

Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW)

Fachbereich Sozialpädagogik

Antipsychiatrie - Bedeutung von Theorie und Praxis für die heutige Psychiatrie

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 23.08.2007

Vorgelegt von:

Tobias Ramert

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuender Prüfer: Prof. Schürgers

Zweiter Prüfer: Prof. Kastner

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	004
2. Therapeutische Gemeinschaft als Vorläufer der Antipsychiatrie	006
2.1 Arbeitsweise und Prinzipien	007
2.2 Verbreitung	012
2.3 Probleme und Kritik	013
3. Englische Antipsychiatrie: Laing und Cooper	015
3.1 Sozialisation, Entfremdung und Familie	017
3.2 Etikettierung und Asylisierung	025
3.3 Therapie	027
3.4 Villa 21 und Network	029
3.5 Perspektive	033
4. Antiinstitutionelle Psychiatrie Italiens: Basaglia, Jervis, Pirella	034
4.1 Etikettierung, Ausschluss und Gewalt	037
4.2 Rolle des Personals und Perspektive	046
4.3 Therapie	050
4.4 Widersprüche und Grenzen	052
5. Das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg (SPK)	056
5.1 Krankheitstheorie	058
5.2 Rolle der Kranken	063
5.3 Abschaffung des Therapeut- Patient- Verhältnisses	064
5.4 Arbeitsweise und Ziele	066
5.5 Kritik	069
6. Zusammenfassung und Beurteilung	071
6.1 Grundverständnis	071
6.2 Analytischer Fokus	075
6.3 Methodik	082

7. Psychiatrie heute	090
7.1 Entwicklung der Gemeindepsychiatrie	091
7.2 Partizipation und Gestaltung durch Betroffene	093
7.3 Das bio-psycho-soziale Modell	096
7.4 Empowerment	098
8. Auswertung/ Fazit	101
Literaturverzeichnis	109
Versicherung	111

1. Einleitung

Angesprochen auf das Thema Antipsychiatrie wissen viele auch in der Psychiatrie Beschäftigte oft nicht, was sich hinter diesem Begriff verbirgt. Bestenfalls erhält man die kurze Rückfrage, ob es sie denn überhaupt noch gebe. Die Beschäftigung mit diesem Thema ist also alles andere als trendgemäß.

Die Relevanz der Auseinandersetzung mit den theoretischen und praktischen Ansätzen der antipsychiatrischen Bewegung liegt vielmehr in einem besseren Verständnis der historischen Entwicklung der Psychiatrie, dem Lernen aus gemachten Fehlern und vor allem in dem wieder Aufgreifen ehemaliger Fragestellungen. Aufzeigen möchte ich mit dieser Arbeit Parallelen und Kontinuitäten zwischen antipsychiatrischen Projekten und Teilen der heutigen Psychiatrielandschaft. Bei einem solchen Vergleich stellt sich ebenso die Frage nach Unterschieden zwischen Antipsychiatrie und heutiger Psychiatrie.

Letztlich geht es darum zu versuchen diese historische Entwicklung zu beschreiben und zu erklären und aus gemachten Erfahrungen für die Gegenwart und Zukunft zu lernen. Die besondere Aktualität der Antipsychiatrie liegt dabei aus meiner Sicht genau im Fehlen bestimmter ihrer Elemente in der heutigen Diskussion. Das betrifft insbesondere die Einbeziehung einer breiteren, gesellschaftspolitischen Ausrichtung in der Analyse sowie das Begreifen und Gestalten der eigenen Interventionen als politisch. Hinzu kommen Erkenntnisse, die das Krankheitsverständnis betreffen, und entsprechende Veränderungen der psychiatrischen Arbeitsweisen und Institutionen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Antipsychiatrie des 20. Jahrhunderts durchaus historische Vorläufer hat. Ihre historischen Ursprünge können zumindest zu einem Teil in der Zeitspanne zwischen dem Ende des 18. und dem Beginn des 19. Jahrhunderts datiert werden. In dieser Zeit gab es immer wieder Reformbemühungen in verschiedenen Ländern, im Zuge derer sich für eine humanere Behandlung psychisch Kranker eingesetzt wurde. Über die Jahrzehnte kam es dann zu einer zunehmenden Differenzierung der Methoden, aber auch einer zunehmenden Ausweitung der Psychiatrie. Nicht zuletzt die Psychoanalyse nach Freud trug dabei erheblich zur Entstehung einer Zwei- Klassen- Psychiatrie bei: Während sich die unteren Klassen weiter mit dem Irrenhaus begnügen mussten, entdeckten die privilegierten die Psychotherapie als Mittel ihrer Wahl. Auch die in dieser Arbeit beleuchteten Ansätze sind also vor dem Hintergrund eines größeren historischen Kontextes zu betrachten.

Insbesondere die Ausweitung des gesellschaftlichen Einflusses von Psychiatrie nimmt die hier Beschäftigten aus meiner Sicht in die Verantwortung die eigenen Interventionen möglichst differenziert zu reflektieren und sie in einem gesellschaftlichen Kontext zu verorten. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung mit Nachbargebieten des ursprünglich fast ausschließlich medizinisch orientierten Arbeitsfeldes. Aus diesem Grund tauchen in dieser Arbeit immer wieder auch Bezüge zu Bezugswissenschaften wie z.B. der Soziologie auf.

Den Aufbau meiner Arbeit habe ich wie folgt gestaltet. Zu Beginn stelle ich in Kapitel zwei das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft vor. Dieses wurde nicht als explizit antipsychiatrisch bezeichnet, kann aber als wichtiger Vorläufer der folgenden antipsychiatrischen Projekte begriffen werden. In der Praxis der Antipsychiatrie wurden die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft trotz aller Kritik häufig als Ausgangsbasis verwendet.

Daran anknüpfend werde ich unter den Punkten drei, vier und fünf theoretische und praktische Ansätze aus der englischen, italienischen und deutschen Antipsychiatrie darstellen. Dabei geht es mir zunächst darum ihre spezifischen Besonderheiten deutlich zu machen.

Im Kapitel sechs fasse ich dann die Hauptlinien dieser Ansätze wieder zusammen, um zu zeigen, was ihr gemeinsamer Nenner war, der eine Zusammenfassung unter dem Begriff der Antipsychiatrie rechtfertigt.

Kapitel sieben befasst sich mit der Darstellung einzelner Trends in der heutigen Psychiatrie. Diese sollen hier nicht erschöpfend diskutiert werden. Vielmehr geht es darum, durch aus meiner Sicht typische Beispiele einen Eindruck davon zu bekommen, was Psychiatrie heute ausmacht.

Die Gesamtauswertung der dargelegten Aspekte folgt anschließend unter Punkt acht. Nach einem direkten Vergleich von Antipsychiatrie und heutiger Psychiatrie versuche ich hier eine Antwort auf meine Ausgangsfrage zu finden, welche Bedeutung die Theorie und Praxis der Antipsychiatrie für die heutige Psychiatrie besitzt.

2. Therapeutische Gemeinschaft als Vorläufer der Antipsychiatrie

Bereits Ende des Zweiten Weltkrieges entstanden in England Reformbewegungen im psychiatrischen Bereich. Motiviert war die Suche nach Alternativen dabei vor allem durch eine Kritik an der traditionellen Anstaltspsychiatrie. Auch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft war der Versuch, eine humane Alternative zu diesen repressiven Großinstitutionen zu schaffen. Die spätere „Antipsychiatrie“ kritisierte dieses Konzept zwar in vielerlei Hinsicht. Dennoch bot die therapeutische Gemeinschaft die Grundlage, auf der die Vertreter der Antipsychiatrie ihre theoretischen und praktischen Ansätze entwickelten (vgl. Bopp 1980, S.20f).

Ihre Anfänge nahm dieses Konzept in der Armeepsychiatrie. Während sich die spätere Antipsychiatrie an vielen Stellen auch auf theoretische Untersuchungen aus der Soziologie und der Sozialpsychologie beziehen konnten, entstand das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft ausschließlich in praktischen Versuchen.

Einen ersten Grundstein dafür legte 1930 H.S. Sullivan mit einer Arbeit über Reformbemühungen in einem Krankenhaus in Baltimore. Im Gegensatz zur traditionellen Verwahrung und Behandlung einzelner Individuen durch hierarchisch höher gestellte Ärzte verstand Sullivan Therapie dabei als einen Prozess sozialen Lernens. Ab 1940 entwickelten dann W. Bion, W. Rickmann und M. Jones in Militär-Krankenhäusern Formen der Gruppentherapie mit psychisch gestörten Armeeingehörigen. Die von Jones geleitete Station existierte über 5 Jahre und umfasste 100 Betten für Mitglieder der bewaffneten Streitkräfte, die an Herzneurosen litten. Bereits auf dieser Station gab es regelmäßige Vollversammlungen von Patienten und Personal. Jones zufolge übernahmen die älteren Patienten dabei „die Verantwortung für den Lernprozess [sic!] und übertrugen ihn auf die neueren Patienten“ (Jones 1976, S.10). Auf diese Weise sollte eine Rollenteilung in Personal und Patienten minimiert und die Kompetenz der Gruppe gezielt genutzt werden. Die bisherigen Patienten wurden somit zum „paramedizinischen Personal“ (ebd.).

Ab 1945 leitete Jones das Krankenhaus von Dartford/ Kent. Die Station umfasste hier 300 Betten und nahm heimkehrende britische Kriegsgefangene auf. Innerhalb von einem Jahr wurden hier 1400 Männer betreut. Wie bereits in den Jahren zuvor wurden auch hier tägliche Gemeinschaftssitzungen abgehalten, an denen die Patienten und das gesamte Personal teilnahmen. Besprochen wurden Resozialisierungsschritte wie z.B. Probleme bei

der Arbeitsbeschaffung. Psychotherapie im engeren Sinne fand nicht statt (vgl. Jones 1976, S.10f).

Die Entstehung der therapeutischen Gemeinschaft wurde durch zwei Faktoren begünstigt. Zum einen stellten die Verwehrten des Krieges eine stark gestiegene „Versorgungsnachfrage“ dar, der die traditionelle Anstaltspsychiatrie nicht genügen konnte. Zum anderen wurden die Reformversuche durch die Gesundheitspolitik der Labour- Partei gestützt, die auch die rechtlichen Rahmenbedingungen für psychisch Erkrankte verbesserte (vgl. Bopp 1980, S.22).

2.1 Arbeitsweise und Prinzipien

Vor diesem Hintergrund entstand 1947 die erste therapeutische Gemeinschaft in einer Londoner Klinik. Sie umfasste 100 Betten und wurde von Jones gegründet. Aufbauend auf den Erfahrungen in der Armeepsychiatrie wurde hier auf Medikamente und „physikalische Therapien“ wie Elektroschocks und Zwangsjacken verzichtet. Stattdessen gab es Individual- und Gruppenpsychotherapie, eine Vorform des Psychodramas, Arbeitstherapie in Gruppen und tägliche Vollversammlungen von PatientInnen und Personal. Anstelle von Verwahrung und Behandlung traten also auch hier Kommunikation und Interaktion unter und mit den Erkrankten (vgl. ebd., S.22f sowie Jones 1976, S.12f). Laut Jones fühlten die Kranken, die sich bisher nur als „Außenseiter der Gesellschaft“ erlebt hatten, „zum ersten Mal ‚zugehörig‘ und begannen, [sic!] eine Gruppenidentität aufzubauen“ (Jones 1976, S.13).

Wie die gruppenorientierte Arbeitsweise bereits erkennen lässt, war eine zentrale Forderung von Jones die der Demokratisierung der Klinikstrukturen. Erklärtes Ziel war die Einführung eines demokratischen Entscheidungsprozesses „in allen Bereichen des Spitalbetriebs“ (ebd., S. 34). Im Unterschied zu Ansätzen der Antipsychiatrie war diese aber nicht Bestandteil einer kritischen Gesellschaftstheorie. Vielmehr ging es Jones um eine Leistungs- und Effizienzsteigerung bei der Versorgung insbesondere der Kriegsversehrten. Seine Grundidee war dabei, dass nur eine demokratische Struktur eine optimale Ausnutzung des therapeutischen Potentials aller Mitglieder der Therapeutischen Gemeinschaft ermögliche. Erst ein offenes System der Kommunikation und Interaktion in der Gruppe mache soziales Lernen möglich. Denn nur unter diesen Bedingungen bestehe

die Chance, „das verborgene Potential aller betroffenen Individuen zu erkennen“ (ebd., S.14).

Dies bedeutete zum einen die Relativierung des Rollenverhältnisses von PatientIn und Behandelndem. Zum anderen sollten PatientInnen wie auch Personal mehr in die Diskussionen über den Klinikbetrieb eingebunden werden und Entscheidungen möglichst weit nach unten verlagert werden. Dem Anspruch nach sollte es also um die Schaffung basisdemokratischer Strukturen gehen (vgl. Bopp 1980, S.23ff). Für Jones bedeutete das, „daß [sic!] Autorität von der zentralen Leitung an jenen Bereich delegiert wird, in dem die Probleme auftreten“ (Jones 1976, S.35).

Um dies zu erreichen sollten bezogen auf das Personal regelmäßige Teamsitzungen eingerichtet werden, auf denen die einseitige Kommunikation von oben nach unten in der Hierarchie der Berufsgruppen weitgehend durch eine wechselseitige Diskussion ersetzt werden. Auch Pfleger sollten beispielsweise die Möglichkeit erhalten, eigene Ideen einzubringen. Erreicht werden sollte auch eine „Integration“ der verschiedenen Aktivitäten der Klinik, also eine Abstimmung der auf den unterschiedlichen Ebenen geleisteten Arbeit (vgl. Jones 1976, S.30).

Die Einrichtung von Gruppen wurde immer weiter ausgeweitet. In Dingleton fanden so wöchentlich mehr als 100 Gruppensitzungen statt, d.h. pro Wochentag mehr als 20 Gruppen. Zu diesen gehörten administrative Gruppen wie die „Kadergruppe“, das oberste Gremium der Klinik, Behandlungsgruppen wie Aktivitäts- und Musikgruppen, Ausbildungsgruppen, in der Therapiesitzungen nachbesprochen wurden, und Arbeitsgruppen zur Organisierung der arbeitstherapeutischen Angebote (ebd., S.32f).

