

DAS ARGUMENT 78

Argumente für eine soziale Medizin (IV)

Manfred Bauer Gesundheitsdienste – System oder Freistil?	1
Harro Jenss Werksärztliche Versorgung in der BRD	9
Heinz-Harald Abholz Tuberkulosehäufigkeit und soziale Lage	52
Autorenkollektiv Psychiatrie und Politik	69
Christof Ohm Ziellosigkeit als Lernziel der Gruppendynamik	94
Dieter Seibel Folgen des Leistungskonflikts	123
Forderungen des Kongresses „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“	144

Reinhard Kühnl Der deutsche Faschismus in der neueren Forschung	152
Nachruf auf Amilkar Cabral	183
Diskussion: Eike Hennig Anmerkung zu Fischers „Geschichtswissenschaft als Waffe“	187
Besprechungen Schwerpunkte: Marxistische Theorie; Massenmedien; BRD	189

die Rate der primär Kranken äußerst gering sein, da seit 1964 die einreisenden ausländischen Arbeiter einer strengen medizinischen Untersuchung unterzogen werden¹⁴. Es ist also vielmehr anzunehmen, daß die besonders schlechten Lebensbedingungen der ausländischen Arbeiter in Westberlin zu den besonders hohen Raten für die Tuberkulose-Neuerkrankungen führen. Schließlich muß auch berücksichtigt werden, daß der Anteil der ausländischen Arbeiter an der Bevölkerung der Arbeiterbezirke noch zu gering sein dürfte, um die gefundenen hohen Raten in den Arbeiterbezirken allein zu erklären¹⁵.

Nachdem dargestellt worden ist, daß die Beziehung zwischen dem Arbeiteranteil der Bezirke und der Rate der Tuberkulose-Neuerkrankungen nicht auf Grund von anderen ebenfalls bezirklich variierenden Charakteristika zustande gekommen ist, sollen die Ergebnisse der kurzen sekundärstatistischen Analyse zusammengefaßt werden. Am Beispiel der Verhältnisse in Westberlin konnte nachgewiesen werden, daß eine Abhängigkeit der Rate der Tuberkulose-Neuerkrankungen von der sozialen Lage besteht. In den Arbeiterbezirken ergaben sich erheblich höhere Raten an Tuberkulose-Neuerkrankungen als in den Nicht-Arbeiterbezirken. Diese Unterschiede bleiben in den untersuchten zwanzig Jahren bestehen bzw. vergrößern sich noch.

14 S. hierzu: G. Kerntke: Infektions- und Erkrankungsrisiko bei der derzeitigen epidemiologischen Tuberkulose-Situation in der Bundesrepublik, Pneumonologie 145 (1971), S. 26—72.

15 1970 lag der Anteil der Ausländer in Westberlin bei etwa 3,5%; Tiergarten und Wedding liegen mit 5% und Kreuzberg mit 9% als einzige Bezirke über dem Durchschnitt.

Autorenkollektiv*

Psychiatrie und Politik

Die abstrakte Politisierung der Psychotherapie durch die Gegen-Psychiatrie

Vorbemerkung

Die in der letzten Zeit steigende Zahl der Veröffentlichungen, die sich unter verschiedenen Gesichtspunkten mit einer gesellschaftskritischen Reflexion psychiatrischer und psychoanalytischer Theorie und Praxis beschäftigen, zeigt, daß die psychische Krankheit als soziale Tatsache in das Interesse eines kritischen Teils sowohl der Öffentlichkeit als auch der psychotherapeutisch Tätigen gerückt ist. Ein grundsätzliches Problem stellt dabei die Vermittlung von politischer und therapeutischer Praxis dar, genauer: die politische Bedeutung der Praxis der Psychotherapie innerhalb des gesellschaftlichen Zusammenhangs. Die Besinnung darauf ist zumindest der traditionellen Psychotherapie nicht selbstverständlich: sie impliziert damit von vornherein deren Kritik und zielt auf deren Veränderung.

Eine solche Kritik hat sich dem Anspruch zu stellen, Theorie und Praxis der Psychotherapie und ihren Gegenstand (das kranke Individuum) sowie die beides produzierenden gesellschaftlichen Verhältnisse auf einer einheitlichen theoretischen Grundlage zu erfassen. Methodische und inhaltliche Voraussetzung dieser Kritik ist jene, die Marx im „Kapital“ an der klassischen politischen Ökonomie geleistet hat. Allein ein auf Marx zurückgreifendes Gesellschaftsverständnis kann das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft als historisch vermitteltes konkret bestimmen, erst von hier aus läßt sich prinzipiell genauerer Aufschluß über das gesellschaftliche Verhältnis gewinnen, innerhalb dessen Krankheit und Gesellschaft zu begreifen sind. Letzten Endes kann diese allgemeine Hypothese nur durch eine auf ihrer Basis entwickelte praktische und effektive Therapie bestätigt werden; von der Existenz einer solchen Therapie kann gegenwärtig noch keine Rede sein. Ihre theoretische Begründung in praktischer Absicht setzt kritische Beschäftigung mit den derzeit gängigen traditionellen Therapiemodellen voraus. In diesem Zusammenhang hilft der globale und bequeme Verweis nicht weiter, die klinische Psychiatrie — um die es hier zunächst gehen soll — repariere Ar-

* Dieser Beitrag ist aus Diskussionen einer Arbeitsgruppe hervorgegangen, die sich mit Ansätzen einer materialistischen Therapiekonzeption beschäftigt. Die vorliegende Fassung wurde von Michael Dudziak formuliert.

beitskraft, passe die Kranken nur an krankmachende Verhältnisse wieder an oder kaserniere sie, wo die Anpassung nicht gelingt.

Die Erfahrungen und theoretischen Ansätze einer Reihe von „gegen-psychiatrischen“ Experimenten, die in den letzten Jahren veröffentlicht wurden, sollen im folgenden kritisch geprüft werden. Den Protagonisten dieser Experimente ist der Versuch gemeinsam, aus der Kritik der praktischen Situation innerhalb der psychiatrischen Institutionen, in denen sie tätig waren, alternative therapeutische Modelle zu entwickeln. Die Grenze, an die diese Versuche sehr bald stießen, lag notwendig begründet im tatsächlichen Zusammenhang von psychischer Krankheit, psychiatrischer Institution und kapitalistischer Gesellschaft, der damit zum Gegenstand ihrer Theorie wurde. Die daraus entstandenen Konzeptionen — „Anti-Psychiatrie“, „Meta-Psychiatrie“ und „SPK“¹ —, die ihren Ansatz jeweils gesellschaftstheoretisch zu begründen suchten, sollen hier im Hinblick auf ihre Grundannahmen und praktisch-therapeutischen Konsequenzen umrissen und kritisiert werden. Es soll gezeigt werden, daß die drei Ansätze bei aller polemischen Distanz, die sie teilweise selbst zueinander formulieren, doch eine Irrtumsverwandtschaft enthalten, von der anzunehmen ist, daß sie mit nicht durchschaubaren Fixierungen an den gesellschaftlichen Ort ihrer Praxis zusammenhängen. Schließlich soll die Richtung angedeutet werden, in der notwendige Voraussetzungen einer Psychotherapie auf materialistischer Grundlage zu entwickeln wären.

Anti-Psychiatrie: Universalisierung der Entfremdung

Voraussetzungen: Die Anti-Psychiatrie begann nicht ohne forschungsgeschichtliche Voraussetzungen. Vor allem erbte sie von der nordamerikanischen Schizophrenieforschung² die Zerstörung eines

1 Zur Herkunft dieser Namen: „Anti-Psychiatrie“ nennen D. Cooper und R. D. Laing ihre Arbeit, um die Negation der offiziellen psychiatrischen Institutionen deutlich zu machen. Die Reihe dieser praktischen Negationen begann mit experimentellen Abteilungen in einem Krankenhaus („Villa 21“) und endete in der totalen Ablehnung jedes psychiatrischen Eingriffs in den Krankheitsverlauf („Kingsley Hall“). Der Name „Meta-Psychiatrie“ für die Arbeit F. Basaglias stammt von G. Scalia („Der Sinn des Wahnsinns“, in: Basaglia und Basaglia-Ongaro, 1972). Scalia bezeichnet damit den Übergang von der Anti-Psychiatrie zu jener Basaglias, die Kritik zugleich an Psychiatrie und Anti-Psychiatrie ist, insofern sie den Übergang in die ausdrücklich politische Analyse bringt. Die Arbeit des Heidelberger „Sozialistischen Patientenkollektivs“ (SPK) begann wie die beiden anderen Ansätze in einer Veränderung der Praxis innerhalb einer Krankenhausabteilung, wurde in der Auseinandersetzung mit der Leitung der Klinik gezwungen, sowohl den Ort als auch die Methode der Therapie nach „draußen“ zu verlegen und schließlich als kriminalisierte Gruppierung durch den Staat zerschlagen. Vgl. dazu die Literaturliste am Schluß.

2 Ergebnisse dieses kommunikationstheoretischen Ansatzes der Schizophrenieforschung finden sich u. a. in dem Reader: Schizophrenie und Familie. Frankfurt 1969. Eines der wichtigsten Ergebnisse ist die „double-bind-Hypothese“.

borniert medizinischen Ansatzes, der die psychischen Schäden auf physiologische Anomalitäten zurückführen wollte. Untersuchungen hatten ergeben, daß der Diagnostizierte immer als Teil eines größeren Netzes gestörter Kommunikationsbeziehungen zu verstehen ist³. Der Schritt zur Familienforschung befreite in der Theorie den Patienten aus dem methodologischen Gefängnis eines pathogenen Natur-Zufalls, die Sprache der Kranken war nicht mehr bloß der Versuch, sich trotz ihrer Krankheit ein wenn auch verrücktes Bewußtsein zu schaffen, sondern die Krankheit selbst war *Sprache* einer verrückten Kommunikation in der Familie. Die früher „unsinnige“ Artikulation bedeutete jetzt etwas, war verstehbar, verwies in ihrer Struktur auf die Struktur einer Beziehung, deren Verwirrtheit als Ursache der Erkrankung angesehen wurde.

