

Robert Castel

Vom Widerspruch der Psychiatrie

»Wenn nun die Psychiatrie – durch die Be-teuerung der Wissenschaft, die Symptome seien unverständlich – an der Ausschließung des ›Geisteskranken‹ beteiligt war, so muß man sie doch zugleich auch als Ausdruck eines Systems sehen, das bisher glaubte, die eigenen Widersprüche zurückweisen und beseitigen zu können, indem es sie einfach vor sich hin bzw. beiseite schob und von ihrer Dialektik nichts wissen wollte, – be-strebt, sich ideologisch als eine wider-spruchsfreie Gesellschaft zu verstehen. [...] Wenn der Kranke tatsächlich die einzige Realität ist, mit der wir uns zu befassen haben, so müssen wir uns allerdings mit beiden Gesichtern dieser Realität auseinan-dersetzen: 1. mit der Tatsache, daß wir ei-nen kranken Menschen vor uns haben, der psychopathologische Probleme aufwirft (die dialektisch und nicht ideologisch zu verste-hen sind), und 2. mit der Tatsache, daß wir einen Ausgeschlossenen, einen gesellschaft-lich Geächteten vor uns haben.«

Franco Basaglia,
*Die negierte Institution**

Die Psychiatrie ist die Praxis eines Widerspruchs, sagen wir zunächst schematisierend: zwischen einem mit Nachdruck proklamierten therapeutischen Zweck und den administrativ-politischen Funktionen der sozialen Kontrolle. Doch ist dieser Widerspruch der Psychiatrie nicht unbedingt bewußt. Im Gegenteil, der Psychiater sieht sich selbst fast immer als einen Spezialisten, der kompetent darum bemüht ist, die

* Franco Basaglia, »Die Institutionen der Gewalt«, in: ders. (Hrsg.), *Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*, Frankfurt am Main 1971, S.151.

Geisteskrankheit so »wissenschaftlich« wie möglich zu »behandeln«. Als Traditionalist sucht er das Modell für seine Praxis in der klassischen Medizin; als Mann des Fortschritts erfindet er neue Interventionsweisen, die geschmeidiger, wirksamer und vom traditionellen medizinischen Schema soweit wie möglich entfernt sind. (Heute hat vor allem die Psychoanalyse die Aufgabe, derartige Hilfsmittel bereitzustellen.) Aber in beiden Fällen besteht die der Psychiatrie eigentümliche Wirkungsweise in der *Verschiebung* jener Schwierigkeiten, die ihr inhärent sind. Sie tut so, *als ob* irgendeine Vervollkommnung des Wissens oder irgendeine raffinierte institutionelle Neuerung die Lösung bringen könnte.

Ein Widerspruch liegt dann vor, wenn in einer bestimmten Situation zwei antagonistische Elemente gleichzeitig nebeneinander bestehen, deren Gegensätzlichkeit ohne eine Veränderung der Gesamtsituation nicht überwunden werden kann. Wenn eine solche gesamthafte Veränderung nicht möglich ist, wie sieht dann der Handlungsspielraum der in den Widerspruch verwickelten Subjekte aus? Meistens bearbeiten sie nur die eine – und zwar die leichter zugängliche – Seite des Widerspruchs, während sie die andere negieren, unterschätzen oder sie bloß verbal zu deuten suchen. Das soll nun nicht heißen, daß ihre Anstrengung lächerlich, überflüssig oder gar an sich schlecht wäre. Aber ihr Vorgehen kann noch so rigoros sein, es muß unvollständig bleiben. Da es sich immer nur auf die eine Seite des Widerspruchs bezieht, kann es ihn als ganzen nicht *auflösen*. Im Gegenteil, indem es eine Seite für ungültig erklärt, *verschleiert* es den Widerspruch als Ganzes. Hierin besteht in der Tat die Selbsttäuschung des Akteurs, und hieraus folgt zudem, daß noch seine konkreteste, nüchternste und, warum nicht, ehrlichste Praxis mystifizierend ist. Er glaubt nämlich, alle Schwierigkeiten seiner Aufgabe im Netz seines Interventionsplans eingefangen zu haben. Doch die Aporie, die seiner Praxis innewohnt, hat eben dadurch bereits eine *Verschiebung* erfahren.

Ich möchte nun zeigen, daß das die allgemeine Situation der Psychiatrie ist, nicht als Ideologie – dieser Begriff ist gefährlich –, sondern als *Ersatzpraxis*, als *technische Verhüllung* eines Machtproblems, das sich zunächst anderswo stellt. Oder, genauer, diese Verschiebung von einem soziopolitischen Widerspruch zu einer technisch-wissenschaftlichen Lösung ist das *fundamentale Problem*, auf das sich die Psychiatrie historisch gestützt hat, und bis heute erneuert sie tagtäglich diese selbst-konstituierende Maßnahme. Ich werde also den als Motto vorangestellten Text von Franco Basaglia kommentieren. Nicht, daß ich den Anspruch erhöhe, die Theorie zu seiner Praxis zu liefern; aber die Forderung, die

beiden antagonistischen Seiten des Widerspruchs *zusammenzuhalten* und sie *zusammen* zu erörtern, macht meiner Ansicht nach die Originalität seiner Position innerhalb der psychiatrischen (und selbst der sogenannten antipsychiatrischen) Konzepte aus. Haben nicht alle andern entweder die direkt medikalisierbare oder die direkt politisierbare Dimension der »Geisteskrankheit« gewählt? Doch genau die Nicht-Wahl (d.h. die Wahl, die Basaglia trifft, indem er den Widerspruch weder auf eine simple Alternative noch auf eine abstrakte Umkehrung der traditionellen psychiatrischen Problematik reduziert) enthüllt die Aufgaben und Schwierigkeiten einer politischen Psychiatrie. Es geht nicht darum, das unmögliche Vorhaben einer direkten Politisierung der psychiatrischen Beziehung zu realisieren, sondern eher darum, in der täglichen Praxis jene politische Dimension des Widerspruchs wiederzufinden, die von der Psychiatrie *verschleiert* wurde.

