählt.

Ein System ist ein Konstrukt, das aus Strukturen, Regeln, Beziehungen, Kommunikationen und Handlungen bestehen, die von Personen, die dieses System bilden, erzeugt werden. Diese systemische Filmanalyse nimmt Bezug auf den Film selbst, auf die Handlung, die Figuren und den Inhalt eines Filmes. Sie bezieht sich auf Handlungen, Bild und Sprache, die im Film Wirklichkeiten erzeugen und bezieht sich auf die sozial - konstruierten Wirklichkeiten in Film.

„Wir befinden uns in einem ständigen Prozess sozialen Konstruierens, und dieses Konstruieren findet in Sprache statt.“²⁰²

„Sprache, so stellt Luhmann in dieser Hinsicht lapidar fest, ist ‚nicht das System, das die Konstruktion der Erkenntnis als Realoperation ermöglicht. Sie ist überhaupt kein System‘ (ebd.: 48) – sondern eben ein Medium, das es Bewusstsein und Kommunikation (bzw. psychischen und sozialen Systemen) ermöglicht, jeweils spezifische Formenbildungen der Beobachtung und Aufzeichnung zu vollziehen und so Sinn (im oben beschriebenen systemtheoretischen Sinne) zu produzieren und zu prozessieren.“²⁰³

Das Phänomen Film wird in Anlehnung an Luhmann in der vorliegenden Arbeit zu den sozialen Systemen gezählt. Die charakteristische Operation von sozialen Systemen ist die Kommunikation. Hier liegt auch der Schwerpunkt der vorliegenden Analyse. Es gilt sowohl die Sinn-produzierenden, als auch die Unsinn-produzierenden Kommunikationsstrukturen zu untersuchen, es geht um den *„sozialen Prozess Sinn stiftender Konsensualität“²⁰⁴.*

Die Besonderheit im Phänomen Film ist die Form der audio-visuellen Kommunikationsmöglichkeit. Gleichzeitig ist der Film beliebig oft reproduzierbar und nicht an Raum und Zeit gebunden. Die audio-visuelle Sprache wird in dieser Filmanalyse näher untersucht werden.

4.2.2 Herangehensweise an die Methode

Zuerst hat sich die Verfasserin in die Theorie eingearbeitet und eingelesen und sich dadurch einen Überblick verschafft. Anschließend wurde der Film gesichtet und transkribiert. Die Transkription wurde gelesen und der Film in Bezug auf audio-visuelle Inhalte erneut gesehen. Daraus wurden die Kategorien gebildet. Zu guter letzt wurde eine Analyse der Szenen anhand der gebildeten Kategorien durchgeführt. Die Kategorien sind aus systemtheoretischer Sicht Leitdifferenzen.

²⁰² Greve, Nils/ Keller, Thomas [Hrsg.]: Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2002. S.88

²⁰³ Pörksen, Bernhard [Hrsg.]: Schlüsselwerke des Konstruktivismus. Wiesbaden: VS Verlag, 2011. S.293

²⁰⁴ Greve, Nils/ Keller, Thomas [Hrsg.]: Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2002. S.46

Wie im nächsten Kapitel ersichtlich, wurden folgende Kategorien gebildet: Rollenbruch/ Erwartung, Gesund/Krank, Gut/ Böse, HIP/ PIP und Interpenetration/ eigene Wirklichkeitskonstruktionen. Die Kategorie HIP/ PIP wurde von Karl Tomm entlehnt.

4.1 Kategorien der Filmanalyse

Um den Film analysieren zu können, habe ich die folgenden Filmkategorien gebildet.

4.1.1 Kategorie 1: Rollenbruch/ Erwartung

Unter der Kategorie Rollenbruch und Erwartung versteht man, wenn eine erwartete Rolle gebrochen wird oder wenn die Erwartung eintrifft und/oder erfüllt wird. Auch in diese Kategorie einzuordnen ist inadäquates Verhalten.

4.1.2 Kategorie 2: Gesundheit/ Krankheit

Unter der Kategorie Gesundheit und Krankheit versteht man psychisch gesundes Verhalten versus krankhaften pathologischen Verhalten. Darunter fallen Momente des Wahns, Realitätsverlust, Trauma als Bewältigungsstrategie, Dissoziation.

4.1.3 Kategorie 3: Gut/ Böse

In der Kategorie Gut und Böse stehen gute religiöse Werte gegenüber den bösen Werten und der Glaube an Gott und den Teufel.

4.1.4 Kategorie 4: HIP/ PIP

Die Kategorie HIP und PIP bezieht sich auf Karl Tomm, der HIP als Heilendes Interpersonelles Muster und PIP als Pathologisches Interpersonelles Muster beschreibt.

4.1.5 Kategorie 5: Interpenetration/ eigene Wirklichkeitskonstruktion

Unter Interpenetration ist zu verstehen, wenn sich selbstreferentielle autopoietische Systeme überlappen und wenn es zu Überschneidungen kommt: z.B. wenn der Eine Verhaltensweisen des Anderen übernimmt oder der Eine das tut, was der Andere tut. Die eigene Wirklichkeitskonstruktion bezieht sich auf den

Konstruktivismus, der Individuen als autopoietische selbstreferenzielle Systeme betrachtet, die sich die Wirklichkeit selbst konstruieren und immer nur das lernen können, was bereits in Ihnen vorhanden ist. Die Überlappung steht im Gegensatz zur eigenen Wirklichkeitskonstruktion.

4.1.6 Interpersonelle Muster von Karl Tomm

Karl Tomm, Psychiater und Leiter des Calgary Family Therapy Centre in Kanada, begann 1988 mit der Entwicklung alternativer Konfliktlösungsstrategien, um problematische Kommunikationsmuster in Beziehungen zu lösen.

„In the spring of 1988, the Family Therapy Program at The University of Calgary was faced with external administrative pressures to use the DSM-III diagnostic framework in assessing the children and adolescents with emotional and behavioral problems who were to be seen in the program. It was suggested that the program use a DSM diagnosis as an intake criterion for the child's family to be accepted for treatment.“²⁰⁵

Er entwickelte das HIP (Healing Interpersonal Pattern²⁰⁶) und das PIP (Pathologizing Interpersonal Pattern²⁰⁷), um problematische Kommunikationsmuster zu behandeln und zu unterbrechen. Kinder- und Jugendliche wurden damals anhand des Diagnosesystems DSM III diagnostiziert, welches er aufgrund des potentiellen pathologisierenden Effekts und Stigmatisierungsbefürchtungen ablehnte.

„Central among these was a concern about the potential pathologizing effects of psychiatric 'labeling' on children and adolescents. The social stigma associated with psychiatric diagnosis adds a significant burden to the person so labeled and makes recovery more difficult. The labeling effects may be subtle but they tend to become increasingly pervasive and malignant as growing acceptance of the psychiatric label spreads through the professional and social networks of the

²⁰⁵ Tomm, Karl. Beginnings of a HIPs and PIPs. Approach to Psychiatric Assessment. In: The Calgary Participant. Spring/1991. S.21.

²⁰⁶ Heilendes Interpersonelles Muster

²⁰⁷ Pathologisierendes Interpersonelles Muster

*child, and eventually becomes internalized as part of the child's identity.*²⁰⁸

Aus diesen Gründen heraus initiierte Karl Tomm ein Projekt und entwickelte in Zusammenarbeit mit Therapeuten und Praktikanten des *Family Therapy Program's* die HIP's und PIP's zur psychiatrischen Beurteilung. Das Projekt basiert auf der Annahme, dass Muster von menschlichen Interaktionen in denen Personen involviert sind, einen großen Einfluss auf ihre Erfahrungen und ihre psychische Gesundheit haben. Einige von diesen Muster haben krank machende und andere heilende Effekte. Je nachdem welche Verhaltensweisen in der Interaktion gezeigt werden und welche Bedeutungen diesem Verhalten von den involvierten Personen zugeschrieben werden, bestimmt den Effekt. Wenn sich ein Muster der Interaktion bewährt hat, wird es meistens von der anderen beteiligten Person ergänzt. Diese Effekte sind nicht nur wiederkehrend und wiederholend, sondern sie können auch allmählich zunehmen, gelegentlich steigern, ja sogar exponentiell werden.

PATHOLOGIZING INTERPERSONAL PATTERN

Das PIP ist ein Muster zwischen zwei Personen in dem Kritik bzw. Vorwürfe zur Verteidigung führen und die Verteidigung wiederum zu weiterer Kritik und Vorwürfen führt. Je mehr die involvierten Personen ihre Interaktionsmuster wiederholen, desto mehr steigert sich ihr Interaktionsmuster und wird gekoppelt und zirkulär. Gesteigerte Kritik löst wachsende Verteidigung aus und umgekehrt. Es scheint so, als würde das Muster ein Eigenleben bekommen und motiviert die involvierten Personen damit weiterzumachen. Mit der Zeit hat das Muster eine stabilisierende Wirkung in einer interpersonellen Beziehung und kann die Hauptkomponente in jener werden. Wenn es um eine wichtige Beziehung geht und das Muster für eine sehr lange Zeit besteht, kann dieses psychopathologisch werden. Dies äußert sich emotional in der kritisierten Person durch Ungehaltenheit, chronische Frustration, Hass, Aggressivität und Streitsucht. Bei der Person, die sich verteidigt, kann dies zu gegensätzlichen Verhaltensweisen, Aufsässigkeit, Paranoia, Vermeidung, Isolation und Depression führen. Diese individuellen Effekte neigen dann dazu, sich

²⁰⁸ Tomm, Karl. Beginnings of a HIPs and PIPs. Approach to Psychiatric Assessment. In: The Calgary Participant. Spring/1991. S.21.

als Pathologie innerhalb dieser Personen zu reflektieren. Die Effekte des Pathologisierenden Interpersonellen Musters können sehr destruktiv in Beziehungen werden und können sogar zu Gewalt und Selbstmord führen.

HEALING INTERPERSONAL PATTERN

Das HIP ist der Gegenpol zu PIP und ist ein Muster zwischen zwei Personen, welches zu positiven Effekten führt, wie zum Beispiel zu mehr Respekt für den anderen, mehr Selbstbewusstsein und die Anerkennung des Gegenübers. Das Interaktionsmuster wird wie folgt beschrieben: Das selektive Wahrnehmen und Anerkennen von Kompetenzen animiert Personen zu mehr kompetenten Handlungen. Dies wiederum bewirkt, dass mehr kompetente Handlungen zu mehr Annerkennen und Wahrnehmen von Kompetenzen führt. Das PIP und das HIP sind zirkuläre Prozesse. Viele Menschen haben das Potetial des HIPs bereits in sich. Wir erinnern uns an Kindheitstagen, in denen die Eltern den Kindern Lob und Anerkennung aussprechen, wenn sie zum Beispiel gehen oder laufen lernen. Die Eltern loben das Kind dafür, dies wiederum führt dazu, dass sich die Kinder dazu animiert fühlen, weiterzumachen. Schwierig wird es in Beziehungen, in denen sich das PIP bereits etabliert hat und die Beziehung dominiert. Unter diesen Umständen wäre es sinnvoll therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, um das PIP zum HIP transformieren zu können.

4.2 Filmauswahl

Die Filmauswahl beschränkt sich auf den Film Adams Äpfel, der auf dem Festival der Psyennale in Wien gezeigt wurde.

4.3 Adams Äpfel

4.3.1 Filmdaten und Stab

Der deutsche Filmtitel Adams Äpfel lautet im Dänischen „Adams Æbler“. Produziert wurde der Film in Dänemark in dänischer Sprache. Dieser erschien im Jahr 2005 und hat eine Dauer von 93 Minuten. Alterfreigabe ist ab 16 Jahren.

Regie und Drehbuch:

Anders Thomas Jensen

Produzenten: Mie Andreassen & Tivi Magnusson
 Produktion: M & M Productions
 Musik: Jeppe Kaas
 Kamera: Sebastian Blenko
 Schnitt: Anders Villadsen

4.3.2 Besetzung

Name	Name der Figur im Film	Rolle
Ulrich Thomsen	Adam Pedersen	Skinhead
Mads Mikkelsen	Ivan Fjeldsted	Pfarrer
Paprika Stehen	Sarah	Alkoholikerin
Ali Kazim	Khalid	Tankstellenräuber
Nicolas Bro	Gunnar	Triebtäter
Ole Thestrup	Dr. Kolberg	Klinikerarzt
Nikolaj Lie Kaas Thomas Villum Jensen Lars Ranthe Peter Reichhardt Peter Lambert	Holger Arne Esben Nalle Jørgen	Freunde von Adam und auch Skinheads
Emil Kevin Olsen	Christoffer	Sohn von Ivan
Gyrd Løfqvist	Poul Nordkap	Ehemaliger Nazi
Solvej Christensen		Mädchen von der Tankstelle
Rasmus Rise Michaelsen Jakob-Ole Remming		Jungen von der Tankstelle

Per Holm Henriksen		Patient
--------------------	--	---------

4.3.3 Inhalt

Der Film spielt in Dänemark. Ein Neonazi wird aus dem Gefängnis entlassen und muss zur Resozialisierung zu Pfarrer Ivan aufs Land. Dort leben noch Gunnar und Khalid. Adam setzt sich zur Aufgabe, während der drei Monate seines Aufenthalts, einen Apfelkuchen zu backen.