Psychiatrische Institution: Nachdem in dieser Weise der Versuch unternommen war, die Bedeutung der Krankheit zu verstehen, unterzog die Anti-Psychiatrie den gesellschaftlichen Ort, an dem im Notfall die Familie ihr Opfer abgibt, der gleichen strukturellen Analyse wie die Familie selbst. Die Institution Psychiatrische Klinik wird als Kumpan in der Familienstrategie „der raubgierigen Verschlingung“ des Patienten interpretiert⁴. Der Kranke „... wird nicht nur in eine Rolle, sondern in eine Karriere (als Patient) inauguriert durch die gemeinsame Aktion einer Koalition (einer „Verschwörung“) von Familie, Arzt, Beamten des Gesundheitsamtes, Psychiatern, Krankenschwestern, Sozialhelfern und oft auch Mitpatienten“⁵. Die gewalttätige Fürsorge in der Psychiatrie, die offizielle Entmündigung nach derjenigen durch die Familie, die Rollenverteilung zwischen Arzt, Pflägern und Patienten sowie die physikalische Behandlung (Elektroschock) erschienen den Anti-Psychiatern eher geeignet, die Verwirrung zu chronifizieren, den Kranken zum Objekt einer durch die Institution produzierten Krankengeschichte zu machen, als ihm die Chance einer Rekonstruktion seiner Lebensfähigkeit zu geben.

Die Zweifelhaftigkeit der herkömmlichen psychiatrischen Praxis, sowohl in bezug auf die Richtigkeit des von der Medizin bestimmten Krankheitsbildes als auch in bezug auf die Heilungserfolge, hatte die Anti-Psychiater zur Skepsis veranlaßt. Sie beschritten den Weg der amerikanischen Schizophrenieforscher und führten selbst Untersuchungen über die Familie und ihr Umfeld durch⁶. Resultat war der Nachweis der sozialen Genese der psychischen Krankheit. In der Folge nahmen sie eine Neubestimmung der Begriffe psychische Krankheit und Schizophrenie vor, die nunmehr verstanden wurden als „Etikette“, die von „Leuten“ unter bestimmten gesellschaftlichen Umständen über solche verhängt werden, die sich nicht entsprechend der in der Gesellschaft gültigen Normalität

3 Laing 1967, S. 103.

4 Cooper 1971, S. 61.

5 Laing 1967, S. 110.

6 Laing und Esterson, 1970.

verhalten. So habe die „Verschwörung“ gegen die Etikettierten ihre Wurzel auch nicht allein in der Struktur einzelner Personengruppen und deren Zusammenspiel, sondern in der feindseligen gesellschaftlichen Wirklichkeit und der dort herrschenden Norm. Das Etikett sei ein gesellschaftliches Faktum, weil die etikettierte Person entsprechend definiert und behandelt werde, ähnlichen (oder noch stärkeren) Zwängen und Schlägen in der Anstalt ausgesetzt sei wie unter den krankheitsproduzierenden Familienbedingungen. Hierin liege der Grund dafür, daß so viele Schizophrene nicht mehr aus dem Wahn herausfinden und ihre Krankheit chronifiziert werde⁷.

Zweifellos bemüht sich die Anti-Psychiatrie, das ungleiche Kräfteverhältnis zugunsten der Schwächeren (Etikettierten) zu verschieben mit dem Versuch eines Heilungsverfahrens, das den gesellschaftlichen Zwängen enthoben sein soll: einer Art von Anti-Therapie, deren Vorläufer, wenn auch aus anderen theoretischen Momenten entstanden, die therapeutische Gemeinschaft war. Es schien, als böte sie den adäquaten Ausgangspunkt zu einer Behandlung (im neutralen Sinn des Wortes) der Patienten, die auf dem Prinzip der möglichst weitgehenden Nichteinmischung in ihr Zusammenleben und ihre Kommunikation beruht⁸.

Antipsychiatrische Theorie: „Phänomenologie der Erfahrung“. Ausgehend von der Kritik an der traditionellen Psychiatrie als einer totalen Unterdrückungsinstanz, die dem Patienten seine Rolle aufzwingt und ihre eigene Gesellschaftlichkeit nicht mitreflektiert, richtet sich das Mißtrauen der Anti-Psychiater nunmehr gegen die Gesellschaft als Ganze, die als ursächlich angenommen wird für das „Abgestempeltsein“ der Schizophrenen und ihres Ausgeliefertseins gegenüber der mächtigen Verschwörungsgemeinschaft. Das *Gesellschaftsverständnis* in der Theorie der Anti-Psychiatrie basiert auf

⁷ Vgl. Laing 1967, S. 110.

⁸ Das Behandlungsmodell der Therapeutischen Gemeinschaft, das sich heute in der neueren kritischen Psychiatrie als bevorzugte Methode anbietet, entbehrt dabei jeder inhaltlichen Bestimmtheit. Ihr Prinzip ist die Gemeinschaft selbst als therapeutisches Agens. In ihrer reinen Form bedarf es keiner zusätzlichen therapeutischen Mittel, seien es Arzneien, Ratschläge, Einzelbehandlungen. Ärzte, Schwestern, Sozialpartner und Angestellte sehen ihre Beteiligung als Arbeit mit dem Patienten und nicht für ihn. Die Entwicklung der Kommunität ist zugleich der Prozeß der Kontaktaufnahme und Auseinandersetzung der in ihr lebenden Mitglieder. Ohne äußere regulative Einwirkung entwickeln sich auf dem gleichen Wege therapeutische Gruppen, Arbeitsgruppen, Gruppen, die Aufnahme und Beendigung der Therapie erarbeiten usw. Jede Art der Regelung des Zusammenlebens, der therapeutischen Versorgung und Ernährung trifft die Gesamtheit der in der Gemeinschaft lebenden Mitglieder. Dieses Grundmodell ist allerdings in der praktischen Verwendung jeder Art von Veränderung und fast allen Zwecken zugänglich; entwickelt wurde es im Rahmen der britischen Armeepsychiatrie in den letzten Jahren des 2. Weltkrieges durch Bion, Rickman und Jones (vgl. Basaglia 1971, S. 162 ff.).

der Vorstellung von der totalen Entfremdung des gesellschaftlichen Zusammenhangs in all seinen Erscheinungsformen. Die durchschnittliche Art der Entfremdung gelte als Normalität und impliziere auf Grund der ihr eigenen Logik jene Intoleranz, die Träger anderer Entfremdungsformen, wie etwa die Schizophrenen, ausstoße oder an den äußersten Rand der Gesellschaft dränge. In der Rigidität der Durchsetzung ihrer Norm sei die Gesellschaft darauf bedacht, sich zu erhalten. In dem Sinne sei sie ein System, das Gewalt ausübe über die Menschen vom Anfang ihrer Sozialisation an und mit Hilfe der Instanz Familie die Kinder zur Anpassung zwingt. Dieser Terror werde im Interesse der Erhaltung des Systems nicht offen ausgeübt, sondern stelle sich in mystifizierter Form dar, bspw. als „Sorge“ oder „Liebe“. So entstehe für das Kind bereits in der Familie jener pathogene Kommunikationszusammenhang, der sich als double-bind kennzeichnen lasse. Die Erkenntnis der Anti-Psychiater in bezug auf Gesellschaft und Entfremdung geht dabei von beobachteten Erscheinungsformen zwischenmenschlicher Kommunikation und Interaktion aus. Wie Laing selbst betont, soll Anfangs- und Endpunkt seiner Betrachtung das Individuum sein, und die Theorie selbst die „artikulierte Vision der Erfahrung“⁹. Übersehen wird freilich die logische und methodische Unmöglichkeit, gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge aus dem beschreibenden Verstehen von Interaktionsphänomenen induktiv zu erschließen.

Halter wir zunächst fest, daß der Anti-Psychiatrie Laings nur die Erfahrung des Individuums als theoretischer wie praktischer Ausgangspunkt gilt, und daß sie von hier, indem sie sich auf die Seite des kranken Individuums stellt, kritisch die Gesellschaft als krankheitsbedingenden und -konservierenden Entfremdungszusammenhang zu analysieren sucht. Diesen Fehler könnte man Universalisierung einer punktuellen Erfahrung nennen. Es wird deutlich, daß die anti-psychiatrische Theorie, indem sie die Begriffe Gesellschaft und Entfremdung unabhängig von der bestimmten Gesellschaftsformation verwendet, lediglich Andeutungen in Richtung auf überindividuelle und überinstitutionelle Zusammenhänge geben, diese aber nicht ursächlich klären kann.

Bei Marx hat Entfremdung historischen Inhalt. Mit der Entwicklung des Privateigentums und vor allem mit der Entstehung des Kapitalverhältnisses treten die Produkte gesellschaftlicher Arbeit und die Strukturen des Reproduktionsverhältnisses dem Menschen als fremde gegenüber. Aber die Entwicklung zur Universalität der Entfremdung ist gefaßt als die Bedingung ihrer Aufhebbarkeit, Entfremdung selbst wird also nicht als existentielle Seinsbedingung verstanden, sondern als Bedingung des gesellschaftlichen Seins unter der Herrschaft des Kapitals. Die anti-psychiatrische Theorie von der Entfremdung als ontologischer und ihrer Aufhebbarkeit aus der Kraft eines inneren, wahren Selbst betreibt dagegen die Restauration metaphysischer Vorstellungen.

⁹ Laing 1967, S. 17.

Bestimmung des Individuums: „Erfahrung“ — sowohl Ausgangspunkt für die Bildung der Theorie der Anti-Psychiatrie als auch ihr Forschungsgegenstand — wird zum zentralen Begriff. Der Therapeut erfährt sowohl aus der Form der Kommunikation als auch aus den Inhalten des Gesprochenen und Artikulierten, wie das Individuum durch seine Erfahrung (persönliche Geschichte) bestimmt wird. Laing betont die individuelle Einzigartigkeit einer jeden Geschichte, wenn er die Erfahrung als einmalige, prinzipiell nicht mitteilbare beschreibt. Jeder könne nur die eigene Erfahrung in sich haben und nicht die des anderen. Erfahrung sei die „Unsichtbarkeit des Menschen für den Menschen“¹⁰. Gleichzeitig realisiere sich Erfahrung als Funktion von Verhalten in der Auseinandersetzung mit der Umwelt, mit anderen Personen. Hier falle die Erfahrung der Manipulation und Kontrolle durch die Außenwelt zum Opfer und schlage sich in entsprechend „entfremdetem“ Verhalten nieder, so daß Erfahrung gespalten werde in eine äußere und eine innere Welt. So könne das Individuum entweder mehr entsprechend seiner Natur und seiner eigentlichen Erfahrung leben oder mehr *gegen* seine Innerlichkeit, was einer Anpassung an äußere Bedingungen gleichkäme. Hier stellt sich die Frage, woher die innere Erfahrung ihren Inhalt und ihre Einmaligkeit beziehen soll, wenn alle Bereiche des menschlichen Lebens der Entfremdung der Verhältnisse unterworfen sein sollen. Der Widerspruch besteht darin, daß die Erfahrung insgesamt, also auch der „innere Teil“, letztlich die bewußtseinsmäßige Beziehung mit der Umwelt darstellt, dennoch aber (gleichzeitig) vom Einfluß dieser Welt ausgeschlossen bleiben soll. Es bleibt vor allem unter dem Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung unklar, wie das geschehen kann. Ebenso bleibt die These von der Evidenz der prinzipiellen Unvermittelbarkeit von Erfahrung unklar und unbegründet. Erfahrung und Verhalten als Vermittlung zwischen individuellem und Gesellschaft sollen also einmal verstanden werden als geprägt durch den Zwang der Gesellschaft, der auf das ohnmächtige Individuum ausgeübt wird, ein anderer Teil der Erfahrung aber (die innere) soll Eigentum des „reinen“ Individuums bleiben. Die Trennung von Individuum und Gesellschaft ist konstitutives Element, das Individuum wird nur zum Teil und negativ als gesellschaftlich bedingtes verstanden. Auf der anderen Seite wird die „wahre Natur“ als wirkliche, von gesellschaftlicher Geschichte befreite und auf Personalgeschichte reduzierte Identität des Individuums hypostasiert. Damit steht der Gesellschaft und der Geschichte ein Subjekt *gegenüber*, die Welt teilt sich ihm in innere und äußere. Die anti-psychiatrische Arbeit erwählt als ihr hauptsächliches Forschungsgebiet diese innere Welt, in der die Erfahrung des einzelnen vermeintlich ungebrochen durch Gesellschaft existieren kann. Laing sagt von sich: „Ich bin Spezialist für Vorgänge im inneren Raum und in der inneren Zeit...“¹¹. Die Möglichkeit der Heilung wird vermutet in der Erforschung der eigent-