Dieser Widerspruch ist so alt wie die Psychiatrie selbst. Darauf weist bereits der Ausdruck »Spezielle Medizin« hin, mit dem sich diese entstehende Wissenschaft zu Beginn des 19. Jahrhunderts selbst bezeichnet hat. Als erste spezialisierte und institutionalisierte medizinische Disziplin (abgesehen von der Chirurgie, aus ihr eigentümlichen und historisch weit zurückliegenden Gründen) weiß die Psychiatrie von Anfang an, daß sie nicht eine »Spezialität« unter anderen ist, d.h. sie begnügt sich nicht damit, sich schlicht ein Stück vom einheitlichen Komplex, der »das Pathologische« ausmachte, abzuschneiden (wie etwa die Pathologie des Herzens oder der Lungen oder gar des Gehirns).¹ Da ist zum Beispiel Esquirol, der größte und einer der ersten »wahren« Psychiater. Er repräsentiert die erste Ärztegeneration, die sich *ausschließlich* der Geisteskrankheit gewidmet hat (Pinel war quasi ein allgemeiner Arzt – noch bevor es den Begriff gab –, der allmählich dazu gezwungen wurde, den »Unsinnigen« einen zunehmend größeren Platz in seiner Praxis einzuräumen):

»Die Frage der Isolation berührt die teuersten Interessen des als krank erachteten Menschen, sowohl als Mitglied der Familie wie der Gesellschaft. Hier offenbart sich die ganze Schwere und Ernsthaftigkeit einer Krankheit, die den von ihr Befallenen in einen Zustand versetzt, wo ihm die geliebtesten Objekte entzogen werden, wo er sich in seinen Wünschen sowie in der Ausübung seiner Bürgerrechte und Freiheiten gehindert sieht. Hier zeigt sich die Bedeutung der Funktion des Arztes, der gerufen wurde zu beurteilen, ob ein Individuum außerhalb des gemeinen Rechts gestellt werden solle.«²

Man könnte nicht deutlicher sein. Die Sprache des 19. Jahrhunderts enthält noch den Widerhall der Kämpfe gegen den königlichen Absolu-

tismus. Auch gibt hier der Widerspruch viel klarer als in unserer Epoche der psychologisch-psychoanalytischen Konfusion den Sinn seines direkten juridisch-politischen »Einsatzes« preis: die Forderung nach »öffentlicher Sicherheit« einerseits, die »Freiheit der Person« andererseits. Die Hälfte der umfänglichen Erörterungen, die in Frankreich die Abstimmung über das berühmte Gesetz von 1838 begleiteten (und deren Niederschrift zwei dicke und eng bedruckte Bände füllt), befaßt sich explizit mit diesem Gegensatz.³

Das ist der springende Punkt. *Durch die Tatsache ihrer Existenz soll die Psychiatrie den Widerspruch lösen, den sie ausdrückt.* Die pure Tatsache, ihn auf diese Weise, d.h. im Rahmen einer *medikalisierbaren* Problematik zu thematisieren, verschiebt die Aporie, die sich dem Gegensatz von zwei widerstreitenden Prinzipien verdankt und die nun auf der Ebene einer spezialisierten Kompetenz behoben werden soll. Folgen wir abermals Esquirol. Wir haben gesehen, daß für ihn das Spezifische der Psychiatrie und die Ernsthaftigkeit der von ihr aufgeworfenen Probleme darin bestehen, daß sie die *Isolation* erfordert. Was aber ist Isolation? In seiner Sicht ist sie zunächst eine *therapeutische* Maßnahme, die sich aus dem *medizinischen* Gebot ergibt, das Delirium als Hauptsymptom der Geisteskrankheit zu stoppen:

»Die Isolation (*Einsperrung, Einzelhaft*) beruht darauf, daß der Irre all seinen Gewohnheiten entrissen wird, indem er aus seiner gewohnten Umgebung entfernt, von seiner Familie, seinen Freunden, seinen Dienern getrennt und mit Fremden umgeben wird, so daß seine gesamte Lebensführung verändert wird. Zweck der Isolation ist es, die falsche Richtung zu korrigieren, die Verstand und Neigung des Irren eingeschlagen haben: es ist das wirksamste und normalerweise vorteilhafteste Mittel zur Bekämpfung der Geisteskrankheiten.«⁴

Die Isolation ist also diejenige Maßnahme, die im Rahmen einer Konzeption des Wahnsinns als Krankheit aus medizinischen Gründen am ehesten gerechtfertigt erscheint. Sie ist, sagt Esquirol, durch das Ausmaß der Störung, d.h. den Grad der psychischen Verletzung, bedingt. Aber Isolation bedeutet auch *Einsperrung*. Esquirol weiß das sehr wohl, und er ist redlich genug, in Klammern daran zu erinnern. Er weiß ebenfalls, daß die Einsperrung von gewissen gesellschaftlichen Kräften in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts dringlich und auch aus anderen als rein medizinischen Gründen gefordert wird. Bereits im Jahr 1818 hat er eine Untersuchung über die Lage der Irren durchgeführt, und zwar auf Ersuchen des Innenministers, den die unzähligen administrativen, juristischen und finanziellen Probleme, die die »Unsinnigen« aufwarfen, beunruhigten.⁵ Im Laufe der Zeit wird die Administration immer unge-

duldiger. Die mit der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung beauftragten Instanzen verlangen Maßnahmen zur Kontrolle dieser rund zehntausend Individuen, für die keine spezifischen Institutionen vorgesehen sind, die keinen genau umrissenen juristischen Status haben und für deren Unterhalt die nötigen Geldmittel nicht aufzutreiben sind. Am 29. Juni 1835 schickt der Innenminister, der sich zum Sprecher auch der Sorgen seiner Kollegen vom Justizministerium macht, folgendes Rundschreiben an die Präfekten:

»Die öffentliche Sicherheit wird des öfteren gefährdet durch Unsinnige, die sich in Freiheit befinden; sie begehen Morde und Brandstiftung. Der Justizminister fordert die Verantwortlichen in der Administration zur Mitarbeit auf; es ist unerlässlich, daß sich die Administration ernsthaft um Mittel bemüht, diesen bedeutenden Zweig des öffentlichen Dienstes zu reglementieren.«⁶

Auch hier ist der Sachverhalt klar. Die Schwierigkeit gleicht ein wenig derjenigen, die in Epidemieperioden auftaucht und der administrativ mit der Verhängung der *Quarantäne* begegnet wird. Allerdings wirft die Quarantäne weniger Probleme auf, da sie ein zeitlich begrenzter Ausnahmefall ist. Die Geistesstörung hingegen erzeugt tägliche und andauernde Schwierigkeiten. Ihre Symptome sind oft mehrdeutig, ihre Erscheinungsformen nicht vorhersehbar. Deshalb läuft die Einsperrung die Gefahr der *Willkürlichkeit*. Schon empören sich gewisse Anwälte und sprechen von einer Verletzung der Persönlichkeitsrechte. Anlässlich der Verhandlungen des ersten Gesetzentwurfs, den der Innenminister 1837 vorgelegt hatte, beschwor ein Abgeordneter das Schreckbild der »Neuen Bastilles«. Eine solche Sprache war in jener Zeit nicht einmal den gemäßigten Bürgern einer konstitutionellen Monarchie gleichgültig. Parallel dazu nun vollzieht sich, einem Akt der Vorsehung gleich, die Entwicklung der Psychiatrie. Sie wird bald den Raum dieses Gegensatzes zwischen den Hütern der »öffentlichen Sicherheit« und den Verteidigern der »persönlichen Freiheitsrechte« besetzen und verdecken. Präziser ausgedrückt: Es sind die zwei »wissenschaftlichen« Begriffe, die sie in jener Epoche ausarbeitet, die zwischen den antagonistischen Anforderungen eine Verbindung herstellen und ihre Unvereinbarkeit verschleiern werden⁷: auf der einen Seite, wie wir gesehen haben, der Begriff der *Isolation* als segregative Maßnahme, die mit der Notwendigkeit gerechtfertigt wird, »eine Ablenkung des Deliriums zu bewirken« (Esquirol); auf der anderen Seite der Begriff einer »*Speziellen Anstalt*« als wichtigster Beitrag Pinels, der von all seinen Nachfolgern übernommen und ausgebaut wird. Zur Reorganisation des Irrenhauses von Bicêtre, später der Salpêtrière auf »medizinischer Basis« hat Pinel eine

geordnete Klassifikation der Insassen nach ihren wichtigsten Symptomen vorgenommen. Der Raum der Anstalt wurde so nach nosographischen Kategorien strukturiert. Pinel erhob diese Klassifikation zum Kriterium der Unterscheidung zwischen der medizinischen Intention und der repressiven Intervention. Diese medizinisch-institutionelle Struktur wurde für die gesamte entstehende Psychiatrie zur Grundlage jeder vernünftigen Behandlung des Wahnsinns.

Man hat also, sehr schematisch gesprochen, auf der einen Seite die administrativ-polizeiliche Forderung nach *Einsperrung* und auf der anderen Seite die medizinisch-humanistischen Begriffe der *Isolation* und der *Speziellen Anstalt*. Die *Internierung* oder *Unterbringung* (»von Amts wegen« oder »freiwillig«) ist die glückliche Synthese dieser beiden Sachverhalte unterschiedlicher Herkunft. Es handelt sich durchaus um Einsperrung (im Falle der Unterbringung von Amts wegen ist es ein Befehl wie jede andere polizeiliche Anordnung auch), freilich um Einsperrung in einer »Speziellen Anstalt«, welche die zur Ablenkung des Deliriums notwendige »Isolation« gewährleistet und welche nach den Erfordernissen der »sittlich-moralischen Behandlung« organisiert ist, d.h. durch und durch medikalisiert, je nach dem Stand des psychiatrischen Wissens einer Epoche. Die Zone der Einschließung gilt als das optimale therapeutische Milieu, das therapeutische Asyl als ein ebenso effizienter Modus der Absperrung wie das beste Gefängnis. Die gesamte französische Psychiatrie wird ein Jahrhundert lang von diesem Begriff der »Unterbringung« oder »Internierung« leben, den das Gesetz von 1838 mit außerordentlicher Klarheit und Genauigkeit festgelegt hatte. Das medizinische Macht-Wissen hat in perfekter Weise die repressive Amtsgewalt abgelöst, doch das Schreckbild der Willkür ist ausgelöscht – genauer, es ist restlos von den medizinischen Rationalisierungen verdeckt. Die »armen Unsinnigen« empfangen die bestmögliche Behandlung, garantiert durch die besten Spezialisten von tadellosem Ruf, die Psychiater, die sich gleichzeitig als unentbehrliche soziale Gruppe durchsetzen. »Ein glückliches Zusammentreffen«, meint mit bewundernswerter Feinsinnigkeit der Marquis de Barthélémy, der in der Chambre des Pairs über das Gesetz von 1838 Bericht erstattet und der bei der Einführung der rigorosen Maßnahme schlicht den Vorteil der Kranken mit dem Allgemeinwohl zusammenbiegt.⁸

Der *Widerspruch* ist also zu einem simplen (wenngleich in der Praxis äußerst schwierigen) *Problem* geworden, das es technisch-administrativ zu lösen gilt. Freilich ist damit noch nicht alles gelöst, und der anfängliche Enthusiasmus wird schnell schwinden. Die Psychiater werden bald

auf gewaltige finanzielle, administrative und sogar »wissenschaftliche« Hindernisse stoßen, gegen die sie ein paar Jahrzehnte lang noch ankämpfen, indem sie ihre Verfahren zu verfeinern suchen, bevor sie schließlich in den dogmatischen Schlaf des Organisationsfetischismus fallen und in die Grabesstille des Asyls eintauchen. Wie auch immer, *ob lebend oder schlafend, die ganze Psychiatrie zehrt von dieser Verschiebung des Widerspruchs*. Sie hat sich als neue Spezialdisziplin durchgesetzt, weil und indem sie sich die massive gesellschaftliche Forderung ihrer Zeit nach der Segregation einer gefährlichen Menschengruppe zu eigen und deren Einsperrung in geschlossenen Räumen zu ihrer Sache gemacht hat.