„Mit unbedingter Güte, die in einem Menschen nur das Gute sieht, und missionarischem Eifer hat es sich Pfarrer Ivan zur Aufgabe gemacht, ehemalige Straftäter auf Bewährung auf dem Kirchengelände zu betreuen und zu bekehren. Neben Gunnar, einem gescheiterten Tennisspieler, Kleptomanen und Alkoholiker, befindet sich noch Khalid, ein arabischstämmiger Tankstellenräuber in der Obhut des Pfarrers. In diese bestehende Konstellation kommt zu Beginn des Filmes Adam, ein glatzköpfiger Neonazi hinzu.“²⁰⁹

Es kommt zusehends zu mehr Konflikten zwischen Adam und Ivan, welche auch indirekt auf Khalid und Gunnar Auswirkungen haben.

„Der Misanthrop Adam fühlt sich durch den grenzenlosen Optimismus und die extreme Vergebungsbereitschaft Ivans herausgefordert und setzt alles daran, den Glauben des Pfarrers zu brechen. Durch Nachforschungen findet er heraus, dass Ivans Leben selbst hochproblematisch ist. Er wurde als Kind vergewaltigt, hat einen behinderten Sohn, seine Frau brachte sich um und er selbst leidet an einem Gehirntumor. Ivan leugnet diese Schicksalsschläge, die er jeweils als Versuchungen des Teufels ansieht, denen er mit Gottes Hilfe standhalten muss.

Adam nutzt die innere Zerrissenheit Ivans aus und konfrontiert den Pfarrer unter Verweis auf das Buch Ijob mit seiner Überzeugung, dass nicht der Teufel ihn prüfe, sondern Gott, der ihn hasse und bestrafe. Der Pfarrer verliert daraufhin seinen unbedingten Glauben an das Gute und zieht sich mit Todeswünschen von den anderen zurück. Adam ist zunächst

²⁰⁹ <http://www.grin.com/de/e-book/189159/filmanalyse-zu-thomas-jensens-adams-aepfel-unter-betrachtung-der-theodizeefrage> [14.05.2017]

schadenfroh und stolz auf seine psychologische Bezwingung Ivans. Als dann aber Khalid und Gunnar beginnen, ihre kriminellen Tendenzen unbeherrscht auszuleben, erkennt er den positiven Einfluss, den der Pfarrer hatte, bekommt ein schlechtes Gewissen und überdenkt seine aggressive Einstellung. Bei einer Konfrontation mit Adams Skinheads bekommt Ivan aus Versehen eine Kugel in den Kopf. Aus dem letzten verbliebenen Apfel backt Adam daraufhin einen Apfelkuchen und bringt ihn Ivan. Es stellt sich heraus, dass der Tumor aus Ivans Gehirn herausgeschossen wurde und dieser nun geheilt ist. In der Schlusssequenz begrüßen Ivan und Adam, der nun als rechte Hand von Ivan arbeitet, zwei neue Straftäter in der Pfarrei.“²¹⁰

4.3.4 Figuren

ADAM O. PEDERSEN (Protagonist):

Über Adams Vergangenheit erfährt man nicht viel, außer dass er einen Großvater hatte, der auf Vögel schoss und seine Eltern ihm nie mitgeteilt haben, für was das O in Adam O. Pedersen steht. Er muss nach dem Gefängnis zur Resozialisierung drei Monate in die Pfarre zu Ivan.

IVAN FJELSTED (Antagonist):

Ivan ist Pfarrer und kümmert sich um entlassene Häftlinge, die er als Übergang zur Resozialisierungszwecken bei sich aufnimmt. Der Name Ivan ist die russische Form von Johannes und bedeutet Gott ist gnädig/gütig und spielt mit der Namensgebung alleine schon auf den Charakter Ivan's an. Ivan hat eine sehr schwere Kindheit hinter sich. Seine Mutter ist bei seiner Geburt gestorben, sein Vater hat ihn und seine Schwester sexuell missbraucht. Aber auch im Erwachsenenalter muss er einiges verkraften: seine Schwester starb an einem Autounfall, seine Ehefrau beging Selbstmord, nachdem sie ein behindertes Kind zur Welt gebracht hatte. Ivan kümmert sich um seinen 8 jährigen Sohn Christoffer. Er konstruiert sich sein eigenes Weltbild indem er alles Schlechte aus der Welt verbannt, für ihn gibt es keine schlechten Menschen, sondern nur Gutes. Man könnte auch sagen, dass er dissoziiert, wie das oft bei Menschen mit schweren Traumatisierungen der Fall ist. Er glaubt fest daran, dass der Teufel ihn testet bzw. auf die Probe stellt und dies

²¹⁰ https://de.wikipedia.org/wiki/Adams_Äpfel [14.05.2017]

schon seit Kindheitstagen an. Dieses Muster scheint er in allen Schicksalsschlägen wiederzuerkennen und es stellt für ihn eine Bewältigungsstrategie dar. Für den Zuseher äußert sich dies oftmals als religiöser Wahn. Er nimmt das Offensichtliche nicht wahr, wie z.B. dass Adam ein Neonazi ist, Gunnar Alkoholiker, Khalid ein Bankräuber, somit begegnet er Menschen ohne sie zu stigmatisieren.

GUNNAR

Gunnar lebt seit 4 Jahren am Kirchenanwesen. Auch er war in der Funktion einer Resozialisierungsmaßnahme dort, blieb aber freiwillig länger. Gunnar war das größte Tennistalent Dänemarks und geriet auf die schiefe Bahn. Aufgrund einer Fehlentscheidung eines Schiedsrichters, ein Ball wurde als Aus gewertet, obwohl dieser noch In war, verlor Gunnar zusehends Turniere und lies sich daraufhin gehen, bis er straffällig wurde. Er wurde Kleptomane und belästigte Frauen. Laut Ivan's Beschreibung ist Gunnar seit 26 Monaten trocken und interessiert sich für Theologie. Dies entspricht aber nicht der Realität, da Gunnar nach wie vor stiehlt und trinkt.

KHALID

Khalid kommt aus Saudi-Arabien. Sein Vater wurde ermordet und sein Grundstück enteignet, da dieses eine Ölquelle hatte. Er ist Tankstellenräuber und hat auch in seiner kriminellen Vergangenheit nicht gezögert auf Menschen zu schießen. Er raubt nach wie vor Tankstellen unter dem Vorwand aus, dass er sich nur das zurückhole, was ihm sowieso zusteht und weil er für ein Haus spart. Er hat sich auf einen Konzern namens Statoil konzentriert. Dieser ist aber ein Norwegisches Ölunternehmen. Ivan sagt über Khalid, dass er mittlerweile die Sprache gut kann. Dies ist aber nicht der Fall. Was er gut kann ist fluchen.

SARAH

Sarah kommt zu Ivan in der Hoffnung auf Hilfe. Sie war in Thailand und wurde dort schwanger. Ihr wurde diagnostiziert, dass das Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit behindert ist. Sie sucht Ivan auf, um Hilfestellung zu bekommen, auf die Frage, ob sie das Kind behalten soll. Ivan rät ihr, keine Abtreibung vornehmen zu lassen. Sie bekommt das Kind, ist aber zunächst außer sich vor Wut, da Ivan unter

Vortäuschung falscher Tatsachen sie zum Behalten des Kindes überredet hat. Gunnar und Sarah werden zum Schluss ein Paar und erziehen Sarah's Sohn gemeinsam. Beide verreisen zusammen nach Thailand.

POUL NORDKAP

Poul Nordkap ist ehemaliger Nationalsozialist. Er hat in einem Konzentrationslager gearbeitet und war am Genozid beteiligt. Er kannte auch Führungspersönlichkeiten wie zum Beispiel Göbbels. Er ist 86 Jahre alt und liegt im Sterben. Er hat sehr starke Schuldgefühle aufgrund seiner Beteiligung am Massenmord und glaubt, dass er dafür nach dem Tod eine Bestrafung erhalten wird. Daher hat er große Angst vorm Tod.

DR. KOLBERG

Dr. Kolberg ist ein Arzt in der naheliegenden Klinik, der sowohl Adam, als auch Ivan behandelt. Er nimmt es mit der Verschwiegenheitspflicht nicht sehr ernst, da er vertrauliche Dinge aus Ivan's Leben Adam offenherzig erzählt und somit das Vertrauen eines seiner Patienten missbraucht. Seine Wortwahl ist oftmals gehässig, sehr derbe und grenzüberschreitend, einfach unpassend. Er demütigt Ivan im Gespräch und erhofft sich Adam als Verbündeten gegenüber Ivan. Er bezeichnet Ivan auch sehr abschätzig als „nicht ganz dicht“. Somit stellt er ihm indirekt die Diagnose als psychisch Erkrankter. Die Rolle des Arztes ist ethisch und moralisch äußerst fragwürdig. Der Arzt beschreibt sich selbst im Film als Mann der Wissenschaft.

HOLGER

Holger ist ein Bekannter Adam's aus der Neonaziszene. Er beobachtet das Geschehen am Kirchenanwesen und erstattet dem jetzigen Anführer der Neonazigruppe Esben immer wieder aufs neue Bericht über die Situation. Somit nimmt er die Rolle eines Spions ein.

ESBEN

Esben ist der derzeitige Anführer der Neonazigruppe, der sich Adam zugehörig fühlt. In einem Dialog zwischen Adam und Holger geht hervor, dass Esben über

keine Führungsqualitäten einer Gruppe verfügt. Holger wünscht sich Adam zurück in die Gruppe.

4.3.5 Filmanalyse Adams Äpfel

Um den Film analysieren zu können, wurden die bereits im Kapitel 4.1. beschriebenen Kategorien herangezogen. Der Film wurde von der Verfasserin gesichtet und gleichzeitig wurde eine Transkription erstellt, welches bei der Verfasserin auf Anfrage aufliegt. Aufgrund der Bilder und des Sprechtextes wurden Kategorien entwickelt, die sowohl auf die erlebten audio-visuellen Reize während der Sichtung, als sich auch auf den Grundlagen der Systemtheorie und des Konstruktivismus Bezug nehmen. Zur besseren Übersicht wurde in der anschließenden Filmanalyse ein Sequenzprotokoll verwendet, welche in Kapitel eins bis zwölf gegliedert wurde. In dieser Sequenzanalyse werden von der Verfasserin die ersten Bezüge zu den Kategorien hergestellt. Die Kategorien werden im Folgenden tabellarisch noch einmal kurz zusammengefasst:

KATEGORIEN IM ÜBERBLICK

Kategorie 1	Rollenbruch / Erwartung
Kategorie 2	Gesundheit / Krankheit
Kategorie 3	Gut / Böse
Kategorie 4	HIP / PIP
Kategorie 5	Interpenetration / eigene Wirklichkeitskonstruktion

KAPITEL 1	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
BUSHALTESTELLE. AUßEN. TAG. EINÖDE.	In der ersten Begegnung zwischen dem Pfarrer und dem Häftling ist der Pfarrer sehr direkt. Er möchte ihm die Tasche tragen. Das möchte aber der Häftling nicht. Der Pfarrer spricht den Häftling auf seine Empfindlichkeit an mit der Begründung, dass es verständlich ist, weil dieser eingesen hat. Die Erwartung ist, dass man jemanden nicht in den ersten Minuten der ersten Begegnung gleich auf seine Haft anspricht.	1
KIRCHENANWESEN. AUßEN. TAG.	Ivan zeigt Adam den Apfelbaum im Garten. Das Gespräch über den Apfelbaum spielt auf den Baum der Erkenntnis an und verkörpert somit einen religiösen Wert. Gott verbot den Menschen dessen Früchte zu essen. Auch Ivan rät Adam zunächst den Apfel, den er zu Beginn gepflückt hat, lieber nicht gleich zu verzehren und noch 2-3 Wochen abzuwarten.	3
IVAN'S BÜRO. INNEN. TAG.	Ivan spricht Adam auf seinen Aktenvermerk an, dass dieser Neonazi sei und hinterfragt dies. Ivan kann dies nicht glauben und empfindet dies als unverschämt, obwohl es auch optisch sichtbar ist, da Adam z.B. eine Hakenkreuztätowierung hat und eine Glatze. Hier kommt es seitens Ivans zu einer Verdrängung der Realität, da er das offensichtliche nicht sehen bzw. wahrnehmen will. Zu Beginn des Filmes ist dies noch nicht klar ersichtlich, aber mit der Zeit bemerkt der Zuschauer, dass diese Verdrängungsmomente von Ivan aufgrund seiner Traumatisierungen ist.	2