Die Entscheidungsfindung sollte in den Teamsitzungen und Gruppen in der Klinik nach dem Konsensprinzip ablaufen. Dazu gehörte für Jones auch das Aufdecken hintergründiger Konflikte, das direkte Feedback untereinander und die möglichst zeitnahe Konfrontation in Konfliktsituationen (ebd., S.66ff). Insbesondere das Prinzip des Feedbacks habe sich dabei bei den PatientInnen wesentlich schneller durchgesetzt als bei dem Personal der Klinik (ebd., S.73).

Jones gesteht ein, dass das Konsensprinzip in einer therapeutischen Gemeinschaft nie einfach sei. „In vielen Fällen [könne] überhaupt kein Konsensus erzielt werden“ (ebd.,

S.80). Für die möglichst aktive Beteiligung aller sei der Prozess der Konsensfindung dennoch elementar.

Die Verhängung von Sanktionen sei gerade im Konsensprinzip schwierig. Dennoch sei es wichtig, „eindeutige Grenzen des akzeptierbaren Verhaltens festzulegen“, um der Gruppe ein allgemeines Sicherheitsgefühl geben zu können (ebd., S.76). In Konfliktsituationen läge die Verantwortung hierfür letztendlich bei der Leitung.

Grundprinzip sollte bei diesen Treffen immer die „wechselseitige Kommunikation“ sein, „die den ungehemmten Gefühlsausdruck begünstigt und Gelegenheit bietet zu einer freien Besprechung dessen, was sich in der Interaktion ergibt“ (ebd., S.34). Von den Beteiligten verlangte dies die Bereitschaft und Fähigkeit, eigene Rollen, Standpunkte und Reaktionen in der gesamten Gruppe hinterfragen zu lassen.

Unter diesen Bedingungen sollte letztlich „soziales Lernen“ ermöglicht werden, welches Jones definierte als eine „subjektive[...] Erfahrung, die eine gewisse Veränderung der Persönlichkeit und eine wechselseitige Kommunikation mit sich bringt“ (Jones 1976, S.83).

In der sozialen Interaktion sollten so die Grenzen zwischen Lernen, Zusammenleben und Therapie verschmelzen. Insbesondere Konflikte und Krisen sollten in der direkten Konfrontation bearbeitet und somit als „lebendige Lerngelegenheit[en]“ begriffen und genutzt werden (ebd., S.86). In dieser Konfrontation sollte dann eine „Prüfung der zahlreichen, zur Krise beitragenden Faktoren vom unterschiedlichen Standpunkt aller [...] Beteiligten“ stattfinden (ebd., S.88). Unter besonderer Berücksichtigung der Gefühlsebene sollte in der Gruppe dann eine gemeinsame Analyse der Situation erarbeitet werden, die im Idealfall einen für alle adäquaten Umgang mit der Situation ermögliche. Lösungen für Probleme sollten so gemeinsam erarbeitet werden. Diese gemeinsame Bearbeitung führe dann in der Regel zu einer Minderung der Spannung zwischen den Beteiligten und einem besseren Verständnis des Konflikts (ebd., S.103).

Für das Personal sei diese Arbeitsweise „wesentliche Form der spitalinternen Ausbildung“ (ebd., S.102). Lernen sollten aus dieser Bewältigung von Konflikten also nicht nur die PatientInnen, sondern mindestens genauso die Angestellten.

Die ausführlichen Diskussionen sollten zudem kontinuierliche „Überprüfungs- und Ausgleichsmöglichkeiten“ bieten, um flexibel zu bleiben und notwendige Veränderungen in der eigenen Arbeit möglichst frühzeitig einleiten zu können (ebd., S.42f).

Voraussetzung dafür sei aber eine gute Leitung. Diese habe sich einerseits eher als „Katalysator“ zu verstehen, der allen Beteiligten die aktive Mitgestaltung und die Entwicklung der individuellen Potentiale ermöglicht und Raum für die angestrebten Gruppenprozesse schafft. Andererseits beschreibt Jones diese Person aber auch als idealer Weise „charismatische Führungsperson“, „die die endgültige Verantwortung und Autorität übernimmt“ (ebd., S.47f). Dieses Heraustreten aus der Gruppe von gleichberechtigten DiskussionspartnerInnen sei insbesondere in Krisensituationen und in Zeiten von Stress notwendig.

Für das Funktionieren einer therapeutischen Gemeinschaft seien letztlich mehrere Leiter notwendig, die die gesamte Einrichtung zusammen als „kollektive Führung“ leiten (ebd., S.54). Ihre Leistung müsse dabei immer wieder Gegenstand einer genauen Prüfung durch die Gruppe werden, sobald diese es für notwendig erachte. Durch die Diskussion von „Einstellungen, Überzeugungen und Rolle“ des jeweiligen Leiters solle einer rein charismatischen Autorität entgegen gewirkt werden (ebd., S.55). Im Idealfall werde so sichergestellt, dass die Leitungsperson nicht als Individuum zu weit über die Gruppe hinaus aufgewertet werde und vielmehr als „Ausdrucksträger der Gruppe“ fungiere (ebd., S.56).

Dass dieses Leitungskonzept verschiedene Schwierigkeiten berge, schien Jones durchaus bewusst zu sein. So sah er durchaus die Gefahr der Rollenvermischung in der Person der Leitung und gestand ein, dass das Konzept der kollektiven Führung insgesamt „ein äußerst kompliziertes und wenig klares Konzept“ sei (ebd., S.57). Trotzdem mache nicht zuletzt die multiprofessionelle Zusammensetzung der Teams einen kollektiven Führungsstil unabdingbar.

Wie bereits erwähnt sollte ein Teil der Führung der Klinik aber an die PatientInnen selbst abgegeben werden. Auch wenn diese nicht zuletzt durch ihre Erkrankung in der Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung oft deutlich eingeschränkt waren, sollte ihre Selbstbestimmung durch das Personal gezielt gefördert werden. Dem einzelnen Patienten sollte „vermehrt Verantwortung für seine eigene Behandlung und seine Lebensbedingungen übertragen [werden]“ (ebd., S.61). Dazu gehörte, dass die PatientInnen das Personal auf dessen eigene Unzulänglichkeiten aufmerksam machen sollte und eigene soziale und psychoanalytische Fähigkeiten ausgebaut werden sollten. Im

Verlauf habe dies auch unter den PatientInnen zum Hervortreten von „Führungspersonen“ geführt, die teilweise Aufgaben des Pflegepersonals übernahmen (ebd., S.63).

Während der Gruppendynamik sehr viel Aufmerksamkeit gewidmet wurde, spielten langfristige Planung, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit „eine relativ geringe Rolle“ (Jones 1976, S.44). So blieben ausreichend Kapazitäten, sich auf die neuen Experimente zu konzentrieren. Welche Auswirkungen diese neuen Strukturen auf die Wirtschaftlichkeit der Institution hatten, wird von Jones entsprechend auch gar nicht thematisiert.

Jones blieb aber nicht bei der Einbeziehung von Patienten und Personal stehen. Perspektivisch gehörte für ihn zur Mobilisierung der verschiedenen therapeutischen Potentiale auch die Einbeziehung und Umgestaltung der Gemeinde. Die Reformierungen innerhalb der Kliniken waren für ihn mehr ein „Vorläufer“ zu dem Versuch, „eine therapeutische Gemeinschaft [...] ganz allgemein innerhalb der Gesellschaft zu etablieren“ (Jones 1976, S.18). Nicht die Psychiatrie sollte sich der Gesellschaft anpassen, sondern die gesellschaftlichen Strukturen sollten nach dem Vorbild der Reformierungen in der Psychiatrie umgestaltet werden.

Die Umsetzung der Idee des sozialen Lernens in der Interaktion und wechselseitigen Kommunikation sei beispielsweise geeignet eine „Revolution im Bildungswesen“ einzuleiten (ebd., S.108). So könnten Schüler teilweise als Lehrende eingesetzt werden. Dies hätte den Vorteil, dass sie dem Rest der Klasse den Stoff als Gleichaltrige leichter vermitteln könnten als die so viel älteren Lehrkräfte mit ihren Frontalvorträgen. Schließlich seien sie viel eher in der Lage, eine Beziehung zu den anderen herzustellen (vgl. ebd., S.109). In praktischen Versuchen seien Schüler mit Erfahrung in der Lehrtätigkeit dann wiederum eingesetzt worden, um als „Beobachter“ Einsteigern in diesem Aufgabengebiet zur Seite zu stehen und ihr Wissen an sie weiter zu geben (vgl. ebd., S.111).

Bezogen auf die Psychiatrie bestehe die Aufgabe darin die eigenen Arbeitsweisen und Rollenverständnisse weiter zu hinterfragen und zu untersuchen und sich mehr auf die Arbeit in der Gemeinde zu konzentrieren. Letztlich ginge es darum, dass der Begriff des „Patienten“ verschwinde und durch möglichst frühzeitiges Wirken in der Gemeinde überflüssig werde (vgl. ebd., S.136f).

Von Bedeutung sei für die Arbeit in der Gemeinde die Koordination mit verschiedenen anderen Institutionen und Funktionsträgern, öffentliche Versammlungen zur Diskussion von Problemen und die Einbeziehung von Psychodynamik und kollektiver Führung (vgl. ebd., S.116ff). Langfristig solle der Gemeinde „ein Bewußtsein [sic!] mindestens eines Teils ihres Eigenpotentials zur Herbeiführung eines Veränderungsprozesses“ vermittelt werden (ebd., S.120). Die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft sollten nach Jones also dazu dienen, die Gestaltung der Gesellschaft in die Hände ihrer sozialen Basis zu legen.

2.2 Verbreitung

1962 strukturierte Jones auf diese Weise ein Krankenhaus in Schottland um, das 400 Betten hatte. Von den 50er Jahren an wurden nach seinem Vorbild Anstalten und Abteilungen in England, Nordamerika, West- und Osteuropa verändert. In der BRD wurde erst in den sechziger Jahren mit Reformen dieser Art begonnen. Allerdings blieb die therapeutische Gemeinschaft in allen diesen Ländern die Ausnahme (vgl. Bopp 1980, S.23).

Die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie bedeutete eine tief greifende Veränderung der psychiatrischen Praxis. So wurden die Erkrankten nicht mehr in großen Kliniken isoliert, sondern direkt in ihrer sozialen Umwelt therapiert. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, sich viel mehr mit den Familien, den Arbeitsplätzen usw. dieser Menschen zu beschäftigen. Öffentlichkeitsarbeit musste geleistet werden um die Gemeinde über psychische Erkrankungen und die Arbeit der Psychiatrie aufzuklären und insgesamt waren die in der Psychiatrie Tätigen zunehmend in die Abläufe der Gemeinde zu integrieren. Es kam also zu einer „beträchtlichen Expansion psychiatrischer Zuständigkeit und Einwirkung“ (ebd., S.30).

Jones sah dabei die Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft wie die Aktivierung der Betroffenen, die damit verbundene Kollektivierung von Entscheidungsprozessen und den „freien Gefühlsausdruck“ (ebd., S.31) als Leitlinien, von denen die gesamte Gemeinde etwas lernen könne. Auch diese Haltung trug dazu bei, dass Psychiatrie einerseits und die Gesundheits-, Sozial- und Bildungspolitik andererseits zunehmend miteinander vernetzt wurden und Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft zumindest teilweise auch in der Kommunalstruktur etabliert wurden (vgl. ebd.).

2.3 Probleme und Kritik

Die Ausweitung der therapeutischen Gemeinschaft auf die Gemeinde oder zumindest die Sozialpsychiatrie der Gemeinde ist für Jones insbesondere vor das Problem gestellt, dass man hier im Unterschied zum Klinikinnenleben mit einer „unendlichen Zahl unterschiedlicher Faktoren“ konfrontiert sei (Jones 1976, S.114). So seien erheblich mehr Menschen beteiligt, die soziale Struktur sei viel komplexer und konkurrierende Interessengruppen wetteiferten hier um Führung und politische Macht. Die Orientierung auf Interventionspunkte in der Gemeinde, d.h. z.B. in Familie und am Arbeitsplatz sei zwar notwendig um der Tradition des Wegsperrens etwas entgegen zu setzen und in diesem Zusammenhang sei auch von den Erfahrungen der therapeutischen Gemeinschaften viel zu lernen. Dennoch betrachtete Jones es als „beinahe Hoffnungsloses Unterfangen“ eine therapeutische Gemeinschaft innerhalb der Gemeinde zu verwirklichen (ebd., S.116).

Der Anspruch der Demokratisierung wurde später von Bopp mit Skepsis betrachtet. Bezogen auf das Personal kritisierte er, dass grundsätzlich zwar das Konsensprinzip gelten sollte und auch das Pflegepersonal eingebunden wurde, Jones sich aber für eine Führungsperson und eine führende Kadergruppe aussprach.

Die in früheren Projekten praktizierten Vollversammlungen seien später zudem nicht mehr abgehalten worden und insgesamt sei die Beteiligung der Erkrankten offenbar relativ gering gewesen (vgl. Bopp 1980, S.26f).

Jones selbst erklärte diesen Sachverhalt mit der gesundheitlichen Verfassung der PatientInnen: Im Unterschied zu denen in der Armeepsychiatrie seien sie später größtenteils chronisch erkrankt und von ihnen die Hälfte über 65 Jahre alt gewesen (vgl. Jones 1976, S.61). Abteilungsversammlungen seien deshalb manchmal „ziemlich unergiebig“ gewesen, so dass die Erledigung von Aufgaben in kleinere Gruppen verlegt worden sei. Hier wurde unter der Aufsicht des Personals gearbeitet (vgl. ebd., S.64).

Auf der anderen Seite ergab sich in den Fällen, in denen PatientInnen Aufgaben des Pflegepersonals übernahmen, auch Konfliktpotential. Das Personal, das sich an die Rolle der Beschützer, Behüter und Helfer gewöhnt hatte, fühlte sich von solchen Entwicklungen nicht selten bedroht (vgl. ebd., S.63).

Ein anderes Problem der therapeutischen Gemeinschaft war der Widerstand durch die institutionelle und soziale Umwelt. Ihre Versuche eine liberalere Psychiatrie zu schaffen wurden als „dilettantische, antitherapeutische Arbeit“ (ebd., S.28) diskreditiert. Zudem unterschied sich der Lebensstil in der Therapeutischen Gemeinschaft deutlich von dem der sozialen Umwelt. Nicht zuletzt der Anspruch basisdemokratische Strukturen zu schaffen stand im Widerspruch zu sonstigen formellen Hierarchien der Gesellschaft.