Die therapeutische Rationalisierung verwischt den Skandal dieser Dienstbarkeit, die im Widerspruch zu den proklamierten Idealen einer liberalen Gesellschaft steht. Auf der Grundlage der *vollständigen* Wahrnehmung des gesellschaftlichen Mandats hat die Psychiatrie in der Folge ihre *eigentümlichen* Ressourcen entfalten können, indem sie den fragilen Kern des aus der neuen Praxis hervorgegangenen Wissens ausspielte. Sie hat darüber hinaus den guten Willen des Paternalismus mobilisiert, von dem die meisten ihrer frühen Vertreter beseelt waren, um den frühen Stil des Asyllebens zu prägen: jene Kombination aus Autoritarismus und Humanismus, die für die professionellen Armenpfleger und Sozialarbeiter charakteristisch ist. Auf diese Weise hat sie ihren *spezifischen* Beitrag zur sozialen Kontrolle der damaligen Zeit geleistet; sie besorgte die Ersetzung eines direkt repressiven, veralteten und überholten Verfahrens durch ein medizinisch-administratives, das komplexer, subtiler und der neuen Situation besser angepasst war. Während nämlich die direkt repressive Intervention immer nur nachträglich, also nach einer verbrecherischen Handlung, in Kraft tritt, erlaubt die Psychiatrie vor allem die Anwendung vorbeugender Zugriffe, d.h. die *Prävention*. Wir haben mit diesem Begriff noch immer nicht abgeschlossen.

Das Gerede vom »Bullen-Psychiater« ist, wenn der Ausdruck wörtlich genommen wird, schierer Blödsinn. Wenn Polizei und Medizin das gleiche täten, warum gäbe es dann wohl eine Polizei *und* eine Medizin? Die Polizei hat (unter anderen Aufgaben) im Verhältnis zur Geisteskrankheit manchmal mit demselben Widerspruch zu tun wie die Psychiatrie. Aber das ist stets ein Notbehelf, denn sie bearbeitet ihn wesentlich schlechter, auf eine überaus altertümliche Weise. Historisch gesehen hat sich die Psychiatrie ihr Feld im Kampf *gegen* die direkte Repression der Staatsgewalt erobert. Das Asyl hat sich *gegen* das Hospital, das Gefängnis, das Armenhaus, gegen die undifferenzierte

Einsperrung jener Müßiggänger und Arbeitsverweigerer, die die entstehende liberale Gesellschaft los sein wollte, etabliert. (Und ich möchte hinzufügen, daß nicht nur die Psychiater einen Platz an der Sonne ergattert haben.) Wer leugnen wollte, daß sich auch der Status eines Teils dieser Ausgeschlossenen durch die neue medizinische Etikettierung verbessert hat, muß schon sehr glimpflich mit den früheren Zuständen umspringen.

Es geht nicht darum, die Psychiater zu Sündenböcken in einer Karikatur pseudo-politischer Analyse zu stempeln. Es geht vielmehr um die Klarstellung eines einzigen Punktes: Dieser relative Fortschritt, dieser kleine Autonomiespielraum, den die Psychiatrie sich vorsichtig verschafft hat und in dem ihre ganze Geschichte sich abwickelt, ist nur möglich auf der Grundlage *vollständiger* Dienstbarkeit gegenüber der gesellschaftlichen Forderung nach Segregation und Einsperrung. Somit bleibt die Psychiatrie an die Problematik der sozialen Kontrolle gekettet. Sie kann an dieser Kette zwar zerren, aber sie kann sie nicht sprengen, es sei denn, sie stellte das sie begründende gesellschaftliche Mandat in Frage.

Um so besser, wenn sie an dieser Kette zerrt, selbst wenn sie sie nicht zu sprengen vermag. Das nämlich bleibt nicht ohne Folgen. Vorzugeben, daß die Reformbewegung, die in den letzten dreißig Jahren auf die lange Nacht des Asyls gefolgt ist, ohne allgemein positive Konsequenzen für das Leben in den Anstalten geblieben sei, ist ebenso blind wie das pompöse Gerede von der »psychiatrischen Revolution«. Denn der Kern des psychiatrischen Widerspruchs liegt nicht hier. Bis auf den gegenwärtigen Tag dauert der Widerspruch als ganzer an, aufs neue verschleiert von moderneren Formen der Rationalisierung. Wenn die Psychiatrie weiterhin das tut, was sie immer getan hat, dann deshalb, weil sie schwerlich etwas anderes tun kann als das, wozu sie gemacht ist, nämlich einen Widerspruch zu medikalisieren. Sie kann sich also nur – ob gut oder schlecht ist eine andere Frage – an einer der beiden Seiten abarbeiten, indem sie unterstellt, die Totalität der psychischen Störung hänge von der Art und Weise der spezialisierten Intervention ab.