	Ivan legt den Apfel, den er zuvor gepflückt hat auf den Schreibtisch. Im Dialog zwischen Ivan und Adam verneint Ivan, dass es schlechte Menschen gibt, somit gibt es nur Gutes in seinem Weltbild. Adam nimmt den Apfel vom Tisch und beginnt diesen zu essen.	3
	Ivan glaubt, dass der Satan ihn auf die Probe stellt. Dies spiegelt sowohl einen religiösen Wert wieder, als auch eine Wahnidee.	2, 3
	Adam spricht Ivan aggressiv darauf an, was er jetzt hier machen soll. Ivan entgegnet, dass er sich ein Ziel setzen soll und ansonsten tun soll, was er will. Hier findet ein weiterer Rollenbruch statt, da Ivan eine geringe Anforderung an Adam stellt und dies in einer Rehabilitierungsmaßnahme ungewöhnlich ist. Meistens gibt es dort sehr enge, rigide Strukturen und Vorgaben, wie sich ein „Insasse“ zu verhalten hat.	1
	Ein weiterer Rollenbruch findet sich gleich im Anschluss, als Adam Ivan fragt, ob er ihm überhaupt zuhört. Ivan fühlt sich angegriffen und sagt, dass er Adams Äußerungen unter anderen Umständen als unverschämt wahrnehmen würde. Somit reagiert Ivan nicht adäquat auf Adams Äußerungen.	1
	Das Zielsetzungsverfahren läuft aus dem Rahmen, weil Adam Ivan nicht ernst nimmt mit seinem Auftrag. Adam sagt süffisant, dass er einen Apfelkuchen zum Ziel hat. Ivan	1

	nimmt Adam aber in seinem Anliegen sehr ernst. Hier findet ein weiterer Rollenbruch statt.	
KAPITEL 2	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
KIRCHE. INNEN. TAG.	Bereits im ersten Satz seiner Predigt erwähnt Ivan, dass das Böse viele Gesichter hat.	3
	Inmitten der Predigt beginnt Ivan Poul direkt von der Kanzel aus anzusprechen und fragt, ob er sich gelangweilt fühlt. Poul muss auf die Toilette gehen und Ivan spricht ihn offen von der Kanzel aus darauf an und verwehrt ihm den Zutritt der Kirche, falls dieser seinem Bedürfnis nachgeht. Sie beginnen darüber zu diskutieren. Ivan entspricht nicht der Rollenerwartung eines Pfarrers.	1
	Daraufhin sagt Khalid, dass er den alten Mann aufs Klo gehen lassen soll, um zu „scheißen“ und sie sollen endlich mit dem Lied beginnen. Dies ist ein weiterer Bruch, da man erwartet in einer Kirche werden keine Schimpfwörter verwendet.	1
KÜCHE. INNEN. NACHT.	Gunnar rät Ivan keinen Streit mit Ivan anzufangen. Sobald Ivan kritisiert wird und in die Lage gerät, dass er sich verteidigen muss, tritt sein pathologisches Kommunikationsmuster zu Tage.	2

ADAM'S ZIMMER. INNEN. NACHT.	Gunnar versucht Adam in der Nacht seine Brieftasche zu klauen und wird dabei von Ivan Inflagranti erwischt. Daraufhin schlägt Adam Gunnar auf die Nase. Hier tritt die Kleptomanie Gunnars zum ersten Mal zutage.	2
APFELBAUM. AUßEN. TAG.	Ivan sagt zu Gunnar, dass das Adam's Äpfel sind und sie deshalb etwas gegen den Krähenbefall tun müssen. Er spielt auf den Baum der Erkenntnis an, der in der Bibel im Buch Genesis erwähnt wird. Gott verbot den Menschen die Früchte vom Baum zu verzehren.	3
	Khalid und Adam streiten miteinander. Khalid's Kritik führt zur Selbstverteidigung Adams und die Selbstverteidigung Adams führt zu weiterer Kritik seitens Khalid, solange bis Ivan den Dialog unterbricht. Somit tritt hier das zwischen Khalid und Adam das PIP zutage.	4
	Ivan lobt Adam, indem er seine gute Einstellung hervorhebt und erkennt somit auch seine Kompetenz an. Dies motiviert Adam sich noch besser zu verhalten. Ivan wendet das HIP an.	4
	Khalid beschimpft Adam und Adam beschimpft Khalid. Von einem Pfarrer würde man sich erwarten, dass er Schimpfwörter oder Rassismus nicht toleriert und beide maßregelt.	1

KAPITEL 3	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
GARTEN. AUßEN. TAG.	Ivan stellt mit Adam als Abwehr gegen die Krähen eine Vogelscheuche auf. Er lobt Adam, indem er sagt, dass sich jetzt kein Vogel mehr zum Baum trauen wird. (HIP)	4
IVAN'S BÜRO. INNEN. TAG.	Ivan fühlt sich von Adam angegriffen und kontert mit einem Bibelzitat. Daraufhin entsteht ein konfliktbehafteter Dialog zwischen Adam und Ivan. (PIP).	4
	Sarah erzählt, dass sie Alkoholikerin war, jetzt aber bei den anonymen Alkoholikern ist.	2
	Im Dialog mit Sarah zeigt Ivan kein Mitleid und keine Empathie als sie erzählt, dass sie mit ziemlich hoher Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Behinderung auf die Welt bringen wird. Er ist verknüpft, argumentiert sachlich mit Zahlen, Fakten und Messbarkeit. Somit bricht Ivan sowohl die Rolle eines Pfarrers, als auch jene als professioneller Helfer.	1
	Ivan erzählt Sarah, dass auch er und seine Frau die gleiche Diagnose bei ihrem Kind bekommen haben, sie jedoch gegen den Rat der Ärzte entschieden haben und das Kind bekommen haben.	2

	Ivan erzählt Sarah, dass mit seinem Sohn alles gut ausgegangen ist und dass der Teufel uns ständig prüft. Daher sei es wichtig die richtige Entscheidung zu treffen. Hier findet sich sowohl Kategorie zwei als auch Kategorie drei. Kategorie zwei deshalb, weil Ivan verdrängt, dass er ein Kind mit Behinderung hat und rechtfertigt dies durch seinen Wahn, dass der Teufel ihn testet. Die Kategorie drei, weil eine Abtreibung aus religiöser Sicht etwas Schlechtes ist und er Sarah rät, die richtige Entscheidung zu treffen und das Kind zu behalten.	2, 3
KRANKENHAUS. INNEN. TAG.	Dr. Kolberg erzählt Adam, dass Ivan's Mutter bei seiner Geburt gestorben ist. Hier wird das erste Trauma Ivan's erwähnt.	2
	Dr. Kolberg erzählt von Ivan's zweiter Traumatisierung durch sexuelle Gewalt. Ivan's Vater hat seine eigenen Kinder sexuell missbraucht.	2
	Da Dr. Kolberg sehr offen mit Adam über Ivan's Privatleben spricht, bricht er hier mit der Erwartung an einen Arzt seine Verschwiegenheitspflicht einzuhalten.	1
KAPITEL 4	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
APFELBAUM. AUßEN. TAG.	Adam begründet denn kaputten Herd und die Vögel im Baum erneut damit, dass der Satan ihn testen will. Dieser Erklärungsversuch spiegelt auch gleichzeitig seine Wahnhaftigkeit wieder. Ivan erzählt Adam, dass der Teufel das schon macht, solange	2, 3

	er denken kann. Adam unterstellt Ivan, dass er psychisch krank ist. Deshalb wird hier sowohl Kategorie zwei, als auch drei vergeben.	
	Ivan rechtfertigt Gunnar's Verhalten damit, dass ein Ball beim Tennisspielen im Out war und er daraufhin sein Leben aus der Bahn geriet. Aber in Wirklichkeit führte der Alkoholismus dazu.	2
	Adam hat einen gestohlenen Beutel mit Geld in seiner Hand und konfrontiert Ivan damit und sagt, dass Khalid dies gestohlen hat und eine Sturmhaube trägt. Ivan entgegnet darauf, dass er eine Sturmhaube trägt, weil Khalid aus wärmeren Gefilden kommt und dass für Adam vielleicht Sommer ist, aber das nicht auch für Khalid so sein muss. Somit konstruiert sich Ivan seine eigene Wirklichkeit, obwohl die Fakten anderes belegen. Adam wird daraufhin gewalttätig und schlägt Ivan Zusammen. Beide Verhaltensweisen treffen sowohl auf Kategorie zwei, sowie auch auf Kategorie fünf zu.	2, 5
KÜCHE. INNEN. TAG.	Gunnar hat Adam's Telefon und Portemonnaie gestohlen. Adam verlangt die Sachen von Gunnar zurück. Wieder tritt Gunnar's Kleptomanie zum Vorschein.	2
	Ivan betritt blutüberströmt, aber ruhig die Küche und sagt, dass sie nicht mit dem Essen auf ihn warten sollen. In seinem Gesundheitszustand ist es ungewöhnlich auf	1, 2

		so etwas zu achten. (Erwartung) Eigentlich müsste er mit der Rettung in ein Krankenhaus gebracht werden. Er fährt aber selbstständig ins Krankenhaus.	
		Gunnar fragt Ivan in seinem schlechten gesundheitlichen Zustand, ob er ihm seinen Hustensaft auf der Rückfahrt mitnehmen kann, welcher eigentlich Rotwein ist. Ivan sagt: „Klar, wie hieß der gleich?“. Eigentlich müsste Gunnar Ivan seine Hilfe anbieten.	1
		Bevor Ivan geht, sagt er zu Adam, dass er, wenn er einmal Zeit hat, über das Problem mit den Vögeln nachzudenken. Der zuvor geschehene Gewaltakt wird von Ivan völlig verdrängt. Er schweigt über das Problem zwischen ihm und Adam und lenkt vom Thema ab. Ivan reagiert inadäquat auf den Gewaltakt von vorhin.	2
HOLGER'S AUßEN. TAG.	AUTO.	Adam erklärt Holger, dass Ivan nicht ganz normal sei aufgrund seiner Vergangenheit. Wegen seiner erlebten Traumatisierungen kennt Ivan keine Grenzen und lässt alles mit ihm machen. Selbst wenn Ivan von Adam auf brutalste Weise zusammengeschlagen wird, bleibt er weiterhin freundlich zu ihm.	2
		Adam sagt: „Haust du dem in die Fresse, hält er dir die andere Seite hin.“ Er bezieht sich auf die Aussage Jesus im Neuen Testament (in Matthäus, Kapitel 5, Vers 39): „Wenn dich einer auf die linke Wange schlägt, dann halt ihm auch die andere hin.“ Somit spielt Adam auf Ivan's religiösen Wert an.	3

	Adam möchte Ivan brechen. Er will Ivan die Realität aufzeigen, den Teufel entmachten und ihm, auch wenn es sein muss mit Gewalt, seinen Wahn nehmen.	5
APFELBAUM. AUßEN. TAG.	Der ganze Baum ist nun von Krähen besetzt. Adam erzählt, dass sein Großvater Amseln vom Baum geschossen hat. Nachdem Ivan ihm einräumt, dass das eine gute Idee ist, fragt Khalid, ob der Gebrauch von Schusswaffen mit den Werten von Ivan's Kirche in Ordnung geht. Daraufhin erwidert Ivan: „Ja:“. (Erwartung). Gleichzeitig widerspricht das Töten auch den 10. Geboten (religiöser Wert).	1, 3
	Ivan zeigt keinerlei Anteilnahme am Tod des Katers. Dies stellt einen Rollenbruch dar, da man sich von einem Pfarrer tröstende Worte erwarten würde. Ivan ist unempathisch und verhält sich der Situation entsprechend inadäquat, weil er dem Kater Selbstmord unterstellt. Gleich darauf sagt Ivan zu Adam, dass es schön war, einmal über seinen Großvater zu sprechen. Durch diesen abrupten Gesprächsthemenwechsel wird sein pathologisches Verdrängungsmoment wieder sichtbar.	1, 2
KÜCHE. INNEN. TAG.	Gunnar beschwert sich darüber, dass er Khalid's Lieblingsessen gekocht hat und dieser zum Essen nicht erscheint. Er meint, dass sich Khalid wegen dem Erschießen der Katze schämt. Hier kommt es zu einem Rollenbruch, weil man sich erwarten	1

	würde, dass Gunnar aufgrund seiner Verletzung anders auf Khalid reagiert und nicht für ihn sein Lieblingsessen zubereitet.	
	Gunnar sagt zu Adam, dass Ivan auch nicht ganz normal ist. Er vermutet dahinter das näher rücken des siebenten Todestages seiner Frau. Das Wiederholen ihres Todestages ist die dritte Traumatisierung.	2
	Adam zeigt seine Verwunderung darüber, dass Adam eine Frau hatte. Gunnar erzählt Adam, dass seine Frau sich mit Kopfschmerztabletten suizidiert hat, weil sie ein behindertes Kind auf die Welt gebracht hat. Christoffer leidet an spastischen Lähmungen. Der Suizid seiner Frau ist das vierte Trauma von Ivan.	2
KAPITEL 5	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
ADAM'S ZIMMER. INNEN. ABEND.	Ivan besucht Adam in seinem Zimmer. Er sagt, dass sie die erste Runde im Kampf gegen den Teufel gewonnen haben, da sie alle Krähen im Apfelbaum erfolgreich eliminiert haben.	3
	Adam hat ein Bild von Adolf Hitler aufgehängt. Zuvor hing dort ein Kreuz, welches Adam entfernt hat und in eine Schublade gelegt hat. Ivan fragt Adam, was das für ein gut aussehender Mann am Bild sei, ob dies sein Vater sei. Adam wundert sich sehr darüber, dass Ivan Hitler nicht erkennt.	1

