

Psychiatrische Kliniken als totale Institutionen in digitalen Spielen

Stefan Heinrich Simond

Abstract: Time and time again derelict psychiatric institutions and rogue inmates serve as settings and antagonists in cultural narratives, and digital games are no exception. The eeriness of exploring what Erving Goffman calls ›total institutions‹ and the tension of being confronted with the mentally ill orchestrate a persistent conflict between madness and reason. How this conflict is constructed on a narrative, aesthetic, and ludic level is the central focus of this article. The perspective applied leans heavily on discourse analysis to give a brief overview of contemporary ideas on mental illness and psychiatric institutions. Theoretically founded in Erving Goffman's concept of total institutions, *Outlast* (Red Barrels, 2013) and *The Town of Light* (LKA, 2016) are comparatively interpreted, concluding in the assumption that the perspective of both titles, while differing considerably, construct mirroring glances on psychiatric institutions and the madness within

Keywords: Mental Illness; Total Institution; Psychiatry; Digital Games; Game Studies

Schlagworte: Psychische Krankheit; Totale Institution; Psychiatrie; Digitale Spiele; Game Studies

1. Einleitung

Die schier endlosen Korridore psychiatrischer Institutionen sind ein etabliertes Setting kultureller Erzählungen.¹ Das Horror-Genre scheint aus dem Unbehagen der Psychiatrie und ihrer Geschichte stets neue Inspiration zu ziehen, weshalb die Texte – seien sie literarisch, filmisch, theatralisch oder spielerisch – ein umfangreiches Korpus bilden. Während die akademische Auseinandersetzung mit der

1 Allein die Filme *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1962), *Asylum* (1972), *American Horror Story: Asylum* (2010) und *Shutter Island* (2010) sollten als Beispiele hinreichend sein, um die Prominenz der Horror-Psychiatrie in medialen Texten zu unterstreichen.

Konstruktion psychischer Krankheiten² und ihrer Institutionen in Literatur und Film reichhaltig ist, fliegen digitale Spiele bislang überwiegend unter dem Radar analytischer Aufmerksamkeit.

Dieser Beitrag begegnet jenem Desiderat mit einer qualitativen, komparativen Textanalyse. Vor dem Hintergrund theoretischer Ansätze von Erving Goffman und Michel Foucault, welche die kulturphilosophische und soziologische Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten und ihren Institutionen maßgeblich vorantrieben, wende ich mich den Titeln *Outlast* (Red Barrels, 2013) und *The Town of Light* (LKA, 2016) zu, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten: Wie werden psychische Krankheiten und psychiatrische Institutionen in beiden Titeln konstruiert und worin unterscheiden sich jene Konstruktionen? Welchen Anteil haben spezifisch ludische Elemente an der Konstruktion psychischer Krankheit? Und welche Schlussfolgerungen lassen sich anhand der Konstruktion psychiatrischer Kliniken für das gesellschaftliche Bild der Institutionen und ihrer Insassen ziehen? Wie aus den Fragen augenscheinlich hervorgeht, sind die beiden Titel bewusst gewählt, um den Kontrast zwischen verschiedenen Perspektiven auf psychiatrische Institutionen im Kontext digitaler Spiele herauszuarbeiten.

Zum Zwecke der theoretischen Vorarbeit werden zunächst das zugrunde liegende Krankheitsbild und die Relevanz der Moral für jenes erläutert. Anschließend folgt ein Überblick über den Forschungsstand zur medialen Konstruktion psychischer Krankheiten und über den Anti-Stigma-Diskurs. Ein Blick auf die Praxis der Psychiatrie in der Moderne dient sodann der Illustration des historischen Kontextes. In einer Auseinandersetzung mit dem Konzept der ›totalen Institution‹ von Erving Goffman werden Begriffe und Annahmen für die anstehende Analyse geschärft. Im Zuge der Analyse werden zunächst die narrativen, ästhetischen und ludischen Spezifika der beiden Titel *Outlast* und *The Town of Light* hinsichtlich ihrer Konstruktion psychiatrischer Institutionen herausgearbeitet und im abschließenden Fazit zur Beantwortung oben aufgeführter Fragen zusammengeführt.

2 Im allgemeinen Sprachgebrauch hat sich der Begriff ›psychische Störungen‹ etabliert. So werden psychische Störungen in der *International Classification of Diseases* (ICD) und im Diagnostischen und statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM) klassifiziert, wobei ein kurzzeitiges Auftreten von Symptomen nur in Ausnahmefällen als Störung gilt. Alexa Franke (2012, 82-86) folgend habe ich mich jedoch entschieden, von ›psychischen Krankheiten‹ anstatt von ›psychischen Störungen‹ zu sprechen, da der Begriff ›Störung‹ durch seine Distanz zur Krankheit die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen verschleiert, aber nicht diskutiert.

2. Die (Un-)Trennbarkeit von Krankheit und Moral

Von der vermeintlichen Versündigung kranker Menschen im Mittelalter über die strafende Internierung des 19. Jahrhunderts bis zur Selbstverantwortlichkeit der Gesunderhaltung im Neoliberalismus erscheint eines evident: Krankheit und Moral sind voneinander nicht zu trennen (Góralczyk 2014; Franke 2012, 16, 68; Foucault 1961/2015, 130). Ob Gesundheit als religiöse Pflicht gegenüber Gott, moralische Pflicht gegenüber sich selbst oder als soziale Pflicht gegenüber der Gemeinschaft gedacht wird; ihr Gegenteil bleibt stets ein soziales Ereignis (Franke 2012, 55-56; Dross und Metzger 2018; Jaspers 1920, 4ff.). Diese normativistische Position geht davon aus, dass Gesellschaften diejenigen Phänomene als ›krank‹ attribuieren, welche den Norm- und Idealvorstellungen nicht entsprechen, die ihrerseits Teil und Ergebnis diskursiver Prozesse sind³ (Dross und Metzger 2018; Franke 2012, 27; Boorse 1975, 50-51). Somit ist Krankheit kaum rein medizinisch oder gar quantitativ-empirisch, sondern stets auch als soziales, kulturelles, historisches und nicht zuletzt moralisches Phänomen denkbar (Dross und Metzger 2018; Franke 2012, 35).

Ein biopsychosoziales Krankheitsmodell, welches auch diesem Beitrag zugrunde liegt, integriert deshalb das komplexe Zusammenwirken verschiedener Faktoren: Die funktionalistischen Operationen des Organismus, die subjektive Krankheitserfahrung und die sozialen Kontexte (Franke 2012, 130-132; Egger 2015). In der anhaltenden Debatte um Medikalisierungsprozesse⁴ kommt psychischen Krankheiten dabei eine besondere Rolle zu, insofern diese unmittelbar die Persönlichkeit im Verhältnis zu ihrer sozialen Umwelt und damit den Ursprung moralischer Verantwortung betreffen (Boorse 1975, 66). Demnach wird über das Instrument medikaler Diagnostik und Therapie eine Form biopolitischer Kontrolle über Formen der Devianz ausgeübt (Conrad und Schneider 1992). So attestiert etwa Michel Foucault den Frühformen psychiatrischer Diagnostik im 18. Jahrhundert eine Definition des Wahnsinns⁵ als »[...] psychologische Wirkung eines

3 So abstrakt der Gedanke zunächst erscheinen mag, so deutlich wird er anhand eines Beispiels. Im Dezember 2017 entflammte etwa eine Debatte aufgrund des Beschlusses der *World Health Organisation* (WHO) die sogenannte ›Gaming Disorder‹ in das Spektrum der nicht-stoffgebundenen Süchte aufzunehmen (ICD-11 6C51.0). Mitsamt der Diskussion rund um potenzielle Machtinteressen, Stigmatisierung und letztlich das Hilfebedürfnis Abhängiger ist hier ein Paradebeispiel der Aushandlung von nosologischer Klassifizierung bzw. Pathologisierung zu beobachten. Siehe exemplarisch Leonard (2018), Sarkar (2018) und Phalin (2018).

4 Siehe etwa Conrad (2013).

5 Der Begriff ›Wahnsinn‹ mag zunächst pejorativ erscheinen, wird hier jedoch als deutsche Übersetzung von ›madness‹ komplementär zu ›psychische Krankheit‹ verwendet. ›Wahnsinn‹ ist ebenso wie ›Irre‹ im Anti-Stigma-Diskurs zum Zwecke des Reclaimings durch identitätspolitisches Engagement gebräuchlich (Harper 2016, 462-463). Wird also nachfolgend von ›Wahnsinn‹

moralischen Fehlers« (Foucault 1961/2015, 306). Aus der Annahme, dass psychische Krankheit und Moral historisch in besonders engen Bezug zueinander gestellt wurden, ergeben sich Konsequenzen für die Analyse medialer Konstruktionen, die im Zuge einer Erueierung des Forschungsstandes im nächsten Abschnitt beleuchtet werden.

3. Mediale Konstruktionen und der Anti-Stigma-Diskurs

Seit den 1990er Jahren ist eine zunehmende Sensitivität gegenüber stigmatisierenden Konstruktionen psychischer Krankheit in den Medien zu beobachten. Dies ist eine Entwicklung, die sowohl dem Einsatz von Awareness-Kampagnen Betroffener als auch der analytischen Aufmerksamkeit seitens des akademischen Feldes zu verdanken ist (Harper 2016, 460-461). Da sich die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen beträchtlich auf deren Umgang mit der Krankheit niederschlagen kann,⁶ ist von einer moralischen Verantwortung der Gesellschaft auszugehen, Stigmatisierung zu vermeiden und zu dekonstruieren, um den Leidensdruck Betroffener zu mindern (Klein und Lemish 2008, 434-435, 444; Mahar 2013). Während die Errungenschaften bisheriger Auseinandersetzungen mit der Konstruktion psychischer Krankheiten in den Medien keinesfalls gering geschätzt werden sollen, gilt es dennoch initial die Ergebnisse und Prämissen des Anti-Stigma-Diskurses aufzugreifen und zu modifizieren.

Die negativen und positiven Stereotype psychischer Krankheiten, die seitens zahlreicher fiktionaler Erzählungen in verschiedenen Medien reproduziert werden, sind reichhaltig beschrieben. Zwischen dem »homicidal maniac« und dem »specially gifted genius« entfaltet sich ein breites Spektrum von Oberflächlichkeiten, denen folgend die fiktionalen Figuren zuvorderst psychisch krank sind und, wenn überhaupt, nur sekundär eine differenziertere Charakterzeichnung aufweisen.⁷ Die spezifische Auseinandersetzung mit digitalen Spielen ist dabei selten

gesprochen, so ist damit kein individuelles Phänomen gemeint, sondern eine Idee und ihre praktische Umsetzung.