lichen Erfahrung der inneren Welt durch den einzelnen. Hierin liege der Weg zurück zum Selbst, der im Optimalfall die Herstellung der wahren Gesundheit bewirke über die Auflösung des an die entfremdete Realität angepaßten falschen Ichs und die Re-Etablierung einer neuen Art von Ego-Funktion¹², von der allerdings nicht gesagt wird, wie sie aussieht. Wiederentdeckung und Erforschung der inneren Welt bedeute so den entscheidenden Schritt zur Aufhebung des Gegensatzes von innen und außen, d. h. zur Heilung der Entfremdung. An dieser Stelle offenbart sich Laings Subjektivismus in wünschenswerter Deutlichkeit:

Die Entfremdung der Subjekte durch die *äußere* Welt soll aufgehoben werden durch deren *Reise nach innen*. Damit der Gegensatz wirklich lösbar wird, muß nun praktisch auch die äußere Welt, d. h. die gesamte Gesellschaft, demselben Verfahren unterworfen werden. Womit die gesellschaftlichen Verhältnisse in eine Summe ‚wahrer Ichs‘ aufgelöst wäre¹³. Hier schlägt der Subjektivismus in resignierte Hilflosigkeit um: Die Hoffnung, mit dieser Methode die ganze Gesellschaft zu sanieren, sieht Laing enttäuscht auf Grund der zu unterstellenden negativen Reaktion der uneinsichtigen Gesellschaft, die wohl kaum die entsprechenden Bedingungen schaffen würde, Stätten nämlich, wo viele sich auf die Erforschungsreise in ihren inneren Raum begeben könnten mit Hilfe anderer, die damit bereits Erfahrung hätten.

An der Gesellschaft kommt die Anti-Psychiatrie freilich nicht vorbei. Indem die Aktionsstrategie sich notwendig zur Publikationsstrategie wandelt, steigt der Allgemeinheitsgrad: Die krankmachende Gesellschaft muß als Existenzbedingung *jedes* einzelnen, d. h. *allgemein* begreifbar gemacht werden. Dazu greift Laing auf Sartres Existential-Ontologie zurück. Dessen ontologische Theorie der Entfremdung und deren konstituierender Erfahrungsbegriff wurde von den Anti-Psychiatern als die ihrem Gegenstand (menschliche Kommunikation und Interaktion) angemessene vorgefunden und der eigenen Theorie als philosophische Begründung unterlegt. Sowohl das Bild von der Welt als einer mitleidlosen, gewaltausübenden als auch die Suche nach der Wahrheit in der Subjektivität sind ihr entlehnt. Von Sartre wird die positive Freiheit des Individuums übernommen, verstanden als die bewußtseinsmäßige Anstrengung, zu sich selbst zu kommen in Überschreitung der Grenzen der Gegenwart in Ort und Zeit. Mit dieser Ontologisierung des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft, das doch als historisches Produkt und Entwicklungsstadium zu begreifen wäre, tritt Laing gewissermaßen die Flucht in die metaphysische Totale an.

Anti-psychiatrische Praxis: Der *Verzicht auf eine Theorie der Krankheit* und damit auf therapeutische Technik entsteht auf Grund der Weigerung, die gesellschaftliche ‚Etikettierung‘ zu übernehmen,

10 Laing 1967, S. 12.

11 Laing 1967, S. 51.

12 Laing 1967, S. 133.

13 Das wäre die „Politik der Erfahrung“, wie Laings „Phänomenologie der Erfahrung“ im englischen Original übrigens betitelt ist.

auf der Basis der abstrakten Negation der Gesellschaft als Entfremdungszusammenhang und deren Bestimmungen überhaupt. „Vom entfremdeten Ausgangspunkt unserer Pseudo-Gesundheit aus ist alles offen“: Weder Gesundheit noch Verrücktheit seien annähernd das, was sie zu sein behaupten. Verrücktheit könne auch die „natürliche Heilung jener entfremdeten Integration sein . . . , die wir ‚geistige Gesundheit‘ nennen“¹⁴. Die Anti-Psychiatrie widerspricht sich selbst, wenn sie meint, auf jegliche inhaltliche Definition von Krankheit verzichten zu können, wo doch ihr Selbstverständnis — ihre Praxis sei eine zeitlich begrenzte Durchgangsphase zur Heilung des Individuums mit dem Ziel der Rückentlassung in die Gesellschaft — Kriterien zur Feststellung von Heilung erforderlich macht¹⁵.

Die *anti-psychiatrischen Heilungsstätten* erheben den Anspruch, den krankmachenden Strukturen des gesellschaftlichen Systems weitgehend enthoben zu sein, Bedingungen zu schaffen, wo der Kranke ganz bei sich sein könne, keinen Pressionen und Behandlungen ausgesetzt sei, aber Hilfe erhalte, wo er sie wirklich brauche.

„Villa 21“: Familienorientierte Krankheitsanalyse und die Praxis der therapeutischen Gemeinschaft waren die Ausgangspunkte des ersten antipsychiatrischen Experiments, der Villa 21, einer Station unter der Leitung von Cooper in einem Londoner Krankenhaus. Insgesamt haben alle Beteiligten — Ärzte, Pfleger, Therapeuten — nach und nach ihre besonderen Behandlungsaufgaben zurückgewiesen — bis auf das absolute Minimum gelegentlicher Anwendung von Beruhigungsmitteln und die gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen und Kontrollen — und sich zusammen mit den Patienten einem kollektiven und umfassenden Erfahrungsprozeß über ihre eigenen Ängste und Neidgefühle vor der Freiheit der Patienten ausgesetzt; man wurde sich des Zusammenbruchs der Rollengrenzen bewußt:

„Dieser war ein notwendiges Stadium auf dem Wege dahin, daß das Personal und die Patienten sich selbst und ihre Beziehungen zueinander nicht auf Grund eines aufgepropften, abstrakten Etikettiersystems definierten, das einige technische oder quasi-technische Funktionen widerspiegelte, sondern im Hinblick auf die persönliche Realität jedes Mitglieds der Gemeinschaft. (...) An diesem Punkt wurde die radikalste Abkehr von der konventionellen psychiatrischen Arbeit eingeleitet. Wenn das ärztliche und Pflegepersonal vorgeschriebene Ideen über seine Aufgabe zurückwies und nicht genau wußte, was als nächstes zu tun sei — warum dann überhaupt etwas tun“¹⁶“

Wurden zu Beginn des Experiments noch therapeutische Eingriffe in solchen Fällen als notwendig angesehen, wo der Patient in der Klinik — ohne das zu wissen — seine krankmachende Familiensituation wiederholte und in pathologische Kommunikationsmuster

14 Laing 1967, S. 133 f.

15 Vgl. Boyers und Orrill 1972, S. 131.

16 Cooper 1971, S. 110.

zurückfiel, die eine entmystifizierende Metakommunikation zwischen Therapeut und Patient erforderlich machten, so wurde jetzt jeder Eingriff radikal in Frage gestellt. Die Konsequenz dieser Abkehr von jeglicher Behandlung führte die Anti-Psychiatrie zum Exodus aus der Klinik und scheinbar zurück in die Gesellschaft, zu jener Form therapeutischer Wohngemeinschaften, die als „Net-Work“ und darunter besonders „Kingsley Hall“ bekannt geworden sind.

Net-Work wurde getragen von einer Gruppe in London wohnender Psychiater, Sozialarbeiter, psychisch Kranker und anderer daran Interessierter, die auf verschiedene Art zusammenarbeiteten, auch die Familien der Patienten und soziale Institutionen einbezogen und vor allem versuchten, Rollenverhalten soweit wie möglich abzubauen, besonders das von Machträgern und Untergebenen. Aber Laing berichtet aus eigener Anschauung, bereits die Tatsache, daß eben doch gelegentlich ärztliche Hilfe nötig sei, schaffe Rollenkonstellationen immer wieder neu. Auf die problematische Verwendung des Rollenbegriffs durch die Anti-Psychiatrie wird noch einzugehen sein. Die wunschhafte Vorstellung, derartige Gemeinschaften könnten Freiräume *gegen* die Gesellschaft und ihre Bedingungen sein, ist lediglich eine Fortsetzung der falschen Annahme, es gäbe im Individuum nicht-gesellschaftliche Bereiche.

Therapeutische Momente: Die Anti-Psychiatrie hat den Anspruch, die methodische Basis der nicht-behandelnden Therapie zu reduzieren auf das Bereitstellen von Räumen und die Anwesenheit einiger „Erfahrener“, die bei der Orientierung auf der „Reise“ und der Herstellung der meta-noia (der Umkehr-Bekehrung zur inneren Realität) helfen.

„Anstelle des Degradierungszeremoniells aus psychiatrischer Untersuchung, Diagnose und Prognose brauchen wir für die dazu Bereiten (in psychiatrischer Terminologie oft jene, die auf dem Wege in einen schizophrenen Zusammenbruch sind) ein Initiationszeremoniell; durch dieses sollen sie bei voller sozialer Zustimmung und Unterstützung in den inneren Raum und die innere Zeit geleitet werden von Leuten, die bereits dort gewesen und zurückgekehrt sind. In der Psychiatrie würde das heißen: Ex-Patienten helfen zukünftigen Patienten, verrückt zu werden“¹⁷.