	Ivan steigert sich in die Naziideologie hinein und verteidigt Hitler und dass, obwohl dieser Böses getan hat.	3
	Ivan verharmlost die Taten Hitlers indem er nicht durch Ablehnung reagiert, sondern sich auch noch verteidigt, dass er das Ganze sehr wohl Ernst nimmt. Er begründet dies durch die Aufnahme Poul Nordkaps. Dieser arbeitete im Konzentrationslager und war am Massenmord beteiligt. Dies zeigt einen Gesundheit/Krankheitsmoment Ivan's auf.	2
KRANKENHAUS. INNEN. TAG.	Dr. Kolberg spricht Ivan auf seine gebrochene Nase an. Adam steht neben Ivan und hat ihm diese zuvor gebrochen. Dr. Kolberg wird im Dialog sehr untergriffig und macht sich über Ivan lustig. Ivan reagiert nicht verletzt oder gekränkt, sondern beginnt zu lachen, so als würden die beiden miteinander Scherzen. Fakt ist aber, dass sich Dr. Kolberg über Adam aufgrund seiner Verletzung lustig macht.	2
KRANKENHAUSZIMMER. INNEN. TAG.	Poul wurde aufgrund seiner Vergangenheit von den Krankenschwestern nicht gut behandelt, weil er ein „böser“ Mensch ist aufgrund seiner Nazivergangenheit.	3
	Ivan fragt Poul, ob er jetzt besser behandelt wird von den Krankenschwestern. Poul bejaht dies. Ivan freut sich darüber und kritisiert seine Traurigkeit, jedoch Poul entgegnet ihm, dass er das nicht verdient hat, weil er so viele Menschen auf dem	4

	Gewissen hat. Er sagt Ivan, dass er damit Aufhören soll, alles so positiv zu sehen. Poul verfügt über Selbstreflexion und kritisiert somit die Wirklichkeitskonstruktion von Ivan.	
	Poul sagt Ivan, dass er Angst davor hat einzuschlafen, weil er sich vor dem danach fürchtet aufgrund seiner schlechten Taten. Ivan rät ihm, sich auf die Menschen zu besinnen, die Poul mögen und auf die schönen Erinnerungen, die er hat. In Anbetracht der Vergangenheit Poul's steht dieser Ratschlag in keiner Relation zur Wirklichkeit.	4
	Poul aber beginnt zu weinen. Er bereut seine Taten. Ivan aber hat kein Verständnis für seine Tränen und fängt an den Mann am Sterbebett zu kritisieren.	2
	Ivan wird langsam ungeduldig und sagt zu Poul, dass er nun endlich zu weinen aufhören soll, es gäbe keine Grund dazu. Poul soll nicht so hart zu sich selbst sein und es sei ihm alles verziehen. Ivan verdrängt völlig die Tatsache, dass Poul am Töten vieler Menschen beteiligt war. Den Holocaust zu verdrängen zeigt auf wie sehr Ivan sich seine eigene Wirklichkeit konstruiert, denn er ermahnt Poul endlich zur Vernunft zu kommen und mit dem Weinen aufzuhören.	4
	Poul kann sich selbst nicht verzeihen und bereut es weiterhin daran beteiligt zu sein. Jetzt zeigt Ivan seine Wut darüber und wird ihm Ton lauter. Er sagt zu Poul: „Jetzt hör	2

	auf! Wer soll sich noch daran erinnern?“ Diese vehemente Leugnung eines Völkermordes spiegelt die Pathologie Ivan’s wieder.	
	Dieser Dialog gipfelt mit einem Wutausbruch Ivan’s. Es fährt aus der Haut und ermahnt Poul, dass es reicht und er jetzt endlich aufhören soll zu jammern. Er sagt ihm, dass Poul es nicht schlimmer machen soll, als es ist und verharmlost die Tatsache an der Beteiligung des Massenmordes mit den Worten: „Jeder baut einmal Mist“ aber davon soll man sich nicht unterkriegen lassen. Die eigene Wirklichkeitskonstruktion Ivan’s ist pathologisch. Daher treffen hier gleichzeitig zwei Kategorien zu.	2, 5
	Poul entgegnet Ivan: „Du bist ja wahnsinnig, Menschenskind!“. Adam lässt sich aber nicht unterbrechen und beginnt mit Poul im Moment wo er stirbt zu diskutieren. Ivan bemerkt nicht einmal den Moment des Todes. (Gesundheit/Krankheit). Hier geschieht auch gleichzeitig ein Rollenbruch, denn in der Realität würde ein Pfarrer am Sterbebett den Menschen Trost schenken.	1, 2
	Während des gesamten Dialoges zwischen Poul und Ivan tritt das PIP zum Vorschein. Poul möchte, dass seine Reue angenommen bzw. anerkannt wird. Ivan aber konstruiert sich seine eigene Wirklichkeit diesbezüglich. Er meint, dass es nichts zu	4

	bereuen gibt. Je mehr Poul in die Kritik geht, desto mehr beginnt sich Ivan zu verteidigen.	
KAPITEL 6	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
AUTOFAHRT. DRAUßEN. TAG.	Ivan und Adam fahren gemeinsam mit dem Auto zurück nach Hause. Adam spricht Ivan auf den Suizid seiner Frau an. Ivan leugnet dies völlig und behauptet, dass es ein Unfall war.	2
	Adam hinterfragt den Unfall. Er sagt, dass Christoffer, sein Sohn, die Tabletten nach dem Spielen zu den Süßigkeiten gelegt hat und seine Frau dann versehentlich diese gegessen hat. Dies kann aber nicht sein, da sein Sohn gelähmt ist. Ivan betrügt sich selbst.	2
	Adam spricht Ivan daraufhin auf die Lähmung seines Sohnes an. Ivan leugnet dies erneut. Er geht noch einen Schritt weiter und behauptet, dass Christoffer kaum zu bändigen ist, „wie ein Sack Flöhe“ und sogar beim Völkerball gewinnt. Ivan rät Adam sogar sich selbst ein Bild zu formen. Später im Film wird klar, dass sein Sohn gelähmt ist und im Rollstuhl sitzt.	2
	Je mehr Adam im Dialog Ivan's Glaubwürdigkeit hinterfragt, desto mehr begibt sich Ivan in die Selbstverteidigung (PIP).	5

KÜCHE. INNEN. TAG.	In der Küche sitzen Khalid, Gunnar, Ivan und Adam. Als Adam Christoffer im Rollstuhl ankommend sieht, sagt er: „Der ist gelähmt“. Adam beginnt in den Widerstand zu gehen. Er fordert Christoffer auf in sein Büro zu gehen. Adam erkennt die Realität nicht an, er hält an seiner Wirklichkeitskonstruktion fest, dass sein Sohn nicht gelähmt ist. Hier tritt auch das Wahnhafte wieder zutage.	2, 5
	Adam sagt erneut, dass Ivan's Sohn gelähmt ist. Ivan reagiert mit einer Gegenfrage: „Ist er das wirklich, Adam? Ist er das?“ Daraufhin bestätigt Adam die Lähmung. Ivan hält weiter an seiner Meinung fest.	2, 5
	Gunnar und Khalid wollen die Küche verlassen, werden aber von Adam aufgefordert zu bleiben und Adam fordert Khalid auf die Wahrheit zu sagen. Ivan dreht den Spieß um und sagt, dass die Behauptung Christoffer sei gelähmt völliger Schwachsinn ist.	2, 5
	Khalid bestätigt, dass Christoffer gelähmt ist. Adam konfrontiert Ivan mit seinen Tramata. Ivan reagiert darauf somatisch und beginnt aus dem Ohr zu bluten.	2
	Als Gunnar das sieht, rät er Adam Milch zu trinken. Jede Menge Milch. In Anbetracht der Situation ist so ein Ratschlag völlig abwegig. Eigentlich müsste die Rettung verständigt werden.	1, 2

	Im Dialog wird auch wieder das PIP sichtbar. Je mehr Adam Ivan mit seiner Wirklichkeitskonstruktion konfrontiert, desto mehr geht Ivan in die Verteidigung. Bis Ivan zum ersten Mal nicht mehr widerspricht und diskutiert. In diesem Moment fängt er an aus dem Ohr zu bluten.	4
KIRCHE. INNEN. TAG.	Adam fordert Ivan auf aufzugeben. Dieser hält aber weiterhin an seiner Wirklichkeitskonstruktion fest und behauptet, dass sein Sohn eine Grippe gehabt hat und deshalb derzeit nicht so gut drauf ist.	5
	Die Situation eskaliert. Wutentbrannt gibt Adam Ivan eine Ohrfeige.	2
	Ivan gibt nicht auf und erwidert: „Wenn dir jemand auf die Wange schlägt, dann halte ihm auch die andere hin. Adam, der Herrgott ist auf meiner Seite.“ Adam reagiert erneut mit Gewalt, gibt Ivan eine Kopfnuss und schlägt ihn zusammen. Hier spiegelt sich sowohl der religiöse Wert, als auch die Wahnhaftigkeit Adam's wieder.	2, 3
KRANKENHAUSGARTEN. AUßEN. TAG.	Dr. Kolberg stellt Adam die Diagnose Krebs. Er hat einen Gehirntumor in der Größe eines Tennisballs. Dies ist das fünfte Trauma von Ivan, er ist sterbenskrank.	2

BÜRO KRANKENHAUS. TAG.	ARZT. INNEN.	Dr. Kolberg erzählt Ivan über das Ravashi-Syndrom und stellt einen Vergleich zu Ivan her. Ravashi hatte seine Füße verloren und durch das Erschaffen seiner eigenen Wirklichkeitskonstruktion, konnte er weiterhin Fußball spielen auch ohne seine Beine.	5
		Dr. Kolberg stellt eine Anamnese. Er rechtfertigt Ivans Zustand durch die negativen Erfahrungen in seinem Leben und erklärt seine Wahnhaftigkeit dadurch, dass Ivan um alles besser zu ertragen, den Wahn mit dem Teufel erfunden hat. Dr. Kolberg erklärt damit auch gleichzeitig die Wirklichkeitskonstruktion Ivan's. Somit wird ärztlich festgestellt, dass Ivan eine psychiatrische Erkrankung hat.	2, 3, 5
		Adam fragt den Arzt, wieso Ivan aus dem Ohr blutet. Dr. Kolberg erklärt, das sei ein psychosomatisches Symptom, wenn der Körper Grenzen zeigt, die der Geist nicht wahrhaben will.	2
		Dr. Kolberg erzählt von der sechsten Traumatisierung Ivans. Das war der Unfalltod seiner Schwester Katinka. Da hat Ivan auch aus dem Ohr geblutet. Dr. Kolberg meinte, der plötzliche Tod Katinka's hätte Ivan fast gebrochen.	2
KAPITEL 7		BESCHREIBUNG	KATEGORIE

AUTOFAHRT. AUßEN. SPÄTERER NACHMITTAG.	Ivan ermahnt Adam, dass Gott auf seiner Seite ist und er das nicht vergessen sollte. Hier kommt wieder sein religiöser Wahn zum Ausdruck.	2
KÜCHE. INNEN. SPÄTERER NACHMITTAG.	Adam trifft in der Küche auf Gunnar und fragt ihn, wo Christoffer hingegangen ist. Dieser kann aber nicht gehen.	2, 5
	Gunnar sagt, dass eine Frau in Ivan's Büro wartet und zu schreien begonnen hat, als diese Christoffer gesehen hat. Die Frau hat schon einmal eine Beratung von Ivan bekommen, wo es um die Abtreibung ihres voraussichtlich behinderten Kindes ging. Sarah hat sich erwartet, dass Ivan ihr die Wahrheit über sein Kind erzählt. Er hat ihr jedoch verschwiegen, dass sein Sohn spastisch gelähmt ist. Von einem Pfarrer würde man erwarten, dass er nicht lügt. Gleichzeitig hat diese Lüge ernsthafte Folgen auf ihr Leben. Somit gibt es hier eine Interpenetration aufgrund der eigenen Wirklichkeitskonstruktion von Ivan überlappen sich beide Leben. Auch zeigt sich hier die Wahnhaftigkeit Ivan's , weil er der Überzeugung ist sein Sohn sei gesund.	1, 2, 5
IVAN'S BÜRO. INNEN. SPÄTERER NACHMITTAG.	Sarah spricht Ivan direkt auf seine Lüge an: „Du hast mir gesagt, es wäre alles in Ordnung mit ihm.“ Ivan leugnet weiterhin das Faktum, dass sein Sohn eine Behinderung hat. Er lenkt vom Thema ab und bietet Sarah Kekse an.	2, 5