- 6 Die Stigmatisierung psychisch Kranker in den Medien und die Auswirkungen der medialen Konstruktionen auf die Betroffenen sind hinreichend untersucht. So geben Betroffene das Bild psychischer Krankheit in den Medien, nach interpersonellen Konsequenzen, als zweithäufigsten Faktor für Diskriminierung an (Holzinger et al. 2003, 395). Dabei ist jedoch, wie Angermeyer (2003, 358) herausstellt, unbedingt zu unterscheiden zwischen tatsächlich erfahrener Stigmatisierung und antizipierter Stigmatisierung. Insbesondere ein hohes Maß an antizipierter Stigmatisierung kann dazu führen, dass Betroffene sich für ihre Krankheit schämen und somit weder freundschaftliche, familiäre noch professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.
- 7 Die Typologie, der die Begriffe »homicidal maniac« und »narcissistic parasite« entspringen, stammt von Hyler et al. (1991). Frühe einschlägige Studien zur Konstruktion psychisch kranker Menschen

und erst in den letzten Jahren zu verzeichnen.⁸ Sowohl für digitale Spiele als auch für das erweiterte Korpus der Konstruktion psychischer Krankheit in den Medien ist augenscheinlich, dass psychische Krankheiten besonders häufig mit gewalttätigem Verhalten korrelieren: »The media in all of their forms often present the mentally ill as violent.« (Harper 2016, 466; vgl. auch Signorielli 1989) Prototypisch wird dies anhand des/der wahnsinnigen Antagonist_in deutlich (Mahar 2013).

Doch es sind beileibe nicht nur psychisch kranke Menschen, die von stigmatisierenden Repräsentationen betroffen sind, sondern auch deren soziales Umfeld, insbesondere im Kontext psychiatrischer Institutionen. Auf die kulturelle Ubiquität der Horror-Psychiatrie wurde eingangs bereits hingewiesen und es ist aufgrund der Geschichte der Psychiatrie (vgl. Kapitel 4) wenig verwunderlich, dass das Horror-Genre die Psychiatrie als Setting stetig wiederkehrend aufgreift (Mahar 2013). Von stigmatisierenden Konstruktionen betroffen sind in diesem Zuge sowohl die Mitarbeiter_innen psychiatrischer Institutionen – zuvorderst Psychiater_innen⁹, die nicht selten als sadistisch und »perverts« figuriert sind – als auch diverse Therapieformen wie die Elektrokonvulsionstherapie¹⁰ (EKT) und die transorbitale Lobotomie, deren therapeutischer Zweck hinter ihre Funktion als Straf- und Folterinstrument zurücktritt (Klein und Lemish 2008, 439, 441).

Im Zuge analytischer Auseinandersetzungen neigt der Anti-Stigma-Diskurs allerdings nicht selten dazu, die Diversität der Popkultur zu unterschätzen. Besonders deutlich wird dies immer dann, wenn Realismus – unmittelbar gekoppelt an normative Urteile – zur leitenden analytischen Kategorie wird. Konkret ist die Annahme gemeint, dass die fiktionalen Konstruktionen psychischer Krankheiten in kulturellen und künstlerischen Texten letztlich daran zu messen sind, wie sehr sie dem Kenntnisstand der psychiatrischen Forschung bzw. dem alltäglichen Erleben von Betroffenen entsprechen. Die Fixation auf »realistische Repräsentationen« hat zweifelsohne ihre Berechtigung; letztlich sind es oftmals Miss-

in den Medien finden sich bei Otto Wahl (1995) und der Glasgow Media Group (1996). Neuere Auseinandersetzungen von Klein und Lemish (2008), Middleton (2016) und Stollfuß (2018) knüpfen an jene Ergebnisse an.

- 8 Siehe etwa die quantitative Studie von Shapiro und Rotter (2016) sowie den zugehörigen kritischen Kommentar von Sandler (2017); für qualitative Analysen siehe Görden (2014, 2016). Im journalistischen Diskurs ist die Kritik an der Konstruktion psychischer Krankheiten in digitalen Spielen lebhaft; siehe exemplarisch Lacina (2017), Lindsey (2014) oder Walker (2013).
- 9 Das generische Maskulinum kommt hier bewusst zum Einsatz. Der Tatsache entgegen, dass weibliche Personen eine starke Präsenz im Berufsfeld haben, überwiegen mediale Darstellungen männlicher Ärzte und Psychiater; kontrastiert von der weiblichen Konnotation des Pflegepersonals (Klein und Lemish 2008, 439).
- 10 Bezüglich der medialen Konstruktion der EKT siehe Sienaert (2016) und Matthews et al. (2016); für eine Auseinandersetzung mit dem Wissen über die EKT und deren gesellschaftlicher Akzeptanz in Deutschland siehe Wilhelmy et al. (2018).

repräsentationen und Mythen, welche zur Stigmatisierung psychisch Kranker beitragen (Harper 2016, 461). Die Kunst kann sich aber auch Überformungen und Abstraktionen bedienen, deren Bedeutungsebenen vielfältig sind. Realismus als Maßstab anzulegen, kommt dann einer Verkürzung gleich, welche die Polysemie fiktionaler Texte vernachlässigt (Middleton 2016, 185; Stollfuß 2018; Harper 2016, 460, 476-477).

Aus jener Kritik resultiert ein Desiderat, zu dessen Aufarbeitung dieser Artikel beitragen soll. Klein und Lemish (2008, 437, 444) stellen etwa heraus, dass es auffallend wenige Produktionsstudien zur Konstruktion psychischer Krankheiten in den Medien gibt. Um der Limitierung des Textumfanges gerecht zu werden, entfallen jene Anteile jedoch für diesen Beitrag. Middleton (2016, 187) und Harper (2016, 475) unterstreichen überdies die Notwendigkeit, spezifische ästhetische Aspekte der Konstruktion psychischer Krankheit in der Analyse zu berücksichtigen: »In considering media images of madness, it may be time for critics to consider more detailed and tightly focused studies of media texts that seek to reveal their narrative, generic and formal complexities.« (Harper 2016, 478)

Diesen Überlegungen folgend geht die hier vorgestellte Analyse den Realitätsbezügen der Texte nur nach, insofern sie explizit sind. Realismus und Authentizität werden nicht als normativer Indikator für »gelungene« Konstruktionen angelegt. Überdies wird nachfolgend darauf verzichtet, fiktionalen Figuren Diagnosen zuzuschreiben, insofern diese nicht im Text selbst expliziert werden. Die fiktionalen Konstruktionen entsprechen realen Krankheiten nicht unbedingt und sie müssen es auch nicht, um ihr Bedeutungspotenzial zu entfalten.

4. Die Praxis der modernen Psychiatrie

Auf den wenigen Seiten dieses Beitrages ist es selbstredend unmöglich, die facettenreiche und mithin diffuse Geschichte der psychiatrischen Internierung zu illustrieren. Sowohl für das Verständnis der nachfolgenden Beobachtungen von Goffman als auch für die komparativen Analysen sind jedoch einige Anmerkungen erforderlich, welche die historische Situation der Psychiatrie im 20. Jahrhundert verdeutlichen. Nicht umsonst zeigt sich an den Internierungshäusern, so Foucault, wie die Moral zu einem Akt staatlicher Verwaltung wird (Foucault 1961/2015, 94-95).

Die Psychiatrie als Institution blickt auf eine lange Geschichte zurück, etwa mit der Eröffnung des Bethlehem Hospital in London im Jahre 1247; eine Institution, die als »longest continuing mental hospital in Europe« bezeichnet wird (Braddock und Parish 2001, 19). Von der Isolierung und Kriminalisierung psy-

chisch kranker Menschen¹¹ im Zuge der Umfunktionierung leerstehender Leprosorien in der Renaissance bis zur Straf- und Konditionierungsanstalt im 18. Jahrhundert ist zu berücksichtigen, dass die medizinische Fürsorge lange kein primäres Anliegen psychiatrischer Institutionen war. »Die ärztliche Pflege ist der Internierungspraxis aufgepfropft, um bestimmte Wirkungen auszuschließen. Sie bildet weder ihren Sinn noch ihre Ursache.« (Foucault 1961/2015, 19-23, 104; Dross/Metzger 2018; Franke 2012, 70) Erst im 19. Jahrhundert, in welchem die Praxis der Internierung ihren vorläufigen Höhepunkt erreicht, entwickelt sich die naturwissenschaftliche Psychiatrie als Disziplin, drängt den religiösen Impetus der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Institutionen zurück und zieht mitsamt ihres medizinischen Blickes zahlreiche diagnostische Differenzierungen ein, die zu einer Vereinnahmung des Wahnsinns durch die Wissenschaft führen¹² (Franke 2012, 70-72; Häfner 2016, 120-121).

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist es dann vor allem die Eugenik, die als ideologische Grundlage zur Internierung psychisch Kranker dient. Drastischer als in jedem anderen Land setzt sich die Eugenik mit der Machtergreifung durch die Nationalsozialisten im Rahmen ihrer Ideologie der Rassenhygiene als Prinzip in Deutschland durch, mitsamt der Annahme, psychisch Kranke seien eine Bedrohung für die gesunde Gesellschaft, ihre Internierung erforderlich und ihre Reproduktion inakzeptabel. Psychisch Kranke werden zwangssterilisiert oder direkt getötet. Die psychiatrischen Institutionen, welche gerade erst im Begriff sind, von Strafe und Verwahrung zu einer Praxis der Fürsorge überzugehen, betätigten sich unter nationalsozialistischer Herrschaft an der sorgsam orchestrierten Vernichtung psychisch kranker Menschen (Häfner 2016, 124-125; Carlson 2015, 110; Franke 2012, 72-73). »Eine Psychiatrie als ärztliche Disziplin zur Heilung oder zur Hilfe bei Krankheit und ihren Folgen schien mit diesen grauenhaften Verbrechen untergegangen zu sein. Die psychiatrischen Anstalten hatten das Vertrauen der Kranken und der Angehörigen verloren.« (Häfner 2016, 125)

Nach dem Zweiten Weltkrieg ist die psychiatrische Struktur – auch, aber nicht nur in Deutschland – dringend reformbedürftig. Den überfüllten Psychiatrien mangelt es nicht nur an sozialem Rückhalt, sondern auch an Personal und Ressourcen. Im Laufe der 1960er Jahre zeichnen sich erste Bestrebungen einer grundsätzlichen Reform der psychiatrischen Fürsorge ab. Gekoppelt an ein humanistisches Ideal wird die Forderung nach einem Rückbau der Institutionen lauter und schließlich unüberhörbar. Die 68er-Bewegung trägt die Forderung nach einer Psychiatrie-Reform, welche vorwiegend in akademischen Kreisen entwickelt wird, mit Nachdruck in den öffentlichen Diskurs (Schaarschmidt 2018; Häfner

11 Es wurde zu dieser Zeit wenig differenziert: Obdachlose, Arme, Kranke, Homosexuelle und Straftäter fielen gleichsam in den Einzugsbereich der Institutionen (Foucault 1961/2015, 109-112).