Die entscheidenden therapeutischen Momente sollen sich spontan, unvorhersagbar und einmalig aus der Situation, aus dem Zusammenleben heraus ergeben. Neben dieser Zufalls-Therapie in der Gemeinschaft gibt es aber durchaus noch die traditionelle Verstehens-Beziehung zwischen Therapeut und Kranken, die der Versuch sein soll, „die Ganzheit der Existenz durch die Relationen zu-einander wieder herzustellen“, oder: „Psychotherapie besteht im Abtragen all dessen, was zwischen uns steht — der Stützen, Masken, Rollen, Lügen, Widerstände, Ängste, Projektionen und Introjektionen...“¹⁸.

17 Laing 1967, S. 117.

18 Laing 1967, S. 39.

Letzten Endes zeigt sich, daß die praktische Widersprüchlichkeit anti-psychiatrischer Therapie nicht aufgelöst werden kann:

Der Kranke kann in den Therapeutischen Wohngemeinschaften Net-Works existieren, er bezahlt nichts, niemand bezahlt für ihn, die Behandlung im traditionellen Sinne ist abgeschafft. Er kann sich artikulieren in der Form der Regression, des Acting-Out, er kann auf die „Reise“ in sein Inneres gehen und dabei ein anscheinend von der Gesellschaft und ihren Zwängen befreites Dasein führen. Net-Work ist in gewisser Weise im eigenen Verständnis zur therapeutischen Institution für die Gesellschaft geworden: Die Artikulation des Kranken wird hier zu etwas, das man Poesie der Erfahrung nennen könnte, an der — so die Anti-Psychiater — die Gesellschaft lernen und den Wunsch nach unentfremdeter Erfahrung entwickeln kann. Man könnte meinen, unter diesem Aspekt führe der Kranke das gesellschaftliche Dasein des Bohemiens oder Künstlers; man läßt dann aber die sehr spezifischen Bedingungen außer acht:

Die *therapeutische Praxis* bleibt als initiiertes Prinzip und praktischer Rahmen von Net-Work und den anderen anti-psychiatrischen Institutionen bestehen und definiert von vornherein deren praktische (auch gesellschaftliche) Funktion; das Prinzip der Nicht-Behandlung ist ein Behandlungsprinzip, und es ist der Therapeut (oder der bereits Erfahrene), der die Kranken *behandelt*, auch wenn er das anders nennt.

Exkurs zur Arzt-Patient-Beziehung

Fragt man nach den Entwicklungsbedingungen und -ursachen der Anti-Psychiatrie, so mag es nützlich sein, noch einmal einige wesentliche Momente ihrer Praxis hervorzuheben:

- Negation der Behandlung, therapeutisches Prinzip der Nicht-einmischung;
- Verzicht auf eine Theorie der Krankheit;
- Positive Emphase des Zustands der Verwirrtheit;
- Verzicht auf Rollendefinitionen und Rollenverhalten;
- Ontologisierung des Gegensatzes von Individuum und Gesellschaft.

Die Anti-Psychiater selbst sind offenbar *ausgegangen* von den Erfahrungen in psychiatrischen Kliniken. Sie fanden eine spezifische, versachlichte Herrschaftsbeziehung zwischen Arzt und Patient vor, die sie implizit oder explizit zum Gegenstand ihrer Kritik erhoben.

Das Arzt-Patient-Verhältnis ist unter den Bedingungen der bürgerlichen Gesellschaft ein doppeltes: „Einmal ist es eine untrennbare Einheit einer spezifischen gesellschaftlich-zwischenmenschlichen Beziehung von sich in bestimmter Weise zueinander verhaltenden Individuen, zum anderen ist es gleichzeitig ein Verhältnis des Arztes zum Objekt seiner Tätigkeit, auf das er in bestimmter Weise einwirkt¹⁹.“ Das erste Moment der Arzt-Patient-Beziehung sei hier

Subjekt-Beziehung genannt, das zweite Objekt-Beziehung, da es sich als Arbeitsbeziehung charakterisieren läßt.

Zur Objekt-Beziehung: Es ist der Arbeitsprozeß des Arztes (hier: in der Klinik), der die konkrete Beziehung Arzt-Patient überhaupt erst zustande bringt. Innerhalb *dieser* konkreten Arbeitsbeziehung haben beide Beteiligten eine unterschiedliche Position: Der Arzt tritt auf als Arbeitender, quasi als Subjekt des Prozesses, während der andere, dessen Arbeitssphäre außerhalb des Krankenhauses liegt, zum Objekt wird, an dem etwas getan wird. Strenggenommen wird die Arbeitsbeziehung durch das Symptom des Kranken und die dem zugeordnete Tätigkeit des Arztes strukturiert, wobei es in diesem Zusammenhang gleichgültig ist, ob das Objekt der ärztlichen Tätigkeit ein entzündeter Blinddarm oder die Persönlichkeit des Kranken ist. In diesem Sinne bemerkt Laing: „Psychotherapeuten sind Spezialisten für menschliche Beziehungen²⁰.“ Die Spezialisierung ärztlicher Tätigkeit ist nur im historischen Kontext der gesellschaftlichen Arbeitsteilung zu begreifen — gleiches gilt für ihre Veränderung.

Zur Subjekt-Beziehung: Hier sind Arzt und Patient Angehörige der gleichen Gesellschaft, unterliegen den gleichen gesellschaftlichen allgemeinen Bedingungen usw. In diesem Sinne treten sich zwei Persönlichkeiten oder Subjekte gegenüber, die u. U. auf gleiche oder ähnliche Erfahrungen zurückgreifen können. Dem Arzt wird so der Kranke auf der einen Seite zum objektivierten ‚Fall‘ (was sich etwa an der ärztlichen Terminologie ablesen läßt), der mittels therapeutischer Arbeitstechniken zu behandeln ist, und zum anderen zum Partner in einer (mehr oder minder intensiven) „spezifischen gesellschaftlich-zwischenmenschlichen“, aber nicht qua medizinischer Tätigkeit vermittelten abstrakten Beziehung. In der Psychiatrie erscheint diese Widersprüchlichkeit besonders krass: Die Persönlichkeit des Kranken kommt gewissermaßen doppelt vor, als objektiviert und als unvermittelte, scheinbar unmittelbare, in der Beziehung zweier Subjekte. Die letztere Beziehungsqualität nimmt die Anti-Psychiatrie zum Ausgangspunkt, um die gesellschaftlich determinierte Widersprüchlichkeit psychiatrischer Praxis kritisch zum abstrakten Subjekt hin aufzulösen. Dabei gerät fast programmatisch die Tatsache aus dem Blickfeld, daß Arzt wie Patient *Teilarbeiter* an unterschiedlichen Orten sind. In der Konsequenz läßt sich ihr Verhältnis, da die konkrete gesellschaftliche Bestimmung der ärztlichen Tätigkeit dabei (als „Behandlung“) mit verschwindet, als eines nur noch unterschiedlicher *Rollen* beschreiben, die als Verhaltensanforderungen von der Gesellschaft „aufgepfropft“ werden und die lediglich „einige technische oder quasi-technische Funktionen“ widerspiegeln. Die Beziehungen des Personals und der Patienten zueinander definieren sich nun „im Hinblick auf die persönliche Realität jeden Mitglieds der Gemeinschaft“ (s. o.). Wir finden dementsprechend bei den Antipsychiatern auch keine Angaben über die mögliche gesellschaftliche Perspektive der ‚geheilten‘ Patienten.

Mit der Negation der objektivierenden Behandlung wird konsequent auch deren Theorie der Krankheit als bloße Etikettierung negiert. Das Subjekt tritt in seiner „persönlichen Realität“ der Gesellschaft entgegen, von der man sich abstrahierend scheinbar befreit hat. „Es gibt keinen ‚Zustand‘ wie ‚Schizophrenie‘, doch das Etikett ist ein soziales Faktum und das soziale Faktum ein *Politikum*“²¹, das der Erklärung und Kritik bedarf. So gelangt die Anti-Psychiatrie, freilich um den Preis des begrifflichen Verlusts ihres eigenen konkreten Verhältnisses zur Gesellschaft als Teil der gesellschaftlichen Gesamtarbeit, zur beschriebenen subjektivistischen Konzeption des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft und ihrer Praxis.

Diese Bemerkungen sollen zunächst die strukturellen Bedingungen der Fehlerhaftigkeit des anti-psychiatrischen Ansatzes klären helfen, ohne den Anspruch einer umfassenden Analyse zu erheben²². Innerhalb einer kritischen Geschichte der Psychiatrie wäre wesentlich mehr Gewicht zu legen auf die relativen Verdienste der Anti-Psychiatrie im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Therapieform der Therapeutischen Gemeinschaft und dem Versuch, die soziale Tatsache der psychischen Krankheit in einen politischen Kontext zu stellen. An dieser Stelle ging es nur um die Kritik der gesellschaftstheoretischen Grundannahmen der Anti-Psychiatrie.

Meta-Psychiatrie: Universalisierung der Gewalt

Mit dem „meta-psychiatrischen“ Ansatz Franco Basaglias und seiner Mitarbeiter²³ haben sich bereits Heinz-Harald Abholz und Irma Gleiss auseinandergesetzt²⁴. Ausgehend vom Gesellschaftsbild Basaglias, das sie als „Version der Kritischen Theorie“ mit der „Annahme der Eindimensionalität der kapitalistischen Gesellschaft“²⁵ charakterisieren, richtet sich ihre Kritik auf die logische Konsequenz jener Theorie, die ihrer Ansicht nach auch Basaglia zieht, nämlich die sozialen Randgruppen als einzig mögliche Träger revolutionärer Veränderung zu begreifen, womit im konkreten Fall die psychiatrischen Patienten gemeint sind.

Basaglias Gesellschaftsbild teilt zwar einige Grundelemente mit der „Kritischen Theorie“, nicht aber an allen Stellen deren immanente Folgerichtigkeit. Die Brüchigkeit und Unschärfe seines Ansatzes verweisen auf die methodologischen Bedingungen, unter denen

21 Laing 1967, S. 110.

22 Ein solcher Erklärungsversuch hätte eine Reihe wichtiger Bedingungen zu berücksichtigen, wie die Ökonomie des psychiatrischen Sektors, die sozialtechnische Reform seitens des spätkapitalistischen Staats, die auf eine Erhöhung der therapeutischen Rentabilität zielt, den Einfluß dieser Reformpolitik auf neuere psychiatrische Konzeptionen wie etwa die Gemeindepyschiatrie in Frankreich und Italien (vgl. dazu: Basaglia und Basaglia Ongaro 1972) sowie Einflüsse der bürgerlichen Ideologie im weitesten Sinne.