KÜCHE. INNEN. ABEND.	Sarah trinkt mit Gunnar gemeinsam Alkohol. Adam zeigt sich besorgt (Interpenetration) und ermahnt Sarah, dass die für das Ungeborene ungesund sei. Diese meint, dass das jetzt schon zu spät ist.	2, 5
	Während des Dialoges in der Küche hat der Zuschauer den Eindruck, dass Adam mit einer adäquaten Reaktion auf das Gesagte überfordert ist.	2
BEGRÄBNIS POUL NORDKAP. AUßEN. TAG.	In der Grabrede von Poul Nordkap sagt Ivan, dass Poul dem Bösen in die Augen geschaut hat und gelernt hat, wie sinnlos es ist, dagegen anzukämpfen. das Gute hat letzten Endes gesiegt.	3
	Ivan lügt während der Grabrede. Er sagt, dass Poul ruhig und friedlich eingeschlafen ist und dass seine letzten Worte waren: „er habe keine Angst“. Aber das Gegenteil ist Fakt, Poul sagte, dass er Angst habe.	2, 5
	Während der Grabrede erwähnt Adam, dass sein Sohn heute Geburtstag hat und neun Jahre alt wird. Bevor sie aber zum Buffet runter laufen, singen sie zuvor Poul's Lieblingslied. Christoffer kann nicht laufen.	2
KAPITEL 8	BESCHREIBUNG	KATEGORIE

KIRCHE. INNEN. ABEND.	Adam will mit Ivan sprechen. Adam sagt zu Christoffer er soll in sein Büro gehen und sich eine Decke nehmen. Wie zuvor verdrängt Ivan die Krankheit seines Sohnes und konstruiert sich die Wirklichkeit, dass sein Sohn gesund ist.	2, 5
	Adam fragt Ivan: „was ist, wenn es nicht Teufel ist, der dich prüft?“. Ivan beginnt zynisch zu hinterfragen, wer es denn dann sei. Adam sagt, dass es Gott ist und spielt damit auf das Buch Hiob an. Dies erschüttert Ivan in seinen Grundfesten. Er wird in der Sprache seines Wahns mit einer neuen Realität konfrontiert.	2, 3, 5
	Veranlasst durch die Kritik Adams, sieht sich Ivan dazu veranlasst, sich zu verteidigen. (PIP)	4
	Ivan sagt, dass er es nicht geschafft habe, das Buch Hiob zu lesen. Ivan leugnet erneut die Konfrontation mit seinem Wahn und bleibt seiner eigenen Wirklichkeitskonstruktion treu.	2, 5
	Adam attackiert Ivan verbal. Es setzt sich wieder der Kreislauf eines PIPs in Gang bis Ivan erneut beginnt aus dem Ohr zu bluten. Als Ivan Adam fragt, warum er das tut, erwidert Adam: „weil ich schlecht bin und du kannst nichts dagegen machen.“ Daraufhin wird Ivan bewusstlos und fällt auf den Boden.	2, 3, 4

KIRCHE. INNEN. NACHT.	Die Kirchentüren schlagen plötzlich auf und es fährt ein starker Wind durch das Kirchengebäude. Draußen tobt das starke Gewitter weiter. Am Himmel erscheint eine Wolke in Form eines Auges. Ein Blitz schlägt in den Apfelbaum ein und zerstört den Baum. Adam hebt Ivan vom Boden auf und bringt ihn ins Krankenhaus. Der Wahn ist zu Adams Realität geworden.	5
KAPITEL 9	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
KRANKENHAUS. INNEN. TAG.	Dr. Kolberg sagt zu Adam, dass Ivan gesundheitlich am Ende ist und man ihn als „Scheißhaus“ verwenden kann. Gleich darauf fragt er Adam, ob er einen Kaffee trinken will. Eine zu derbe Ausdrucksform für einen Arzt.	1
	Als Adam Dr. Kolberg fragt, ob Ivan sterben wird, erwidert dieser:“ Darauf kannst du einen lassen.“ Auch hier ist die Formulierung nicht adäquat für einen Arzt.	1
	Dr. Kolberg meint, dass Ivan jetzt zur Vernunft gekommen ist und nicht mehr wahnhaft. Er glaubt, dass Adam es geschafft hat, Ivan in seinem Weltbild zu erschüttern.	2
AUTOFAHRT. AUßEN. TAG.	Adam fährt, Ivan sitzt am Beifahrersitz. Das ist das erste Mal, dass Adam hinter dem Steuer sitzt. Hier wird die Interpenetration sichtbar.	5

IVAN'S BÜRO. INNEN. TAG.	Ivan sagt zu seinem Sohn, dass Gott beide hasst. Er reagiert anders als sonst, Ivan scheint zur Vernunft gekommen zu sein.	5
	Als Khalid Ivan fragt, ob dieser sterben wird, antwortet er, er muss zu den Würmern. Anders als erwartet, denn er müsste darauf antworten, dass alle in den Himmel kommen, vor allem weil es keine schlechten Menschen gibt.	1
	Als Gunnar Ivan fragt, was jetzt aus ihnen werden soll, sagt Ivan, dass er es nicht weiß und er nicht mehr so richtig durchblickt. Er gibt zu, dass er nicht mehr weiter weiß. Ganz entgegen seines vorgelebten Weltbildes. Ivan geht sogar noch ein Stück weiter und sagt, es ist ihm egal.	1
	Gunnar verlässt abrupt die Kirche. Adam fragt, wo er jetzt hingehen will. Gunnar antwortet, dass er Lust auf einen Drink hat und sich ausnahmsweise voll laufen lassen wird. Gunnar ist aber nach wie vor Alkoholiker.	2
	Sarah folgt Gunnar und beschimpft Adam. Adam sagt zu Gunnar, dass seine Idee bescheuert ist. Er kümmert sich um Gunnar. Ganz untypisch für Adam. Einerseits bricht er mit seiner Rolle als Nazi und andererseits beginnt er die Rolle von Ivan zu übernehmen, was auch gleichzeitig eine Interpenetration darstellt.	1, 5

KAPITEL 10	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
APFELBAUM. AUßEN. TAG.	Holger berührt Esben. Als dieser ihn verdutzt anblickt, meint Holger, dass ein Haar auf seiner Schulter war. Alle Männer, die aus dem Auto aussteigen, sind kahl rasiert und haben eine Glatze.	1
	Adam steht gemeinsam mit Khalid vor dem Apfelbaum im Garten und pflückt Äpfel. Esben fragt Adam, ob er noch ganz normal ist und ob er sie verarschen will. Ivans Wahn beginnt Adams Realität zu werden. Adam hat sich verändert, er bricht auch mit seiner Nazirolle.	1, 5
	Khalid schießt einem der Nazis in den Fuss. Dieser plötzliche Gewaltausbruch wird von Khalid so begründet, dass er Stress hatte.	2
	Die Neonazis hören nicht auf Khalid zu provozieren bis Khalid erneut zwei Schüsse abfeuert und in den Rücken trifft. Das PIP führt zur Eskalation bis zum Einsatz von Schusswaffen.	2, 4
	Adam, der sonst nicht zögert zügellose Gewalt einzusetzen, fährt aus der Haut und sagt zu Khalid, ob dieser spinnt, er könne ja nicht einfach so Leute abknallen.	1, 5

KIRCHE. INNEN. TAG.	Adam sagt zu Ivan, dass er mit Khalid und Gunnar reden soll, weil er bei Khalid Probleme kommen sieht und Gunnar sich komisch verhält. Er bittet Ivan zum ersten Mal um Hilfe. Adam kümmert sich jetzt um seine Kollegen.	1
	Ivan reagiert ganz desinteressiert, ganz gegenteilig als erwartet und sagt, dass Adam ihn in Ruhe lassen soll.	1
	Adam lässt nicht locker und bittet Ivan erneut, dass er mit den beiden reden soll. Er versucht nett zu sein.	1, 5
	Ivan reagiert gleichgültig und abgestümpft. Er sagt zu Adam, dass er machen soll, was er will.	1
GANG. INNEN. NACHT.	Gunnar ist betrunken, steht im Gang und Adam ahnt, dass er nichts Gutes vor hat. Gunnar möchte Sarah Gewalt antun. Adam versucht ihn davon abzuhalten. Adam versucht Gewalt zu verhindern, wo er selbst zuvor Gewalt als Bewältigungsstrategie angewendet hat.	1
GUNNAR'S ZIMMER.INNEN. NACHT.	Adam betritt das Zimmer und sieht Sarah am gefesselt am Bett liegen. Er fragt Gunnar, was er ihr angetan hat. Gunner sagt, dass er bis jetzt noch nichts gemacht hat, sie war betrunken und wollte es aus. Gunnar verkennt die Realität komplett.	2

KIRCHE. AUßEN. NACHT.	Adam versucht Khalid daran zu hindern eine Tankstelle mit Schusswaffen auszurauben. Adam hat eine schützende Rolle entwickelt. Khalid entgegnet ihm, dass er Adam nicht erschießen will. Wenn Khalid Gunnar erschießt, wäre es okay, aber nicht Adam. Er spricht über das Erschießen, als wäre es normal Menschen einfach so zu töten. Auch paradox ist, dass er gerade Adam nicht erschießen will, weil es aufgrund von Rassismus immer Spannungen zwischen den beiden gegeben hat und es immer so aussah, als stünde Khalid Gunnar nahe.	1, 2
	Ganz entgegen seinem ursprünglichen Verhalten, bietet Adam Khalid beim ausrauben der Tankstelle seine Hilfe an. Adam ist sogar bereit, sich wieder strafbar zu machen, um die beiden vor schlimmeren zu bewahren.	1
	Khalid ist einverstanden mit dem gemeinsamen Raub, sagt aber zu Adam, er dürfe im Auto nicht rauchen.	2
TANKSTELLE. AUßEN. NACHT.	Adam sagt zu Khalid, dass er zuerst in die Tankstelle gehen möchte. Als ihn Khalid fragt, warum, antwortet er, er muss aufs Klo. Khalid untermauert aber, dass Adam keinen erschießen soll bevor er kommt.	2
TANKSTELLE. INNEN. NACHT.	Adam betritt vor Khalid und Gunnar die Tankstelle und verhilft den Angestellten zur Flucht. Er schützt diese vor Gewalt und vollbringt sozusagen eine gute Tat.	1, 5

	Adam hat auf eine Türe in der Tankstelle geschossen, um einen Angestellten, der dort während des Raubes am Klo saß, zu schützen.	1, 5
TANKSTELLE. AUßEN. NACHT.	Adam sagt zu Khalid und Gunnar, dass diese dringend mit Ivan sprechen sollen, weil beide Hilfe benötigen. Er sagt auch, dass Ivan Hilfe braucht. Somit übernimmt er zum ersten Mal ganz die Rolle von Ivan.	1, 5
KAPITEL 11	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
KIRCHE. AUßEN. TAG.	Adam, Gunnar und Khalid kommen morgens retour von ihrem Raubüberfall. Sarah sitzt vor der Kirche und hat die letzten sieben Äpfel, die vom zerstörten Apfelbaum übrig geblieben sind, auf gegessen. Sieben ist im christlichen Glauben eine wichtige Zahl und steht für das „Vollkommene“. Es gibt sieben Laster (Todsünden), sieben Tugenden, sieben Sakramente usw. usf.	3
	Adam, Gunnar, Sarah und Khalid sind vor der Kirche. Es fahren zwei Autos vor, voll gefüllt mit Neonazis. Diese kehren zurück, um sich an Khalid zu rächen. Als Adam die drohende Gefahr sieht, will er Khalid davor schützen und sagt, er soll in die Kirche gehen. Ivan bricht mit seiner Rolle, da er sonst immer derjenige ist, der Konflikte anhand von Gewaltausbrüchen zu lösen versucht. Er orientiert sich mittlerweile an Ivan's Verhalten, der sich beschützend vor seine „Schäfchen“ stellt.	1, 5

	Elf Neonazis stellen sich vor Adam hin. Adam sagt Hallo und wird von Esben geschlagen. Adam wehrt sich nicht, obwohl er die Kraft und die Möglichkeit hätte, da Esben verwundet ist. Stattdessen lässt er sich von ihm schlagen. Adam hält „die andere Backe“ auch noch hin.	1, 3, 5
	Plötzlich kommt Ivan aus der Kirche und mischt sich in den Konflikt ein. Er bittet die Neonazis zu verschwinden, da er nur mehr wenige Tage zu leben hat. Esben zieht seine Waffe und bedroht Ivan, er solle ihm Khalid ausliefern. Ivan steht zum ersten Mal für sich selbst ein. Er scheint seine Krise überwunden zu haben und fällt wieder zurück in sein altes Schemata.	5
	Adam beginnt die Waffen der Neonazis ein zu sammeln. Alle lassen das zu bis auf Esben. Er richtet sehr verwundert weiterhin seine Waffe auf Ivan. Ivan fasst Esben's Waffe an, dieser lässt jedoch nicht los. Sie beginnen zu rangeln und ein Schuss löst sich, der Ivan in den Kopf trifft. Obwohl Ivan mit einer Waffe bedroht wird, reagiert er anders als erwartet, nämlich furchtlos und angstfrei.	1
	Das PIP tritt auf im Dialog zwischen Adam und Esben. Das Kommunikationsmuster steigert sich solange, bis es durch den Schuss endet.	4