12 Zur Genealogie der Klassifikation im 18. Jahrhundert siehe Foucault (2016, 169-214).

2016, 119; Franke 2012, 74). Als Vorbild für die Umsetzung gelten ähnliche Bestrebungen, die sich in Europa und den USA bereits etablieren. So wird bereits 1945 im Rahmen des *National Health Service Acts* in Großbritannien eine weitreichende psychiatrische Reform durchgeführt. 1954 entschließen sich die USA zu einer radikalen Enthospitalisierung psychisch kranker Menschen, was jedoch zu einer sozialpolitischen Katastrophe führt, da den Entlassenen keine Anschlussversorgung zukommt und sie stattdessen sich selbst überlassen werden (Schaarschmidt 2018; Häfner 2016, 131-133; Franke 2012, 76-77). In den 1970er Jahren tragen die sozialpsychiatrischen Reformen auch in (West-)Deutschland Früchte: Abgelegene Psychiatrien werden aufgelöst und durch Spezialabteilungen in lokalen Krankenhäusern ersetzt; Rehabilitation und Resozialisierung werden als allgemeine Ziele festgesetzt und lösen das Verwahrungsprinzip ab (Carlson 2015, 110; Franke 2012, 76-77). Die sogenannte ›Psychiatrie-Enquête‹, ein im Auftrag des Bundestages in den Jahren 1971-1975 erhobener »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland«, trägt ihr Übriges dazu bei, die sozialpsychiatrischen Reformen¹³ voranzutreiben. »Einer der bedeutendsten Erfolge der Enquête war jedoch immaterieller Natur: Ein tiefgreifender Mentalitätswandel bei der Mehrzahl der in der psychiatrischen Krankenversorgung Tätigen und im Zusammenhang damit ein grundlegend veränderter Umgang mit den psychisch Kranken.« (Häfner 2016, 140)

5. Psychiatrische Kliniken als totale Institutionen

In der frühen Phase der fundamentalen Kritik an psychiatrischer Internierung führt Erving Goffman eine Reihe von teilnehmenden Beobachtungen in den USA durch, deren Ergebnisse er 1961 unter dem Titel *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* zusammenfasst.¹⁴ Goffman beschreibt – wie auch Ivan Belknap (1956) wenige Jahre zuvor – die Lebensrealität von Patient_innen psychiatrischer Kliniken, die er als ›totale Institutionen‹ be-

13 Die institutionellen Reformen wurden von einer antipsychiatrischen Bewegung flankiert. Mitunter auf den Arbeiten von Michel Foucault basierend brachte der antikapitalistische Protest der 1970er Jahre fundamentalen Widerstand gegen psychiatrische Institutionen mit sich; so weit gehend, die Existenz psychischer Krankheiten selbst in Abrede zu stellen. Die Selbstbestimmung der ›Irren‹ steht im Fokus, wohingegen ihre Symptome als Ergebnis gesellschaftlicher Zwänge gedacht werden. Die sogenannte ›Irren-Offensive‹ ist auch gegenwärtig noch aktiv (Schaarschmidt 2018; Franke 2012, 74-75).

14 *Wahnsinn und Gesellschaft* von Michel Foucault erschien ebenso im Jahre 1961. Während die exakte Überschneidung einem Zufall geschuldet sein mag, wird daraus dennoch ersichtlich, dass sich Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre die kritisch-analytische Auseinandersetzung mit der Geschichte psychischer Krankheiten und ihren Institutionen intensivierte.

zeichnet. Die Ausführungen Goffmans sind für die nachfolgenden Analysen aus zwei Gründen besonders einschlägig: (1) Goffman bezieht bewusst das Alltagsleben der Patient_innen ein; (2) die Beschreibungen Goffmans beziehen sich auf die 1950er und die frühen 1960er Jahre. Der zweite Aspekt ist insofern von Interesse, da die Konstruktionen psychiatrischer Kliniken in den hier analysierten digitalen Spielen direkte Bezüge zu der Internierungspraxis vor der sozialpsychiatrischen Reform herstellen.

Den Begriff ›totale Institution‹ definiert Goffman wie folgt: »Eine totale Institution läßt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen.« (1961/2016, 11) Innerhalb totaler Institutionen werden Bedürfnisse von Menschen verwaltet und deren Leben entsprechend gesetzter Ziele organisiert (ebd., 18). Totale Institutionen erwarten nicht nur eine gewisse Hingabe seitens aller Beteiligten, sondern streben durch ihre strukturelle Organisation einen Zugriff auf das Wesen der Insass_innen an; eine Beobachtung, die insbesondere in Bezug auf psychiatrische Kliniken nicht zu überschätzen ist (ebd., 173). Ein essenzialistisches Verständnis totaler Institutionen weist Goffman zurück und verweist stattdessen auf die Beobachtung gewisser Gemeinsamkeiten im Sinne Wittgenstein'scher Familienähnlichkeiten (ebd., 17). Die Psychiatrie ist dabei nur einer von fünf nicht zwangsläufig erschöpfenden Typen.¹⁵ Als prototypische Eigenschaften führt Goffman dabei die folgenden auf:

1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteilwird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.
3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeit wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln sowie durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.

15 Die fünf Typen sind die folgenden: (1) Fürsorge für unselbstständige oder harmlose Menschen (e.g. Altersheime, Waisenhäuser); (2) Fürsorge für potenziell, wenngleich unbeabsichtigt gefährliche Menschen (e.g. Irrenhäuser, Leprosorien); (3) Absonderung von Menschen, die für bewusst gefährlich gehalten werden (e.g. Gefängnisse, Konzentrationslager); (4) Arbeitsinstitutionen mit rein funktionalem Wert (e.g. Kasernen, Schiffe); (5) Zufluchts- und Ausbildungsorte (e.g. Klöster, Abteien) (Goffman 1961/2016, 16).

4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der (vermeintlich) dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen (ebd., 17).

Eine wesentliche Eigenschaft, die hier besonders hervorzuheben ist, findet sich in dem Versuch des Zugriffs auf das Selbst der Insass_innen: »Jede dieser Anstalten ist ein natürliches Experiment, welches beweist, was mit dem Ich des Menschen angestellt werden kann.« (ebd., 23) Totale Institutionen stellen demnach Annahmen über die Identität derjenigen Menschen an, die in ihnen verweilen. Diese Annahmen betreffen nicht nur das Handeln des Menschen, sondern auch dessen Sein.¹⁶ Wenn etwa psychiatrische Kliniken im Rahmen eines Privilegiensystems¹⁷ die Verhaltensweisen der Patient_innen mittels Bestrafung und Belohnung zu regulieren versuchen, so steht hinter jenem Privilegiensystem die Annahme, dass die Patient_innen Bestrafungen und Belohnungen benötigen, um das gewünschte Verhalten an den Tag zu legen. Im Foucault'schen Sinne wäre jener Prozess des Zugriffs auf das Selbst als Form der Disziplinierung zu betrachten und unter dem Begriff des ›dozilen Subjekts‹ gefasst (Foucault 2016, 837ff.). In der Kombination aller Annahmen, die totale Institutionen über ihre Insass_innen anstellen, entwickeln die Institutionen eine Theorie über das Wesen der Insassen, oder präziser: »[...] eine Verpflichtung, einen bestimmten Charakter zu haben und in einer bestimmten Welt zu leben« (Goffman 1961/2016, 184). Goffman schreibt dieser Theorie des Seins innerhalb der totalen Institutionen eine frappierende Ähnlichkeit zu einer funktionalistischen Moralauffassung zu (ebd., 90). Entsprechend ist davon auszugehen, dass diejenigen Verhaltens- und Seinsweisen eines Insass_innen genau dann als moralisch zu befürworten gedeutet werden, wenn sie der Funktion der Institution, ihren Zielen und ihren strukturellen Abläufen entsprechen. Kurzum: Der/die Patient_in zeigt in Gefügsamkeit seinen/ihren guten Charakter.

Nun ist im Kontext psychiatrischer Kliniken auf einen Umstand hinzuweisen, der auch für andere totale Institutionen – etwa das Gefängnis – gelten mag. Sollte der/die Patient_in sich deviant verhalten und sein/ihr Charakter nicht fügsam

16 ›Sein‹ als Begriff bleibt in *Asyle* (1961) zwar unterbestimmt, doch legen die vorherigen und nachfolgenden Arbeiten von Erving Goffman nahe, dass nicht etwa eine essenzialistische Kernidentität bezeichnet wird, sondern eine Rollenzuweisung im Sinne der Selbstinszenierung; siehe diesbezüglich etwa Goffman (1959/2016, 230-233).