23 Basaglia 1971, Basaglia und Basaglia Ongaro 1972.

24 Abholz/Gleiss, Argument 71, 1972.

25 Ebd., S. 82.

dieser entstand und formuliert wurde. Für Basaglia stellt sich die kapitalistische Gesellschaft dar als Universum von Gewalt und Ausschluß:

„Familie, Schule, Fabrik, Universität und Krankenhaus sind Institutionen, die auf einer strengen *Rollenverteilung* gründen, nämlich der genau festgelegten *Arbeitsteilung* (Herr und Knecht, Lehrer und Schüler, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Arzt und Patient, Befehlshaber und Befehlsempfänger). Das bedeutet, daß diese Institutionen eine scharfe Trennung in die Gruppe der Machthaber und die Gruppe der Machtlosen etablieren. Daraus läßt sich wiederum ableiten, daß die Rollenverteilung gleichzusetzen ist mit Gewalt und Unterdrückung in dem Verhältnis von Macht und Ohn-Macht, und diese bedeutet wiederum den Ausschluß der Ohn-Mächtigen durch die Mächtigen, Gewalt und Ausschluß bestimmen jede mögliche Beziehung in unserer Gesellschaft“²⁶.

Basaglia zufolge fungieren die Institutionen — so unterschiedlich sie realiter aussehen mögen — nicht nur als Träger der Gewalt, als Vermittlungsinstrumente der Herrschaft der Mächtigen, sondern sie werden geradezu durch die Notwendigkeit, Gewalt auszuüben und diese gleichzeitig in der heutigen Gesellschaft als offene nicht mehr kenntlich machen zu können, produziert. Der Widerspruch, der sich darin äußere, führe zur ideologischen Legitimierung der Institutionen als notwendig für die Erziehung, die Heilung der Kranken etc. Damit erscheine aber die den Institutionen innewohnende und durch sie produzierte Gewalt mystifiziert. Die neuen Träger der Institutionen — „der neue Sozialpsychiater, der Psychotherapeut, der Sozialarbeiter, Betriebspsychologe und Industriesoziologe (um nur einige zu nennen)“²⁷ — deren Arbeit in dieser Mystifikation als sozialtechnische erscheine, garantierten „mit ihrer vermeintlich wiedergutmachenden gewaltlosen technischen Arbeit in Wahrheit nur den Fortbestand der globalen Gewalt“²⁸.

Praktisches Resultat therapeutischer Tätigkeit der Psychiatrie sei demzufolge die Verlängerung des Objektstatus der Kranken, mit dem diese — dies das wesentliche Ziel der Aktivität — sich abzufinden hätten. Die therapeutische Maßnahme setze in diesem Sinn die Diskriminierung der sozialen Unterlegenheit des Kranken mit anderen Mitteln fort. Klassische wie neuere Psychiatrie fungieren — so gesehen — als wissenschaftlich-ideologische Rechtfertigung des durch Anstalten und Kliniken ausgeübten Zwangs, an dem Psychiater, Therapeuten und das übrige Personal partizipieren, einerlei, ob sie der Mystifikation der Gewalt aufsitzen oder nicht. — So versetzt sich Basaglia in ein abstraktes Dilemma:

„Die Aufgabe des Psychiaters kann also nur darin bestehen, auf Scheinlösungen zu verzichten und die *Gesamtsituation*, in der alle, Ausgeschlossene wie Ausschließende, leben, *ins Bewußtsein* zu

26 Basaglia 1971, S. 116; Hervorhebungen durch uns, d. V.

27 Basaglia 1971, S. 125.

28 a.a.O.

rücken. Die Figur des „Therapeuten“ bleibt ambivalent, solange wir uns nicht darüber klarwerden, welches Spiel man von uns verlangt. Wenn die therapeutische Arbeit darauf hinausläuft, den Patienten daran zu hindern, daß sich sein Bewußtsein, ausgeschlossen zu sein, vom besonderen Umkreis seiner „Verfolgung“ (Familie, Nachbarn, Anstalt) in eine *globale Dimension* verlagert (daß er nämlich von einer Gesellschaft ausgeschlossen ist, die effektiv nichts von ihm wissen will), dann bleibt uns nichts anderes übrig, als *jede therapeutische Maßnahme abzulehnen, die nur darauf ausgerichtet ist, die Reaktionen des Ausgeschlossenen gegen den, der ihn ausschließt, abzumildern*. Das setzt jedoch voraus, daß wir selbst, die Verwalter der Macht und der Gewalt, uns bewußt werden, *unsererseits Ausgeschlossene zu sein, weil wir in unserer Rolle als Ausschließende genauso verdinglicht werden*²⁹.“

Der Handlungsspielraum des Psychiaters, der sich seiner Lage unter diesen Umständen bewußt wird, erscheint drastisch verengt auf die Möglichkeit der Kritik. Einerseits geht es dabei um die Kritik psychiatrischer Ansätze generell unter dem Aspekt ihrer gesellschaftlichen Funktion, zum anderen darum, den Kranken ihre Situation als Ausgeschlossene transparent zu machen, d. h. ihnen ihre Asylsituation und — damit vorgegeben — ihren Status und Zustand als Qualität der spezifischen Beziehung zwischen ihnen und der Gesellschaft einsichtig zu machen. Damit hat der kritisch-therapeutische Impuls freilich schon seine Grenze erreicht, denn die Gesellschaft ist — und darüber ist sich Basaglia durchaus klar — aus den Asylen und Anstalten heraus nicht zu verändern. Die politische Perspektive der Kranken außerhalb der Anstalt verliert sich in vage Hoffnung auf Sand im Getriebe, darauf,

„... daß die *Gegenwart von Störelementen in anderen Institutionen*, wie Familie, Schule und Fabrik, von Individuen also, die aus einer psychiatrischen Anstalt entlassen wurden, welche nicht länger Abladeplatz für die äußeren Widersprüche sein will, dazu verhelfen könnte (analog zum Widerspruch der „Norm“ an einem Ort des Abnormen), *die eigentlichen Widersprüche im Bereich der sogenannten „Norm“ zu demaskieren*. Der ehemalige Anstaltspatient kann seine Rolle als reintegriertes Individuum dank seiner Begegnung mit einer Institution zur Reintegration zwar ausüben; aber seine Rückkehr in die Außenwelt kann auch durchaus dazu beitragen, die vom System gewollte Eindimensionalität der Welt offenkundig zu negieren. *Damit würde seine bloße Präsenz zur Infragestellung des Systems beitragen*. Gleichzeitig würde er damit die Richtigkeit einer Aktion beweisen, in der sich eine Institution engagiert hat, welche nicht länger als widerspruchsfreier Abladeplatz für die Antagonismen der Gesellschaft zu existieren beabsichtigt³⁰.“

Solche Passagen lassen Resignation erkennen: Das Problem, therapeutische Institutionen (und damit „Sachwalter der Herrschenden“ oder des „Establishments“ oder der „Mächtigen“ — die Begriffe werden synonym gebraucht) zu sein und das auf Grund des eigenen

29 Basaglia 1971, S. 126; Hervorhebungen durch uns, d. V.

30 Basaglia 1971, S. 367; Hervorhebungen durch uns, d. V.

Anspruchs gleichzeitig negieren zu müssen, hat sich als praktisch unlösbar erwiesen. Die Klinik in Görz, deren „Öffnung“ der Ausgangspunkt des therapeutischen Experiments war, wird heute als reformierte Institution, d. h. als „Therapeutische Gemeinschaft“ weitergeführt. „In theoretischer wie praktischer Hinsicht befinden wir uns in einer Sackgasse“, räumt Basaglia ein³¹; der gesellschaftskritische Ansatz hat — gemessen am Anspruch des kritischen Verfahrens — minimale Ergebnisse gezeitigt. Innerhalb der Institution hat sich ein verändertes Verständnis der Krankheit durchgesetzt, die ehemals geschlossenen Abteilungen sind geöffnet worden — der Institutionscharakter der Klinik freilich blieb.

Dies Mißverhältnis einmal vorausgesetzt, wäre nach den methodischen Irrtümern der Konzeption zu fragen, die solche Konsequenzen unabweisbar machen: Basaglias Gesellschaftskritik bedient sich einer Terminologie, die — obwohl vor dem Hintergrund der Kritischen Theorie negativ gewendet — ihre Herkunft aus der positivistischen Soziologie kaum verbirgt. So werden Familie, Schule, Fabrik, Universität, Gefängnis und Krankenhaus unter den Begriff „Institution“ subsumiert, diese Institutionen gründen auf „*Rollenverteilung*“, die — wie in der Anti-Psychiatrie — mit *Arbeitsteilung* gleichgesetzt wird. Die Gesellschaft wird dabei von Basaglia in zwei „Gruppen“ zerteilt, von denen die eine die „Macht“ und damit „soziale Kontrolle“ über die andere ausübt. Die gesamte Gesellschaft gerät ihm auf diese Weise, ausgehend von der Erfahrung in der Institution Anstalt, in der die Kranken tatsächlich als tätige Elemente des materiellen Lebensprozesses der Gesellschaft nicht mehr fungieren und in der ihre materielle Lebenstätigkeit zur Arbeitstherapie verkommen ist, zu einem abstrakten, kontinuierlichen und statischen Herrschafts- bzw. Verwaltungszusammenhang. Aus dem relativ statischen gesellschaftlichen Teilsystem der psychiatrischen Anstalt, für dessen weitgehend undynamische Innenbeziehungen „Herrschaft“, „Institution“, „Macht“ und „Ausschluß“ (im Sinne der Trennung der Tätigkeit der Patienten vom gesellschaftlichen Prozeß) treffende *Formalisierungen* darstellen mögen, entwickelt Basaglia ein Begriffssystem, mit dessen Hilfe die *gesamte* Gesellschaft zu einem Herrschaftskontinuum verflacht und die Situation der Kranken als exemplarisch und allgemeingültig beschrieben werden kann.

Sein Mandat als Kritiker der Gesellschaft, die als Kontinuum aller Institutionen der Gewalt verstanden wird, bezieht der Psychiater Basaglia aus der Erfahrung der Gewalt in einer Institution. Damit ist die Psychiatrie als Metapsychiatrie in die Kritik der Gesellschaft aufgelöst, mit der Konsequenz, daß ihre Abstraktion zur Kritik der Gewalt über die besonderen gesellschaftlichen Verhältnisse, in der sich die psychische Krankheit befindet und entwickelt, hinweggeht. Indem er die Krankheit als Devianz, als Normkonflikt mit einer vorher *auf Herrschaftskategorien reduzierten* Gesellschaft begreift, verwandelt sich ihm der Kranke unter der Hand zur negativen

31 Basaglia 1971, S. 368.

Charaktermaske der Gesellschaft — eine Reduktion, die ihm angesichts der zuvor konstatierten ohnmächtigen eigenen Position gegenüber der Gesellschaft auch noch therapeutisch die Hände bindet. Jeder organisatorisch konsolidierte Schritt therapeutischer Aktivität droht neue Institutionen und damit neue Gewalt zu schaffen, bringt ihn dem gesellschaftlichen Zusammenhang näher, nötigt ihn zu Kritik und Destruktion — so entsteht eine sich ständig aufs neue festfahrende Situation.