Jones erkannte dieses Problem und schlussfolgerte, dass auch in der sozialen Umgebung der Klinik ein „reformwilliges Klima“ (ebd., S.29) geschaffen werden müsse. Er erkannte den Widerstand der „allgemeinen Öffentlichkeit“ zwar als Problem, ging aber davon aus, dass diesen Erwartungen nicht einfach entsprochen werden dürfe. Ansonsten „verpa[sse] man vielleicht eine wichtige Gelegenheit, die Öffentlichkeit zu erziehen“ (Jones 1976, S.75).

Nicht zuletzt derartige Schlussfolgerungen ebneten die Wege für die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie als vermittelndes Bindeglied zwischen therapeutischer Gemeinschaft und der sozialen Umwelt (vgl. Bopp 1980, S.29).

Bopp wirft Jones dennoch eine „Psychologisierung“ und „Zersetzung“ (ebd., S.32f) der Politik vor. Diese Kritik wurde auch von der Antipsychiatrie oft gegen die therapeutische Gemeinschaft hervorgebracht. Aus gesellschaftlichen Widersprüchen und Konflikten seien „emotionale Kontroversen“ (ebd.) gemacht worden. Bopp war der Ansicht, Jones hätte durch eine fehlende gesellschaftspolitische Orientierung seines Ansatzes zu einer Schwächung politischer Kämpfe beigetragen.

Eine Auflistung einiger weiterer Kritikpunkte von Bopp an der therapeutischen Gemeinschaft weist auf einige Probleme hin, die auch in der Antipsychiatrie auftauchten:

- Da die Begrenzung von abweichendem Verhalten in der Regel eher durch das Personal als durch die gesamte therapeutische Gemeinschaft umgesetzt wurde, sei dem Anspruch der Kollektivierung von Entscheidungsprozessen nicht entsprochen worden.
- In der therapeutischen Gemeinschaft bestehe die Gefahr, sich in einem gesellschaftlichen „Vakuum“ einzurichten, dessen Strukturen und Umgangsweisen in der Außenwelt nicht mehr hilfreich oder gar hinderlich sein könnten.
- Da Jones Konzept hohe Anforderungen an die Gruppenfähigkeit der Beteiligten stelle, bestehe die Gefahr, dass dieses Konzept nur mit relativ stabilen Erkrankten umzusetzen sei und andere ausgeschlossen werden.

- Das dichte Netz von Gruppenaktivitäten lasse zudem zu wenig Raum für individuelle Bedürfnisse. Gemeinschaft könne so zum Zwang werden, was wiederum zur Entwicklung schwacher Ich- Identitäten bei den Erkrankten führen könne. Auch eine individuelle Auseinandersetzung mit psychotischen Erfahrungen könne in einer rein gruppenorientierten Arbeitsweise leicht vernachlässigt werden.
- Dass eine Führungsperson bei Blockierungen im Entscheidungsprozeß Lösungen vorschlagen und umsetzen soll, könne dazu führen, dass abweichende Meinungen übergangen werden und die Macht der formalen Hierarchie zur Ausübung „sozialer Kontrolle“ missbraucht wird.

(vgl. Bopp 1980, S.34ff)

3. Englische Antipsychiatrie: Laing und Cooper

Als Begründer der Antipsychiatrie werden häufig Ronald D. Laing und David Cooper aus England genannt. Allerdings hat nur Cooper sein Konzept als antipsychiatrisch bezeichnet. Laing war es wichtig, der traditionellen Psychiatrie nicht das Monopol auf bestehende Begrifflichkeiten zu überlassen, sondern diese mit eigenen, neuen Inhalten zu füllen (vgl. Bopp 1980, S.40f). Er ging davon aus, dass eine Psychiatrie möglich sei, die im Unterschied zur bestehenden „zum Nutzen des Einzelnen, zum Nutzen der Gesellschaft“ arbeite (Basaglia 1972, S.114).

Gemeinsam war beiden vor allem der Bezug auf bestimmte Theorien aus dem Bereich der Philosophie und auf Untersuchungen der Familienforschung. Zudem lehnten beide die Psychoanalyse als Erklärungs- und Therapiemodell grundsätzlich ab. Allerdings bezog sich insbesondere Laing immer wieder auf Grundannahmen von Freud.

Auch auf praktischer Ebene gab es zeitweise eine enge Zusammenarbeit. So bauten sie 1965 gemeinsam mit E. Esterson unter dem Dach der Philadelphia Association in London ein Netzwerk von Wohngemeinschaften für psychisch Erkrankte auf. Ihre Aufgabe war dabei die therapeutische Betreuung der BewohnerInnen. Zwei Jahre später gehörten sie zu den Veranstaltern des Kongresses „Dialektik der Befreiung“, der in London stattfand.

Unterschiedliche Ansichten vertraten sie bezüglich der gesellschaftlichen Ursachen psychischer Störungen und hinsichtlich der Bedeutung politischen Handelns für die Psychiatrie (vgl. ebd., S.41).

Cooper veröffentlichte 1967 seine Arbeit „Psychiatrie und Antipsychiatrie“. Zu diesem Zeitpunkt lagen die Texte von Laing bereits vor, so dass Cooper sich in vielen Punkten auf sie beziehen konnte. Dabei verlieh Cooper seinem Ansatz aber eine deutlich gesellschaftskritischere bzw. politischere Ausrichtung.

Laings Kritik des traditionellen Krankheitsverständnisses durch die Hinzuziehung sozialer Dimensionen von Erkrankung wurde von Cooper ergänzt durch eine Kritik an den psychiatrischen Anstalten. Cooper stützte sich dabei zum einen auf Arbeiten von Stanton und Schwartz, Greenblatt, Caudill und Goffmann. Zum anderen erweiterte er auch deren Ansätze um eine allgemeine Gesellschaftskritik (vgl. Bopp 1980, S. 53).

Bevor ich näher auf die theoretischen Positionen von Laing und Cooper eingehe, möchte ich kurz ihre praktische Arbeit darstellen:

Cooper machte seine ersten praktischen Gehversuche 1962 mit der „Villa 21“. Dieses Projekt war in einem Londoner Psychiatrie-Krankenhaus untergebracht, das 2000 Betten umfasste. Ausgehend von den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft wurden hier 20 größtenteils schizophrene Männer im Alter von 15 bis Ende 20 Jahren betreut (vgl. Cooper 1971, S.102). Da das Projekt jedoch noch sehr dem Druck der repressiven Strukturen der Großklinik ausgesetzt war, wurde es bereits vier Jahre später wieder beendet (vgl. Bopp 1980, S.42, 63).

Laing gründete 1964 eine Art Wohngemeinschaft mit drei Schizophrenen.

1965 begannen dann beide gemeinsam mit E. Esterson mit dem Aufbau des bereits erwähnten Netzwerkes („Network“) von Wohngemeinschaften. In diesen lebten zeitweise bis zu 150 Personen. Der praktische Austausch untereinander betraf vor allem „gegenseitige[...] Unterstützung, Diskussion und Therapie“ (Bopp 1980, S.63).

Das erste von der Philadelphia Assoziation gegründete Zentrum war Kingsley Hall, das von 1965 bis 1970 existierte. In diesen Jahren wurden hier 119 Personen aufgenommen. Die Angebote reichten von Seminaren über Psychiatrie, Soziologie und neue Behandlungsmethoden, über Malen, Tanz und Theater bis hin zu gemeinsamen Mahlzeiten und Diskussionen. Obiols bezeichnete Kingsley Hall aufgrund fehlender Regeln und Rollenunterschiede zwischen Personal und Patienten auch als eine Institution

„irgendwo zwischen den therapeutischen Kommunen und den Hippiekommunen“ (Obiols 1978, S.58).

Auch Laing lebte für einige Monate in einer der gegründeten WGs. Allerdings gerieten die WGs in zunehmende Isolierung von ihrer Umgebung und lösten sich nach und nach wieder auf.

Andere Versuche der praktischen Umsetzung ihrer Theorien unternahmen Laing und Cooper nicht mehr (vgl. ebd., S.42).

Im Kontrast zu diesen relativ kleinen und kurzen Praxis- Projekten von Laing und Cooper fanden ihre theoretischen Positionen weite Verbreitung und wurden viel diskutiert. Diese Ansätze möchte ich im Folgenden nun darstellen. Insbesondere werde ich mich dabei darum bemühen auch ihre Unterschiede zueinander herauszuarbeiten.

3.1 Sozialisation, Entfremdung und Familie

Laing bezog seine Arbeiten in erster Linie auf Erfahrungen mit an Schizophrenie erkrankten Menschen.

Orientiert an der Phänomenologie und der Existenzialontologie Sartres entwickelte er das Verfahren der „existentiellen Phänomenologie“ (Laing 1972, S.19). Im Widerspruch zum rein naturwissenschaftlichen Verständnis psychischer Störungen und der psychoanalytischen Aufspaltung des Menschen in Ich, Es und Überich war dies ein „ganzheitlich- lebensgeschichtlicher Ansatz“ (Bopp 1980, S.43), der die Lebenswelt und Lebensgeschichte der Erkrankten in den Mittelpunkt stellte. Durch die Beschreibung der „Erfahrung einer Person über seine Welt und sich selbst“ (Laing 1972, S.19) sollte versucht werden die subjektive Sinnhaftigkeit des Erlebens und Agierens des erkrankten Menschen nachzuvollziehen. Zentral sei dabei sein „In-Beziehung-Sein zu anderen“, also die Frage nach der Gestaltung und Beschaffenheit des Kontaktes zu anderen Menschen (ebd., S.31).

Anstatt sich auf distanzierteres Diagnostizieren und Verordnen zurückzuziehen, verlangte dies von den Professionellen sich in der Kommunikation auf den psychisch gestörten Menschen einzulassen und sich über eine um Verständnis bemühte Grundhaltung einen Zugang zu dessen Perspektive auf sich und seine Umwelt zu erarbeiten. Anstatt wie Kraepelin zu Beginn des 20. Jahrhunderts Diagnosen nach Symptomgruppen zu verteilen, ging es Laing darum empathische Beziehungen zu den Betroffenen zu gestalten. Dazu gehörte für ihn nicht nur, sich eigene psychotische Anteile oder Möglichkeiten

zuzugestehen, sich mit diesen auseinanderzusetzen und sie in den therapeutischen Prozess einzubringen. Vor allem sei für den schizophren erkrankten Menschen die Erfahrung elementar, dass es möglich ist „kennengelernt [zu] werden, ohne zerstört zu werden“ (Laing 1972, S.41).

Dies sei deshalb von so hoher Bedeutung, weil dem Schizophrenen ein „fester Kern ontologischer Sicherheit“ fehle, durch den er „sein eigenes Sein als real, lebendig, ganz erfahren“ könne, „so sehr verschieden vom Rest der Welt, dass seine Identität und Autonomie niemals in Frage gestellt werden“ (ebd., S.50). Durch das Fehlen dieser Sicherheit müsse sich ständig auseinander gesetzt werden mit Ängsten vor Verschlungenwerden, Implosion, Petrifikation und Depersonalisation, also Gefühlen fundamentaler Bedrohtheit der eigenen Existenz (vgl. ebd., S.52ff). Diese Verfasstheit bezeichnet Laing auch als „unverkörpertes Selbst“, in dem der eigene Körper „mehr als ein Objekt unter anderen Objekten in der Welt denn als Kern des eigenen Seins empfunden“ wird (ebd., S.84). Durch diese schwammige Wahrnehmung von Selbst- und Objektgrenzen kommt es immer wieder zum Erleben von Dissoziation und Entfremdung, insbesondere bezogen auf das Gefühlsleben (vgl. ebd., S.96ff). Phantasie und Realität verschwimmen dann ineinander. Laing zu Folge ermöglicht dem schizophrenen Menschen dabei oft erst die Imagination eine Form der Objektbeziehung, von der er oder sie sich nicht in der eigenen Existenz bedroht fühlt (vgl. ebd., S.106). Das Fehlen von Objektbeziehungen in der realen Welt führe allerdings zu einem „generelle[n] Gefühl der inneren Verarmung“, unter dem die betroffene Person stark zu leiden habe (ebd., S.111). Letztlich könne sich dieses fragmentierte Erleben von Objektbeziehungen manifestieren in einer „Trennung des Selbst vom Körper“, welche Desintegration und Konfusion in einer Art Teufelskreis immer weiter vorantreibt (ebd., S.198). Zum besseren Verständnis beschreibt Laing in „Das geteilte Selbst“ ausführlich verschiedene Beispiele dieses Erlebens.

Diese Grundannahmen bilden den Hintergrund für die ausführliche Beschäftigung Laing und Coopers mit dem sozialen und gesellschaftlichen Umfeld der Betroffenen, wie ich sie im Folgenden darstellen möchte.

Die Sozialisation eines jeden Menschen sei laut Cooper im Prinzip nur ein Lernprozess mit dem Ziel „gesellschaftliche Normalität“ zu erlangen (Cooper 1971, S.29). Diese Normalität sei geprägt durch Entfremdung und Stillstand und habe wenig mit psychischer

Gesundheit zu tun. Es gebe für das Individuum keinen Raum eigene Erfahrungen zu machen und das eigene Leben danach zu gestalten.

Laing und er kritisieren in diesem Zusammenhang insbesondere die traditionelle Familie, deren Funktion es sei, „den eindimensionalen Menschen zu erschaffen, Respekt, Konformität und Gehorsam zu fordern, Kinder aus dem Spiel zu ziehen, Angst vor dem Versagen zu induzieren, Respekt vor der Arbeit zu fördern sowie Respekt vor der ‚Respektabilität‘“ (Laing 1969, S.58). In der Sozialisation sei die Familie somit in erster Linie ein Instrument zur Disziplinierung der Individuen. Hier erfahrene Liebe mystifiziere, d.h. verberge diese Funktion lediglich (vgl. ebd., S.63). So kommt er zu dem Schluss, dass es möglicherweise „die Art der Erziehung ist, die verrückt macht“ (ebd., S.94). Cooper folgert sogar, Schizophrenie sei eigentlich „nichts anderes [...] als unser aller Los“ (Cooper 1971, S.61).

„Geisteskrankheit“ sehen sie als einen fehlgeschlagenen Versuch, diesen Zustand der Entfremdung und Entmündigung zu überwinden. Sie ist für Cooper eine mögliche Strategie des Individuums „zur Erlangung von Autonomie und Übereinstimmung mit sich selbst“ (Cooper 1972, S.14). Der individuelle Wahnsinn entspringe dem Bedürfnis, „nicht regiert und nicht regierbar sein [zu] wollen“ und stelle somit den „Wahnsinn“ der „Irrationalität der kapitalistischen Herrschaft“ in Frage (ebd., S.104).