17 Als ›Privilegiensystem‹ bezeichnet Goffman die Struktur der Disziplinierung in totalen Institutionen. Auf einem behavioristischem Konditionierungsmodell basierend werden dabei Rechte, die im Zuge der Internierung entzogen wurden, bei guter Führung bedingt wiederhergestellt – unter der Voraussetzung, dass sie als Bestrafung jederzeit wieder entzogen werden können (Goffman 1961/2016, 177). Der Entlassungstermin ist oftmals in das Privilegiensystem integriert (ebd., 54-57).

sein, kann eben dieser renitente Widerstand gegen die Erwartungen der Klinik als legitimierendes Symptom seiner/ihrer Hospitalisierung gedeutet werden (ebd., 292-293). Da das offizielle Ziel der modernen Psychiatrie die Heilung der Patient_innen ist und, wie bereits beschrieben, alle Maßnahmen, mit denen die Patient_innen sich konfrontiert sehen, diesem Ziel unterstehen, entspricht der Widerstand gegen die Maßnahmen gleichsam dem Unwillen zur Heilung.¹⁸

Als zentrales Element der totalen Institution identifiziert Goffman überdies den Prozess der ›Diskulturation‹. Den Begriff entlehnt Goffman bei Robert Sommer (1959) und bezeichnet so ein Phänomen, das eintritt, wenn Menschen von der Außenwelt in die totale Institution und somit in die Unfähigkeit mit den Gegebenheiten der Außenwelt umzugehen eintreten (Goffman 1961/2016, 24). Im weiteren Sinne ließe sich auch von ›Entfremdung‹ sprechen. Die Diskulturation von Patient_innen psychiatrischer Kliniken erfolgt auf zweierlei Weise: erstens durch die Separation von der Außenwelt und zweitens durch die Erfahrung der Erniedrigung innerhalb der Institution.

Wie bereits erläutert, strebt die psychiatrische Klinik den Zugriff auf das Selbst der Patient_innen an. Um diesen Zugriff zu erlangen, werden die Patient_innen zunächst von dem, was sie ausmacht – ihrem Selbst, welches sich durch ihre Positionierung innerhalb der Alltagswelt manifestiert – abgetrennt: »Die Schranke, die totale Institutionen zwischen dem Insassen und der weiteren Welt errichten, bezeichnet die erste Beschränkung des Selbst.« (Ebd., 25) Das formale Aufnahmeverfahren in eine psychiatrische Klinik gewährleistet dabei die Separation von der Außenwelt (ebd., 27). Die Verletzung der persönlichen Grenze beginnt mit dem Aufnahmegespräch, in welchem intime Empfindungen mit Fremden geteilt werden und führt über die Entkleidung und Untersuchung bis hin zu diversen Formen der Erniedrigung während des Aufenthalts; e.g. die Verweigerung persönlicher Habseligkeiten, hygienische Verunreinigung, Zwang zur Auf- bzw. Einnahme von Nahrung und Medikamenten, stete Überwachung und erzwungene Demut gegenüber dem Personal (ebd., 29-52). Eine fundamentale Erniedrigung ergibt sich zudem aus dem Bewusstsein, dass für die physische Sicherheit keine Garantie besteht.¹⁹ So besteht bei Widerständigkeit die Möglichkeit der Fixierung. Zu therapeutischen Zwecken kommt die EKT oder die transorbitale Lobotomie in Frage; Methoden, die aufgrund von Gerüchten und Erzählungen unter den In-

18 In milderer Form findet sich diese Idee kontemporär im Begriff ›Compliance‹; siehe zur Bedeutung exemplarisch Chakrabarti (2014).

19 Die Ausführungen Goffmans, so ist abermals zu unterstreichen, beziehen sich auf die 1950er und die frühen 1960er Jahre. Die psychiatrische Praxis hat seither erhebliche Reformen durchlaufen. Dennoch spricht Goffman zentrale Aspekte an, die im kontemporären kulturellen Gedächtnis präsent sind und entsprechend Eingang in popkulturelle Narrative finden, wie die nachfolgenden Analysen verdeutlichen.

sassen bereits für beträchtliche Verunsicherung sorgen können. Nicht zuletzt besteht die Gefahr von sexuellen Übergriffen und Vergewaltigungen, die Goffman als Modellfall zwischenmenschlicher Verunreinigung versteht (ebd., 37).

6. Analyse

Nachdem nun die besondere Relevanz der Moral für die Perspektive auf psychische Krankheiten herausgestellt ist sowie der Hintergrund der Psychiatrie und einige Kernbegriffe des Konzeptes der totalen Institutionen erarbeitet sind, richtet sich der Fokus nachfolgend auf fiktionale Konstruktionen psychiatrischer Institutionen in digitalen Spielen. Exemplarisch wird das Survival-Horror-Spiel *Outlast* dem Horror-Adventure *The Town of Light* gegenübergestellt. Besondere Berücksichtigung kommt dabei folgenden Aspekten zu: (1) die Ästhetik der Institution in Form ihrer Architektur samt nicht-diegetischer Referenzen; (2) die narrative und ludische Einbettung des Protagonisten/Avatars und der Antagonisten sowie (3) die Perspektivierung der psychischen Krankheit entlang des Spektrums von Objektifizierung und Subjektivierung.

6.1 Analyse: *Outlast*

Outlast erzählt die Geschichte von Miles Upshur, einem investigativen Journalisten, der, einem Tipp folgend, die abgelegene psychiatrische Institution Mount Massive Asylum infiltriert. Nach der anfänglichen Begegnung mit einem sterbenden SWAT-Offizier ist klar, dass der anonyme Informant recht behält: Die Trägerorganisation Murkoff Corporation nimmt Experimente an den (ausschließlich männlichen) Insassen vor. Aufgrund einer nicht näher bezeichneten Eskalation jedoch sind die Insassen frei und fallen sowohl über die Belegschaft als auch übereinander her. Als Miles den Weg nach draußen abgeschnitten findet, versucht er, lediglich mit einer Kamera inklusive Nachtsichtfunktion ausgerüstet, zu fliehen. Die Umstände verkomplizieren sich jedoch: Ein erratischer Priester verhindert die Flucht von Miles und treibt ihn tiefer in die Institution, stets bezugnehmend auf das mysteriöse Projekt ›Walrider‹. Miles schleicht durch die Korridore, den animalischen Insassen wehrlos ausgeliefert. Flucht und Verstecken sind die einzigen Optionen, den augenblicklichen Tod bei Kontakt mit den Insassen zu verhindern. Zur Orientierung im Dunkeln verwendet Miles die Nachtsichtfunktion seiner Kamera, deren Batterielaufzeit jedoch beschränkt ist und so das stetige Aufsuchen neuer Batterien beziehungsweise einen bedachten Umgang mit der Nachtsichtfunktion erfordert. Miles wird unter anderem von einem wahnsinnigen Doktor gefoltert und verstümmelt, von kannibalistischen Zwillingen bedroht und von monströsen Insassen gejagt. Im Zuge einer weiteren Begegnung mit dem Pries-

ter erfährt er die Hintergründe von Walrider: Das Projekt wurde von Dr. Rudolf Gustav Wernicke, einem Wissenschaftler aus Nazi-Deutschland, initiiert. Der Walrider ist ein Nanoroboter-Schwarm, welcher von den luziden Träumen eines traumatisierten Patienten gesteuert wird. Nachdem Miles den erratischen Priester gekreuzigt vorfindet, führt das abschließende Kapitel der Erzählung in ein geheimes Labor. Miles trifft dort Dr. Wernicke, welcher die außer Kontrolle geratenen Experimente eingesteht. Der traumatisierte Patient, welcher den Walrider kontrolliert, ist an eine Maschine angeschlossen, die Miles, von dem Poltergeist stets verfolgt, abschaltet. Zwar gelingt dies, doch wird Miles selbst vom Walrider besessen. Als ein SWAT-Team in das Labor vordringt und auf Miles schießt, folgen eine Schwarzblende, Schüsse und panische Schreie.²⁰

Exposition & Architektur

Wenige Minuten nach Spielbeginn bereits ragt das Mount Massive Asylum (siehe Abb. 1) in den Nachthimmel. Die Architektur, das Interieur und deren Bedeutungspotenziale verdienen jedwede Aufmerksamkeit, doch zuvor ist herauszustellen, dass zwischen dem Protagonisten und dem Hauptgebäude ein verlassener Sicherheitsposten gelegen ist. Ein metallenes Tor schließt sich hinter dem Protagonisten und ein weiteres muss auf dem Weg zum Gebäude durchschritten werden. Sowohl hinsichtlich der ästhetischen Inszenierung als auch der ludischen Bewegung – wortwörtlich die ersten Schritte in *Outlast* – scheint die Separation räumlicher Grenzen überdeutlich. Der symbolische Prozess der Diskulturation beginnt, sobald Protagonist und Spieler gleichermaßen eine Grenze überschreiten, die sie von alltäglichen Erfahrungen wegführt, ihnen die Sicherheit der Umkehr nimmt und sie auf die Konfrontation mit dem Wahnsinn vorbereitet. Besonders bemerkenswert ist hier, dass Miles trotz der Tatsache, dass er kein Patient ist, einen Prozess der Diskulturation erfährt. Allein das Überschreiten der topographischen Grenze durch das Betreten der psychiatrischen Institution initiiert in *Outlast* den Prozess einer ›Besitzergreifung‹ des Protagonisten. Die Heterotopie der psychiatrischen Institution wird also durch den transitiven Nicht-Ort des Wachpostens erfahrbar.²¹

20 Die Erzählung des Hauptspiels wurde durch den *downloadable content* (DLC) *Whistleblower* ergänzt, welcher die Perspektive des Informanten erzählt, sich überwiegend simultan zur Erzählung um Miles Upshur zuträgt und letztlich impliziert, dass der Informant am Ende vor Miles – zu diesem Zeitpunkt bereits vom Walrider besessen – flieht und alle Informationen über die Vorgänge im Mount Massive Asylum veröffentlicht. Der DLC fügt der Erzählung eine weitere Ebene an Komplexität hinzu, ändert jedoch nichts an der Konstruktion der psychiatrischen Institution und wird daher in die nachfolgende Analyse nicht einbezogen.

21 Zum Begriff der Heterotopie siehe Foucault et al. (2008); zum Begriff des Nicht-Ortes siehe Augé (2014).

Abb. 1: Außenansicht des Mount Massive Asylums bei Spielbeginn von *Outlast*



Architektonisch ist das Mount Massive Asylum dem real existierenden Richardson Olmsted Complex in Buffalo, New York nachempfunden. (siehe Abb. 2) Das gegenwärtig als Hotel, Konferenzzentrum und Campus genutzte Kulturerbe wurde im 19. Jahrhundert erbaut und fungierte von 1881 bis 1975 als psychiatrische Klinik. Der neuromantische Stil bedarf kaum einer spezifischen Beschreibung, denn der assoziative Gedankenschritt in eine Zeit vor der sozialpsychiatrischen Reform genügt, um dem Unbehagen zuträglich zu sein.²² Es ist weder ein Einzel- noch ein Zufall, dass ein solch historischer Bezugsrahmen die Exposition von *Outlast* durchzieht. Zum Topos der Horror-Psychiatrie gehört oftmals deren Verortung in einer Zeit vor den 1960er Jahren; also in einer Zeit vor der sozialpsychiatrischen Revolution, vor der Psychiatrie-Enquête und vor den antipsychiatrischen Kampagnen (Görge 2017, 232-233). Die Psychiatrie als Institution ist in *Outlast* noch ganz dem Paradigma des experimentierfreudigen Strafens, der Konditionierung und der Willkür verschrieben.