KRANKENHAUS. INNEN. TAG.	Dr. Kolberg spricht mit Adam. Er betrachtet Ivan und sagt zynisch, dass sich Ivan jetzt nicht mehr so schnell erholen wird und lacht dabei schadenfroh. Er sagt zu Adam, er solle sich von Ivan verabschieden, während Dr. Kolberg Kaffee zubereiten geht.	1
AUSFAHRT KIRCHE. AUßEN. TAG.	Khalid stiehlt den Leichenwagen der Kirche. Er wird von Gunnar darauf hingewiesen, dass das nicht in Ordnung ist. Gunnar fragt Khalid, in der Hoffnung Ivan kehrt zurück, ob Khalid nicht bleiben möchte. Khalid fragt Adam, ob es die richtige Entscheidung ist, zu gehen. Adam sagt, dass er es nicht weiß, was das Beste für ihn ist. Somit überlässt er die Eigenverantwortung bei Khalid. Adam verhält sich wie Ivan im Erstgespräch mit Adam.	5
	Khalid bedauert die jetzige Situation von Ivan und dem Scheitern des Vorhabens einen Apfelkuchen zu backen. Er wünscht Adam und Sarah alles Gute und sagt zu Gunnar, dass er „sich ficken soll“. Wieder erwarten, denn während des Filmes gewinnt man den Eindruck, dass Khalid und Gunnar eine engere Freundschaft verbindet.	1
ADAM'S ZIMMER. INNEN. TAG.	Gunnar hat einen Apfel gestohlen und händigt diesem Adam aus. Er bittet Adam ihn wegen dem nicht zu schlagen. Adam hat zuvor Gunnar geschlagen, wenn er etwas gestohlen hat. Dieses Mal ist der Diebstahl etwas Gutes, da es Adam jetzt ermöglicht seinen Apfelkuchen doch noch zu backen. Die Kleptomanie wird positiv dargestellt.	1, 2

KAPITEL 12	BESCHREIBUNG	KATEGORIE
BÜRO DR. KOLBERG. INNEN. TAG.	Ivan ist am Weg der Genesung. Dr. Kolberg's Weltbild über die Wissenschaft bricht durch Ivan's Wunderheilung zusammen. Die Kugel hat den Tumor „weggeballert“ und Ivan ist wieder vollständig gesund. Dr. Kolberg reagiert nicht mehr gehässig oder zynisch auf Ivan. Er kündigt und verlässt die Klinik. Das „Gute“ hat gesiegt.	1, 2, 5
KRANKENHAUS. GARTEN. AUßEN. TAG.	Adam hat seinen Auftrag einen Apfelkuchen zu backen erfüllt. Er geht zu Ivan in den Garten und fragt ihn, ob sie den Kuchen gemeinsam verzehren wollen. Das Bild der beiden spielt auf das Letzte Abendmahl an, bevor Jesus gekreuzigt wird. Versinnbildlicht bedeutet dies, dass Adam seine Rolle als Neonazi ablegt und ein guter Mensch geworden ist. Die Interpenetration ist somit vollendet. Adam wird Christ und die rechte Hand Ivans. Beide verzehren den Apfel der Erkenntnis in Form von Kuchen.	1, 2, 5
KIRCHE. INNEN. TAG.	Adam hat sich die Haare wachsen lassen und trägt Pfarrerskleidung.	5
KIRCHE. AUßEN. TAG.	Gunnar und Sarah reisen gemeinsam mit dem Kind nach Indonesien. Als Motiv der Reise meint Gunnar, damit es nicht auffällt, dass das Kind mongoloid ist. Diese Aussage hört Ivan gar nicht, sondern wechselt das Thema und spricht über die Tiger dort (Adam nickt im Hintergrund bejahend).	2

BUSHALTESTELLE. AUßEN. TAG.	Adam und Ivan begrüßen die zwei Neuen. Ivan ist ganz der „Alte“ und reagiert auf den Widerstand der Neuankömmlinge gleich wie immer. Als er merkt, dass die beiden anfangen ihn zu kritisieren, setzt sich der Mechanismus des PIPs wieder in Gang.	4
AUTOFAHRT. AUßEN. TAG.	Adam schaltet das Autoradio an. Es ertönt der Song „How deep is your love“ (Take That). Adam und Ivan beginnen gemeinsam mit zu singen. Dies zeigt die Interpenetration Adams auf.	5

4.3.6 Auswertung Systemische Filmanalyse

	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5
Kapitel 1	4	2	3		
Kapitel 2	3	2	2	2	
Kapitel 3	2	5	1	2	
Kapitel 4	4	10	3		2
Kapitel 5	2	6	3	4	1
Kapitel 6	1	14	2	1	7
Kapitel 7	1	8	1		5
Kapitel 8		4	2	2	4
Kapitel 9	5	2			3
Kapitel 10	13	6		1	6
Kapitel 11	6	1	2	1	4
Kapitel 12	2	3		1	4
	43	63	19	14	36

Am häufigsten tritt bei der Systemischen Filmanalyse die Kategorie 2 (Gesundheit/ Krankheit) auf. Anschließend folgt die Kategorie (Rollenbruch/ Erwartung), dicht gefolgt von der Kategorie 5 (Interpenetration/ die eigene Wirklichkeitskonstruktion). Vorletzte Kategorie ist Kategorie 3 (Gut/ Böse) und den Schluss bildet Kategorie 4 (HIP/ PIP).

KAPITEL 1: ADAMS ANKUNFT

Im ersten Kapitel überwiegt die Leitdifferenz Rollenbruch/ Erwartung, gefolgt von Kategorie 3 (Gut/ Böse). Danach kommt Kategorie 2 (Gesundheit/ Krankheit). Kategorie 4 (HIP/ PIP) und Kategorie 5 (Interpenetration/ eigene Wirklichkeitskonstruktion) wurden nicht vergeben.

KAPITEL 2: GOTTESDIENST

Im zweiten Kapitel überwiegt auch die Kategorie 1, Kategorie 2, 3 und 4 sind gleichwertig vertreten. Kategorie 5 kommt gar nicht vor. Kategorie 4 tritt zum ersten Mal auf (Streit zwischen Adam und Khalid).

KAPITEL 3: SARAH

In Kapitel 3 tritt am häufigsten die Kategorie 2 auf. Kategorie 1 und 4 sind gleichwertig vertreten. Kategorie 3 tritt nur einmal auf.

KAPITEL 4: ADAM RASTET AUS

In Kapitel 4 tritt am häufigsten Kategorie 2 auf. Kategorie 4 kommt gar nicht vor und Kategorie 5 tritt zum ersten Mal auf. Adam reagiert auf Ivans Wahn mit Gewalt als Bewältigungsstrategie.

KAPITEL 5: AM STERBEBETT

In Kapitel 5 ist am häufigsten Kategorie 2 vertreten, gefolgt von Kategorie 4, Kategorie 3 und Kategorie 1. Kategorie 5 kommt einmal vor.

KAPITEL 6: SELTENE KRANKHEIT

In Kapitel 6 kommt vierzehn Mal Kategorie 2 vor, gefolgt von Kategorie 5 (sieben Mal). Kategorie 3 ist zweimal vertreten, Kategorie 1 und 4 jeweils einmal.

KAPITEL 7: POULS BEERDIGUNG

In Kapitel 7 ist Kategorie 2 acht Mal, Kategorie 5 fünf Mal vertreten. Kategorie 1 und 3 kommen jeweils einmal vor. Kategorie 4 kommt nicht vor.

KAPITEL 8: GOTT ODER TEUFEL?

In Kapitel 8 ist Kategorie 1 nicht vorhanden. Kategorie 2 und 5 kommen jeweils vier Mal vor, Kategorie 3 und 4 jeweils zwei Mal.

KAPITEL 9: IVANS VERÄNDERUNG

In Kapitel 9 ist Kategorie 1 fünf Mal vertreten, Kategorie 2 zwei Mal und Kategorie 5 drei Mal. Kategorie 3 und 4 kommt nicht vor.

KAPITEL 10: GLATZKÖPFIGER BESUCH

In Kapitel 10 kommt Kategorie 1 mit dreizehn Mal am häufigsten vor. Kategorie 2 und 5 sind sechs Mal vertreten, Kategorie 4 einmal und Kategorie 3 kein Mal.

KAPITEL 11: SCHUSS

In Kapitel 11 kommt Kategorie 1 sechs Mal vor, Kategorie 5 vier Mal und Kategorie 3 zwei Mal. Kategorie 2 und Kategorie 4 sind gleichwertig jeweils einmal vertreten.

KAPITEL 12: APFELKUCHEN

In Kapitel 12 kommt Kategorie 5 viel Mal vor, Kategorie 2 drei Mal, Kategorie 1 zwei Mal, Kategorie 4 einmal und Kategorie 3 kein Mal.

4.3.7 Systemische Bezüge

Im Kapitel eins führen Ivan und Adam einen Dialog in Ivan's Büro. Auf die Frage hin, was Adam denn jetzt hier tun soll, entgegnet Ivan: „Nein, dass kann ich nicht, Adam. Das musst du schon selbst herausfinden. Ich möchte, dass du dir ein Ziel setzt. Adam und ansonsten tu, was du willst.“ Somit muss Adam sein Ziel selbst formulieren, er ist autonom und Experte seines Lebens. Aus systemischer Sicht bzw. in der systemischen Familientherapie ist der Klient der Experte und formuliert sowohl den Auftrag, als auch sein Ziel selbst. Dies ist eine grundlegende Haltung in der Systemischen Familientherapie, die sich dadurch von anderen Psychotherapierichtungen unterscheidet. In anderen Psychotherapieschulen ist der Therapeut der Experte und teilt dem Klienten mit, was dieser zu tun hat. Aus systemischer Sicht kommt es hier zu einer Auftrag - Ziel Formulierung. Ein weiterer systemischer Aspekt in diesem Dialog ist, dass Adam das Backen eines Apfelkuchens zum Ziel hat. Dieser Auftrag ist für eine Rehabilitierungsmaßnahme in diesem Kontext sehr paradox. In der Systemischen Familientherapie ist eine Art der Intervention das Einsetzen von Paradoxien, um das System zu verstören. Dies gelingt Ivan, den Adam ist sehr überrascht, dass das Backen das Einzige ist, was dieser in der Maßnahme zu erfüllen hat.

In Kapitel 4 beginnt Adam's Weltbild zu bröckeln. Ein einleitendes Anzeichen dafür ist die beginnende Interpenetration zwischen Adam und Ivan, zuerst sichtbar, als Adam vom Treffen mit dem Rad zurück fährt. Zuvor sieht man immer nur Ivan mit dem Rad fahren. Langsam setzt die Veränderung ein und auch Adam beginnt sich um andere zu kümmern.

Khalid feuert mit einer Schusswaffe auf Lambert und tötet unabsichtlich den Kater von Gunnar. Als dieser beginnt Khalid zu beschuldigen, mischt sich Ivan in das

Gespräch ein. Ivan stellt die Situation so dar, dass der Kater des Lebens müde war und deshalb erschossen werden wollte, als eine Art Selbstmord. Er deutet den Tod um und benutzt hierzu ein Reframing (Systemische Intervention). Fakt ist aber, dass Khalid den Kater erschossen hat. Gunnar möchte aber unter keinen Umständen mit Ivan diskutieren, hebt den Kater auf und trägt ihn davon. Eine Regel im System bei Adam's Äpfel ist, dass man auf keinen mit Ivan zu diskutieren beginnt. Er fällt sofort in das Pathologizing Interpersonal Pattern. Dies führt meist bei Ivan zu wahnhaften Verhalten als Bewältigungsstrategie und endet meist mit einer Eskalation.

Die Gesetzmäßigkeiten in Adams Äpfel funktioniert folgendermaßen:

1. Keinen Streit mit Ivan anfangen
2. Jeder macht, was er/sie will
3. Bei Regelverstößen kommt es zu Drohungen
4. Keine negativen sozialen Realitäten dürfen angesprochen werden. Es gibt Tabuthemen wie z.B. die Behinderung des Sohnes, der Suizid der Ehefrau usw.
5. Adam will Ivan um jeden Preis bekehren und ihm beweisen, dass es schlechte Menschen gibt. Es beginnt ein Kampf um die einzig wahre, richtige Realität.
6. Adam will Ivan „knacken“, er will ihn zur Vernunft bringen
7. Ivan verdrängt unangenehme Themen, er lenkt von Gesprächsinhalten ab und bricht mit Normerwartungen.

Aus der systemischen Haltung heraus sind *„menschliche und zwischenmenschliche Probleme weder ‚behandelbar‘ noch ‚heilbar‘ oder, im eigentlichen Sinne, ‚lösbar‘, sondern vielmehr ‚auflösbar‘ oder durch günstigere Alternativen zu ersetzbar.“*²¹¹

Im Film wird eine Veränderung des Systems anhand einer Narration und/oder anhand der Entwicklung der Figuren aufgezeigt. Dies wird durch Interaktionen

²¹¹ Ludewig, Kurt: Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer, 2009. S.18

zwischen den Figuren, Normen- und Erwartungsbrüchen und das Einwirken von äußeren Umständen möglich. Ein Filmcharakter hat eine Erkenntnis basierend auf den Erfahrungen seiner Lebenswelt und diese Erfahrungen eröffnen Veränderungen. Nicht das Wissen über einen Grund, z.B. warum es einem schlecht geht schafft Veränderung, sondern Verstörungen die auf ein System einwirken. Dies setzt einen individuellen Veränderungsprozess in Gang. Zu wissen, dass auch Adam eine schwierige Kindheit hatte, liefert eine Begründbarkeit, aber führt zu keiner Veränderung. Bei durch die Begegnung und Interaktionen mit Ivan z.B. durch Paradoxe Interventionen, setzt bei Adam einen Veränderungsprozess in Gang.