Die Erkrankung wird in dieser Interpretationsweise zu einem Akt der Rebellion gegen gesellschaftliche und familiäre Normierungen, Konformität und das gesamte Gesellschaftssystem. Cooper vermutet sogar, das als schizophrene ausgewiesene Mitglied einer Familie sei „in gewissem Sinne weniger ‚krank‘ oder zumindest weniger entfremdet als die ‚normalen‘ Nachkommen der ‚normalen‘ Familien“ (Cooper 1971, S.52f).

Mit der Auflösung der Dichotomie von „normal“ und „verrückt“ und dem Anspruch eines verstehenden Zugangs hatte Laing im Prinzip keine wesentliche Neuentdeckung geleistet. So hatte vor ihm schon Freud die These der graduellen Differenzierung zwischen „normal“, „neurotisch“ und „psychotisch“ vertreten. Neu war allerdings die von Laing gezogene Verbindung zur Familienforschung der kalifornischen Palo Alto- Schule und der Double-bind-Theorie nach Gregory Bateson.

Über die Verknüpfung dieser Ansätze erklärte er das Erleben und Verhalten eines schizophrenen Menschen aus den pathogenen Kommunikationsmustern der Herkunftsfamilie. Laing sieht „dessen gestörte Kommunikationsstruktur [...] als Reflexion und Reaktion auf die gestörte und störende Struktur seiner oder ihrer

Ursprungsfamilie“ (Laing 1969, S.103). Erleben und Agieren der Erkrankten ist in diesem Kontext als ein Versuch zu sehen einen Umgang mit „starren Rollenzuweisungen, Konfliktverdrängungen, Machtverfestigungen und ‚Mystifikationen‘ “ zu ermöglichen (Bopp 1980, S.44). Die Symptomatik der erkrankten Person wird also als eine Art Anpassungsleistung gesehen, durch die die eigene psychische Existenz abgesichert werden soll. Sie stelle „eine spezielle Strategie dar, die jemand erfindet, um eine unerträgliche Situation ertragen zu können“ (Laing 1969, S.104). Deshalb sei es wichtig, nicht nur den einzelnen diagnostizierten Menschen zu betrachten, sondern sich mit seinem sozialen Umfeld, insbesondere mit der Familie, zu beschäftigen. Hier seien die eigentlichen „Widersprüche und Konfusionen“ angesiedelt, die von dem Individuum internalisiert würden (ebd., S.105).

Internalisiert würden in der Familie nicht einfach objektive Widersprüchlichkeiten, sondern „Modelle der Beziehung durch verinnerlichte Operationen, auf der eine Person eine inkarnierte Gruppenstruktur entwickelt“ (Laing 1974, S.17). Durch die Erfahrung von Beziehungen in der Gruppe vermittele sich zum einen die Beziehung einer Person zu sich selbst (vgl. ebd., S.56). Zum anderen kommt es immer wieder zur „Re-Projektion“ der Beziehungsmuster der Ursprungsfamilie auf andere Personen (ebd., S.18), d.h. die Erfahrungen aus der Vorprägung durch die Familie werden auf andere Beziehungen übertragen und Konfliktmuster reinszeniert. Die „Operationen, durch die ich [andere] dazu induziere, meine Projektion zu verkörpern“, bezeichnet Laing als „Induktion“ (ebd., S.106). Durch diesen Vorgang werden aktuelle Beziehungsmuster an bisher erfahrene angepasst. Wird die damit verbundene Zuschreibung von Rollen geleugnet, bezeichnet Laing dies als „Mystifizierung“ (ebd., S.73).

Diese Zusammenhänge seien für den Einzelnen nicht zu durchschauen und bieten ihm deshalb keinen Ausweg. Für ihn ist es eine „‚Man kann nicht gewinnen‘- Situation“ (Laing 1969, S.103). Aufgabe professioneller Helfer sei es deshalb, solche Situationen aufzudecken (vgl. Laing 1974, S.37).

Cooper übernimmt diesen Ansatz und bezeichnet das Problem der Familie als „Scheitern[...] von Kommunikation“ (Cooper 1972, S.19). Auch für ihn ist Schizophrenie in der Mehrheit der Fälle nicht auf einen biologischen „Defekt“ des Patienten, sondern auf das „Versagen von Bezugspersonen im mikro-sozialen Umfeld“ zurückzuführen (Cooper 1971, S.14).

In „Der Tod der Familie“ nennt Cooper vier Faktoren, die in der Familie wirksam sind: Erstens würden die Leute aneinander kleben, „weil sie das Gefühl haben, allein unvollständig zu sein“. Ein solches Verhältnis zueinander gehe bis hin zur Symbiose. Zweitens würden in der Familie starre Rollenverteilungen bestehen, die wenig Spielraum für eigenständige Gestaltung lassen. Daraus ergebe sich ein unflexibles Bezugssystem der Personen zueinander, das beispielsweise nicht zulasse, dass Kinder auch mal ihre Eltern „erziehen“. Drittens würden die Kinder so sozialisiert, dass sie zu viele soziale Kontrollen verinnerlichen, sich dadurch der Gesellschaft unterwerfen würden und eigene Ideen und Träume nicht verfolgen könnten. Viertens gebe es in der Familie ein „ausgeklügeltes Tabusystem“, das durch die Implementierung von Schuldgefühlen z.B. Zärtlichkeiten untereinander ausklammere (vgl. Cooper 1972, S.26ff).

In solchen Familien würden „Absichten, die sich mit den „psychotischen Handlungen“ des Patienten in Verbindung bringen lassen, geleugnet oder man versichert sogar das Gegenteil“ (Cooper 1971, S.22). Deutlich wird hier auch bei Cooper der Bezug auf die Double-bind-Theorie. So zeige sich das Gegenüber häufig als jemand, der „eine gewisse Reaktion des anderen gleichzeitig wünscht und nicht wünscht oder vielmehr braucht und nicht braucht“ (Cooper 1971, S.60). Diese Ambivalenz nimmt der später Etikettierte wahr – nicht zuletzt über nonverbale Kommunikation. Permanente, sich widersprechende Anforderungen und Botschaften von wichtigen Bezugspersonen können das Kind überfordern und verwirren. Wenn andere Abwehrmechanismen nicht greifen, könne dies letztlich zu Symptomen wie „psychotischer Verwirrtheit, Denkstörung, Katatonie etc.“ führen (Cooper 1971, S.37). Um eine Kohärenz zwischen den wahrgenommen Absichten und tatsächlichen Bekundungen der anderen herzustellen, projiziere der Betroffene diese jetzt wahnhaft auf z.B. Wesen aus dem Weltraum. So bleibe es für ihn möglich, gleichzeitig seiner Wahrnehmung und den Äußerungen seiner Bezugspersonen zu trauen.

Von Laing werden die oben bereits beschriebene Mystifizierung der Reinszenierung von Beziehungsmustern und die damit einhergehenden impliziten Rollenzuschreibungen als wichtiges Moment bei der Entstehung von double-bind-Situationen beschrieben. Die betroffene Person nähme dann die projektive Zuschreibung wahr, könne sie aber nicht mit dem gesagten Inhalt zusammen bringen. Benennt die betroffene Person diese Widersprüche, „gibt es für solche Erkenntnisse eine Anzahl von psychiatrischen Bezeichnungen und eine Reihe von Behandlungsmethoden“ (Laing 1974, S.76). Aus dieser Perspektive sind Bezeichnungen wie Schizophrenie also auch als eine Art

Abwehrmechanismus des Familiensystems zu deuten, der tendenziell neurotische Beziehungsmuster konservieren soll.

Zur Absicherung dieser Muster gehöre auch die Aufstellung bestimmter Regeln und Deutungsmuster, die das Zusammenleben und Kommunizieren miteinander bestimmen. Diese würden aber nicht offen gemacht werden. Vielmehr wende sich eine der wichtigsten Regeln „gegen das Sehen all der Punkte, die aus ihrer Einhaltung oder Übertretung entstehen“ (ebd., S.94). Auch diese implizit wirksamen Regeln würden also verschleiert werden.

Eine weitere oben bereits angesprochene Voraussetzung psychischer Erkrankung sei es, wenn die die Mutter es nicht schaffe, zwischen sich und dem Säugling „einen Bereich wechselseitigen Handelns zu schaffen, so dass der Säugling lernt, sie als ein anderer zu berühren“ (Cooper 1971, S.35). In diesem Sinne sei Familienliebe „rücksichtslos bis zum Geht-Nicht-Mehr“ und stelle „ein Lügennetz einer Struktur“ dar, die verlassen und somit zerstört werden müsse (Cooper 1972, S.103). Ohne die Erfahrung der eigenen Autonomie bestehe sonst die Gefahr, verinnerlichte Normvorstellung und Ideale der Familie nicht als solche identifizieren zu können und zwischen „dem Gegner innen und dem Gegner außen“ nicht trennen zu können (Cooper 1972, S.23). So betrachtet stehen Symptome wie paranoide Wahnvorstellungen in einem engen Zusammenhang zu fehlenden Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und Eigenständigkeit.

Die Loslösung von den familialen Bezugspersonen sei auch für spätere Beziehungen fundamental. Dazu gehöre auch ein gewisses Ausmaß von „Selbstliebe“. Fehle ein bestimmter Grad an Narzissmus, sei es unmöglich, andere zu lieben, da sich nicht von den in der Familie eingepflichten Schuldgefühlen (s.o.) gelöst werden kann (vgl. Cooper 1972, S.38f).

Durch die Fixierung auf die Familienkommunikation wird dem traditionellen, rein medizinisch-biologisch orientierten Krankheitsverständnis eine Theorie der Krankheitsentstehung entgegen gesetzt, die sich auf soziale Faktoren konzentriert. Auch wenn Laing einen genetischen Faktor nicht gänzlich ausschließt (vgl. Laing 1969, S.109), spricht er sich erst 1975 für einen multidisziplinären Ansatz aus, in dem „genetische, biochemische und kommunikative Vorgänge“ (Bopp 1980, S.46) berücksichtigt werden.

Um die weiter unten im Text folgenden Ausführungen von Laing zur Therapie einordnen zu können ist es sinnvoll sich zunächst mit seinem Entfremdungsbegriff und seinem Bild von der Gesellschaft zu beschäftigen.

Demnach seien die Hauptprobleme in der zunehmenden Technisierung und Rationalisierung der Lebenswelt zu suchen. In einer solchen Umgebung hänge die „Gewaltanwendung von Menschen gegenüber Menschen“ eng zusammen mit der „Entfremdung“ aller Individuen von ihrem eigenen „Denken, Fühlen oder Handeln“ (Laing 1969, S.8f). Wesentliche Möglichkeiten von Erfahrung würden durch „Verdrängung, Verleugnung, Isolierung, Projektion, Introjektion und andere Formen destruktiver Aktion“ unterbunden werden (ebd., S.21). Laing bezieht sich hier also auf klassische Abwehrmechanismen, die für die psychoanalytische Deutung zentral sind. In diesen Kontext gehört auch das, was Laing als „Mystifikation“ bezeichnet – die Leugnung bzw. das Verbergen der eigenen Interessen dem anderen gegenüber (Laing 1969, S.30). Die Folge solcher Vertuschung der eigentlichen Intentionen sei ein „falsches Bewusstsein“, das auf politischer Ebene z.B. Ausbeutung verschleierte und den Ausbau der Kriegsindustrie rationalisiere (vgl. ebd., S.50). Aus einem unter diesen Bedingungen sozialisierten Menschen werde in der Regel zwangsläufig „eine halbtolle Kreatur, mehr oder weniger angepasst an eine verrückte Welt“ (ebd., S.51).

Das Ziel müsse sein diese Mechanismen zu überwinden. Deshalb bestehe die Aufgabe von Psychotherapie in erster Linie „im Abtragen all dessen, was zwischen uns steht – der Stützen, Masken, Rollen, Lügen, Widerstände, Ängste, Projektionen und Introjektionen“ (Laing 1969, S.39). Zu berücksichtigen seien dabei die Erfahrungen, die Menschen im Kontext von Beziehungen und innerhalb bestimmter sozialer Systeme machen (ebd., S.41).

Die Familie habe hier die Funktion einer zentralen Vermittlungsinstanz bei der Vermittlung zwischen verschiedenen Sets der Beziehungszusammenhänge. Die Abbildungen dieser Beziehungs- und Rollenmuster erfolgen dabei einerseits von innen nach außen (Projektion) und andererseits als Introjektionen von außen nach innen (vgl. Laing 1974, S.104ff).

Die hier skizzierte Entfremdung, wie Laing sie beschreibt, werde zu großen Teilen von den meisten Menschen erfahren. Ein Weg, diese zu überwinden, sei die oben beschriebene Auseinandersetzung mit der „inneren Welt“. Insofern ist seine Schlussfolgerung, dass

„wir alle diesen Prozeß [sic!] in der einen oder anderen Form nötig [haben]“ (Laing 1969, S.118).

Deutlich wird hier, dass sich der Entfremdungsbegriff von Laing auf fehlende Phantasie und einen mangelnden Zugang zu sich selbst beschränkt. Auch wenn er an anderer Stelle darauf verweist, dass Betroffene „nur unter spezifischen sozioökonomischen Bedingungen“ an Schizophrenie leiden werden (Laing 1974, S.57), formuliert er Möglichkeiten der Intervention lediglich auf der relativ isolierten Ebene des Individuums. Bopp kritisiert diese Orientierung scharf: „Die Versenkung des Ich in ein phantastisches Innenreich verdrängt die Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Realität.“ (Bopp 1980, S.51).

Versuche einer allgemeinen Gesellschaftskritik machte Cooper, indem er die Pathodynamik der Familie mit der kapitalistischen Gesellschaft in Verbindung setzte. Die Familie fungiere in diesem Kontext als Vermittlerin zwischen der Ausbeutung und Unterdrückung der kapitalistischen Gesellschaft einerseits und dem einzelnen Menschen andererseits. „Sie garantier[e], dass die gesellschaftliche Entfremdung sich in die Emotionalität und Triebkonstitutionen der Individuen eingräbt“ (Bopp 1980, S.54). So lerne das Kind in der von Entfremdung geprägten Familie, seine Rolle bestehe vor allem darin, „für die anderen da zu sein, und erst in zweiter Linie darin, für sich selbst da zu sein“. Später lerne es daran anknüpfend „sich selbst und seine erworbenen Fertigkeiten als Marktobjekte zu interpretieren“ (Cooper 1971, S.50).