So wie die konkreteren Aspekte des Krankseins einzelner Patienten dieser Rollen-Definition von Krankheit entfallen, so entfällt auch die konkrete therapeutische Arbeit (d. h. die Praxis der Therapeutischen Gemeinschaft) dem theoretischen Zugriff Basaglias. Seine Kritik an den englischen Ansätzen der Anti-Psychiatrie³² geht ebenso am eigentlichen Inhalt des therapeutischen Verfahrens vorbei wie seine eigene Selbstkritik.

Eben die Vagheit der Perspektiven, die Basaglia angibt³³, mag Abholz und Gleiss zu der Annahme bringen, er beschäftige sich mit einer Randgruppenstrategie. Es muß freilich berücksichtigt werden, daß das Buch — erschienen 8 Jahre nach dem Beginn des Experiments in Görz — nicht nur als programmatisches Pamphlet, sondern auch als resignierter Erfahrungsbericht zu verstehen ist, der freilich auf das weitgehende Scheitern des Konzepts in der institutionellen Praxis mit immer abstrakteren und zugleich subjektiveren Ausflüchten reagiert. Nach außen bleibt Basaglia allenfalls noch die Hoffnung, daß „die Gegenwart von Störelementen ... dazu verhelfen könnte, ... die eigentlichen Widersprüche im Bereich der Norm zu demaskieren“; seine Zielsetzung nach innen, die Vereinigung mit den Ausgeschlossenen, ist ein einseitiger und erfolgloser Solidarisierungsversuch geblieben: „In den Augen der Kranken gehören die Ärzte und Pfleger der Außenwelt an“, sagt ein interviewter Patient³⁴ zu einer Zeit, in der die Öffnung der Klinik längst abgeschlossen ist.

Das politische Bewußtsein der Psychiatrie bleibt bei Basaglia eines des Psychiaters, des Sachwalters der Kranken, sein Engagement ist das eines Anwalts des Elends. Der Versuch der Identifikation führt ihn dazu, heterogene Positionen (z. B. Kranke-Arzt) als abstrakt-identische (Ausgeschlossene) zu begreifen, produziert den Zwang zur Abstraktion und schlägt auf die Theoriebildung zurück, indem kapitalismuskritische Begriffe zu Metaphern umfunktioniert werden. Die politischen Konsequenzen bleiben so abstrakt wie die „menschliche“ Beziehung zu den Kranken, deren Situation — an der er selbst teilhat — ihm zum schier unlösbaren Problem wird. Seine oben zitierte Hoffnung, die „bloße Präsenz (des Kranken) würde zur Infragestellung des Systems beitragen“, entpuppt sich als Beschreibung seines eigenen Politisierungsprozesses, dem er unterstellt, er sei ein allgemeingültiger.

32 Vgl. Basaglia und Basaglia Ongaro 1972, S. 123 f.

33 Basaglia 1971, S. 181 f., S. 316.

34 Basaglia 1971, S. 109.

SPK: Universalisierung des Kapitalismus als Krankheit

Wenn Basaglia Gesellschaft auf ein Herrschaftskontinuum reduziert (Abstraktion der in sich vermittelten Totalität), lag der Verdacht nahe, daß die kapitalismuskritischen Kategorien seiner Texte im Grunde nur metaphorischen Wert hatten. Das Sozialistische Patientenkollektiv in Heidelberg (SPK), das hier als dritter Ansatz betrachtet werden soll, versuchte, den wirklichen Stellenwert der Psychiatrie (und des Gesundheitswesens überhaupt) unter den Bedingungen des Kapitalismus zu analysieren und ging doch den gleichen falschen Weg wie Basaglia, den der universalisierenden Identifizierung jedes Moments mit seiner Totalität: Krankheit ist Kapitalismus, und Kapitalismus ist Krankheit. Die Gesellschaft ist dem SPK das Überallgleiche einer bedürfnisfremden Warenproduktion, und „die Verflechtung des Produktionssektors mit dem Gesundheitswesen“ sowie „die totale Unterwerfung des Menschen als zu verschleißende Arbeitsmaschine“ lassen ihm die klassische Einteilung in Sektoren „äußerst obsolet erscheinen“³⁵.

Die Ideologie des SPK läßt sich weitgehend auf zwei Basistheoreme zurückführen, deren eines, der Kapitalismus sei unmittelbar identisch mit der Krankheit („Kapitalismus=Krankheit“, „Kapitalismus-als-Krankheit“) im Zusammenhang steht mit dem zweiten, die Krankheit selbst sei unmittelbar produktiv, demzufolge fände eine (sekundäre) Ausbeutung statt:

„Die Krankenhäuser sind in genau derselben Weise Produktionsstätten wie die Fabriken. Der Patient muß dort alles abliefern, was er produziert hat. Stuhl, Blut, Urin, Gallen-, Nieren-, Blasensteine, Körperteile, Kopfschmerzen, Halluzinationen, Hypertonien, Unruhezustände etc. Diese Produkte werden umgewandelt in Ärzterechnungen, Laborrechnungen, Verwaltungskosten usw. Die Krankheit fließt auf diese Weise in die Staatskasse und meistbietend in den Wirtschaftsprozeß. Ein winziger Bruchteil kommt in Form von Krankenhauseinrichtungen, Medikamenten, Pflegekosten etc. wieder zu dem Kranken zurück. Der Verzehr dieser Konsumleistungen liefert neue Profite an Wirtschaft und Staat“³⁶.

Eine Vorbedingung der Revolution, revolutionäres Bewußtsein, liegt in der Erfahrbarkeit der Widersprüche des Kapitalismus. Diese Erfahrung ist beim SPK reduziert auf die Kategorie Leid:

„Krank ist die Bezeichnung für den Leidensdruck, den jedes Individuum in dieser Gesellschaft aushalten muß, wobei es gleichgültig ist, ob jemand an Kopfschmerzen leidet oder an Schizophrenie. Jede Behandlung, die sich an den Bedürfnissen des Menschen ausrichtet, kann daher nicht die Menschen an die zerstörerischen Verhältnisse anpassen, sondern muß die Verhältnisse den Bedürfnissen des Menschen anpassen helfen“³⁷.

35 IZRU 1972, S. 139.

36 SPK-Dokumentation, Teil I, S. 28.

37 Zit. nach Roth 1972, S. 111.

Da zugleich das SPK behauptet, die Ausbeutung trete heute in der „Form massenhafter psychischer Verelendung“³⁸ auf, läßt sich die den psychisch Kranken zugeschriebene revolutionäre Rolle ermessen. Als politische Triebkraft wirke das subjektive Elend, die Krankheit³⁹; demzufolge wird auch die Krankheit zum Ausgangspunkt ihres gesellschaftstheoretischen Systems genommen. Die Theorie entsteht, indem zwei einander zunächst fremde Momente — Marx' Kritik der politischen Ökonomie und die Erfahrung der Kranken — unvermittelt in eins gesetzt werden; Kapital und Krankheit werden als identisch begriffen in dem Sinne, daß die Widersprüche des Kapitalismus ihren reinsten und aufs höchste zugespitzten Ausdruck in den Widersprüchen des einzelnen, der darum krank sei, hätten — das Wesen des Kapitals erscheine also in der Krankheit.

Damit ist zweierlei erreicht: Die Krankheit ist zum einen scheinbar begrifflich gefaßt und der bedrängten subjektiven Vernunft habhaft gemacht, zum anderen erscheint sie wie die Gesellschaft als Zwangsmoment von außen. Beides wirkt nun zusammen, erscheint als identisch, wird so lebensbedrohend und mörderisch⁴⁰ und muß bekämpft werden um des reinen Überlebens willen. Die Erfahrung der Bedrohung von außen (vermittelt durch die Schwierigkeiten, die dem SPK seitens der Psychiatrie, der Universität und der staatlichen Gewalt bei dem Versuch gemacht wurden, sich als Organisation zu stabilisieren), erklärt vielleicht zusammen mit der erlebten Bedrohung durch die Krankheit den extremen Dogmatismus und die radikale Selbstisolierung der Gruppe. Ihr ging es um alles oder nichts:

„Die Organisation, die diese Einheit (von Theorie und Praxis, d. V.), ausgehend von der Krankheit, entwickelt hat, nämlich das SPK an der Universität Heidelberg, ist durch ihren konsequenten Kampf gegen die mörderischen Verhältnisse zum Feind all derer geworden, die sich noch mit allem oder auch nur Wenigem im Kapitalismus abfinden, noch glauben, irgendwelche „Privilegien“ oder „individuellen“ Spielräume verlieren zu können. Wer sich nicht als totales Objekt der Verhältnisse begreift und nicht aus subjektivem Leidensdruck den revolutionären Kampf führt, sich also gegen die dialektische Theorie und Praxis stellt, übt Verrat an der Revolution und damit an sich selbst als bewußtloser Sklave des Kapitals“⁴¹.

Implizit finden wir auch hier den anti-psychiatrischen Topos der geschichtslosen Ausgrenzung des Individuums aus dem gesellschaftlichen Zusammenhang wieder: Der einzelne soll „totales Objekt“ der Verhältnisse sein und ist es doch wieder nicht, kraft jener unkonkreten, geheimnisvollen Instanz, als die er „aus subjektivem Leidensdruck“, aber als von allen Konzessionen an die Gesellschaft (= Kapi-

38 SPK-Dokumentation, Teil I, S. 1.

39 An dieser Stelle träfe Abholz' und Gleiss' Kritik der antipsychiatrischen Randgruppenstrategie den Kern der Sache.

40 SPK-Info 1.

41 SPK-Dokumentation, Teil II, S. 144.

talismus) gereinigtes Subjekt diese Gesellschaft bekämpfen soll. An die Stelle des Widerspruchs Lohnarbeit-Kapital, aus dem die objektiv führende Rolle der Arbeiterklasse in der sozialistischen Revolution abgeleitet wird, ist der Schein-Widerspruch Krankheit-Kapital getreten. Die Krankheit — als soziale Tatsache im Prinzip ableitbar aus den Widersprüchen der kapitalistischen Gesellschaft, aber keineswegs diese Widersprüchlichkeit selbst — soll gelten als objektive Bestimmung des revolutionären Potentials, doch das Kriterium, das dem SPK den konsequenten Revolutionär definieren soll, ist ein subjektives: der Leidensdruck des einzelnen. Damit gerät das SPK vor die nicht lösbare Aufgabe, die revolutionäre Klasse aus den einzelnen, leidenden, reinen Subjekten konstituieren zu wollen. Dementsprechend hat nur die bloße Tatsache strategisches Gewicht, daß die Kranken krank sind und daß dies — so das SPK — unmittelbar auf die bedürfnisfremden, negierend-mörderischen Verhältnisse des Kapitals zurückzuführen ist. Um die vom SPK immer wieder nachdrücklich behauptete Identitätsformel Kapitalismus = Krankheit auf der Höhe ihrer kahlen Abstraktion halten zu können, müssen vermittelnde Kategorien, die eine differenzierte Betrachtung von Krankheitsursachen und -verläufen ermöglichen würden, geradezu qua Reduktion ausgeschaltet werden. In diesem Sinn fungiert „das an der politischen Ökonomie orientierte Kategoriensystem der radikalen Dialektik“ als „überragendes Diagnostikum und Therapeutikum“⁴².