Denn es ist ja wohl eklatant – ohne daß eine metaphysische Diskussion über die »Ursachen« der Geisteskrankheit geführt werden muß –, daß gerade die Definition des »Geisteskranken«, sein sozialer Status und die Art seiner Behandlung durch die Gesellschaft von einer Reihe von Umständen bestimmt sind, die in keinerlei Beziehung zur Therapeutik stehen. Gewiß, der Psychiater ignoriert diese Dimensionen nicht, auf jeden Fall nicht notwendigerweise (obwohl ihm die Ignoranz bei seiner Arbeit eher hilfreich sein wird). Er kann ihnen einen Platz einräumen,

freilich *anderswo*, jenseits der Grenzen seiner Praxis, als etwas, das diese Praxis von außen beschränkt. Als soziales und politisches Subjekt kann er sogar befinden, daß das Wichtigste und Bestimmende in diesem »anderswo« liege. Aber *als Professioneller* und *in der Praxis* bleibt ihm nichts anderes übrig als die Verfeinerung und Ausdehnung eines Interventionsverfahrens, das medizinisch-psychologisch bleiben muß. Von hier aus kann die Psychiatrie bis zum Eingeständnis ihrer Schwächen, ja ihrer Grenzen gehen; es bleibt allemal Selbst-Kritik, um sich besser anzupassen und weiter vorzupreschen.

Tatsächlich könnte man zeigen, daß jede interne Kritik der Psychiatrie stets eine technisch-wissenschaftliche Kritik jenes Verfahrens (insgesamt oder in Teilen) gewesen ist, das sie selbst inthronisiert hat. So haben sich zum Beispiel in Frankreich die ersten medizinischen Proteste insbesondere gegen die Lücken in der Gesetzgebung gerichtet und ein gutes Dutzend Projekte zur Reform des Gesetzes von 1838 angeregt, das dadurch keineswegs in seinen Pfeilern erschüttert wurde. Seit 1945 sind es hauptsächlich die vom Asyl ererbten institutionellen Strukturen, die in Frage gestellt werden. In neuester Zeit möchten einige Spezialisten der psychiatrischen Medizin glauben machen, sie kritisierten die Kategorien des psychiatrischen Denkens selbst. In Frankreich sind es vor allem zwei Konzepte, die einen solchen Anspruch erheben: Auf der einen Seite vermeint die »Gemeinde-Psychiatrie« (*psychiatrie communautaire*), das medizinische Schema gesprengt zu haben, um direkt in der Gesellschaft »leidende Ensembles« zu behandeln⁹; auf der anderen Seite wähen einige psychoanalytische Schulen – vor allem die von Lacan inspirierte »institutionelle Psychotherapie« (*psychothérapie institutionnelle*)¹⁰ – den »normalisierenden« Charakter der klassischen Psychiatrie überwunden und der Sprache des Unbewußten zum Zuge verholfen zu haben.

Es würde hier zu weit führen, die von mir an anderer Stelle ausführlich entwickelte Argumentation noch einmal aufzunehmen, um sowohl die »Gemeinde-Psychiatrie« als auch die analytische »institutionelle Psychotherapie« in das historische Kontinuum der verschiedenen psychiatrischen Tendenzen einzugliedern.¹¹ Liefere ich nicht Gefahr, überheblich zu erscheinen, so bekennte ich offen, daß ich meine Argumente recht überzeugend finde. Das liegt allerdings daran, daß eine solche Argumentation nicht sonderlich schwierig ist, wenn man den oben angedeuteten Widerspruch zugrunde legt. Dann erkennt man nämlich sofort, daß selbst die modernsten Konzepte sich an eine der beiden Seiten dieses Widerspruchs klammern, um die Macht des medizinischen Schemas zu

erneuern bis zu seiner Auflösung im gesellschaftlichen Ganzen. Indem sie aufhört, speziell sein zu wollen, ist die Psychiatrie als Spezialdisziplin nur um so einseitiger mental, also auf »Geist« oder Psyche bezogen. Hinter dem Vokabular von Soziopathie oder Psychoanalyse steckt niemals etwas anderes als eine Verjüngung der medizinisch-psychologischen Interventionsmodalitäten: Erneuerung ihrer Form und Ausdehnung ihres Inhalts. Man perfektioniert die technische Meisterschaft auf der psychologischen Seite des Widerspruchs. Aber es bleibt rein verbal, wenn zum Beispiel die institutionelle Psychotherapie behauptet, auch die andere Seite zu meistern, weil sie, wie J. Oury sagt, »die Architektur der Produktionsverhältnisse« berücksichtige. (Und was ist mit den Machtverhältnissen? Ist es vielleicht das Charisma des Analytikers, das diese ungültig macht?) Im besten Fall hat man die Vorstellungen Esquirols aktualisiert, indem man das Verfahren verschoben und ihm eine geschmeidigere und effizientere Organisationsform gegeben hat. Im schlimmsten Fall hat man einer unveränderten Struktur ein modernes und pseudorevolutionäres Vokabular aufgepfropft.

Esquirol weilt noch immer unter uns. Genauer, das, wofür er stand, ist zersplittert, weil sich die Psychiatrie in verschiedene Richtungen aufgespalten hat. Die verschiedenen Systemstücke werden heute in Frankreich von so unterschiedlichen Leuten wie Daumezon, Tasquellés, Bonnafé, Oury, Paumelle, Hochman u.a. gebraucht. Das sollte niemanden erstaunen, denn Esquirol war ein bedeutender Kopf. Im übrigen ist diese Aufsplitterung vielleicht nur eine vorläufige, sehr wohl möglich, daß sich die Stücke eines Tages, bald sogar, wieder vereinen. Sie werden dann vermutlich eine neue Figur des psychiatrischen Verfahrens entstehen lassen, die einen ebenso großen Abstand zu den heutigen Tendenzen markieren wird wie die Asyl-Synthese zu der alten Strategie der »großen Einsperrung«. Es ist ohne Zweifel kein bloßer Traum mehr, sich anstelle der Segregation in speziellen Räumen das feinädrige Netz eines medizinisch-psychologischen Schemas vorzustellen, das in alle Poren des Gesellschaftskörpers eindringt. Schon hat der Vormarsch des kompetenten Experten ins Gemeinwesen begonnen: er betreibt Eheberatung, Sozialarbeit, Erziehungsberatung, psychologische Aufrüstung.¹² Doch so wie die Dinge liegen, deutet alles darauf hin, daß eine solche »Revolution« – und sei sie mit dem Prestige der Psychoanalyse ausgestattet – lediglich den Arm des medizinisch-psychologischen Schemas verlängern wird.