Daraus ergibt sich für Cooper die Notwendigkeit der „Destrukturierung“ der Familie, die letztlich „die Revolution der ganzen Gesellschaft erfordert“ (Cooper 1972, S.25). Als alternatives Modell zur klassischen Familie sieht er beispielsweise die Lebensform der Kommune. Diese zeichne sich aus durch Wechselseitigkeit von Einsamkeit und Gemeinsamkeit bzw. Privatsphäre und Kollektivität, intensivere und freiere Liebesbeziehungen und die Relativierung der Elternrolle durch Kontakte der Kinder zu den anderen Erwachsenen der Gruppe (vgl. ebd., S.47). Erziehung müsse als wechselseitiger Lern- und Beeinflussungsprozess verstanden werden und nicht in einem starren Subjekt/ Objekt-Muster ablaufen.

Im Unterschied zum Entfremdungsbegriff von Laing definiert Cooper Entfremdung als „Fusion oder Konfusion und Ichverlust in einem anderen Menschen oder in einem

Arbeitsprozeß [sic!]“ (Cooper 1972, S.87). Er gibt also die marxistisch-analytische Perspektive nicht völlig auf. In Anlehnung an Sartres Unterscheidung in „primäre“ und „sekundäre“ Entfremdung in „Kritik der dialektischen Vernunft“ sei zu unterscheiden zwischen der Entfremdung durch die ökonomischen Verdinglichungs- und Ausbeutungsverhältnisse (sekundär) und der notwendigen Erkenntnis über die Selbstwirksamkeit des eigenen Handelns (primär). Letzterer Prozess sei essentiell für das (psychische) Überleben, um sich nicht in den Bedürfnissen der anderen zu verlieren und durch die Fähigkeit, auch andere für sich zum „Objekt“ machen zu können, ein gewisses Maß an Autonomie der eigenen Persönlichkeit zu wahren. Eine Entfremdung findet hier also statt im Sinne eine Differenzierung von Eigen- und Fremdinteressen und des Erkennens sich daraus ergebender Handlungsmöglichkeiten (vgl. Bopp 1980, S.55; Cooper 1971, S.54).

Doch genau diese Autonomie des Individuums werde von der ökonomischen Entfremdung über das Scharnier der Familie angegriffen, um gesellschaftliche und ökonomische Macht auch auf individueller Ebene abzusichern. In pathogenen Familien würden Kinder dabei „lediglich zum Objekt [...] der Bedürfnisse anderer Mitglieder der Gruppe“ (Cooper 1971, S.54).

Unterstellt wird hier also keine Einheit der Interessen von Eltern und Kapital. Vielmehr würden so sozialisierte Kinder anfälliger werden für die Verdinglichung in der kapitalistischen Gesellschaft und mögliche Abweichler durch Etikettierung aussortiert.

In „Der Tod der Familie“ bezeichnet Cooper die Familie sogar als „Kern der heutigen kapitalistischen Gesellschaft“ (Cooper 1972, S.7). Diese Form des Zusammenlebens sei besonders gut zu kontrollieren und sichere die Macht der herrschenden Klasse ab. Sie spiegle sich deshalb in allen wichtigen gesellschaftlichen Institutionen wie z.B. der Schule oder der Fabrik wieder. In dieser Struktur würden die einzelnen Menschen anonymisiert; Begegnungen mit sich selbst und anderen seien kaum selbst gestaltbar. In dieser Situation der Entfremdung sei das Schicksal des Einzelnen vielmehr die „passive[...] Unterwerfung unter die Invasion anderer“ (ebd., S.13).

3.2 Etikettierung und Asylierung

Darüber, in welchem Zusammenhang familiäre Kommunikationsmuster mit der übrigen Gesellschaft stehen könnten, macht Laing im Unterschied zu Cooper keine Aussage. Er

greift später aber auf Untersuchungen Erving Goffmans über Verhaltensdeformationen von Patienten durch Anstalten („Asyle“) und Ansätze der Labeling- Theorie zurück (vgl. Bopp 1980, S.47).

Unter Berufung auf Goffmann betont er, dass „ganz unverständliches Verhalten ganz normalen menschlichen Sinn haben [können]“, wenn man eine Person „im Kontext personaler Interaktion und des betreffenden Systems [sehe]“ (Laing 1969, S.100f). Schizophrenie ist für ihn „nicht irgendein Zustand mehr geistiger als physischer Art oder eine Krankheit [...], sondern ein Etikett, mit dem etliche Leute andere Leute unter bestimmten sozialen Umständen versehen“ (Laing 1969, S.93). Zu einem wesentlichen Teil sei es diese Zuschreibung, „die einen großen Teil der [...] beschriebenen Verhaltensweisen akuter und chronischer Schizophrenie erst *induziert*“ (Laing 1974, S.47).

Legitimiert durch dieses Etikett würde dem Diagnostizierten eine „Karriere als Patient“ aufgezwungen, in der ihm durch Familie, Ärzte, Psychiater und die „totale Institution“ (Goffmann) die bürgerlichen Freiheiten und letztlich das Menschsein aberkannt werden (Laing 1969, S.110f).

Insofern sei der Begriff Schizophrenie „eine Zwangsjacke, die Psychiater und Patienten einschränk[e]“ und einer Aufschlüsselung der spezifischen Situationen im Weg stehe (Laing 1974, S.57).

Auch für Coopers Krankheitsverständnis waren Etikettierungsprozesse und die Kritik der Asylisierung von zentraler Bedeutung. Die betroffene Person werde erst in der Familie, dann auch auf gesellschaftlicher Ebene isoliert, ausgestoßen und in psychiatrischen Einrichtungen („Asylen“) verwahrt. Die traditionelle Psychiatrie habe Strukturen und Regeln geschaffen, die in vieler Hinsicht „die gleichen verrückt machenden Absonderlichkeiten“ aufweise wie die Familie des Patienten (Cooper 1971, S.35). Hier würden die Menschen nur ruhig gestellt und ein „Tod-im-Leben-Zustand“ hergestellt (Cooper 1972, S.131). Dies habe Hospitalisierungsschäden zur Folge, die wesentliche Ursache von Krankheitssymptomen seien.

Die Ausbreitung und Ausdifferenzierung der Psychiatrie und der Gesellschaft ist für ihn eine „massive Polizeiaktion [...], um die Leute zum Schweigen zu bringen“ (ebd.).

Die Funktion der Psychiatrie bestehe vor allem darin „auf ihre abgestempelten Patienten die subtile Gewalt der Gesellschaft abzulenken und zu konzentrieren“ (Cooper 1971,

S.11). Diese würden so quasi zu „Sündenböcken“ gemacht, auf die „eigene verdrängte Tendenzen zur sozialen Desintegration“ projiziert werden (Bopp 1980, S.54). Legitimiert werde dieser Vorgang durch die „doppelte Negation“: Etikettierung und Asylisierung werden durch den Verweis auf rein biologische Defekte geleugnet (Cooper 1971, S.46). Die verschiedenen Kategorien von Wahnsinn seien von der „bourgeoisen Gesellschaft“ zur Selbsterhaltung „erfunden“ worden (Cooper 1972, S.135).

Hierin besteht eine wesentliche Erweiterung der Ansätze von Laing durch Cooper: Zur krankheitstheoretischen Ebene der Familie kommt ein sozialpsychologischer Erklärungsansatz hinzu, der kollektive Verdrängungsmechanismen mit einbezieht.

Genauere Ausführungen zu diesem analytischen Ansatz fehlen zwar. Trotzdem wird das Verständnis, das Laing von Entfremdungsprozessen formuliert hatte, insofern erweitert, als dass ein systematischer Zusammenhang hergestellt wird zwischen den Ebenen Individuum, Familie und Gesellschaftsstruktur.

3.3 Therapie

Diese Erklärungsansätze zur Entstehung von psychischer Erkrankung, insbesondere der Schizophrenie, bilden den Hintergrund für die Ablehnung der traditionellen Therapie- und Behandlungsmethoden. Beruhigungsmittel beispielsweise würden den Menschen „fett und impotent“ und „zum systematisch erniedrigten anderen Ich des Psychiaters“ machen. In erster Linie dienten sie dazu Gefügigkeit herzustellen (Cooper 1972, S.116).

Nach Laings Vorstellung sollte die Therapie im engeren Sinne kein Unterdrücken des Wahns sein. Vielmehr sollten PatientInnen in einer „Reise in den inneren Raum und die innere Zeit“ begleitet werden (Laing 1969, S.114f). Eine solche Reise werde erfahren als „ein Schreiten rückwärts durchs eigene Leben, in und zurück und durch und hinein in die Erfahrung der Menschheit, vielleicht weiter ins Wesen der Tiere, Pflanzen und Mineralien“ (ebd., S.115). Zuweilen würden Menschen mit schizophrener Symptomatik solche „transzendentalen Erfahrungen“ machen (ebd., S.120ff). Diese würden sie leicht verwirren. Der Betroffene „verwechselt [dann] Ego mit Selbst, Inneres mit Äußerem, Natürliches und Übernatürliches“ (ebd., S.122). Deshalb müsse der Patient bei diesen Erfahrungen unterstützt werden. So könne die psychotische Krise als eine Chance genutzt werden das eigene Bewusstsein zu erweitern und die eigene Lebensqualität zu steigern.

Psychotische Schübe werden in dieser Sichtweise also weniger als Bedrohung der eigenen Persönlichkeit denn vielmehr als Chance zu ihrer Entfaltung gesehen.

Auch wenn er die Ursachen psychischer Erkrankungen in der Familie und somit krankheitstheoretisch auf der sozialen Ebene verortet, leitet Laing daraus keine politischen Interventionsansätze ab. Während Jones gezielt versuchte die Erkenntnisse aus der psychiatrischen Arbeit über die Gemeindepsychiatrie auch in „externe“ gesellschaftliche Strukturen einfließen zu lassen, beschränkte sich Laing in seinen Interventionsansätzen ausdrücklich auf die Ebene des Individuums.

Ähnlich Laings Auffassung von der Therapie als Reise verlangt auch Cooper eine zurückhaltende und begleitende Grundhaltung des Therapeuten. Hinter der Symptomatik der Schizophrenie stehe das „Bedürfnis nach irgendeiner Art von Selbsterneuerung“ derer eigentlich alle Menschen bedürfen würden. Deshalb müsse der schizophrene Mensch „das Recht haben, in Stücke zu gehen, [sic!] und es muß [sic!] [ihm] dabei geholfen werden, wieder zusammenzufinden“ (Cooper 1971, S.95). Mit einer solchen Hilfestellung könne psychotisches Erleben „zu einem reiferen menschlichen Zustand führen“ (Cooper 1971, S.97). Eine Hauptfunktion der Therapie bestehe darin „archaische Zustände in uns“ wieder zu erleben und in unsere Erfahrungswelt zu integrieren (Cooper 1972, S.124). Solche Erfahrungen könnten gemacht werden in „sogenannten Psychosen [...], in Erlebnissen, die als mystisch bezeichnet werden, in Träumen und in gewissen Rauschzuständen“ (ebd., S.125). Hier bestehe die Möglichkeit so fundamentale Dinge wie Geburt und Tod und das Verbundensein mit dem Rest der Welt zu erleben.

Das Unterdrücken der Psychose und die Unterordnung unter die Reglementierung in der Familie oder der traditionellen Psychiatrie führten demgegenüber nur zur Chronifizierung.

Im Idealfall müsse eine Therapie der Entfremdung in Familie und Gesellschaft entgegenwirken, indem sie den Menschen darin bestärkt die eigenen Wünsche und Träume ernst zu nehmen und sie auch im realen Leben zu verfolgen. Würde Therapie in diesem Sinne flächendeckend angewandt, könne sie zu einem „gefährlichen und äußerst subversiven Mittel gegen den bourgeoisen Staat“ werden (Cooper 1972, S.28).

Darüber hinaus betont er wie Laing die Notwendigkeit die gesamte Familie des Betroffenen in die Therapie mit einzubeziehen. Ziel sei dabei *„die Schaffung einer Kontrollsituation, in der die Familienmitglieder sich selbst in Bezug aufeinander in der Weise modifizieren, dass das als Patient definierte Mitglied einen wachsenden Bereich autonomen Handelns für sich selbst entdeckt, während gleichzeitig die übrigen Familienangehörigen ‚selbstgenügsamer‘ werden, zumindest insoweit, dass es nicht zu einem als psychotisch anzusehenden Zusammenbruch kommt“* (Cooper 1971, S.64). Auch in dieser eher systemisch orientierten Arbeitsweise bleibt also die Perspektive des Patienten vorrangig. Laing ging bei der Verortung des therapeutischen Interventionsfeldes sogar noch über den Rahmen der Familie hinaus und bezog neben den interfamiliären Beziehungen auch die „extrafamiliären Netzwerke“ mit ein (Laing 1974, S. 50).

Dass eine „Heilung“ erst durch eine Auseinandersetzung mit den zentralen inneren Konflikten möglich ist, würden Vertreter der Psychoanalyse wahrscheinlich auch nicht anders sehen. Im Rahmen der Arbeit mit Familien habe Cooper diese Art der Deutung von Interaktionen allerdings bewusst außer Acht gelassen „um die komplexen Wechselbeziehungen von Handlungen und Absichten deutlich in den Blick zu bekommen“. Andernfalls bestünde die Gefahr das eigentliche Problem der fehlenden Autonomie von Entscheidungen aus den Augen zu verlieren (Cooper 1971, S.89). Im Unterschied zur Psychoanalyse wird dem Ausagieren psychotischer Zustände hier zudem viel mehr Raum gegeben. In Tradition der therapeutischen Gemeinschaft sprachen sich Laing und Cooper zudem für eine Auflösung der Rollen von Erkrankten und Therapierenden aus. Im Prozess der Therapie werde dann „eine Begegnung zwischen beiden Menschen möglich und das Zweirollensystem aus Therapeut/ Therapeutisiertem [sic!] [...] bricht [...] in sich zusammen“ (Cooper 1972, S.91).

Auch dieser Anspruch steht im Widerspruch zur psychoanalytischen Therapie, in der häufig bewusst die Übertragungsprozesse aus Rollendynamiken genutzt werden sollen. Was dies für die Praxis bedeutete, möchte ich an dieser Stelle etwas genauer darstellen.