Konsequenterweise wird die Therapie im SPK zur Einzel- oder Gruppen-„Agitation“ — die Kranken lernen, sich als „totales Objekt der Verhältnisse“ zu begreifen, sich „auf den Begriff“ zu bringen. Dazu muß sowohl der Kranke wie die Gesellschaft zum äußersten Abstraktum erhoben werden. Jede nicht auf das Kapital und die gesellschaftlichen Widersprüche rückbezogene Lebensäußerung fällt tendenziell hinter den „Begriff“ zurück, es sei denn, sie würde begrifflich assimiliert. Kommunikationsebenen, die „unterhalb“ des Kampfes der Kranken gegen das Kapital liegen, werden so anachronistisch, weichen der notwendigen Konsequenz aus, tendieren dazu, reaktionär zu sein: der Gruppe erscheint nur noch agitatorische Kommunikation sinnvoll. Damit nimmt ihre Selbstisolierung geradezu groteske Formen an — es gibt keine Klasse, Organisation oder auch nur Gruppe mehr, die dem SPK als politischer Bündnispartner akzeptabel wäre.

War bei Laing das Individuum als Monade in der Welt subjektiver Erfahrung zur Identität mit sich gekommen, so gelangt — dem SPK zufolge — die Gesellschaft nur noch in den Kranken zum Bewußtsein ihrer selbst, freilich über den Kurzschluß der völligen Identität des Individuums mit den Verhältnissen. So bedeutet die Befreiung der Gesellschaft die der kranken Individuen, ihr Aktionismus erscheint als nötige Konsequenz.

42 SPK-Dokumentation, Teil I, S. 4.

Fehlerverwandtschaft

Anfangs wurde darauf hingewiesen, daß alle drei Ansätze mit praktischen Veränderungen innerhalb von Krankenhausabteilungen begannen. In diesen Abteilungen standen sich Ärzte und Patienten in einer gesellschaftlich bestimmten Beziehung gegenüber, die zwei Komponenten enthält: ein Moment unbestimmter, abstrakter Gesellschaftlichkeit, in der Arzt und Patient sich als gleichrangige Subjekte zueinander verhielten, und ein konkretes Moment gesellschaftlicher Arbeit, das den Kranken zum Objekt des Arztes machte.

Das Motiv der Objektivierung der Kranken taucht in allen drei Ansätzen in verschiedener Form auf. Für die Anti-Psychiater war der Kranke seiner wahren Identität entfremdet und damit nicht mehr er selbst, Basaglia faßte den Kranken als Opfer einer Rolle, die ihm von den Institutionen aufgezwungen war und die ihn aus der Gesellschaft ausschloß, beim SPK war der Kranke totales Objekt der Verhältnisse, deren Widersprüchlichkeit direkt in der Krankheit erschien. Gemeinsam ist den Konzeptionen, daß die Objektivierung der Kranken als unmittelbar durchschlagende Auswirkung der — je verschieden gefaßten — Gesellschaft in die Therapie-Situation begriffen wurde, nicht als Auswirkung und Bedingung ihrer eigenen Arbeit. Die therapeutische Institution wird nicht als von anderen gesellschaftlichen Bereichen unterschiedener Arbeitszusammenhang begriffen, sondern abstrakt funktional, quasi als lineare Verlängerung der gesellschaftlichen Verhältnisse. Die traditionelle Therapie bewirkt demzufolge im Krankenhaus, was die Gesellschaft außerhalb schon immer tut — sie entfremdet die Individuen sich selbst, schließt sie weiterhin aus (oder ein), beutet sie aus. Die Arbeit der Therapie, deren Methoden Produkt geschichtlicher Entwicklung eines bestimmten Praxisbereichs waren, wird nur noch in den Kategorien ihrer scheinbar gesellschaftlichen Funktionalität gesehen.

Die Negation der Objektivierung der Kranken durch den therapeutischen Arbeitsprozeß negiert zunächst die Seite der konkreten Tätigkeit des Therapeuten und versucht, die therapeutische Situation, in die scheinbare Unmittelbarkeit und reale Unvermitteltheit der Subjektbeziehung hinüberzuziehen. Die Arzt-Patient-Beziehung wird metaphysisch. Die „Behandlung“ zielt jetzt auf einen Teilbereich der kranken Persönlichkeit, der regenerationsfähig *aus sich*, d. h. qua definitione nicht krank im Sinne von nicht *gesellschaftlich determiniert* ist: Die Heilung kann nur in der Negation dessen, was krank macht, gesucht werden.

Mit der Objekthaftigkeit wird vom Individuum gleichzeitig seine gesellschaftliche Determination und Tätigkeit abgezogen. Die Gegen-Psychiatrie gelangt so zu un-wirklichen Subjekten, deren konkrete Seiten der Gesellschaft zugeschlagen werden. Die Gesellschaft erscheint nun gewissermaßen als von den kranken Individuen abz ziehbare Folie; ihr eigenes Wesen, das vorher in der Krankheit erschien, besteht einzig noch in jener krankmachenden Qualität — der Anti-

Psychiatrie zufolge Entfremdung, Gewalt und Ausschluß bei Basaglia, Ausbeutung beim SPK. Substantiell erscheint jetzt die Gesellschaft auch als lineare Verlängerung dessen, was am Kranken als gesellschaftlich begriffen wurde — seiner Krankheit.

Ein theoretisches Verfahren, das die Kranken ihren gesellschaftlichen Bestimmungen entreißt, das Krankenhaus als getreues Abbild der Gesellschaft begreift und so den eigenen gesellschaftlichen Ort in seiner Universalisierung für die Gesellschaft selbst hält, gerät unweigerlich in die Gefahr, eine Schein-Kritik zu produzieren. Seine Begriffe sind an einzelne, in ihrer Bestimmtheit nicht begriffene Momente der Oberfläche der bürgerlichen Gesellschaft gebunden. Das Wesen des Kapitalismus ist es eben nicht, repressiv zu sein, herrschaftstechnische Rollenverteilungen zu schaffen usw. — das sind Merkmale bisher jeder Gesellschaftsformation. Durch den Subjektivismus der gegen-psychiatrischen Gesellschaftskritik verlieren deren Kategorien ihren analytischen Charakter und gewinnen den Stellenwert von Metaphern, die einzelne erfahrene Momente verallgemeinern. Die Übernahme von Teilen der Marxschen Terminologie erscheint nun eher als Konzession, um die Legitimation der politischen Intentionen der Gegen-Psychiater zu untermauern. Die Wendung der Gegen-Psychiatrie — um nicht zu sagen: ihre Flucht — in die Politik entspricht vollkommen ihrer eigenen Logik. Die Negation der Objektivierung impliziert die Negation der Möglichkeit, weiter als Therapeut unter den jeweiligen institutionellen Bedingungen arbeiten zu können. Ist einmal abstrakt die Gesellschaft als krankheitsverursachender Faktor und die traditionelle therapeutische Tätigkeit als dessen Verlängerung erkannt, wird die Gesellschaft selbst zum unmittelbaren Gegenstand des Therapeuten. Hier löst sich die Therapie als spezifische Tätigkeit auf und nimmt die Form der „reinen Politik“ an.

Für Laing war Politik diejenige der Erfahrung. Die Meta-noia hatte für die Gesellschaft exemplarischen Stellenwert, die Gesellschaft — ein Abstraktum außerhalb der wahren Identität der Individuen — sollte in der Summe ihrer Individuen zu sich selbst kommen. Auf diese Weise von Entfremdung befreit, hätte sie sich gleichzeitig aufgelöst. In der Konsequenz dieses Arguments käme man etwa zum Übergang der Gesellschaft in eine umfassende Subkultur. Laing ist Realist genug, um die Unmöglichkeit zu sehen — der Widerspruch bleibt ihm freilich unlösbar.

Basaglia hält an der Therapie fest und gerät in der Folge seiner Gesellschaftskritik ebenfalls in Widersprüche: Sein Versuch, mit der Öffnung der Klinik in Görz, in der Aufhebung der Rollenbeziehung von Macht und Ausschluß die Institution selbst zu negieren, mißlingt. Der therapeutische Charakter seiner Praxis bleibt, allen Veränderungsversuchen zum Trotz, bestehen, er selbst bleibt der Therapeut, der er nicht sein will, und scheitert in dieser Aporie. Träger seiner politischen Hoffnung sind die Kranken, die in die Gesellschaft zurückgehen und dort als moralisches Moment wirken sollen, indem

sie denen (von ihm angenommene) Eindimensionalität in Frage stellen.

Im SPK schließlich ist begrifflich mit der konkreten Person und ihrer individuellen Krankheitsgenese von vornherein jede Therapie als konkretes Arbeitsmoment ausgelöscht. Die Krankheit, identifiziert mit den Widersprüchen der Gesellschaft, ist hier heilbar nur unter der Bedingung der Revolution, die freilich nicht mehr als proletarische, sondern als die der Kranken selbst gegen das Kapital bestimmt wird. Im SPK finden wir die dezidierteste Form einer Randgruppenstrategie — hier wird Therapie unmittelbar zur politischen Aktion. Freilich läßt sich auch beim SPK, das anfangs nur beweisen wollte, daß die Kranken politisch organisierbar seien, und so Forderungen nach „Patientenkontrolle“ innerhalb der Kliniken erhob, noch von Therapie reden. Ähnlich wie in den beiden anderen Ansätzen wird zwar die Tätigkeit des Therapeuten, der im SPK nur als „ärztlicher Funktionsträger“ begriffen wurde, negiert, auch wird die Heilung der Kranken praktisch an die revolutionäre Veränderung der Gesellschaft geknüpft, aber es bleibt ein Therapiemoment in der gegenseitigen Agitation der Mitglieder.