22 In Anlehnung an Felix Zimmermann (2018) ließe sich hier von einer Vergangenheitsatmosphäre sprechen.

Abb. 2: Außenansicht des Richardson Olmsted Complexes



Exploration und Wehrlosigkeit

Von eben dieser Vergangenheitsatmosphäre macht *Outlast* Gebrauch, um eine Konfrontation zwischen dem Wahnsinn der Psychiatriegeschichte einerseits und der modernen Rationalität andererseits zu orchestrieren. Es ist hier bemerkenswert, dass Miles Upshur dezidiert kein kampferprobter Held, sondern als Journalist einer rationalen, empirisch gesicherten Welterfahrung verpflichtet ist. Während seiner Ankunft mit dem Auto fokussiert die Kamera bereits den von seinem Rückspiegel hängenden Presseausweis. Eben jene diegetische Kamera – ein Camcorder mit Nachtsichtfunktion – ist die einzige ›Waffe‹, die Miles im Zuge seiner Erkundungen zur Verfügung steht. Zuvorderst ist sein Ziel nicht, das Unheil zu bezwingen, sondern es zu dokumentieren. Die dunklen Räume der verfallenen Psychiatrie werden vermittels des Blicks durch Miles' Kamera wortwörtlich ans Licht gebracht. Dies gilt sowohl für die optionalen Geheimnisse als auch für die Notwendigkeit der Orientierung in nahezu vollständiger Dunkelheit. Das *Chiaroscuro*²³ ist im Horror-Genre längst etabliert und im Kontext von *Outlast* wird

23 Der Begriff ist der Malerei der Spätrenaissance entliehen und bezeichnet das Spiel mit drastischen Hell/Dunkel-Kontrasten. Bereits der klassische *film noir* machte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts exzessiv Gebrauch von jener Technik, die sich bis in die kontemporäre Ästhetik des Horrors fortschreibt (Manon 2007).

sowohl narrativ und ästhetisch als auch ludisch von der investigativen Enthüllung eines Geheimnisses Gebrauch gemacht, welches dann diskursiv eingeordnet werden kann und muss.

Dabei ist Miles gleichwohl eine fragile Figur. Er ist das sehende Auge, welches die Konfrontation ertragen und dabei einen kühlen Kopf bewahren muss. Die Berührung mit einem der Insassen, im nächsten Abschnitt genauer beschrieben, endet zumeist augenblicklich tödlich für Miles. Als Manifestation moderner Rationalität hat Miles dem Wahnsinn keine physische Kraft entgegenzusetzen – er ist der entfesselten Gewalt ausgeliefert. Seine Handlungsmöglichkeiten sind, entsprechend seiner symbolischen Rolle der Rationalität, auf intellektuelle Überlegenheit zurückzuführen. Miles flieht, wenn es nötig ist, doch hauptsächlich besteht der ludische Fortschritt im Schleichen sowie im geschickten Verstecken unter Betten und in Schränken. Kurzum: Die moderne Rationalität ist physisch schwächer als die entfesselte Gewalt des Wahnsinns, doch sie ist klüger, vorausschauender und berechnender.

Konstruierte Monster

Ein genauerer Blick auf die Antagonisten in *Outlast* erlaubt es, die Theorie, welche die psychiatrische Institution von ihren Insassen hat, zu rekonstruieren. Dabei ist zunächst anzumerken, dass die gezogenen Register der Überformung und Metaphorik fiktionaler Texte zu berücksichtigen sind. Wie bereits beschrieben, ist es kein Anliegen dieses Beitrages einen ›Fakten-Check‹ durchzuführen, weshalb mitunter auf die Diagnostizierung fiktiver Figuren verzichtet wird.

Miles begegnet im Verlaufe des Spieles immer wieder sogenannten ›Variants‹. Es handelt sich dabei um vormalige Insassen der psychiatrischen Institution, die ihrerseits Subjekte kruder Experimente sind. In der Bezeichnung ›Variant‹ findet sich dabei eine erste Form der Dehumanisierung. Wenngleich einige der Insassen durch die Nennung ihres eigentlichen Namens herausgestellt werden – so etwa Chris Walker, der allerdings auch als ›Big Fucking Guy‹ bezeichnet wird (siehe Abb. 3) –, verfügen die meisten Insassen über keine Namen oder nennenswerte menschliche Eigenschaften.

Die zweite und wohl eindringlichste Form der Dehumanisierung ist die monströse Entstellung der Insassen.

Abb. 3: Chris Walker a.k.a. ›Big Fucking Guy‹ in *Outlast*



Oben bereits angesprochener Chris Walker ist einer der ikonischen Antagonisten in *Outlast*. Walker zeichnet sich durch eine mächtige Statur aus; er ist ungewöhnlich groß, übergewichtig und zugleich muskulös. Sein Körper ist von Narben überzogen, die auf vorangegangene Konfrontationen verweisen. Eine ebenso ikonische Cutszene – und mithin der erste *Jumpscare* des Spieles – lässt Miles in den gewaltigen Händen von Walker zappeln. Ein Blick auf die Details seines Designs offenbart beträchtliche Verstümmelungen des Gesichtes, die diegetisch erklärt werden.²⁴

Ogleich es aber diegetische Erklärungen geben mag, welche die ästhetischen Eigenschaften der ›Variants‹ narrativ legitimieren, so ist doch augenfällig, dass mehr noch dahintersteckt. Zunächst erscheint bemerkenswert, dass die psychischen Erkrankungen der Insassen eine somatische Externalisierung erfahren. Da audiovisuelle Medien im Gegensatz zu literarischen Texten die Gedankenwelt ihrer Figuren indirekt nur repräsentieren können, liegt eine solche Form der Externalisierung nahe. Die psychische Krankheit ist ästhetisch nicht unmittelbar erfahrbar; ihre Präsenz als Phänomen wird also nicht selten durch körperliche Deformationen unterstrichen. Die Inszenierung der Deformation ist ebenso konfrontativ: Das Grauen von *Outlast* liegt in der Sichtbarmachung des entstellten Körpers und in der Tatsache, dass aufgrund der Limitationen der diegetischen

24 Die Verstörung eines solchen Anblicks lässt sich mit dem Begriff ›abjection‹ fassen. Siehe dazu ursprünglich Kristeva/Roudiez (2010) und gegenwärtig Pheasant-Kelly (2016) sowie Schetsche/Biebert (2016); weiterführend zu monströsen Körpern in den Medien Shelton (2008, 165ff.).

Kamera jene Sichtbarmachung nie vollständig möglich ist. Die Notwendigkeit, durch die Linse der Kamera zu schauen und zugleich nie vollends ihr Motiv erhellen zu können, amplifiziert die Furcht.

Assoziative Historizität

Hinter all dem Unheil, welches sich im Mount Massive Asylum zuträgt, steht ein Stereotyp des Bösen: der wahnsinnige Wissenschaftler aus Nazi-Deutschland.²⁵ Anknüpfend an die Gräueltaten unmenschlicher Experimente, wie sie etwa aus den Konzentrations- und Vernichtungslagern überliefert sind, findet sich eine weitere Konfrontation mit der Vergangenheit: Die prähumanistische Psychiatrie geht unmittelbar mit der Entmenschlichung im Nationalsozialismus einher.

Überhaupt scheint es in *Outlast* kaum Anzeichen für eine therapeutische Betreuung der Insassen zu geben. Die vormalige Psychiatrie ist lange vor Miles' Ankunft ein Deckmantel für paramilitärische Experimente geworden. Dies verdoppelt das Unbehagen: Erstens erfüllt die Psychiatrie ihre Funktion als Heilanstalt nicht, was auf ein fundamentales Defizit der Institution verweist. Wer hier eingeliefert wird, hat keine Hilfe zu erwarten. Zweitens ist die Fassade der neuromanischen Architektur vom schlechten Gewissen vergangenen Unrechts durchzogen. Was längst in Geschichtsbüchern sorgsam aufgearbeitet schien, bricht sich in den unbestreitbaren Aufzeichnungen eines investigativen Journalisten erneut Bahn. Die moderne Rationalität, welche der Arbeit von Miles zugrunde liegt, fußt auf eben jenem Unrecht und es ist darum nur konsequent, dass der Walrider letztendlich von Miles Besitz ergreift.

Die Theorie der psychiatrischen Institution in *Outlast*

Das Mount Massive Asylum in *Outlast* ist beträchtlich aufgeladen als historischer Ort. In Architektur und Interieur manifestiert sich ein Rauschen der Vergangenheit, einer Zeit vor der sozialpsychiatrischen Revolution. Die Institution ist vollständig von der Alltagswelt abgegrenzt und das Überschreiten der Schwelle überdeutlich. Die Insassen der Institution werden sowohl als Opfer unmenschlicher Experimente als auch als Täter repräsentiert. Sie müssen weggesperrt werden und ihr Ausbruch ist eine Katastrophe. Die Insassen sind gleichsam Gefangene und ihr Streben nach Autonomie eskaliert in archaische Gewalt. Ihre psychische Krankheit ist anhand ihrer körperlichen Deformationen somatisch externalisiert. Die dehumanisierten Patienten und die psychiatrische Institution gerinnen zu einer monolithischen Schreckensmaschine. Als Manifestationen vergangenen Unrechts werden deren Geheimnisse von der Kamera des Protagonisten ans Licht

25 Zum ›mad scientist‹ im digitalen Spiel siehe Pfister (2017).

gebracht und dokumentiert. Die psychiatrische Institution erfüllt keine Funktionen einer Heilanstalt, sondern verfolgt ganz andere Ziele: experimentelle Forschung zwischen entfesselter Rationalität und Okkultismus.