Ich will damit nicht sagen, daß die Psychiatrie das absolut Böse sei, noch daß es kein »Bedürfnis« nach Ärzten gebe. Ihr Beistand kann als letzter

Notbehelf durchaus nützlich sein. Anders ausgedrückt: Die Existenz einer psychiatrischen Medizin mit all ihren Folgen, von denen einige – in bestimmten Grenzen, in bestimmten Fällen, für bestimmte Individuen – positiv sein können, ist heute wie im 19. Jahrhundert ein *Produkt* der allgemeinen gesellschaftlichen Situation, ein Produkt, d.h. eine *Konsequenz* des Widerspruchs, den man freigeschaufelt hat, genauer: seine *verschobene Präsenz*, nicht seine globale *Lösung*. Wenn daher so getan wird, als enthalte die Psychiatrie den Schlüssel zur Lösung aller Probleme, die der Geisteskranke stellt, dann bedeutet das die »Behandlung« nur *einer* Seite des Widerspruchs und in der pathologischen Symptomenlehre einen Rückfall auf die Stufe von Subjektivität und Intersubjektivität. Gerade indem sie vorgibt, den Widerspruch zu verringern, reproduziert die ausschließliche Bearbeitung *eines* seiner Momente den Widerspruch in seiner Totalität.

Hier enthüllt sich der konkrete Kern des psychiatrischen Widerspruchs. *Einerseits* ist die Geisteskrankheit, was immer ihre »Ursachen« sein mögen, gesellschaftlich gesehen ein entwürdigender Status und ein Zustand erlittener Gewalt. Sie konstituiert den Kranken – mit oder ohne Anführungszeichen – als minderes Wesen, teilweise oder völlig ausgeschlossen, fast immer mitleidlos schlechter behandelt als die meisten anderen Menschen. Die Geisteskrankheit ist einer jener sozialen Teufelskreise, die in die Domäne des Leidens, der Abhängigkeit und oft des Todes führen. *Andererseits* stellt die psychiatrische »Fürsorge«, indem sie diesen Status durch und durch medikalisiert, diese Gewalt und diesen Ausschluß nicht wirklich in Frage. In ihren repressivsten Varianten hat sie sich mit deren Verwaltung begnügt. Damit ist der Psychiater heute subjektiv oft nicht mehr einverstanden. Er wird sich also bemühen, die Situation zu manipulieren, gewisse ihrer Folgen abzuschwächen, andere zu verschieben und einige sogar im Rahmen seines technisch-wissenschaftlichen Interventionsmodus zu beheben. Wir haben jedoch gesehen, daß er an seinem gesellschaftlichen Mandat hängenbleibt, da der Psychiater ein Delegierter der Macht und deshalb allenfalls in der Lage ist, deren Folgen und Wirkungen zu verschieben und deren Ausdrucksweise zu modifizieren.

Das Theoretisieren ist natürlich eine bequeme Sache, und bloß die moralisch-ideologische Verurteilung (die sich heute politisch nennt) ist noch bequemer. Aber wie soll man im Kontext einer professionellen Tätigkeit einer Situation gegenüber treten, die von Anfang an dermaßen verstrickt scheint? Will man hier unzweideutig sein, so muß man die Zweideutigkeit der Situation eingestehen und sich sowohl der ideologi-

schen Reduktion (Kurzschluß der abstrakten Politisierung) als auch der technischen Reduktion (Sackgasse des medizinischen Perfektionismus) verweigern. Sind die beiden Komponenten des Widerspruchs einmal erkannt, so bedeutet das die praktische Einwirkung auf *jede von ihnen*:

»[...] so müssen wir uns allerdings mit beiden Gesichtern dieser Realität [des Kranken] auseinandersetzen: 1. mit der Tatsache, daß wir einen kranken Menschen vor uns haben, der psychopathologische Probleme aufwirft [...], und 2. mit der Tatsache, daß wir einen Ausgeschlossenen, einen gesellschaftlich Geächteten vor uns haben.«¹³

Eine scheinbar einfache Formel, doch der Schein trügt. Tatsächlich verlangt sie eine äußerst schwierige Praxis, deren paradoxe Kohärenz Görz und nun auch Triest hervorgebracht hat, also zwei reale Experimente, die meines Wissens die luzideste konkrete Manifestation des psychiatrischen Widerspruchs darstellen. Freilich scheint diese Situation zu kompliziert zu sein für die Apologeten einer modernistischen Psychiatrie, die außer auf der Ebene des Unbewußten keine Dialektik mehr wahrzunehmen vermögen. Deshalb wurde die Arbeit der Equipe von Görz, zumindest in den französischen Schilderungen und Interpretationen, oft auf jene Einseitigkeit reduziert, die sie in Wirklichkeit widerlegte. Es ist deshalb vielleicht nicht unnützlich, diese Position näher zu beleuchten und sie sowohl von der angelsächsischen Anti-Psychiatrie als auch von dem Versuch der psychoanalytischen »Befreiung« zu unterscheiden.

Die angelsächsische Anti-Psychiatrie hat sich an das zweifache Postulat des psychiatrischen Denkens gleichermaßen herangemacht: daß die Geistesstörung vornehmlich durch einen kompetenten Spezialisten behandelt werden müsse; daß der »Geisteskranke« im Verhältnis zur psychiatrischen (oder psychoanalytischen) Macht in eine Vormundschaftsbeziehung gestellt werden müsse. Doch diese in vieler Hinsicht fruchtbare Subversion der klassischen Problematik ist auch ihre Inversion. Schematisch gesehen kann sich diese Umkehrung auf zwei Bahnen vollziehen, die im übrigen konvergent sind. Bald haben die Anti-Psychiater eine direkt gesellschaftliche Ätiologie der Geisteskrankheit vertreten und die intra-psychischen Widersprüche dem Ensemble der extra-psychischen Widersprüche zugeschlagen (eine Position, die insbesondere von D. Cooper, vor allem am Anfang, vertreten wurde); bald haben sie die Inversion der an Wahnsinn und Normalität geknüpften Wertungen auf die Spitze getrieben und aus dem Geisteskranken den Heiland einer Geschichte gemacht, die für das Unglück des Irren verantwortlich ist und in ihm jene Figur der Freiheit zu erkennen hat,

die sie selbst verlor (eine Position, die, äußerst vereinfacht gesagt, die von R. D. Laing ist).