Nachdem Ivan von einem Neonazi in den Kopf geschossen wurde und im Krankenhaus liegt, hat Khalid jegliche Hoffnung verloren. Er glaubt, dass das Ivan nicht überleben wird. Khalid verlässt als erste das System und fährt wieder zurück nach Hause. Als zweites gehen verlässt Gunnar und Sarah die Gruppe. Sie wandern nach Thailand aus. Es bleiben nur mehr noch Adam und Ivan übrig. Am Filmende hat sich an die Lebenswelt von Ivans angepasst und wird zur rechten Hand des Pastors. Somit ist die Interpenetration endgültig vollzogen. Die Zusammenführung der Wirklichkeitskonstruktionen beider Charaktere werden zu einem System von Wirklichkeitskonstruktion.

4.3.8 Allgemeine Bezüge

Bereits im ersten Dialog zwischen Adam und Ivan, der in Ivan's Büro stattfindet, wird der Filmtitel zum ersten Mal begründet. Adam hat den Auftrag einen Apfelkuchen zu backen mit den Äpfel aus dem Garten des Kirchenanwesens. Das zweite Mal wird der Filmtitel in Kapitel zwei begründet. Gunnar fragt Ivan, wieso sie die Krähen, die den Baum befallen haben, nicht einfach in Ruhe lassen. Daraufhin entgegnet Ivan: „weil das Adam's Äpfel sind“.

Es gibt zwei Lieder, die im Film relevant sind. Das eine ist von Kaj Munk: „Du weißt es, mein Herz“ und das andere ist von Take That: „How deep is your love“. „Du weißt es, mein Herz“ kommt in Kapitel 2 und Kapitel 7 vor. In Kapitel 2 schikaniert Ivan den alten Poul Nordkap vor allen, als dieser während der Predigt auf die Toilette muss. Poul ist ein alter Mann, der in Krieg im Konzentrationslager als Nazi gearbeitet hat und hat seine Probleme mit der Aussöhnung zu Gott. Er war an

Massenmorden beteiligt und hat aus Reue und Schuldbewusstsein sehr viel Angst vor dem Sterben. Poul stirbt in Kapitel 5, während eines Besuches von Adam und Ivan. Auf seiner Beerdigung in Kapitel 7 sagt Adam, dass das Lied „Du weißt es, mein Herz“ das Lieblingslied Pouls war. Das Lied stammt von Kaj Munk. Kai Munk war ein dänischer Pastor, Schriftsteller, ein Gegner Hitler und christlicher Märtyrer. Munk hieß mit vollem Namen Kaj Harald Leininger Petersen. Nebenbei sei hier erwähnt, dass auch der Neonazi Adam mit Nachnamen Pedersen heißt, allerdings mit dem Unterschied, dass die Schreibweise bei Adam mit hartem t ist. Munk war politisch sehr aktiv und galt als Märtyrer der dänischen Widerstandsbewegung gegen den Nationalsozialismus. Nachdem Hitlers Truppen in Dänemark einmarschiert waren und es besetzt hatten, forderte er das Volk auf sich zu wehren, auch wenn dies unter Gewalteinwirkung geschehen müsste. Er wurde auf Anweisung Himmlers ermordet, um den dänischen Widerstand zu schwächen.

„How deep is your love“ ist ein Lovesong von Take That. Wie der Songtitel bereits verrät, geht es um die Frage „wie tiefgehend deine Liebe ist“. Der Song kommt in mehreren Kapiteln vor, immer wenn Adam und Ivan gemeinsam im Auto sitzen und dann einer der beiden das Autoradio einschaltet und der Song ertönt.

Figurenkontexte

Die Figuren Adam, Ivan und Dr. Kolberg repräsentieren drei unterschiedliche Weltbilder. Diese stehen in Kontrast zueinander und es kommt immer wieder zu Spannungen und Machtkämpfen, repräsentiert durch die Filmfiguren. Adam steht für die Politik. Er ist Neonazi und hat somit eine rechtsextreme und rassistische Einstellung. Sein Gott ist sozusagen Hitler. Seine Einstellung stößt auf Widerstand vor allem während der Begegnungen mit Khalid. Adam macht während des Films eine Entwicklung durch und ändert sein komplettes Leben vom Neonazi zur rechten Hand des Pastors ins andere Extrem. Ivan's repräsentiert den Glauben bzw. die Religion. Er erklärt sich sein gesamtes Weltbild über Gott und die Bibel. Dr. Kolberg steht als Mediziner für ein naturwissenschaftliches Weltbild. Er repräsentiert den Mann der Wissenschaft. Am Ende des Filmes gibt es eine ganz klare Botschaft. Das religiöse Weltbild siegt. Dr. Kolberg kündigt seinen Job und verlässt die Klinik und Adam wird der Helfer des Pastors. Nach einer „Glaubenskrise“ verursacht von

Adam, findet Ivan wieder zurück zu Gott und lebt weiterhin seine schon zuvor gelebten Strukturen und Ansichten.

Das Buch Hiob

Immer wieder stößt Adam auf das Buch Hiob. Zum Beispiel im Kapitel 4. Nachdem es zur Eskalation zwischen Adam und Ivan gekommen ist, geht Adam auf sein Zimmer und beginnt seine Sachen zu packen. Auf der Kommode liegt die Bibel. Diese fällt auf den Boden und das Buch Hiob liegt aufgeschlagen am Boden. Er hebt das Buch auf und klappt es wieder zu. Im Kapitel 7 ein ähnliches Szenario: Adam betritt den Raum und erneut liegt die Bibel aufgeschlagen am Boden. Er hebt sie auf und lässt sie mehrmals hintereinander wieder fallen. Immer wieder schlägt es das Kapitel über Hiob auf. Nach dem dritten Mal in Reihe beginnt Adam das Buch zu lesen. Die Geschichte handelt von Hiob, der unwissentlich von Gott auf die Probe gestellt wird. Gott erlaubt Satan Hiob großes Leid zuzufügen, um Hiob's Glauben an Gott zu testen. Auch Hiob muss Streitgespräche mit seinen Freunden führen und seinen Glauben zu rechtfertigen, gleich wie zwischen Ivan und Adam. Am Ende hat Hiob die Prüfung bestanden und Gott belohnt ihn dafür doppelt.

Adam glaubt zunächst, dass der Teufel ihn testet, bis Adam ihn davon überzeugt, dass Gott es ist, der ihn testet. Dies ist der Moment in dem Ivans Weltbild zusammenbricht und er aus dem Ohr zu bluten beginnt. Diese Erkenntnis bricht Ivan fast. Jedoch setzt dann in der Geschichte eine Wandlung ein. Langsam beginnt sich Adam zu verändern und an die konstruierte Geschichte von Ivan zu Glauben. Während der Narration des Filmes ist die Grenze zwischen Wahn und Glaube sehr dünn, immer wieder vermischen sich diese.

Parallel geht es in der Narration von Adams Äpfel auch um die Theodizeefrage:

„Mit Ijobs Klagen wird die Frage aufgeworfen, wie es sein kann, dass der gerechte Gott duldet, dass guten Menschen Böses widerfährt. Sie ergründet, weshalb trotz Gottes Allmacht und Güte auch ein gerechter Mensch leiden kann. Sie wehrt sich gegen die fromme und einfache Annahme, dass das Leiden eine Strafe Gottes sei. In der theologischen Fachsprache hat sich dafür der Ausdruck Theodizee,

also die Frage nach der Rechtfertigung eines liebenden Gottes angesichts des Leidens, eingebürgert.“²¹²

Trotz der vielen Traumata, die Adam erlebt hat, bleibt er dennoch gläubig und sieht das Ganze als Test an. Er sagt einmal zu Adam in einem Dialog: „Er [Gott] macht das schon, seit ich denken kann.“ Somit hat sich Ivan ein Konstrukt zu recht gelegt, das es ihm erlaubt mit seinen Traumatisierungen gut zu leben, anders ausgedrückt, ein Wahnsystem als Bewältigungsstrategie. Auch könnte man vermuten, dass Adam aufgrund seiner Geschichte schon einiges Erfahrung hat, jedoch erfährt man im Film sehr wenig über seine Herkunftsgeschichte.

4.3.9 Fazit und Ausblick

Die Verfasserin entwickelte aufgrund ihrer Beobachtung Leitdifferenzen und zog diese Unterscheidungen zur Systemischen Filmanalyse heran. Zur Auswertung der Systemischen Filmanalyse dienten die Leitdifferenzen Rollenbruch/ Erwartung, Gesundheit/ Krankheit, Gut/ Böse, HIP/ PIP und Interpenetration/ eigene Wirklichkeitskonstruktionen. Ziel der Analyse war ein Erkenntnisinteresse, ob eine Filmanalyse, die sich an die Systemtheorie und den Konstruktivismus orientiert, durchführbar ist. In der klassischen Filmanalyse werden Inhalt und Repräsentation, Narration und Dramaturgie, Figuren und Akteure, Ästhetik und Gestaltung und Kontexte untersucht, um neue Erkenntnisse zu gewinnen. Hier galt es einen Unterschied zu machen und eine neue Möglichkeit zu entwerfen, um Filme anhand Systemischer Grundlagen untersuchen zu können. Zur Untersuchung wurde die audio-visuelle Kommunikation herangezogen. Gegenstand der Analyse war der dänische Film Adams Äpfel. Da bekanntlich Sprache Realität schafft, wurde untersucht, welche Form der Realität dieser Film schafft und was dieser zur Konstruktion von gesellschaftlicher Wirklichkeit beiträgt. Schwerpunkt der Arbeit waren die Interaktionen und Dialoge zwischen den Charakteren, sowie die dazugehörigen Bilder. Der Film wurde in Kapitel eins bis zwölf aufgeteilt und Szene per Szene untersucht, da vor allem die Szenenkontexte von Bedeutung sind. Es wurde ein Versuch gemacht, eine neue Art und Weise der Filmanalyse zu beschreiben, eine Art Prototyp zu schaffen, welche sich an neuen Analysemethoden

²¹² https://de.wikipedia.org/wiki/Buch_Ijob [14.05.2017]

orientiert. Das Ergebnis ist, dass jeder beliebige Film, sich anhand von Leitdifferenzen untersuchen lässt.

BIBLIOGRAPHIE

A l y, Götz: Die Belasteten. >Euthanasie< 1939 – 1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 2013.

B e r g e r, Peter L./ L u c k m a n n, Thomas: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 2012.

B e r g h a u s, Margot: Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie. Köln [u.a.]: Böhlau Verlag, 2011.

D o e r i n g, Stephan/ M ö l l e r, Heidi [Hrsg.]: Frankenstein und Belle de Jour. 30 Filmcharaktere und ihre psychischen Störungen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2008.

D ö r n e r, Klaus/ P l o g, Ursula: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2000.

F a u s t, Volker [Hrsg.]: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart [u.a.]: Gustav Fischer Verlag, 1995.

F i n z e n, Asmus: Basiswissen: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2007.

F i s s e n i, Hermann-Josef: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag, 2004.

F o e r s t e r, Heinz von/ S c h m i d t, Siegfried J. [Hrsg.]: Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1993.

F o r s t e r, Rudolf: Psychiatrische Macht und rechtliche Kontrolle. Internationale Entwicklungen und die Entstehung des österreichischen Unterbringungsgesetzes. Wien: Döcker, 1997.

F o u c a u l t, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1969.

F o u c a u l t, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2008.

F r a n c e s, Allen: Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: DuMont Buchverlag, 2014.

G l a s e r s f e l d, Ernst von: Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1997.

G o f f m a n n, Erving: Asyl. Über die soziale Situation von psychiatrischen Patienten und anderer Insassen: Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp, 1973.

G r e v e, Nils/ K e l l e r, Thomas [Hrsg.]: Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2002.

H e r z l i c h, Claudine/ P i e r r e t, Janine: Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München: C. H. Beck, 1991.

H i c k e t h i e r, Knut: Film- und Fernsehanalyse. Stuttgart [u.a.]: Metzler, 2012.

J o n e s, H. R. [Hrsg.]: Nervous system. Neurologic and neuromuscular disorders. Summit New York: Ciba Geigy, The Ciba collection of medical illustrations, Part 2, 1986.

K i b e d, Matthias Varga von/ S p a r r e r, Insa: Ganz im Gegenteil. Tetralemmaarbeit und andere Grundformen Systemischer Strukturaufstellungen – für Querdenker und solche, die es werden wollen. Heidelberg: Carl Auer, 2011.

K e i n t z e l, Brigitta/ G a b r i e l, Eberhardt [Hrsg.]: Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien: Picus Verlag, 1999.

K l a r, Sabine/ T r i n k l, Lika [Hrsg.]: Diagnose: Besonderheit. Systemische Psychotherapie an den Rändern der Norm. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2015.

K l u g e, Alexander/ H a g e n, Wolfgang [Hrsg.]: Warum haben Sie keinen Fernseher, Herr Luhmann? Letzte Gespräche mit Niklas Luhmann. Berlin: Kulturverlag Kadmos, 2004.

K r ü t z e n, Michaela: Dramaturgie des Films. Wie Hollywood erzählt. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverl., 2004.