Insgesamt ist die Konstruktion psychischer Krankheit und der psychiatrischen Institution in *Outlast* daher als objektifizierend zu beschreiben. Narrativ sind die Insassen der psychiatrischen Klinik heteronome Kreaturen, ästhetisch bricht sich die psychische Krankheit durch somatische Externalisierung anhand körperlicher Deformationen Bahn und ludisch wird ihre unbändige Gewaltbereitschaft anhand der Notwendigkeit deutlich, dass die Insassen um jeden Preis zu umgehen und nicht selten Ursache von Angst und Schrecken sind. Der rationale Protagonist blickt, vermittelt durch die diegetische Kamera, auf die Insassen und er tut dies nicht als Teilhaber an der Institution oder als Betroffener psychischer Krankheit, sondern als externer Beobachter.

6.2 Analyse: *The Town of Light*

The Town of Light erzählt die Geschichte von Renée. Im Jahr 2016 betritt sie das zu diesem Zeitpunkt verfallene *Ospedale Psichiatrico di Volterra*; eine real existierende psychiatrische Anstalt, in welcher Renée im Italien der 1940er Jahre interniert war. Renées psychiatrische Internierung erfolgte aufgrund von Promiskuität, Depressionen und renitentem Verhalten gegenüber ihrer Mutter, wobei ein vorausgehendes Trauma durch sexuellen Missbrauch impliziert wird. Während Renée das verfallene Gebäude erkundet und gelegentlich Umgebungsrätsel löst, wird vermittels Analepsen ihre Geschichte aufgearbeitet.²⁶ Flashbacks in Form animierter Zeichnungen thematisieren verschiedene Formen der Erniedrigung, welche Renée im Zuge ihrer Internierung erleidet. Ein zentraler Punkt der Erzählung dreht sich um Renées romantische Beziehung zu einer anderen Patientin namens Amara. Das Personal jedoch trennt die beiden und anhand ärztlicher Dokumente wird impliziert, dass Amara Renées Fantasie entsprungen sei. Im Laufe ihrer Erkundung der verfallenen Institution findet Renée jedoch Beweise für Amaras Existenz. Zudem wird Renée mehrfach von einem Angestellten vergewaltigt. Aufgrund von Renées zunehmend erratischem und aggressivem Verhalten wird sie sediert, fixiert und einer EKT unterzogen. Während sich die Ereignisse im Laufe der Erkundung in der Gegenwart zunehmend zusammenfügen, wird deutlich, dass das Personal die Kommunikation zwischen Renée und ihrer Mutter strikt untersagt; sowohl gesendete als auch empfangene Briefe werden einbehalten. Erst im Kontext einer bevorstehenden Entlassung erfährt Renée, dass ihre Mutter

26 Im weitesten Sinne ließe sich *The Town of Light* als Adventure bezeichnen. Da der zu durchschreitende Raum jedoch überwiegend handlungsentlastet ist, erscheint die Attribuierung als *Ambience Action Game* zutreffender; siehe Zimmermann/Huberts (2017).

bereits vor einigen Jahren verstarb. Renée versucht daraufhin mehrfach, sich das Leben zu nehmen und wird schließlich einer transorbitalen Lobotomie unterzogen. Die Erzählung endet mit einer Verschmelzung der zeitlichen Ebenen. Renée sitzt apathisch und nunmehr schwerbehindert auf einer Bank vor dem Hospital. Das Voice-Over eines behandelnden Arztes verkündet ernsthafte Zweifel an ihrer Regeneration.²⁷

Subjektivierung

Im Gegensatz zu *Outlast*, in welchem der Zugriff auf das Selbst des Protagonisten erst am Ende der Erzählung eintritt, subjektiviert *The Town of Light* die Erfahrung der psychischen Krankheit von Beginn an radikal. Die Perspektive der Protagonistin ist hier keine, die mit der monströsen, somatisch-externalisierten Gestalt einer psychischen Krankheit konfrontiert wird, sondern die Protagonistin/der Avatar selbst leidet an einer psychischen Erkrankung. Obgleich das Sujet und mitunter die Ästhetik der beiden Titel einige Gemeinsamkeiten teilen – so etwa die psychiatrische Institution als Setting und der Rückgriff auf Konventionen des Horrors –, ist doch ihre Perspektivierung völlig verschieden.

So ist der Dreh- und Angelpunkt von *The Town of Light* das Verhältnis von Renée zur Institution und zu den Erfahrungen, die sie in ihr machte. Das verfallene Hospital durchschreitet Renée als Ort des Erinnerns und jeder explorative Schritt wird als Reise in die Erfahrung ihrer Krankheit verdoppelt. Der konstante Sprung zeitlicher Ebenen, diegetisch als Flashback gerahmt, unterstreicht dabei einerseits das Trauma der Internierung und andererseits die stetig tiefer führende Reise in das Selbst, gekoppelt an die Bemühung, aus dem Erlebten eine kohärente Geschichte zu formen. Das Geheimnis, welches in *Outlast* als externalisiertes Unheil im Herzen der Institution schlummert, findet sich im Falle von *The Town of Light* in der Erinnerung der Protagonistin.²⁸

27 Die Erzählung von *The Town of Light* lässt sich vermittels von Entscheidungen marginal beeinflussen. Obgleich der hier geschilderte übergreifende Handlungsstrang linear bleibt, lassen sich Handlungsstränge im Detail individualisieren, indem Spieler etwa verschiedene Antworten bezüglich Renées Krankheitsgeschichte auswählen.

28 Es ist mithin unklar, welchen Status der Avatar zum Zeitpunkt der Begehung der verfallenen Institution hat. Einerseits gibt es einen eindeutigen Bezug zwischen der Renée der Gegenwart und der Renée der Vergangenheit, welcher sowohl narrativ durch Analepsen evoziert wird aber auch durch ästhetische Merkmale wie den inneren Monolog der Protagonistin als Voice-Over. Allerdings findet die abschließende Sequenz in einem Flashback und somit im Jahre 1944 statt; Renée, so der behandelnde Arzt, sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt 23 Jahre alt. Daraus folgt, dass Renée im Jahre 2016 ein stolzes Alter von 95 Jahren erreicht haben müsste, was nicht nur aufgrund der durchschnittlichen Lebenserwartung unwahrscheinlich erscheint, sondern auch

So rekonstruiert Renée mitunter in dem verfallenen Hospital sensorische Eindrücke, welche sie mit ihren vergangenen Erfahrungen in Beziehung bringt. Eines der Umgebungsrätsel besteht etwa darin, dass Renée die Fenster und Türen eines Krankenzimmers verschließen muss, um es abzdunkeln. An diesem spezifischen Ort gelingt vermittelt der artifiziell herbeigeführten Sinneseindrücke die assoziative Evokation eines Flashbacks. Eine Zwischensequenz, die zugleich als narrative Belohnung des ludischen Aufwandes fungiert, erlaubt einen Einblick in die Zustände der dunklen überfüllten Zimmer, hinter deren verschlossenen Türen Patienten litten.

Die Institution

Die beschriebene Form der Subjektivierung erlaubt einen Blick auf die psychiatrische Institution – oder genauer: auf die Theorie, welche die totale Institution von ihren Insass_innen hat – aus der Perspektive der Patient_innen. Dazu gehört, wie in der Inhaltsangabe beschrieben, eine Diskulturation der Patient_innen; eine strikte Separation von der Alltagswelt. So wird Renée ihrer Kleidung entledigt, abgeduscht und anschließend widerwillig in eine unförmige Kutte gekleidet. Das für Renée erkennbar schmerzhafteste Prozedere entspricht der regulären Aufnahme in die totale Institution. Um den Zugriff auf das Selbst der Protagonistin zu gewährleisten bedarf es zunächst dessen Separation von allem Bisherigen. Dabei setzen sich die Gemeinsamkeiten mit *Outlast* beständig fort, denn auch Renée durchschreitet zu Beginn des Spieles ein Tor auf dem Weg zur verfallenen psychiatrischen Institution.

Ein weiteres Beispiel dieser Art ist die Trennung von Renée und Amara. Dem historischen Setting entsprechend ist die homoerotische bzw. homosexuelle Beziehung pathologisiert. Allein die physische Trennung der beiden – sie werden beim Liebesspiel unter der Dusche auseinandergerissen – genügt dem Imperativ der Institution nicht. Renée soll nicht nur der Kontakt mit Amara untersagt, die Homosexualität ausgetrieben werden. So veräußert sich der Zugriff der Institution auf das Selbst von Renée darin, dass diese von der Nicht-Existenz von Amara – und somit der Nicht-Existenz ihres homosexuellen Begehrens – überzeugt werden soll.

Zudem verdeutlicht *The Town of Light* die Konsequenzen des Handlungszieles der psychiatrischen Institution. Wo in *Outlast* die Bedrohung einer externen Person durch den umgreifenden Wahnsinn entsteht, liegt die eigentliche Tragik der Geschichte von Renée in dem fehlgeleiteten Anspruch der Heilung. Von der Fixierung und Sedierung über die EKT bis zur transorbitalen Lobotomie unter-

aufgrund der Tatsache, dass die Renée der Gegenwart scheinbar keine Beeinträchtigungen durch die transorbitale Lobotomie hat.

stehen die Maßnahmen der psychiatrischen Institution gänzlich dem Imperativ, die Patientin heilen zu wollen. Die Institution wird in diesem Sinne nicht als böseartig porträtiert; ihr geht das Monströse ab und gerade aufgrund dessen wirkt sie umso bedrohlicher. Hinter ihr steht kein ›mad scientist‹, dessen Geheimnis zu lüften ist, sondern eine banale Instanz zwischen medizinischem Vorsatz und administrativem Pragmatismus.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass keine unbeabsichtigten Erniedrigungen mit den Notwendigkeiten der Institution einhergehen. So erinnert sich Renée, wie sie, selbst ans Bett fixiert, mit ansehen muss, wie eine Frau fixiert wird, da sie beständig masturbiert. Als sich die Frau freizumachen versucht, übergibt sie sich, aspiriert das Erbrochene und erstickt daran. Ein weiteres Beispiel ist der sexuelle Missbrauch, welcher Renée im Zuge ihrer Internierung widerfährt. Zwar bleiben die Details unklar, doch wird deutlich, dass es Konsequenzen für den Angestellten gab. Dergleichen Erfahrungen exemplifizieren drastische Erniedrigungen, welche Renée im Zuge der Internierung widerfahren. Da sie jedoch kein Teil des eigentlichen Imperatives der Institution sind, müssen sie entsprechend von der Institution verarbeitet werden; etwa durch die Bestrafung eines Angestellten oder durch die Optimierung der Fixation zum Schutz vor Aspiration.