Was dabei in Vergessenheit zu geraten droht – zumindest auf der Ebene der Theorie, denn in der antipsychiatrischen Praxis lassen sich faktische Anpassungen beobachten, die wiedereinführen, was die Theorie auszuschließen scheint –, ist das *Spezifische* der *sozialen* Situation, die dem Geisteskranken bereitet wird. Selbst wenn er bloß ein direktes Produkt des schlechten Funktionierens des gesellschaftlichen Systems im allgemeinen wäre (eine mehr als zweifelhafte Hypothese), so wird er dennoch *speziell* behandelt (schlecht behandelt), so daß sich als Replik ebenfalls *spezifische* Verhaltensmuster ihm gegenüber aufdrängen. Anders ausgedrückt, der niedere soziale Status hat zur Folge, daß die meisten Kranken konkret in einer *Fürsorgebeziehung* gefangen sind. Man kann diesen Abhängigkeitszustand nicht einfach dezisionistisch leugnen; er ist die objektive Grundlage ihrer gesellschaftlichen Definition und bestimmt ihre »Behandlung«.

Eine Psychiatrie, die sich ihrer politischen Implikationen bewußt ist, wird immer an dieser Abhängigkeit Anstoß nehmen. Doch wie läßt sich dieser Realität Rechnung tragen, ohne den Kranken in seinem Status zum Objekt zu machen, indem man die traditionellen Verhaltensmuster der psychiatrischen Fürsorge oder der Wohltätigkeit wiederaufnimmt? In gewisser Weise bietet sich die Psychoanalyse als Antwort auf diese Schwierigkeit an. Die Psychoanalyse – zumindest einige ihrer modernen Ausprägungen, in Frankreich die Lacan-Schule, d.h. genau jene, die in den psychiatrischen Kliniken am besten verankert ist – hat sich bemüht, sämtliche Beziehungen zum Fürsorgemodell abzurechnen und Hinweise darauf zu vermeiden. In ihren extremen Versionen hat diese Haltung Grundsatzserklärungen hervorgebracht, die mit der Kliniksituation kaum vereinbar sind: nicht heilen, die Scharten nicht künstlich ausbessern, die Angst nicht zudecken usw. Zudem gibt es in der analytischen »Behandlung« einen Willen, die Sprache des anderen zu hören, sie zu »befreien«, der jenes gesellschaftliche Mandat der Kontrollverwaltung und Normalisierung, das dem traditionellen Psychiater zufiel, in Frage zu stellen scheint.

Aber dieses analytische »Zuhören« – insofern als es gerade in seiner Anpassung die Konventionen der Duellbeziehung wiederfindet – verdankt sich dem Umstand, daß es die soziopolitischen Dimensionen des Status des Geisteskranken ausklammert oder für ungültig erklärt. Was wiegt zum Beispiel ein Ödipuskomplex – angenommen, der Ödipuskomplex habe ein Gewicht – gegenüber der zweifachen Objektivität der

Krankheit: gegenüber der aktuellen institutionellen Situation des Kranken, der von den Aufsichtsstrukturen zermalmt wird, und gegenüber der vorangegangenen Situation einer früheren sozialen Marginalisierung, d.h. erbärmlichen materiellen Existenzbedingungen, ungesicherter Beschäftigungslage oder Arbeitslosigkeit usw., die in aller Regel ihn in die Institution geführt hat. Das analytische »Zuhören« ignoriert eine ebenso banale wie fundamentale Wahrheit: *Das von der Psychiatrie abhängige Subjekt ist fast immer ein gesellschaftlich Geächteter, dessen aktueller Status quasi unabhängig von der spezifischen Ätiologie der psychischen Störung ist.* Zwar gibt es eine solche Ätiologie, aber sie ist nahezu gänzlich zugedeckt von der vom Kranken erlittenen Situation, also von der Tatsache, daß er in einer Machtbeziehung zum Objekt gemacht wird. Deshalb ist es eine Sache, gemeinsam mit den Psychoanalytikern die pragmatischen Positionen eines psychiatrischen Reformismus zu kritisieren, der das Heil von institutionellen Verbesserungen erwartet. Aber es ist eine ganz andere Sache, sich völlig unkritisch gegenüber dem in der analytischen Pose selbst wiederholten und fortgesetzten Herrschaftsverhältnis zu verhalten, indem man sich damit begnügt, die Art und Weise zu »interpretieren«, wie das Herrschaftsverhältnis subjektiv erlebt wird. Erstaunlicher- und paradoxerweise wird die Doktrin des Unbewußten so zum bewußten Agenten des Problems, das zu lösen ihre Aufgabe wäre.

Dies, in der Tat, ist schlimm. Wenn die Psychoanalyse nämlich die paternalistischen Formen der *Fürsorge* kritisiert, dann kritisiert sie nicht jene subtile Form der *Bevormundung*, die sie selbst ausübt. Gleichwohl bleibt auch der Psychoanalytiker ein kompetenter Spezialist, der über Wissen und Macht gleichermaßen verfügt. Er »behandelt« weiterhin den Kranken in der medizinischen Tradition der Zurückführung aller Probleme auf ihre individuelle Dimension (früher hauptsächlich auf die somatische, heute hauptsächlich auf die psychische). Er erfindet neue institutionelle Verfahren oder reorganisiert zu diesem Zweck die alten institutionellen Strukturen. Die Psychoanalyse ist repräsentativ für die letzte, die raffinierteste Version jener technisch-wissenschaftlichen Prozeduren, die von der Psychiatrie bereitgestellt wurden. Das Problem liegt nicht in der Einrichtung von »lieux de parole« (obwohl das ohne Zweifel besser ist als nichts); es geht vielmehr darum zu wissen, was an solchen Orten gesagt und gehört werden kann, inwiefern dieser Kodex des »Zuhörens« der *Totalität* der realen Situation angemessen ist. Gerade die Feinheit der analytischen Interpretation macht, daß sie wie ein Filter funktioniert, der die determinierenden Elemente dieser Situation

durchschlüpfen läßt. Deshalb ist dieses »Zuhören« nicht bloß partiell. Es fungiert auch als Schleier, es ist Träger einer *Ersatzideologie*, welche den Kern des Problems verschiebt – durchaus in der historischen Tradition der psychiatrischen Medizin.