3.4 Villa 21 und Network

Die Villa 21 als Projekt innerhalb eines großen Londoner Krankenhauses habe ich eingangs bereits kurz erwähnt.

Als Grundlagen dieser praktischen Umsetzung seiner Theorien hatte Cooper drei „Hauptbedürfnisse“ ausgemacht, an denen sich orientiert werden sollte:

- Die schizophren Erkrankten sollten getrennt von neurotischen Patienten untergebracht werden. Es sollte eine weniger starke Rollenstrukturierung geben und den Betroffenen sollte insgesamt mehr Raum gegeben werden, die eigenen Bedürfnisse und Impulse auszuagieren.
- Es sollte eine Situation geschaffen werden, die das Erforschen von Gruppen- und Familieninteraktionen ermöglichte.
- Es sollte eine „lebensfähige“, selbständige Einheit geschaffen werden, die außerhalb der traditionellen Institution Psychiatrie und innerhalb der Gemeinde liegen sollte.

(vgl. Cooper 1971, S.100f)

Zunächst wurde sich dabei an den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft orientiert. Das Tagesprogramm war somit zunächst recht weit vorstrukturiert. Es gab zum einen so genannte „geplante Gruppen“. Zu diesen zählten tägliche gemeinsame Zusammenkünfte von Personal und Patienten, bei denen Probleme diskutiert wurden, die die ganze Station betrafen. Ferner gab es zwei therapeutische Gruppen, Arbeitsgruppen und Gruppentreffen des Personals. Zum anderen gab es „spontane Gruppen“, die sich bildeten um kleinere oder größere Themen des täglichen Lebens zu bearbeiten (vgl. Cooper 1971, S.105).

Es zeigte sich aber, dass die rigide Tagesstruktur mit den verschiedenen Gruppenaktivitäten nicht zu dem Anspruch passte, dass die Erkrankten sich möglichst frei entfalten können sollten. Vielmehr hätten sich so Erfahrungen aus der Familie wiederholt, in der sie in der Gestaltung ihres Lebensraumes den Interessen der anderen unterlegen waren.

Dem gegenüber war das erklärte Ziel, eine Gemeinschaft zu schaffen, „in der Menschen in der Weise miteinander leben, dass sie einander auch tatsächlich allein lassen können“ (Cooper 1971, S.91). Strukturierung von Tag und Nacht wurden deshalb zunehmend dem Willen der Erkrankten überlassen.

Einerseits bedeutete dies einen beträchtlichen Autonomiegewinn für die Patienten. Andererseits gesteht Cooper auch ein, dass die angebotenen Projekte sich bereits nach wenigen Wochen wieder auflösten, weil „Patienten ‚absplitterten‘ um sich privaten Tätigkeiten irgendwo innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses zuzuwenden“ (ebd., S.109).

Beschäftigungstherapeutische Arbeiten wurden zunächst auch angeboten. Nach und nach wurden diese aber als unsinnig verworfen und versucht außerhalb der Einrichtung Arbeit für die Patienten zu finden (vgl. ebd., S.109).

Beibehalten wurde das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft, möglichst alle Beteiligten zu aktivieren. So sollten auch die Kompetenzen von Patienten genutzt und gefördert werden. Realisiert werden sollte dies durch eine Auflösung bzw. Verwischung der Rollen von Erkrankten und Therapierenden. Das Personal zog sich mehr und mehr aus den alten Rollen zurück, bis sie sich nur noch auf die Herausgabe von Medikamenten und verwaltungstechnische Aufgaben kümmerten. Während die Patienten nun selbständig über Urlaubszeiten und Tagesstruktur entschieden, sei das Personal sehr ängstlich gewesen – nicht zuletzt, weil der Großteil der zu erledigenden Aufgaben von den Erkrankten einfach nicht übernommen wurde (vgl. Cooper 1971, S.110f). Insgesamt habe das Personal die weitaus größeren Schwierigkeiten gehabt sich mit der Verwischung und teilweisen Auflösung ihrer alten Rollen anzufreunden.

Mit dem Verweis auf die Verinnerlichung von gesellschaftlichen Zwängen bezweifelt Bopp allerdings, ob dieser Prozess wirklich so erfolgreich verlief, wie Cooper es darstellt. Vielmehr vermutet er die Entwicklung verdeckter Hierarchien (vgl. Bopp 1980, S.62f).

Der offizielle Druck durch die Verwaltung, die Ängste des Personals und interne Konflikte führten dazu, dass nach und nach wieder Kontrollfunktionen durch das Personal übernommen wurden und das Projekt nach vier Jahren wieder beendet wurde (Cooper 1971, S.114).

Ähnlich wie Jones zog auch Cooper aus diesen Erfahrungen den Schluss sich von den repressiven Strukturen der Großanstalten zu trennen und mit seiner Arbeit in die Gemeinde zu gehen (vgl. ebd., S.123f).

Unter dem Dach der Philadelphia Association baute er deshalb u.a. zusammen mit Laing das „Network“ auf – ein Netzwerk von therapeutischen Wohngemeinschaften. Hier wurden die Erfahrungen aus der Villa 21 in dezentralem Rahmen umgesetzt. Über die BewohnerInnen dieser Wohngemeinschaften ist nur wenig bekannt. Die meisten waren wohl zwischen 18 und 30 Jahren alt, in der Regel akademisch vorgebildet und kamen nicht selten, nachdem sie Laings und Coopers Bücher gelesen hatten (Bopp 1980, S.63f).

In einem Interview bezifferte Laing die Zahl der in Network organisierten Personen auf ungefähr 30 bis 40 (Basaglia 1972, S.111).

Als Prinzip galt für Cooper keine psychiatrischen Diagnosen zu stellen. Dadurch sollte einer vorweggenommenen Etikettierung vorgebeugt werden. In der Konsequenz sollte eine „De-Hierarchisierung“ der Gruppe erreicht werden. Die rollenstrukturelle Unterteilung in Arzt, Schwester, Patient etc. sollte aufgelöst werden. Zu dieser Rollenauflösung zählte auch, dass es keine Bezahlung für die geleistete Arbeit gab und niemand für seinen Aufenthalt zahlen musste (vgl. Basaglia 1972, S.113). „In diesen Gemeinschaften sollen Menschen nicht *in Behandlung* sein, sondern einfach *sein* – dieses Sein ist aber aktiv und lebendig, es ist gegen die falsche Passivität der Behandlung gerichtet, dagegen, daß [sic!] andere mit einem machen, was sie wollen.“ (Cooper 1972, S.59). Die Gemeinschaftsmitglieder sollten die Möglichkeit des Erlebens von Desintegration und Reintegration (s.o.) haben. Es sollte Gemeinschaftsräume, aber auch Rückzugsräume und einzelne Kochgelegenheiten für alle geben. Die wechselseitigen Interessen sollten berücksichtigt werden und Raum für gegenseitige Begegnungen geschaffen werden.

Laing zufolge fanden darüber hinaus auch Seminare und Vorträge und 1967 sogar ein Kongress mit 2000 Teilnehmenden statt (vgl. Basaglia 1972, S.112).

Das bekannteste dieser Wohnprojekte war Kingsley Hall, das von 1965 bis 1970 existierte. Hier konnten 14 Menschen wohnen. Von 1965 bis 1969 waren 113 Leute hier untergebracht. Es gab Seminare und Gruppensitzungen zu Themen wie abweichendes Verhalten, Kritik der klinischen Perspektive und double-bind-Theorie. Schulungs- und Forschungsarbeiten fanden dabei auch unter Beteiligung internationaler Ärzte und Nicht-Mediziner statt. Gruppenangebote gab es zu Themen wie Malen, Yoga, Lesungen, Tänze und Theater (vgl. Laing 1974, S.57ff).

Die Gründe für die Auflösung dieses Modells sind offensichtlich nicht ausreichend dokumentiert. Den Behörden waren die WGs ein Dorn im Auge. Laut Bopp verloren aber auch die BewohnerInnen den Kontakt zur „sozialen Realität“ (Bopp 1980, S.64), was wiederum stark an die Probleme der therapeutischen Gemeinschaft (vgl. Kapitel 2) erinnert.

3.5 Perspektive

Aus seinen theoretischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen zieht Cooper grundsätzlich andere Schlüsse als Laing.

Im Unterschied zu dessen individualisierten Konfliktbearbeitung durch eine Reise zu sich selbst sieht Cooper die Perspektive im Aufbau eines internationalen Netzwerkes von „revolutionäre[n] Zentren des Bewusstseins“ (Cooper 1972, S.64). Die im „Network“ modifizierten Organisationsprinzipien der therapeutischen Gemeinschaft sollten auf Teile einer internationalen linken Bewegung angewendet werden. Dazu gehörte für ihn auch „die universale Freisetzung einer vollen Spiritualität“ (ebd., S.62). Hierzu müssten die Menschen ihr Bewusstsein durch esoterische bzw. religiöse Erfahrungen und gegenseitige Begegnungen erweitern. Insofern ging es Cooper weniger um einen „isolierten Selbstveränderungsprozess“ als vielmehr um einen „kollektive[n] Lern- und Handlungsprozess“ (Bopp 1980, S.66).

Um nicht nur verinnerlichte Zwänge, sondern auch äußere gesellschaftliche Strukturen zu bekämpfen müssten die Zentren zu „Roten Basen“ werden, deren Ziel Auflösung und Zersetzung der „bourgeoisen Machtstrukturen“ sei. Dazu gehörten für Cooper auch Aktionsformen wie Streiks und Sit-Ins. Das Revolutionäre an diesen Gruppen sei, dass sie sich aktiv der Überwachung durch die bourgeoise Gesellschaft entziehen würden (vgl. Cooper 1972, S.65f).

Entsprechend müsste auch das gesamte Bildungssystem in de-hierarchisierte Strukturen wie z.B. freie Universitäten umgewandelt werden. Organisiert werden müsste dies dann über Versammlungen von „Zellen“, deren Hauptfunktion „die Transzendierung des Unterschieds von Therapie und Lernen“ sei (vgl. Cooper 1972, S.67ff). In jeder Institution unserer Gesellschaft müsse den Menschen „dabei geholfen werden, zu erkennen, [dass] die Macht der herrschenden Elite und ihrer Bürokratie nichts ist [...] als *ihre* missbrauchte und veräußerlichte Macht“ (ebd., S.80).

Die in der Zersetzung der Familie verwurzelte Befreiung der Individuen habe letztlich das Potential die Erste Welt „nicht mehr regierbar“ zu machen. Dadurch würde dann auch die gegen die Dritte Welt gerichtete „rohe Gewalt“ der Ersten Welt „gebrochen werden“ (Cooper 1972, S.104). Der Betrieb der verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen müsste lahm gelegt werden und durch „mobile, nichthierarchische Strukturen [ersetzt werden], die den akkumulierten Besitz auf die Welt verteilen“ (ebd., S.119). - Auch in dieser Wortwahl zeigt sich noch einmal die fragmentarische Verwendung marxistischer

Positionen, die das akkumulierte Kapital und seinen Produktionsprozess als einen zentralen Ansatzpunkt gesellschaftlicher Gestaltungsmöglichkeiten sehen.

Bopp kritisiert, dass unklar bleibe, worin denn die „revolutionäre“ Kraft des angestrebten Netzwerks bestehen solle, was also ihre umstürzlerische Eigenschaft ausmache. Zum anderen sei fraglich, wie ein solcher Zusammenhang ausgerechnet aus der Psychiatrie heraus organisiert werden könne. Vor diesem Hintergrund bezeichnet er die Äußerungen Coopers als „illusionäre[...] Überhöhung“ (Bopp 1980, S.67). Er wirft Cooper also vor, weit übertriebene Hoffnungen in das gesellschaftliche Veränderungspotential psychisch Erkrankter zu projizieren.

Laing scheint bezüglich der „Bewegung der Abweichenden“ weitaus skeptischer gewesen zu sein. Er konnte sich „keine Strategie vorstellen, die in der Lage wäre, das System von innen heraus zu zerstören“ (Basaglia 1972, S.116). Einer breiten gesellschaftlichen Veränderung stünde auch im Wege, dass die „Arbeiterklasse [...] jeder Form von Abweichung eher ablehnend gegenüber [stehe]“ (ebd., S.118).

4. Antiinstitutionelle Psychiatrie Italiens: Basaglia, Jervis Pirella

Die Reformbewegung der italienischen Psychiatrie bezeichnete sich selbst nicht als Antipsychiatrie sondern als „antiinstitutionelle“, „demokratische“ oder auch „kritische“ Psychiatrie (vgl. Bopp 1980, S.71). Jervis betonte beispielsweise, dass die Psychiatrie zwar vorrangig Werkzeug zur Unterdrückung und Mystifikation sei, aber eben auch real therapeutische Funktionen übernehme (vgl. Jervis 1978, S.20). Deshalb ging es ihm nicht einfach um eine Zerstörung dieser Institutionen, sondern um eine „kollektive politische Wiederaneignung des psychiatrischen Problems“ (ebd., S.21).

Auch Basaglia kritisierte die antipsychiatrische Bewegung als zu ideologisch und zu wenig praktisch orientiert und lehnte vor diesem Hintergrund den Begriff „Antipsychiatrie“ ab (vgl. Obiolis 1978, S.8).

Ihre führenden Köpfe stammten aus einem Team, das ab 1961 das Krankenhaus von Görz (Gorizia) umstrukturierte. Wie schon bei der therapeutischen Gemeinschaft und der Villa 21 handelte es sich hierbei um eine Reform, die nicht von den Erkrankten, sondern von der Ebene der Anstaltsleitung ausging. Anders als in England waren die reformierten

Anstalten mit bis zu 1500 Betten allerdings bedeutend größer. Bis zu ihrer Reformierung seien die Zustände hier zudem „ungleich trostloser und brutaler“ gewesen als in den englischen Institutionen (Bopp 1980, S.72). Insgesamt befand sich die gesamte italienische Gesundheitsfürsorge zu dieser Zeit deutlich unterhalb des sonstigen Niveaus westeuropäischer Länder.

Eine weitere Besonderheit der italienischen Reformbewegung in der Psychiatrie war, dass sie durch eine größere Vernetzung mit linken Parteien, Basisorganisationen und der Studentenbewegung einen erheblich größeren Rückhalt in der Gesellschaft hatte. So wurden die antiinstitutionellen Psychiater in ihrer Arbeit politisch unterstützt und beeinflussten mit ihren Erkenntnissen auch die Gesundheits- und Bildungspolitik (vgl. Bopp 1980, S.72f).