Dokumentarischer Gestus

Deutlicher als in *Outlast* resultiert die Immanenz des Unheils in *The Town of Light* aus der Tatsache, dass eine real existente psychiatrische Institution als Setting dient. Das Ospedale Psichiatrico di Volterra in der Toskana wurde 1888 eröffnet und 1978 im Zuge einer großflächigen Enthospitalisierung psychiatrischer Patienten geschlossen. Mit großem Aufwand wurde das Gelände samt der Architektur aufbereitet und digital erfahrbar gemacht. In Paratexten wird dieser dokumentarische Gestus weiter unterstrichen; etwa in Form eines Trailers, der tatsächliche Aufnahmen der verfallenen Institution beinhaltet.²⁹ Weiterhin berichten Lorenzo Conticelli und Luca Dalcò von LKA, dass zum Zwecke der authentischen Repräsentation psychischer Krankheiten ein Experte der klinischen Psychiatrie in den Produktionsprozess eingebunden wurde.³⁰

29 Jener Trailer ist unter folgendem Link zu finden: <https://youtu.be/oUJvzrsSHns>

30 Das Interview mit Lorenzo Conticelli findet sich auf dem YouTube-Kanal von Wired Productions unter folgendem Link: <https://www.youtube.com/watch?v=4mlTgnDZCiM>; das Interview mit Luca Dalcò findet sich auf dem YouTube-Kanal von Gamereactor unter folgendem Link: <https://www.youtube.com/watch?v=uSLgyIGcYZQ>. Der erhellende Rückgriff auf jenes Interview-Material unterstreicht abermals die Notwendigkeit, die Produktionsebene in den Analyse-Prozess einzubeziehen.

Innerhalb des Spieles wird der dokumentarische Gestus bereits zu Beginn mit einem Disclaimer klar herausgestellt. Dazu gehört der obligatorische Verweis auf das historisch-reale Setting und den vom Entwicklerstudio betriebenen Rechercheaufwand: »The Town of Light is based on real events, places and research concerning mental illness and the life of patients in lunatic asylums from the beginning of the 20th Century until their closure.« (*The Town of Light*, 2016) Gekoppelt wird jener Disclaimer nicht nur an eine Triggerwarnung, sondern auch an den Hinweis, dass das System psychiatrischer Fürsorge seit Mitte des 20. Jahrhunderts eine signifikante Verbesserung durchlaufen habe und sich daher niemand durch die Dramatik der Erzählung davon abhalten lassen solle, psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen, so sie denn erforderlich sei: »Please note that mental health services have radically improved around the world. If you think you may have psychological problems, please speak to a local doctor or specialist.« (Ebd.) Anhand des Disclaimers wird deutlich, dass hinter *The Town of Light* ein Bewusstsein sowohl für die Relevanz der historischen Authentizität steht als auch für die potenziell problematischen Implikationen der dramatischen Konstruktion einer psychiatrischen Klinik und ihrer Praktiken.

Ebenfalls diegetisch eingebunden finden sich Dokumente und Fotografien, welche den historischen Bezug des Titels unterstreichen. So wird das Flashback, welches Renée im verfallenen Speisesaal der Psychiatrie erlebt, nicht nur von einer digitalen Animation des Zustandes begleitet, sondern auch anhand einer Fotografie verdeutlicht. Weitere Dokumente sind etwa Abbildungen von Verwaltungsformularen, Auszüge aus Patientenakten etc. Die Verwendung von Archivmaterial bezeugt die Authentizität der Konstruktion und macht zugleich deutlich, dass digitale Spiele auch eine Funktion des kulturellen Gedächtnisses erfüllen können.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Geschichte der Protagonistin Renée fiktiv ist. Sie steht jedoch exemplarisch für ein breites Korpus an Erfahrungen, die sich so oder so ähnlich zugetragen haben mögen. Obgleich die Geschichte selbst eine fiktive ist, wird sie von den dokumentarischen Bemühungen, welche die Institution betreffen, authentifiziert. Die Kenntnis der institutionellen Struktur erlaubt den Rückschluss auf Erfahrungen, die innerhalb der Institution gemacht werden. Zudem erlaubt die Fiktionalität der Erzählung einen Schritt in das Bewusstsein der Protagonistin. Während die Erzählung von *Outlast* durch den Rückgriff auf die menschenverachtenden Experimente der Nazis die Vergangenheit in die Gegenwart holt, funktioniert die narrative Bewegung in *The Town of Light* umgekehrt: Anhand der Flashbacks wird die Gegenwart in die Vergangenheit geführt; manifestiert durch die subjektive Erinnerung Renées. So lassen sich die Rekonstruktionen, basierend auf historiographischer Recherche, mit den teils surrealistischen Sequenzen zusammenbringen, ohne sich in Inkonsistenzen zu verlieren.

7. Fazit

Die untersuchten Konstruktionen psychiatrischer Institutionen in *Outlast* und *The Town of Light* weisen einige frappierende Ähnlichkeiten auf. So sind etwa beide Institutionen, das Mount Massive Asylum und das Ospedale Psichiatrico di Volterra, architektonisch realen Institutionen nachempfunden. Überdies greifen beide Titel mit den Stilmitteln des Horror-Genres auf die mitunter verstörende Geschichte der Psychiatrie zurück. Zwar sind die sich vollziehenden Bewegungen entgegengesetzt – in *Outlast* wird die Vergangenheit in die Gegenwart geholt, in *The Town of Light* verhält es sich umgekehrt – doch der Bezugsrahmen ist derselbe. Im beständigen Rückgriff auf die Geschichte der Psychiatrie zeigt sich, so ließe sich hypothetisch für künftige Untersuchungen formulieren, ein anhaltender Prozess der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Unrecht, welches den Insass_innen jener Institutionen zugefügt wurde. Sind jene psychiatrischen Institutionen zu weiten Teilen jenseits des Alltagslebens und also jenseits der Normalität alltäglicher Erfahrung angesiedelt, ermöglichen Titel wie *Outlast* und *The Town of Light* eine kontrollierte Konfrontation mit einer historischen Schuld.

Fundamental unterscheiden sich beide Titel dabei in der Perspektivierung psychischer Krankheit. In *Outlast* findet eine Objektivierung statt, da der Protagonist als externer Beobachter mit dehumanisierten Insassen konfrontiert wird, die ihm eine existenzielle Bedrohung sind. Die somatische Externalisierung der psychischen Krankheit sowie die Ermangelung jedweder Rationalität ermöglicht ihre Entmenschlichung. *The Town of Light* subjektiviert psychische Krankheit hingegen. Als betroffene Person erfahren Spieler_in/Protagonistin die Erniedrigungen der psychiatrischen Internierung unmittelbar. Entsprechend vollziehen sich die Prozesse der Diskulturation und des Zugriffes auf das Selbst in beiden Titeln; jedoch auf verschiedene Weise.

Dabei ist der reflexive Modus in *The Town of Light* stärker ausgeprägt als in *Outlast*, wie bereits anhand des Disclaimers zu Beginn des Spieles deutlich wird. Die von Goffman beschriebenen Eigenschaften der totalen Institution sind in *The Town of Light* überwiegend dem Ziel unterstellt, ein bedächtiges und emotional ergreifendes Bild von psychischer Krankheit aus der Perspektive einer betroffenen Person zu zeichnen. *Outlast* hingegen zieht das Setting der totalen Institution heran, um das Spektakel des Wahnsinns als effektives Horror-Szenario zu konstruieren. Im Zuge dessen nimmt *Outlast* eine Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in Kauf, die bereits nach der Veröffentlichung erster Trailer kritisiert wurde.³¹

Bei aller Verschiedenheit fällt jedoch auf, dass ein dialektisches Verhältnis zwischen Wahnsinn und Vernunft zu bestehen scheint. In *Outlast* führt sowohl

31 Siehe exemplarisch etwa den offenen Brief von Thrower (2013).

die Erzählung als auch die ludische Bewegung von der Rationalität eines externen Beobachters über den somatisch externalisierten Wahnsinn der Insassen bis zur dahinterliegenden entfesselten Rationalität naturwissenschaftlicher Experimente. In *The Town of Light* hingegen findet sich aus der Perspektive der psychischen Krankheit vermittelt der Rationalität der Institution ein dahinterliegender Wahnsinn verdeutlicht. Wahnsinn und Vernunft existieren in beiden Titeln nur in ihrem wechselseitigen Bezug aufeinander. Drastischer noch wird hier eine fundamentale Angst menschlicher Erfahrung demonstriert: dass die Unterscheidung zwischen Wahnsinn und Vernunft keine kategorische ist, sondern lediglich eine Frage der Perspektive.

Ludographie

OUTLAST (Red Barrels 2013, Red Barrels)

THE TOWN OF LIGHT (LKA 2016, LKA)

Filmographie

ASYLUM (UK 1972, Roy Ward Baker)

AMERICAN HORROR STORY: ASYLUM (USA 2012-2013, Brad Falchuck und Ryan Murphy)

ONE FLEW OVER THE CUCKOO'S NEST (USA 1975, Miloš Forman)

SHUTTER ISLAND (USA 2010, Martin Scorsese)

Bibliographie

Angermeyer, Matthias C. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten – Ein Überblick. In: *Psychiatrische Praxis* 30 (7), 358-366. doi: 10.1055/s-2003-43243

Augé, Marc (2014): Nicht-Orte. Unter Mitarbeit von Michael Bischoff. 4. Auflage. München: C.H. Beck.

Belknap, Ivan (1956): *Human problems of a state mental hospital*. New York: McGraw-Hill.

Boorse, Christopher (1975): On the Distinction between Disease and Illness. In: *Philosophy & Public Affairs* 5 (1). 49-68.