L u d e w i g, Kurt: Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer, 2009.

- L u d e w i g, Kurt: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett Cotta, 1997.
- L u h m a n n, Niklas/ J a h r a u s, Oliver [Hrsg.]: Aufsätze und Reden. Stuttgart: Reclam, 2001.
- L u h m a n n, Niklas: Die Kunst der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1995.
- L u h m a n n, Niklas: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1998.
- L u h m a n n, Niklas: Die Realität der Massenmedien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 2004.
- L u h m a n n, Niklas: Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1995.
- M a g i s t r a t s a b t e i l u n g 24 – Gesundheits- und Sozialplanung [Hrsg.]: Seelische Gesundheit in Wien. Informationen zu psychiatrischen, psychosozialen und rechtlichen Angeboten. Wien: Magistratsabteilung 24, 2010.
- M a r s c h a l l, Brigitte: Lebens- Spiel als Theater- Spiel. Das therapeutische Theater von J. L. Moreno. In: Mimos. Zeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für Theaterkultur. 04/1996.
- M a r s c h a l l, Brigitte: „Ich bin der Mythe“. Von der Stegreifbühne zum Psychodrama J. L. Moreno. Wien [u.a.]: Böhlau, 1988.
- M a r s c h a l l, Brigitte: Jakob Levy Morenos Theaterkonzept. Die Zeit- Räume des Lebens als Szenenraum der Begegnung. In: Zeitschrift für Psychodrama. 02/2005.
- M a r s c h a l l, Brigitte: „Ich bin der Mythos alles Daseins selber“. Morenos Theater der Unwiederholbarkeit- Geschichte, Konzeption, Wirkung. Wien: Diss., 1983.
- M a t u r a n a, Humberto R./ P ö r k s e n, Bernhard: Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens. Heidelberg: Carl Auer Verlag, 2008.
- M i k o s, Lothar: Film- und Fernsehanalyse. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH, 2003.

M ö l l e r, Heidi [Hrsg.]: *Frankenstein und Belle de Jour. 30 Filmcharaktere und ihre psychischen Störungen*. Heidelberg: Springer Medizin Verl., 2008.

O b e r l e r c h n e r, Herwig/ S t r o m b e r g e r, Helge: *Schicksale an der Klagenfurter Psychiatrie im Nationalsozialismus*. In: *Neuropsychiatrie*. 27/2013. S.79-83.

O b e r l e r c h n e r, Herwig/ S t r o m b e r g e r, Helge: *Psychiatrie und NS-Euthanasie*. In: *Nervenarzt*. 86/2015. S.83-89.

O b e r l e r c h n e r, Herwig/ S t r o m b e r g e r, Helge: *Zwangssterilisationen: Die Klagenfurter Psychiatrie im Nationalsozialismus*. In: *Neuropsychiatrie*. 28/2014. S.33-39.

P a r s o n, Talcott/ P l a t t, Gerald M.: In: *The American University*. Harvard University Press. Cambridge/MA., 1973. S.36

P ö r k s e n, Bernhard [Hrsg.]: *Schlüsselwerke des Konstruktivismus*. Wiesbaden: S i m o n Fritz B./ R e c h- S i m o n: *Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lehrbuch*. Heidelberg: Carl- Auer Verl., 2004.

P o l t r u m, Martin/ R i e k e n, Rieken [Hrsg.]: *Seelenkenner, Psychoschurken. Psychotherapeuten und Psychiater in Film und Serie*. VS Verlag, 2011.

P u p a t o, Katharina: *Die Darstellung psychischer Störungen im Film*. Wien [u.a.]: Lang, 2002.

R a p o l d, Nadine: *Der psychisch Kranke. Zum Wandel der Sichtweise psychiatrischer Erkrankungen*. Wien: Dipl. Arb., 2008.

R e e s e – S c h ä f e r, Walter: *Niklas Luhmann zur Einführung*. Hamburg: Junius Verlag, 1999.

R e g e n e r, Susanne: *Fotografische Erfassung: Zur Geschichte medialer Konstruktionen des Kriminellen*. München: Fink, 1999.

R e g e n e r, Susanne: *Visuelle Gewalt. Menschenbilder aus der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts*. Bielefeld: Transcript Verlag, 2010.

R u f, Gerhard Dieter: *Einführung in die systemische Psychiatrie*. Heidelberg: Carl Auer, 2013.

- R u s c h, Gebhard/ S c h m i d t, Siegfried J.: Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2000.
- S c h i g l, Brigitte: „Geschlechtskrankheiten – Geschlechtsgesundheiten“: Gendertypische Konstruktionen von Gesundheit und Krankheit. In: Integrative Gestalttherapie Vol. 33, Nr.3.
- S c h l i p p e, Arist von/ S c h w e i t z e r, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006.
- S c h l i p p e, Arist von/ S c h w e i t z e r, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2009.
- S c h l i p p e, Arist von/ S c h w e i t z e r, Jochen: Systemische Interventionen. Göttingen [u.a.]: Vandenhoeck & Ruprecht, 2010.
- S c h m i d t, Gunther: Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl- Auer Verl., 2014.
- S c h m i d t, Siegfried J. [Hrsg.]: Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1987.
- S c h u l t e, Christian [Hrsg.]: Alexander Kluge. In Gefahr und größter Not bringt der Mittelweg den Tod. Texte zu Kino, Film, Politik. Berlin: Vorwerk 8, 1999.
- S e l t z e r, Mark: Serial killers. Death an life in American's wound culture. New York: Routledge, 1998.
- S h a z e r, Steve/ D o l a n, Yvonne: Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute. Heidelberg: Carl Auer, 2013.
- S h o r t e r, Edward: Geschichte der Psychiatrie. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2003.
- S i m o n Fritz B./ R e c h- S i m o n: Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lehrbuch. Heidelberg: Carl- Auer Verl., 2004.
- S i m o n, Fritz B.: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Zur Selbstorganisation der Verrücktheit. Heidelberg: Carl- Auer Verl., 2006.

S i m o n, Fritz B.: Einführung in die Systemtheorie und Konstruktivismus. Heidelberg: Carl- Auer Verl., 2013.

S i m o n, Fritz B.: Einführung in die Systemtheorie des Konflikts. Heidelberg: Carl- Auer Verl., 2012.

S t i c h w e h, Rudolf [Hrsg.]: Niklas Luhmann. Wirkungen eines Theoretikers. Bielefeld: transkript, 1999.

S t u m m, Gerhard [Hrsg.]: Psychotherapie, Schulen und Methoden. Wien: Falter Verlag, 2006.

T o m m, Karl. Beginnings of a HIPs and PIPs. Approach to Psychiatric Assessment. In: The Calgary Particpator. Spring/1991. S.21-24.

V o n B r a u n, Christina: Nicht ich. Logik, Lüge, Libido. Frankfurt am Main: Verlag Neue Kritik, 1999.

W a t z l a w i c k, Paul/ W e a k l a n d, John H./ Fisch, Richard: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels. Bern [u.a.]: Verlag Hans Huber, 1992.

W a t z l a w i c k, Paul/ N a r d o n e, Giogrio [Hrsg.]: Kurzzeittherapie und Wirklichkeit. Eine Einführung. München: Piper Verlag, 2012.

W a t z l a w i c k, Paul: Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinn. München: Piper Verlag, 2003.

W e d d i n g, Danny/ B o y d, Mary Ann/ N i e m i e c, Ryan M.: Psyche im Kino. Wie Filme uns helfen, psychische Störungen zu verstehen. Bern: Verlag Hans Huber, 2011.

W u l f f, Hans Jürgen/ P a b s t, Eckhard/ B o r s t n a r, Nils: Einführung in die Film- und Fernsehwissenschaft. Konstanz: UVK-Verl.-Ges., 2008.

Z a u d i g, Michael/ T r a u t m a n n, Rolf Dieter [Hrsg.]: Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin [u.a.]: Springer Verlag, 2006.

INTERNETQUELLEN

URL:

www.ris.at

RIS - Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 15.04.2015

RIS - Gesamte Rechtsvorschrift für Psychologengesetz 2013 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 19.04.2015

RIS - Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz 2014 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 20.04.2015

RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz 1990 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 27.02.2016

www.aekwien.at Homepage der Ärztekammer Österreich

www.wgkk.at Homepage der Wiener Gebietskrankenkasse

www.lok.at Homepage des Vereins Leben ohne Krankenhaus

www.who.int Homepage der Weltgesundheitsorganisation

<http://www.entnazifizierung.at> Homepage zum Begriff Entnazifizierung

https://de.wikipedia.org/wiki/Buch_ljob Homepage einer freien Enzyklopädie

<http://www.grin.com/de/e-book/189159/filmanalyse-zu-thomas-jensens-adams-aepfel-unter-betrachtung-der-theodizeefrage> Homepage für Masterarbeiten

PDF:

ICD-10 BMG 2014:

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/4/CH1166/CMS1128332460003/icd-10_bmg_2014_-_systematisches_verzeichnis.pdf

LKF:

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/4/8/CH1164/CMS1098272734729/lkf-broschuere_bmg_2010_nachdruck_2011.pdf

ZU DEN ABBILDUNGEN:

Die Abbildungen sind von mir erstellt worden, außer unter der Abbildung ist ausdrücklich eine andere Quelle angegeben.

DREHBUCH:

Die Transkription des Drehbuchs liegt bei der Verfasserin auf.

ABSTRACT DEUTSCH

Das Thema der Dissertation beschäftigt sich mit der Fragestellung inwieweit psychische Erkrankungen ein gesellschaftliches Konstrukt sind, ob der Film als eigenes System wahrgenommen werden kann und ob eine Filmanalyse anhand von Leitdifferenzen möglich ist. Folgende Fragestellungen wurden behandelt: Wie konstruiert die Gesellschaft psychische Erkrankung und wie ist der Umgang damit? Welcher gesellschaftlich relevante Diskurs ergibt sich daraus? Wie kann die Systemtheorie und der Konstruktivismus die audio-visuelle Kommunikationsmöglichkeit als Grundlage für ein neues Forschungsfeld nutzbar machen? Und kann die Systemtheorie und Filmwissenschaft auf das Phänomen Film angewendet werden? Ziel der entwickelten Methode ist eine Systemische Filmanalyse zu schaffen, die es ermöglichen sozial konstruierte Wirklichkeiten zu untersuchen. Hier gilt es einen Unterschied zu schaffen zur klassischen Filmanalyse, die den Film nicht anhand von Ästhetik und Gestaltung untersucht, sondern anhand von Systemen und dessen Leitdifferenzen. In der vorliegenden Arbeit ist es gelungen einen Prototyp zu einer andersartigen, neuen Filmanalyse zu erschaffen, nämlich die einer Systemischen Filmanalyse.

ABSTRACT ENGLISH

The topic of the dissertation deals with the extent to which mental disorders are a social construct, whether the film can be perceived as a separate system, and whether film analysis is possible on the basis of lead differences. The following questions were dealt with: How does society construct mental illness and how is it treated? What is the relevant social discourse? How can system theory and constructivism make the audio-visual communication possible as a basis for a new field of research? And can system theory and film science be applied to the film phenomenon? The aim of the developed method is to create a systemic film analysis, which allows to investigate socially constructed realities. Here we have to create a difference to the classical film analysis, which does not examine the film by means of aesthetics and design, but by systems and its lead differences. In this work we have succeeded in creating a prototype for a different, new film analysis, namely a Systemic Film Analysis.

BEMERKUNG

Um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten, wurde in dieser Dissertation durchgehend die maskuline Schreibform verwendet. Die Verfasserin distanziert sich deutlich von jeglicher geschlechtsbezogener Diskriminierung.

Die Verfasserin hat versucht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in der vorliegenden Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersucht die Verfasserin um Meldung dieser unter folgender Emailadresse: melanie.markovic@gmail.com

Des Weiteren erklärt die Verfasserin dieser Dissertation, dass die vorliegende Arbeit eigenhändig verfasst und durchgeführt wurde und sich keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient hat. Alle verwendeten Hilfsmittel wurden in dieser Arbeit angegeben. Diese Dissertation wurde weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

DANKSAGUNG

Ich möchte mich bei meinen Eltern für die jahrelange Unterstützung und die Geduld bedanken, die sie mir immer bei meinen Vorhaben gegeben haben! Auch sage ich zu meiner Tante Daniela danke, weil sie mich auch immer unterstützt hat.

Vor allem danke ich meiner Doktormutter Dr. Brigitte Marschall, die mich während der ganzen Zeit begleitet hat, immer ein offenes Ohr für Fragen hat und insgesamt ein toller Mensch ist!

Auch möchte ich mich bei Frau Dr. Gerda Mehta für die jahrelange Unterstützung als Mentorin bedanken! Ich habe sehr viel von Ihnen für mein weiteres Leben gelernt.

Für die Unterstützung beim Ausarbeiten des Konzeptes möchte ich mich bei Dr. Daru Huppert bedanken und für die Unterstützung und Reflexion während der Filmanalyse bei Miriam Kronawetter. Danke Miriam, deine Hilfe hat mir ermöglicht meine große Hürde zu überwinden und mich an die neue Methode und dessen Ausarbeitung heranzuwagen.