Im folgenden Abschnitt möchte ich kurz die praktischen Tätigkeitsfelder der wichtigsten italienischen Reformpsychiater skizzieren.

Die Klinik von Görz wurde geleitet von Franco Basaglia. Zu seinem Team gehörten auch Giovanni Jervis und Agostino Pirella. Bei der Umstrukturierung orientierte man sich maßgeblich an den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft und den damit gemachten Erfahrungen in England orientiert. Jervis und Basaglia hatten die englischen Projekt zuvor besucht (vgl. Jervis 1979, S.23, 31).

1968 verließ Basaglia Görz und gab die Leitung an Pirella ab. Jervis blieb bis 1969. 1971 wurde das Projekt nach 10 Jahren eingestellt. Dies war zum einen auf den Druck durch die christdemokratische Regierung zurückzuführen. Zum anderen gab es unter den Mitarbeitern das Bedürfnis ein neues Projekt in einem anderen Rahmen zu realisieren (vgl. Pirella 1975, S.78). Später gestand Jervis auch grundlegende Spaltungstendenzen innerhalb des Teams ein, die sich festmachten an unterschiedlichen inhaltlichen Ausrichtungen und Analysen, einer unterschiedlichen Bewertung therapeutischer Techniken und nicht zuletzt an Arbeitsverhältnissen, die er als „ziemlich rigide und hierarchisch“ beschreibt (Jervis 1979, S. 34).

Pirella und einige Mitarbeiter gingen nach Arezzo. Hier war die Mehrheit des Pflegepersonals in linken Parteien und Gewerkschaften organisiert, so dass eine größere politische Durchsetzungskraft bestand. Parallel zur inneren Reform der Anstalt wurde die Arbeit auf die Gemeinde ausgedehnt. Die Patienten-Vollversammlungen wurden für die

Öffentlichkeit zugänglich gemacht, Diskussionen fanden teilweise auf dem Marktplatz statt und auch mit Schulen und Betrieben wurde zusammengearbeitet. Kontakte zu Fabrikräten wurden aufgebaut und Arbeiter zu Besuch in die Klinik eingeladen (vgl. Pirella 1975, S.79). Ziel war dabei die Lern- und Arbeitsbedingungen zu verbessern und z.B. durch die Aufdeckung schädigender Bedingungen am Arbeitsplatz als eine Art „Präventive[r] Gesundheitsdienst“ zu wirken (ebd., S.227). Die eigene Reformierungsarbeit wurde „Teil einer politischen Bewegung zur Verbesserung der Lebensbedingungen der unteren Klassen“ (Bopp 1980, S.74).

In der Provinz Reggio Emilia wurde die Reformierung ab 1969 durch Jervis umgesetzt. Auch sein Team war stark im linken Milieu verwurzelt. Ähnlich wie in Arrezo konzentrierte sich die Arbeit zunehmend auf die Gemeinde. Die betroffenen wurden in ihrem natürlichen Lebensumfeld anstatt in der abgeschlossenen Klinik betreut. Und auch hier gab es in Fabriken „Versammlungen, Umfragen und Diskussionen über geistige Diskussionen in Bezug auf die Organisation der Arbeit“ sowie Zusammenarbeit mit Stadtteilkomitees (Jervis 1979, S.43f). Nach drei Jahren kam es innerhalb des Teams anhand der Frage nach dem Nutzen psychotherapeutischer Methodik zur Spaltung, in deren Folge Jervis die Klinik wieder verließ.

In Triest konnte Basiglia dafür sorgen, dass von 1972 bis 1977 alle stationären Abteilungen der 1200-Betten-Anstalt aufgelöst wurden. Gleichzeitig wurden stattdessen gemeindepsychiatrische Dienste eingerichtet (Bopp 1980, S.73f).

Dass zu dieser Reformbewegung weit mehr als die genannten Psychiater gehörten, zeigt u.a. die Gründung der Bewegung „Demokratische Psychiatrie“ 1973. Bereits fünf Jahre später zählte sie 3000 Mitglieder.

Zu diesem Zeitpunkt wurde vom Parlament auch das Psychiatrie-Gesetz verabschiedet. Demnach sind psychiatrische Anstalten nach einer Übergangszeit zu schließen, Zwangseinweisung solle abgeschafft werden und Bezeichnungen wie „geistesgestört“ und „geisteskrank“ wurden verboten (Bopp 1980, S.75). Auch dieser Erfolg zeugt von der weitgehenden Verwurzelung der Reformbewegung in der Gesellschaft.

Von Jervis wird die Hochzeit der Bewegung für eine Erneuerung der italienischen Psychiatrie im Zeitraum von 1969 bis 1973 verortet (vgl. Jervis 1979, S.13).

4.1 Etikettierung, Ausschluss und Gewalt

Nach dieser kurzen Skizzierung der praktischen Arbeit komme ich nun zur Darstellung der damit einhergehenden theoretischen Überlegungen der italienischen Reformpsychiatrie.

Auch Basaglia, Pirella und Jervis stützen sich auf verschiedenste Arbeiten, die sich mit den destruktiven Auswirkungen der Asyle, der Labeling-Theorie und mit Theorien über abweichendes Verhalten beschäftigen und betonen somit den sozialen, historischen und institutionellen Kontext der Entstehung psychischer Krankheit.

Mit Pirellas Worten „erklären [sie] nicht den chronischen Charakter einer Krankheit zum Hauptproblem (wenngleich dies ein wichtiges Problem sein kann, das anschließend gelöst werden muß [sic!]), sondern die langfristige Hospitalisierung [...]“ (Pirella 1975, S.143).

Jervis fasste das zu bearbeitende Feld noch weiter, indem er betonte, dass hinter Klassifizierungen und Diagnosen ganz andere Probleme verborgen liegen würden, „und zwar die menschlichen Probleme des täglichen Lebens, die politische Probleme sind“ (Jervis 1978, S.17). Ihm ging es also einerseits ähnlich wie Laing darum die sozialen Zusammenhänge zu erfassen, die hinter bestimmten Krankheitsbegriffen liegen.

Andererseits wurde in Italien eben viel mehr als von Laing in England auch der politische Kontext in Theorie und Praxis mit einbezogen.

Anstatt von „Geistesstörung“ zu sprechen schlägt Jervis vor von einem Individuum zu sprechen, das „sich in einer sozialen Lage befand und/ oder befindet, deretwegen es Probleme hat, die es nicht zu lösen im Stande ist [...]“ (ebd., S.87). Der Unterschied zum „normalen“ Menschen bestehe nun im Ausmaß damit verbundenen Leids und Schwierigkeiten, die ihn an eine spezifische Reaktionsweise binden. In diesem Gesellschaftssystem seien zwar alle Entfremdung und Ausbeutung ausgesetzt, die leicht eine Gleichsetzung von Vernunft und Konformismus nahe legen (ebd., S.97). Anders als Laing und Cooper betont Jervis aber, dass psychisch Kranke eben doch noch weitaus größeren Einschränkungen ihrer Entscheidungsfreiheiten unterworfen seien (vgl. ebd., S.90).

Für Basaglia ist die Psychiatrie eine „Institution der Gewalt“, die die gesellschaftlichen Machtstrukturen bewahren soll. Wie in Familie, Fabrik oder Schule würden auch die Rollenverteilungen in der Klinik dazu dienen „eine scharfe Trennung in die Gruppe der Machthaber und die Gruppe der Machtlosen“ aufrecht zu erhalten (Basaglia 1973. S.124).

Insbesondere Psychiatrie und Justiz hätten in erster Linie die Funktion durch die Sicherstellung der Einhaltung gesellschaftlicher Normen die „Aufrechterhaltung des Status quo“ zu gewährleisten und die Kluft zwischen Gesundheit und Krankheit, Norm und Abweichung zu vertiefen (Basaglia 1972, S.14, 20).

Auch Jervis sieht die Psychiatrie in erster Linie als eine „Einrichtung, die der Sozialfürsorge und Repression dient“ und erst nachrangig therapeutische Aufgaben wahrnehme (Jervis 1978, S.113). Diese Funktion werde auf verschiedenste Weise „mystifiziert“, d.h. verschleiert und geleugnet (vgl. ebd., S.124).

Für Basaglia sind die in dieser Einrichtung auftretenden Rollenverteilungen gleichzusetzen mit Gewalt und Unterdrückung und dem praktischen „Ausschluß [sic!] der Ohn- Mächtigen [sic!] durch die Mächtigen“ (Basaglia 1973. S.124).

Das Abdrängen und Isolieren von Unangepassten sei dabei eine generelle Logik des kapitalistischen Systems, die sich auch im Umgang mit psychisch Kranken wiederfinde. Der Ursprung dieser Dynamik sei die „Trennung in Besitzende [...] und Besitzlose“ (ebd.). Dieses Merkmal der kapitalistischen Wirtschafts- und Gesellschaftsstruktur sei Grundlage weiterer ideologischer Dichotomien wie gut und böse, gesund und krank, respektabel und nicht respektabel.

Das Ausmaß, mit dem gesellschaftliche Institutionen wie Schule, Gefängnis und Irrenanstalt abweichendes Verhalten kontrollieren und sanktionieren und welche wissenschaftlichen Terminologien dabei verwendet werden, entspreche dabei „der Repression, wie sie unser sozioökonomischer Entwicklungsstand hervorgebracht hat“ (Basaglia 1972, S.16, 24). Basaglia sieht also einen engen Zusammenhang zwischen dem Entwicklungsstand der Produktionsverhältnisse und der Beschaffenheit der gesellschaftlichen Kontrollinstanzen.

Für das kapitalistische System sei der Abweichende ein Problem, weil er „*die angeschlagene Fassade des Kapitalismus*“ bloßlegt, indem er dessen Werte verneint oder dessen Scheitern verkörpert“ (Basaglia 1972, S.64). Das „Irrenhaus“ diene der Kontrolle von „Randexistenzen [...], die sich nicht in den Produktionsprozeß [sic!] integrieren lassen“ (ebd., S.73). Durch die Rationalisierung der in dieser Form sichtbar werdenden Widersprüche u.a. per Definitionen von Norm und Abweichung werde das Problem allerdings zum individuellen Problem der betroffenen Person, d.h. die kollektive Verantwortung wird negiert. Was als gesellschaftliches Phänomen also eigentlich Zweifel am System wecken müsste, werde somit durch Umdeutung unschädlich gemacht und auf die Ebene des Individuums ausgelagert. Im Ergebnis gehe es „nicht mehr um die

Überwindung eines Widerspruchs [...], sondern um eine rationale Umsetzung in die Begriffswelt der Produktion, deren Objekt der Mensch ist“ (ebd., S.129).

Aus Jervis Sicht ist dieses Verwischen der Zusammenhänge von individuellen Problemen und gesellschaftlicher Verfasstheit kein Zufall. In diesem Punkt würden „Grundzüge“ der spätkapitalistischen Ideologie und der modernen Psychiatrie „zusammenfallen“ (Jervis 1978, S.61f). Die Trennung der Ebenen Individuum und Gesellschaft und die damit einhergehende Entpolitisierung von Konflikten würden insofern systemstabilisierend wirken, als dass Möglichkeiten politischer Intervention und Veränderung verschleiert werden. Eine solche Psychiatrisierung gesellschaftlicher Konflikte wird von Jervis stark kritisiert. So sei es beispielsweise auch verkehrt, Kriege auf die Irrationalität einzelner Personen zurückzuführen. Vielmehr müssten die politischen Machtverhältnisse und Interessen aufgedeckt werden, die hinter solchen Handlungen liegen (vgl. Jervis 1978, S.206f).

Während Basalia mit seiner Sicht von Mächtigen und Ohnmächtigen, die von ihnen ausgeschlossen werden, einen sehr starren Herrschaftszusammenhang skizziert, betonte Jervis, dass der Kapitalismus eben kein „homogenes System“ sei, sondern vielmehr durch sich widersprechende Entwicklungen gestaltet werde (Jervis 1973, S.294). In diesem Sinne sei der gesellschaftliche Ausschluss psychisch kranker Menschen auch weniger direkter Ausdruck der allgemeinen Herrschaftsinteressen. Den Zustand der Psychiatrie sah er mehr als „rückständig“ im Verhältnis „zum institutionellen Bedarf der Gesamtgesellschaft“ (ebd.). Selbst unter kapitalistischen Verhältnissen seien die psychiatrischen Strukturen *überdurchschnittlich* durch Unterdrückungsprozesse gekennzeichnet.

In eine ähnliche Richtung argumentiert Pirella, der sich direkt auf Marx bezieht und die institutionellen Strukturen der Psychiatrie herleitet aus der kapitalistischen Produktionsweise, d.h. aus dem Verdinglichungsverhältnis, welches sich aus Kauf und Verkauf der Ware Arbeitskraft ergibt. Der hieraus entspringende Interessenwiderspruch bringe für das Kapital die Notwendigkeit hervor seine Macht u.a. auch auf institutioneller Ebene abzusichern. Auch wenn es die grundsätzliche Tendenz gebe, „die die Produktionsverhältnisse kontrollierende hierarchische Ordnung auf allen Ebenen zu totalisieren“, ergeben sich auch in dieser Ordnung verschiedenste Widersprüche, die hervorgehen aus der Dialektik der sich widersprechenden Klasseninteressen und ihrer Kämpfe (Pirella 1975, S.101).

Auch Jervis stellt einen direkten Bezug zu Marx her, indem er die Beschaffenheit zwischenmenschlicher Beziehungen aus dem entfremdenden Tauschsystem des Kapitalismus herleitet. Dabei werde die „wahre Natur des Tauschs verschleiert“ und ein falsches Bewusstsein, bzw. ein „*Nicht- Bewusstsein*“ geschaffen, das als Norm definiert wird (Jervis 1978, S.223). Ziel müsse es deshalb sein, durch politischen Kampf ein Bewusstsein über diese Zusammenhänge herzustellen um sie angreifbar, d.h. veränderbar zu machen und so auch dem Individuum zu mehr Möglichkeiten der Entwicklung der eigenen Person zu verhelfen.

Hervorzuheben ist noch, dass sich Jervis ausdrücklich gegen eine einfache Gleichsetzung der Entfremdung im marxistischen Sinne und der geistigen Entfremdung ausspricht. Beide hätten jedoch gemeinsame Wurzeln in dem, was er als falsches Bewusstsein bezeichnet (vgl. ebd., S.225).