Braddock, David und Parish, Susan. (2002): An Institutional History of Disability. 11-68. doi: 10.4135/9781412976251.n2

- Carlson, Licia (2015): Institutions. In: Rachel Adams, Benjamin Reiss und David Harley Serlin (Hg.): Keywords for disability studies. New York, London: New York University Press. 109-112.
- Chakrabarti, Subho (2014): What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. In: *World Journal of Psychiatry* 4 (2). 30-36. doi: 10.5498/wjp.v4.i2.30
- Conrad, Peter; Schneider, Joseph W. (1992): Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness. Expanded Edition. Philadelphia: Temple University Press.
- Conrad, Peter (2013): Medicalization. Changing Contours, Characteristics, and Contexts. In: William C. Cockerham (Hg.): Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory. Dordrecht: Springer. 195-214. doi: 10.1007/978-94-007-6193-3_10
- Dross, Fritz und Metzger, Nadine (2018): Krankheit als Werturteil. Eine kleine Geschichte des Umgangs mit Krankheit und Kranken. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (24). www.bpb.de/apuz/270305/krankheit-als-werturteil-eine-kleine-geschichte-des-umgangs-mit-krankheit-und-kranken?p=all zuletzt geprüft am 22.07.2018.
- Egger, Josef W. (2015): Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. In: Josef W. Egger (Hg.): Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 53-83. doi: 10.1007/978-3-658-06803-5_3
- Foucault, Michel (1961/2015): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. 21. Aufl. Frankfurt a.M.: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 39).
- Foucault, Michel (2016): Die Hauptwerke. Unter Mitarbeit von Axel Honneth und Martin Saar. 4. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, Michel; Bischoff, Michael und Defert, Daniel (2008): Die Heterotopien. Zwei Radiovorträge. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Franke, Alexa (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Goffman, Erving und Dahrendorf, Ralf (1959/2016): Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. 16. Aufl. München, Berlin: Piper.
- Goffman, Erving (1961/2016): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 20. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Góralczyk, Agata (2014): Verrückt spielen. Lone Survivor. Unter Mitarbeit von Rainer Sigl. Online verfügbar unter <http://videogametourism.at/content/verru-echt-spielen-lone-survivor>, letzter Zugriff: 29.04.2020.
- Görgen, Arno (2014): Zwischen funktionalem und fiktionalem Raum. Krankenhäuser in digitalen Spielen. In: Arno Görgen und Thorsten Halling (Hg.): Verortungen des Krankenhauses. Stuttgart: Steiner. 233-245.
- Görgen, Arno (2016): PTSD. Zur politischen, medikalen und medialen Konvergenz eines Krankheitsbildes. In: Christian F. Hoffstadt, et al. (Hg.): Nur Emotio-

- nen? Einblicke aus Medizin, Kunst und Geisteswissenschaften. Bochum, Freiburg: Projektverlag. 239-272.
- Görge, Arno (2017): Funktionale Störungen der Normalität. Krankheit in der Populärkultur. In: Sascha Bechmann (Hg.): Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation. Unter Mitarbeit von Hermann Gröhe, Dietrich Grönemeyer und Eckart von Hirschhausen. Berlin: Frank & Timme. 215-238.
- Häfner, Heinz (2016): Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht. *Heidelberger Jahrbücher Online*, Bd. 1. 119-145.
- Harper, Stephen (2016): Media, Madness and Misrepresentation. Critical Reflections on Anti-Stigma Discourse. In: *European Journal of Communication* 20 (4). 460-483. doi: 10.1177/0267323105058252
- Holzinger, Anita et al. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter. In: *Psychiatrische Praxis* 30 (7). 395-401. doi: 10.1055/s-2003-43251
- Hyler, Steven E.; Gabbard, Glen O. und Schneider, Irving (1991): Homicidal Maniacs and Narcissistic Parasites. Stigmatization of Mentally Ill Persons in the Movies. In: *PS* 42 (10). 1044-1048. doi: 10.1176/ps.42.10.1044
- Jaspers, Karl (1920): Allgemeine Psychopathologie für Studierende, Ärzte und Psychologen. Berlin, Heidelberg: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-662-26726-4
- Klin, Anat und Lemish, Dafna (2008): Mental Disorders Stigma in the Media. Review of Studies on Production, Content, and Influences. In: *Journal of Health Communication* 13 (5). 434-449. doi: 10.1080/10810730802198813
- Kristeva, Julia und Roudiez, Leon S. (2010): Powers of Horror. An Essay on Abjection. New York: Columbia Univ. Press.
- Lacina, Dia (2017): What Hellblade: Senua's Sacrifice gets wrong about mental illness. Online verfügbar unter <https://www.polygon.com/2017/9/15/16316014/hellblade-senuas-sacrifice-mental-illness>, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Leonard, Jayne (2018): What is gaming disorder? Online verfügbar unter <https://www.medicalnewstoday.com/articles/322478.php>, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Lindsey, Patrick (2014): Gaming's favorite villain is mental illness, and this needs to stop. Online verfügbar unter <https://www.polygon.com/2014/7/21/5923095/mental-health-gaming-silent-hill>, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Mahar, Ian (2013): Nobody Wins When Horror Games Stigmatize Mental Illness. Online verfügbar unter <https://kotaku.com/nobody-wins-when-horror-games-stigmatize-mental-illness-912462538>, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Manon, Hugh S. (2007): X-Ray Visions. Radiography, »Chiaroscuro«, and the Fantasy of Unsupicion in »Film Noir«. In: *Film Criticism* 32 (2). 2-27.
- Matthews, Avery Madeleine; Rosenquist, Peter B. und McCall, William Vaughn (2016): Representations of ECT in English-Language Film and Television

- in the New Millennium. In: *The Journal of ECT* 32 (3). 187-191. doi: 10.1097/YCT.000000000000312
- Middleton, Craig (2016): The Use of Cinematic Devices to Portray Mental Illness. In: *eTropic* 12 (2). doi: 10.25120/etropic.12.2.2013.3341
- Pfister, Eugen (2017): »Doctor nod mad. Doctor insane.«. Eine kurze Kulturgeschichte der Figur des mad scientist im digitalen Spiel. Hg. v. Arno Görgen und Rudolf Inderst. Online verfügbar unter www.paidia.de/?p=10074 zuletzt aktualisiert am 27.07.2017, zuletzt geprüft am 04.01.2018.
- Phalin, Mike (2018): The Psychology of Gaming Disorder. Online verfügbar unter <http://platinumparagon.info/psychology-of-gaming-disorder/>, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Pheasant-Kelly, Frances (2016): Towards a structure of feeling. Abjection and allegories of disease in science fiction ›mutation‹ films. In: *Medical Humanities* 42 (4). 238-245. doi: 10.1136/medhum-2016-010970, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Sarkar, Samit (2018): ›Gaming disorder‹ classified as a mental health condition, but is the move premature? Online verfügbar unter <https://www.polygon.com/2018/6/19/17475632/video-game-addiction-gaming-disorder-who-icd-11>, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Schaarschmidt, Theodor (2018): Ich bin nicht verrückt, ich bin Revoluzzer! Antipsychiatrie. zeit.de. Online verfügbar unter www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-01/antipsychiatrie-psychiatrien-psychologie-patienten, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Schetsche, Michael und Biebert, Martina (2016): Theorie kultureller Objekte. Zum gesellschaftlichen Umgang mit dauerhaft unintegrierbarem Wissen. In: *BEHEMOTHA Journal on Civilisation* 9 (2). 97-123.
- Sendler, Damian J. (2017): Commentary on Shapiro S, Rotter M. Graphic depictions: Portrayals of mental illness in video games. In: *Journal of forensic sciences* 62 (3). 831. doi: 10.1111/1556-4029.13482
- Shapiro, Samuel; Rotter, Merrill (2016): Graphic Depictions. Portrayals of Mental Illness in Video Games. In: *Journal of forensic sciences* 61 (6). 1592-1595. doi: 10.1111/1556-4029.13214
- Shelton, Catherine (2008): Unheimliche Inskriptionen. Eine Studie zu Körperbildern im postklassischen Horrorfilm. Zugl.: Köln, Univ., Diss. Bielefeld: transcript-Verl. doi: 10.14361/9783839408339
- Sienaert, Pascal (2016): Based on a True Story? The Portrayal of ECT in International Movies and Television Programs. In: *Brain Stimulation* 9 (6). 882-891. doi: 10.1016/j.brs.2016.07.005
- Signorielli, Nancy (1989): The Stigma of Mental Illness on Television. In: *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 33 (3). 325-331. doi: 10.1080/08838158909364085
- Sommer, Robert (1959): Group Activities for the O.T. In: *Canadian Journal of Occupational Therapy* 26 (2): 57-61. doi: 10.1177/000841745902600204

- Stollfuß, Sven (2018): Zwischen Stigmatisierung und Differenzierung. Krankheit in Filmen und Fernsehserien. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (24). www.bpb.de/apuz/270316/zwischen-stigmatisierung-und-differenzierung-krankheit-in-filmen-und-fernsehserien?p=all, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Thrower, Albert C. (2013): Stigmatizing Mental Illness in Video Game Marketing. A Letter. <http://alboxster.kinja.com/stigmatizing-mental-illness-in-video-game-marketing-a-464251295>, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Walker, John (2013): Interview. Killmonday On Fran Bow, Mental Health, Beauty. Online verfügbar unter <https://www.rockpapershotgun.com/2013/08/22/interview-killmonday-on-fran-bow-mental-health-beauty/>, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Warkus, Matthias (2018): Krank oder gesund? Online verfügbar unter <https://www.spektrum.de/kolumne/wie-definiert-man-krankheit/1551604>, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Wilhelmy, Saskia et al.(2018): Knowledge and attitudes on electroconvulsive therapy in Germany. A web based survey. In: *Psychiatry Research* 262. 407-412. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.015
- Wittgenstein, Ludwig und Schulte, Joachim (Hg.) (2008): Philosophische Untersuchungen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Zimmermann, Felix (2018): »It's the atmosphere, stupid!«. Vergangenheitsatmosphären: Definition und Methode, letzter Zugriff: 28.04.2020.
- Zimmermann, Felix und Huberts, Christian (2017): It's not about you! Eine Annäherung an das Ambience Action Game in zwei Akten, letzter Zugriff: 28.04.2020.

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Außenansicht des Mount Massive Asylum bei Spielbeginn von Outlast. http://villains.wikia.com/wiki/File:Outside_the_Mount_Massive_Asylum.jpg zuletzt geprüft am 06.05.2019.
- Abb. 2: Außenansicht des Richardson Olmsted Complex. www.dberke.com/work/richardson-olmsted-campus zuletzt geprüft am 06.05.2019.
- Abb. 3: Chris Walker a.k.a. »Big Fucking Guy« in Outlast. <http://villains.wikia.com/wiki/File:Outlast-Chris-Walker.jpg> zuletzt geprüft am 06.05.2019.