Mit der Psychoanalyse läßt man also den Widerspruch der Psychiatrie keineswegs hinter sich. Auf andere Weise freilich auch nicht. Man kann ihn jedoch luzider und wirksamer bearbeiten, wenn im medizinischen Mandat – was immer die technisch-theoretischen Rechtfertigungen, mit denen es sich herausputzt, sein mögen – der Ausdruck einer gesellschaftlichen *Macht* erkannt wird. Ein Beispiel sind die alten und neuen psychiatrischen Praktiken, deren Hauptzweck es war und nach wie vor ist, den Kranken daran zu hindern, mit Gegen-Gewalt auf die ihm widerfahrene gesellschaftliche Gewalt zu reagieren.

Gleichwohl wird der Psychiater nur im Kampf gegen diese Dimension seiner Rolle aufhören, ein Agent der Macht zu sein. Gewiß, es werden sich reine und harte Theoretiker finden, die sagen: »Er bleibt auch dann noch Psychiater.« De facto aber vergißt er die andere Seite des Widerspruchs nicht. Er verneint also nicht die Abhängigkeit des »Kranken«, den andere ihm anvertraut haben, und macht diesen nicht zum Träger seiner revolutionären Wünsche. Vielmehr bekämpft er diese Abhängigkeit in der Praxis, indem er alles an ihr – und an seiner eigenen Rolle – in Frage stellt, was ein Produkt jener soziopolitischen Verhältnisse ist, die aus der Arzt-Patient-Dyade ein sich selbst erhaltendes Paar gemacht haben, jene perverse Symbiose aus Herrschaft und Knechtschaft, welche eines der Mittel zur Reproduktion der gesellschaftlichen Gewalt ist. Etwas sehr Wichtiges, das die gesamte Problematik der Psychiatrie betrifft, spielt sich hier ab. Wir sind noch nicht am Ende der Reise. Aber man wird wohl allmählich begreifen müssen, daß das »Zuhören«, selbst wenn der Andere in psychischen Schwierigkeiten steckt, sich weder auf die paternalistische Patenschaft noch auf die gelehrte Objektivierung, noch auf die Aufmerksamkeit für die unbewußte Phantasmagorie reduzieren läßt. Diese drei Haltungen sind nicht gleichwertig, doch ist ihnen gemeinsam, daß sie die *Entpolitisierung* einer Situation befördern, die von Grund auf politisch definiert ist. Die von ihnen inspirierte Praxis kritisiert zwar einige Folgen der allgemeinen Zeitumstände, aber sie heißt die Mechanismen der Selektion und Segregation gut, die die Situation strukturieren. Sie ist also durchaus eine Begleiterscheinung jener gesellschaftlichen Gewalt, die dem Kranken widerfährt. Dagegen muß eine politische Psychiatrie – damit meine ich eine bewußte Arbeitsteilung, insofern als das durch einen Ausschließungszweck definierte

gesellschaftliche Mandat erfüllt und gleichzeitig verweigert wird – dieses, auch von der Psychoanalyse erneuerte, Monopol der kompetenten Spezialisten sprengen.

Das ist zum Beispiel die Rolle, die den »Volontären« in den »therapeutischen Teams«, wie sie in Triest bestehen, zugewiesen wird. Sie bilden keine neue Kategorie von Technikern, repräsentieren keine neue Spezialdisziplin in der akademischen Wissensteilung. Sie sind in den einzelnen Stationen anwesend und verfügbar, ohne zu einer medizinischen Interpretation des Geschehens angehalten zu sein. Sie haben die Aufgabe von soziopolitischen Analytikern der institutionellen Situation. Die Präsenz von Nicht-Medizinischem in den der Krankheit geweihten Enklaven katalysiert alles, was an dieser »Krankheit« nicht-medizinisch ist. Es begegnet dem »Kranken« anders als das medizinische Macht-Wissen. Und der »Kranke« ist, weiß Gott, etwas wesentlich anderes sowohl in seiner jetzigen Situation als Klinikinsasse wie der Erfahrungen und Vorfälle wegen, die ihn in die Klinik gebracht haben.

Ich könnte die Beispiele beliebig vermehren. Aber ich habe gesagt, daß ich keinesfalls die Absicht verfolge, die Theorie zur Praxis von Franco Basaglia zu liefern. Ich wollte lediglich darauf hinweisen, daß in der konkreten Situation des institutionellen Kampfes, wie er in Görz und in Triest geführt wird, ein anderer Modus des »Zuhörens« entstanden ist. Er ist nicht bloßes Produkt von Zeitumständen. Er gibt vielmehr dem Kranken, der von der klassischen Psychiatrie objektiviert und von der Psychoanalyse phantasmatisch resubjektiviert wurde, seine Realität als politisches und gesellschaftliches Subjekt zurück. Von da ab ist nichts leicht und einfach, im Gegenteil. Insbesondere ist der Widerspruch der Psychiatrie weniger denn je »aufgelöst«. Aber etwas ganz anderes wird möglich, etwas, was jenseits der medizinisch-psychologischen Tradition der Problemvermeidung und -verschiebung liegt.

Aus dem Französischen übersetzt von Claudia Honegger.