In allen drei Ansätzen bleiben Behandlungsmomente praktisch wirksam, bleiben die Krankheit und ihre Heilung oder Aufhebung realiter das zentrale Problem, nur verbietet die gemeinsame Struktur ihres Fehlers den Gegen-Psychiatern konkrete und praktisch effiziente Schritte zur Verbesserung ihrer Therapie über die Therapeutische Gemeinschaft hinaus. Insofern sie therapeutisch arbeiten, bleibt die Objektivierung der Kranken *notwendiges Moment* der Therapiesituation. Eine Veränderung therapeutischer Praxis, die auf die Aufhebung dieser Subjekt-Objekt-Beziehung zielt, muß um den Preis der Aufgabe des Begriffs der *eigenen* Gesellschaftlichkeit erkauft werden. Unter dieser Abstraktion wird jeder Veränderungsschritt voluntaristisch, da nicht mehr genau beschrieben und erklärt werden kann, was man nun eigentlich in der Realität erreicht. Veränderungen folgen hier gerade konzeptionell der eigenen Abstraktionsbewegung hin zur Subjektbeziehung und werden allenfalls als bereits ideologisch begriffene der spröde gebliebenen Wirklichkeit konfrontiert. So geht etwa Basaglias Reaktion auf den Mißerfolg seiner Konzeption nicht über Resignation hinaus. Als grundsätzlich lernfähig hat sich keiner der Ansätze erwiesen.

Es soll und kann hier nicht in Abrede gestellt werden, daß in der Praxis der Gegen-Psychiatrie therapeutische Erfolge erzielt wurden. Es muß freilich bezweifelt werden, ob diese Erfolge eindeutig auf das jeweilige therapeutisch-politische Modell zurückgehen und in seinem Sinne interpretiert werden können. So wäre beispielsweise zu prüfen, inwieweit die therapeutische Technik der implizit oder explizit angewandten Therapeutischen Gemeinschaft innerhalb dieser Modelle bereits hinreichende Bedingung solcher Erfolge war. Die Klärung dieser Frage ginge freilich über den hier gesetzten Rahmen hinaus.

Therapie als gesellschaftliche Praxis

Die Widersprüchlichkeit der traditionellen Anstalts-Psychiatrie, ihre offensichtliche Unzulänglichkeit angesichts der Aufgabe, ihren Patienten zu gesellschaftlicher Lebensfähigkeit zurückzuverhelfen, die sie dazu führt, die übergroße Mehrheit der Kranken in der Tat „aufzubewahren“ und sie dabei hochgradig zu desozialisieren, ist auch seitens der sozialen Fürsorgeinstitutionen problematisiert worden. Liberalisierungsversuche in psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel sozialtechnischer Effektivierung, etwa Experimente mit Therapeutischen Gemeinschaften, haben auch hierzulande in letzter Zeit aufgehört, ein Novum zu sein.

Dieser Widerspruch, der von den Gegen-Psychiatern umstandslos als unmittelbar politischer verstanden wurde, kann nicht einfach — das zeigten deren Versuche — durch die willkürliche Umdefinierung und Veränderung des Arzt-Patient-Verhältnisses gelöst werden. Man gelangt so unter sehr günstigen Umständen zwar zu institutionellen Freiräumen, die sich eine Zeitlang erhalten lassen. Keineswegs ist aber damit der Anspruch begründbar, von hier aus die Gesellschaft politisch verändern zu können, nur weil man für eine Weile und partikular den Verwertungszusammenhang der kapitalistischen Gesellschaft innerhalb der eigenen Institution aufgehoben hat. Grob gesagt: der Kapitalismus ist mit Mitteln einer wie immer verstandenen Therapie weder aufzuheben noch zu ändern. Das ist eine gewiß nicht originelle, aber immer noch nicht selbstverständliche Einsicht für etwa eine Reihe „fortschrittlicher“ Therapeuten, die — ausgehend von Änderungen der Individuen und ihrer Beziehungen untereinander — noch an die therapeutische Verbesserung der bürgerlichen Gesellschaft glauben.

Es genügt noch nicht, das Krankheitsverständnis der Psychotherapie um die Einsicht in die gesellschaftliche Genese der psychischen Krankheit zu bereichern, ihre Praxis und deren offene oder verdeckte politische Zielsetzung aber unhinterfragt zu lassen. Auch diese Praxis selbst muß als gesellschaftliche Teilarbeit begriffen und untersucht werden. Verwischt man den entscheidenden Unterschied zwischen politischer und therapeutischer Praxis, so geht gleichzeitig die Möglichkeit ihrer Vermittlung verloren. Die *unmittelbar* politische Interpretation der Therapie führte nicht nur zu einem entstellten Gesellschaftsbegriff, sondern darüber hinaus zur Unmöglichkeit, die eigene therapeutische Praxis konkret und doch nicht begriffslos, d. h. orientiert an der Krankheit der Individuen und gleichzeitig am Kontext wirklicher gesellschaftlicher Veränderungen, weiterzuentwickeln. De facto bedeutet der Voluntarismus in der Psychotherapie ihre Ausgrenzung aus der gesellschaftlichen Realität: die Patienten werden zu Subjekten ihrer eigenen Befreiung von Krankheit, Entfremdung und Ausbeutung stilisiert und sind damit hoffnungslos überfordert.

Die Forderung der Patienten wie der Gesellschaft an die Ärzte, daß Therapie effektiv zu sein habe und daß sie dazu verhelfen müsse,

unverwirrt kommunizieren und arbeiten zu können, ist legitim. In diesem Sinne ist die Therapie der politischen Praxis gegenüber formal: sie versucht, die Störung der Fähigkeit des Kranken zu beheben, unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen, gewissermaßen als bürgerliches Individuum, existieren zu können. Als spezifische Tätigkeit mit bestimmtem Ziel ist sie Teilmoment gesellschaftlicher Praxis.

Wendet man die Reflexion ihrer Gesellschaftlichkeit auf die Therapie-Praxis selbst, so ergibt sich aus der Beziehung zwischen Patient und Therapeut die Einsicht in die Notwendigkeit, bewußt eine zweite Beziehungsebene zwischen ihnen aufzunehmen, die dem Gesichtspunkt Rechnung trägt, daß sich beide über den therapeutischen Arbeitszusammenhang hinaus als Subjekte gegenüberstehen. Die Vernachlässigung dieses letzten Moments führt zur Verabsolutierung des Behandlungsmoments und zu der nicht selten gezogenen Konsequenz, das kranke Individuum nur als Patienten, seine Kommunikation nur therapeutisch, seine Tätigkeit nur noch unter psychologischen Gesichtspunkten zu sehen. Die Verallgemeinerung dieser Sichtweise läuft auf eine vom einzelnen Individuum ausgehende psychologisierende Gesellschaftsauffassung hinaus. Auch so kann man eine „Gesellschafts-Therapie“ begründen. Die Verabsolutierung des anderen Moments versuchten wir als strukturellen Fehler der Gegen-Psychiatrie zu zeigen.

Es geht also darum, den Zusammenhang und die Wechselwirkung dieser beiden Momente innerhalb der therapeutischen Praxis nicht zu verlieren. Die Einsicht in die Wechselbeziehung zwischen Individuum und Gesellschaft kann es dem Therapeuten nicht erlauben, bei der Entschlüsselung des subjektiven Sinns der Tätigkeit des Patienten zu verharren und zu versuchen, allein hier, im Bereich seiner Individualität, ihm zu sinnvoller Tätigkeit zurückzuhelfen. Hier geht es gerade um die Rekonstruktion eines Sinnzusammenhanges, der aus der Subjektivität von Patient wie Therapeut nicht erschlossen werden kann, eben weil er sich wesentlich aus dem gesellschaftlichen Zusammenhang ergibt. Der Bezug der Tätigkeit des kranken Individuums zur gesellschaftlichen Praxis, d. h. die Bedeutung seines Tuns, muß sichtbar gemacht werden können, um ihm die Möglichkeit zu verschaffen, sich kraft eigener Einsicht in das Bedingungsgefüge eigenen Handelns langfristig und grundsätzlich orientieren und bestimmen zu können. Es geht darum, subjektiven Sinn und gesellschaftliche Bedeutung in bestimmter Weise in Beziehung zu setzen. Dabei muß auch die Bedeutung der eigenen Tätigkeit vom Individuum erschlossen werden. Es wird hier Analyse und Diskussion auf der Ebene vernünftigen politischen Handelns und nicht Therapie im üblichen Sinne erforderlich. Die relativen Unterschiede der Genese individueller Krankheit und der Entstehung der gesellschaftlichen Vermittlung des Individuums machen die Unterscheidung der beiden angedeuteten Handlungsebenen für die Therapie unbedingt erforderlich.

Literatur

- Abholz, Heinz-Harald, u. Irma Gleiss: Zur Frage der Anpassung in der psychiatrischen Therapie — dargestellt am Beispiel des Buches „Die negierte Institution“. In: Das Argument 71, 14. Jg., Berlin/West 1972, S. 79—87.
- Basaglia, Franco (Hrsg.): Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt/M. 1971.
- Basaglia, Franco, u. Franca Basaglia Ongaro: Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle. Frankfurt/M. 1972.
- Bateson u. a.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt/M. 1969.
- Boyers, Robert, u. Robert Orrill (Hrsg.): Laing and Antipsychiatry. Harmsworth 1972.
- Cooper, David: Psychiatrie und Antipsychiatrie. Frankfurt/M. 1971.
- Helm, J. (Hrsg.): Psychotherapieforschung. Fakten, Versuche, Fragen. Berlin/DDR 1972.
- IZRU (Informationszentrum Rote Volksuniversität für das ehemalige SPK): Zum Problem Widerstände, die sich der praktischen Kritik entgegenstellen, wenn die Widersprüche des Systems Krankheit/Kapitalismus/Knast durch die Patientenselbstorganisation entfaltet werden. In: Kursbuch 28, Berlin/West 1972, S. 121—139.
- Laing, Ronald D.: Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt/M. 1970.
- Laing, Ronald D., u. A. Esterson: Sanity, Madness and the Family. Harmsworth 1970.
- Laing, Ronald D., H. Phillipson u. A. R. Lee: Interpersonelle Wahrnehmung. Frankfurt/M. 1971.
- Leontjew, A. N.: Probleme der Entwicklung des Psychischen. Berlin/DDR 1971.
- Löther, Rolf: Medizin in der Entscheidung. Eine Einführung in die philosophischen Probleme der medizinischen Wissenschaft. Berlin/DDR 1967.
- Polack, Jean-Claude: La médecine du capital. Paris 1971.
- Roth, Jürgen: Psychiatrie und Praxis des Sozialistischen Patientenkollektivs. In: Kursbuch 28, Berlin/West 1972.
- Sève, Lucien: Marxismus und Theorie der Persönlichkeit. Berlin/DDR 1972.
- SPK: Dokumentation zum Sozialistischen Patientenkollektiv Heidelberg (2 Teile). Hrsg.: Basisgruppe Medizin Gießen, Fachschaft Medizin Gießen.
- SPK: SPK — Info Nr. 1. Flugblatt. Berlin/West.