Diesen Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Verfasstheit und innerer Struktur des Individuums betonen die italienischen kritischen Psychiater auch durch den Bezug auf Frantz Fanon, der sich mit algerischen Befreiungsbewegungen beschäftigt hatte (vgl. z.B. Jervis 1978, S.90). Äußere Gewalt werde demnach verinnerlicht und nehme die „Gestalt einer selbst zerstörerischen Revolte“ an (Bopp 1980, S.78). Gesellschaftliche Unterdrückungsstrukturen würden auf der Ebene des Individuums reproduziert und auch in ihrer Widersprüchlichkeit verinnerlicht werden – eine Lesart psychischer Erkrankung, die sich in Ansätzen auch schon bei Coopers Analyse der Familie als Vermittlungsinstitution kapitalistischer Herrschaft abzeichnete.

Fanons Vorstellung von der Umwandlung der verinnerlichten, gehemmten Gewalt in gewaltsame Rebellion und der damit einher gehende Gewinn des Einzelnen an Entscheidungsfähigkeit und Erfindungsgabe wurde von Jervis allerdings als „Verherrlichung“ und Vereinfachung komplexerer politischer und psychologischer Vorgänge kritisiert (Jervis 1979, S.101).

Die Familie wird von der italienischen kritischen Psychiatrie nicht so sehr in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt wie bei Laing und Cooper. Zumindest Jervis scheint sich aber auf deren Arbeiten zu beziehen, wenn er von der Familie schreibt als „Basisstation, in der man lernt, [sic!] sich die herrschende Rationalität anzueignen“ (Jervis 1978, S.94). Auch er geht davon aus, dass die hier erlebten Beziehungen später

reproduziert werden, wesentliche gesellschaftliche Werte hier vermittelt werden und das Individuum in ihrem Sinne konditioniert wird. Innere Konflikte würden hier verschleiert und Bindungen seien häufig durch „*Abhängigkeit und Ambivalenz*“ geprägt (ebd., S.106). In diesem System von Beziehungen könne der Patient der Symptomträger einer Situation sein, die insgesamt nicht normal oder gesund ist (vgl. ebd., S.159).

Basaglia bezieht sich in diesem Zusammenhang wie schon Laing und Cooper auf die double-bind-Theorie. Demnach würden Individuen in einer Familie durch Doppelbotschaften handlungsunfähig gemacht. In dieser „Beziehungsfalle“ werde der Mensch „gleichzeitig bestraft und belohnt“, was ihn dem Willen seines Gegenübers unterwerfe und ausliefere (Obiols 1978, S.10).

Bezüglich der Vorstellung Coopers die Familie einfach „abzuschaffen“ ist Jervis allerdings sehr skeptisch. Da Familie im weiteren Sinne eben nicht nur der kleine Kreis der Ursprungsfamilie sei, sondern ein „Erziehungssystem, das sich auf Werte und Beziehungen affektiver Art gründet“ (Jervis 1978, S.94), ginge es hier um die Veränderung viel umfangreicherer gesellschaftlicher Zusammenhänge.

Auch Basaglia warnt davor die Familie als „Sündenbock“ zu benutzen. Letztlich sei die Familie nur Vermittlungsinstanz zwischen Individuum und den gesellschaftlichen Verhältnissen und sei somit „ganz und gar der Logik des gesellschaftlichen Systems verpflichtet“ (Obiols 1978, S.64). Eine isolierte Betrachtung der Familie versperre zu leicht den Blick auf die eigentlichen Ursachen psychischer Erkrankung.

Auch das sozialpsychologische Moment der kollektiven Angstabwehr (Bopp 1980, S.80), das schon Cooper heranzog, taucht bei Basaglia wieder auf. Angstabwehr funktioniere demnach durch Ausschluss, der sich auf institutioneller Ebene in Gestalt der Asyle materialisiert. Psychologisch habe dies auch für den einzelnen „Gesunden“ den Vorteil sich nicht eigene Tendenzen zu dem als „wahnsinnig“ bezeichneten Verhalten und Erleben zugestehen zu müssen.

Im Prozess des Ausschlusses des psychisch Kranken aus der Gesellschaft wird dieser zu einem „total rechtlose[n] Mensch[en]“, der der Willkür und Gewalt der Institution und ihrer Vertreter machtlos ausgeliefert ist. Basaglia kritisiert diese gezielte Isolation und Entrechtung als „destruktive, aus der Geschichte herauslösende und auf allen Ebenen der Anstaltsorganisation institutionalisierende Gewalt“ (Basaglia 1973, S.132).

Aus Jervis Sicht projiziere der gesunde Mensch in den Kranken dabei nicht nur seine Ängste, sondern auch „all seine Aggressivität, die er sonst nirgendwo abladen und die ihn

selbst in jedem Augenblick zerstören könnte“ (Jervis 1973, S.298). Auch dies wirke für den als gesund bezeichneten Teil der Gesellschaft psychologisch stabilisierend.

Neben der Verdrängung von Angst und Aggressivität habe der Ausschluss der Kranken aus der Welt der Gesunden aber auch eine sozial stabilisierende Funktion. Die Gesellschaft werde so auch befreit „von ihren *kritischen* Elementen und bestätigt und sanktioniert zugleich die Gültigkeit des von ihr festgelegten Normbegriffs“ (ebd., S.133). So gesehen seien Asyle eine Möglichkeit gesellschaftliche Widersprüche auszulagern und zu kompensieren. Im weiteren Sinne gehe es bei dieser repressiven Form der Durchsetzung von Normen um eine „wechselseitige Vergewisserung der Zugehörigkeit zu einer Welt, in der alles und jedes kontrollierbar und vernünftig sein *muß* [sic!]“ (Jervis 1973, S.297). Aus diesem Blickwinkel habe der Ausschluss bestimmter Gruppen immer auch eine identitätsstiftende Funktion für den Rest der Gesellschaft. Ein Großteil der BürgerInnen bestätige sich so „die schwierigen Verhaltensmuster, in denen sie sich glücklich und ruhig als *normal* wieder erkennen“ (Jervis 1978, S.77). Über die Ebene des Individuums hinausgehend wird die „Welt der Gesunden“ so als eine geschlossene Gruppe definiert, die sich erst aus der Abgrenzung zu den isolierten Kranken konstituiert (ebd., S.98).

Für Basaglia hat das Phänomen des gesellschaftlichen Ausschlusses aber auch eine sozio-ökonomische Perspektive. Vor dem Hintergrund, dass sich schon für die Gesunden nicht das Ziel der Vollbeschäftigung realisieren lasse, gebe es kein gesellschaftliches Interesse daran, Kranke in den Arbeitsmarkt und damit in zentrale Bereiche des Zusammenlebens zu integrieren (vgl. Basaglia 1973, S.143).

Der verstärkte Fokus der italienischen kritischen Psychiatrie zeigt sich auch in der Tatsache, dass Jervis und Pirella die pauschale Kategorie „Ausschluss“ aufgaben und Begriffe wie „Verdinglichung“ und „Ausbeutung“ hinzuzogen (Bopp 1980, S.81). Mit diesen versuchten sie die Ausschlussprozesse noch deutlicher mit den Produktionsverhältnissen in Verbindung zu bringen.

So sei die grundlegende Verdinglichung gegeben durch den Verkauf der eigenen Arbeitskraft als Ware an andere. Das sich daraus ergebende Verhältnis der Menschen zueinander bestehe in der Ausbeutung des einen durch den anderen und sei in der kapitalistischen Produktionsweise quasi per „Gesetz“ festgeschrieben (vgl. Jervis 1978,

S.31). Wird dieses Verhältnis, also der Verkauf der Ware Arbeitskraft, nun durch Verweigerung oder Unvermögen des Ausgebeuteten gestört, liegt eine Abweichung vor. Abweichung werde im kapitalistischen System mit ideologischem (Krankheitstheorie) und institutionellem (Asyle) Ausschluss beantwortet (vgl. ebd. sowie Pirella 1975, S.101f). Indiz für diese These sei beispielsweise, dass der Ausschluss sich „am schärfsten unmittelbar in der Nähe des Produktionsprozesses“ äußere (ebd.). Der Ausschluss diene somit vor allem der Absicherung des kapitalistischen Produktionsprozesses. Der so strukturierte Produktionsprozess stelle die „Grundnorm“ dar, unter die sich andere Normen unterordnen würden. So könne die Norm des Ausschlusses von psychisch Kranken aus der Produktion schwächer werden oder verschwinden, wenn zusätzliche billige Arbeitskraft benötigt werde (Pirella 1975, S.110). Gesellschaftliche Normvorstellungen und ihre institutionellen Umsetzungen würden also an die Erfordernisse der kapitalistischen Produktion angepasst.

Auch Jervis betont, dass die Psychiatrie im Kapitalismus eben eine regulierende Funktion hätte und deshalb seine Ziele je nach Bedarf Integration oder Ausschluss der Kranken sein könnten. Entscheidend sei dabei zum einen, ob die betreffende Person noch im Sinne der Produktivität nützlich sei oder nicht. Zum anderen hänge die Zielsetzung ab von der Arbeitsmarktsituation. Bei einem Überangebot von Arbeitskräften könnten also Menschen als „überflüssig“ gelten, die unter anderen Umständen noch in die Produktion integriert worden wären (vgl. Jervis 1978, S.38).

Basaglia wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass aber nicht alle Menschen gleichermaßen von diesen Ausschlussprozessen bedroht sein. Vielmehr sei die Wahrscheinlichkeit über Etikettierung und Asylisierung ausgeschlossen zu werden, eng geknüpft an die sozioökonomische Position des oder der Einzelnen. So spiegle sich das materielle Vermögen des Patienten in der therapeutischen Beziehung zum Psychiater wieder. Je reicher der Patient sei, desto eher habe er zum Therapeuten eine „Beziehung als sozial gleichgestellter Partner“ (Bopp 1980, S.83). Auch durch finanzielle Möglichkeiten, die eine private statt einer institutionellen Unterbringung erlauben, würden die Heilungschancen des Patienten wachsen (vgl. Basaglia, 1973, S.132). Denn hier sei er weniger den schädlichen Folgen der Asylisierung ausgesetzt.

Dies relativiere auch wieder die Bedeutung der Haltung des Arztes gegenüber dem Kranken, da „das sozio-ökonomische System [...] für diesen Kontakt auf verschiedenen Ebenen die Modalitäten festlegt“ (ebd., S.129).

Jervis spitzt diese Überlegungen noch etwas weiter zu, indem er von der Krankheit und ihrer Behandlung als „Klassenphänomene[n]“ spricht (Jervis 1978, S.32). Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Klasse schreibe eine sozioökonomische Position fest, die der Gestaltung der eigenen Lebensumstände Grenzen setze und somit auch die Möglichkeiten eines Krankheit vorbeugenden Lebens stark einschränke. Entsprechend kritisch steht Jervis Ansätzen gegenüber, die gesellschaftlichen Ausschluss „auf emotionale Weise in eine existential-politische Kategorie“ verwandeln würden (ebd., S.69). Um die Verhältnisse zu verändern sei es unerlässlich, den Ursprung von Ausschließungsprozessen zu erklären aus einer Analyse der Beziehungen der verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen und Ebenen zueinander. Eine moralische Anprangerung von Ausschluss und das Einfordern von Verständnis für den Ausgeschlossenen und Mitleid mit ihm würden dafür nicht ausreichen.

Vor diesem Hintergrund wird klar, warum der gesellschaftspolitischen Analyse des Umgangs der Gesellschaft mit psychisch kranken Menschen von der italienischen kritischen Psychiatrie ein so hoher Stellenwert beigemessen wird. Die Struktur der gesellschaftlichen Verhältnisse determiniert aus ihrer Sicht den konkreten Umgang mit den Betroffenen. So ist es nicht verwunderlich, dass sich immer wieder auch auf Ansätze der Labelingtheorie bezogen wird.

Basaglia beispielsweise beschäftigte sich vor allem mit Etikettierungsprozessen und den schädlichen Auswirkungen der Asyle auf die Erkrankten. Durch die traditionelle, rein somatisch orientierte Diagnostik werde dabei die Krankheitsursache ausschließlich im psychisch erkrankten Menschen gesucht. „Die Diagnose [sei] lediglich als Etikettierung zu werten, die eine vorhandene *Passivität* als unwiderruflich kodifiziert“ (Basaglia 1973, S. 133). Etikettierung und Ausschluss seien eigentlich wesentliche Ursachen von Krankheitssymptomen. So legitimiere die Etikettierung durch die Wissenschaft aber gerade die Existenz und Arbeitsweise der schädlichen Asyle und zementiere den Objektstatus des Kranken. Die eigentliche Erkrankung werde so verdeckt und könne nicht adäquat bearbeitet werden (vgl. Bopp 1980, S.83f).

Wie schon Cooper und Laing berufen sich Basaglia und Jervis in diesem Zusammenhang auf Goffmans Theorie von der „Karriere als Patient“, die dem Kranken im Sinne der Labeling- Theorie kaum Möglichkeiten lasse sich von dieser Rollenzuschreibung zu lösen und seinen Objektstatus festschreibe (vgl. Basaglia 1973, S.134; Jervis 1978, S.124). Die dem Kranken auf diese Weise aufgezwungene Passivität hindere ihn daran, „das

Geschehen dialektisch in sich zu leben“ und mache somit eine Bearbeitung der wirklichen Probleme unmöglich (Basaglia 1973, S.148). Dieser Prozess könne münden in einer „Anstaltspsychose“, in der der Patient mehr und mehr regrediert, erstarrt und Ticks und Wahnvorstellungen entwickelt um der Trostlosigkeit des Anstaltsalltags zu entkommen (vgl. Jervis 1978, S.129).

Auch Jervis nimmt deutlich Bezug auf die Labeling-Theorie und die Theorien abweichenden Verhaltens. Dabei betont er, dass die Definition dessen, was abweichend ist, „je nach der Kultur, der geschichtlichen Epoche und den gesellschaftlichen Kategorien“ variere (Jervis 1978, S.74). Dieser soziale Kontext der Aufstellung von Norm und Abweichung verbiete eine einseitige Verortung des Problems und damit einhergehende Etikettierungen im Individuum. Für ihn hat der Abweichende die Funktion eines „Sündenbock[s]“, der im negativen Sinne als „Erziehungsvorbild“ wirke und die Existenz von Repressionsorganen wie der Polizei rechtfertige. Durch letzteren Punkt ergeben sich zudem Überschneidungen mit den Interessen des Kapitals, das seine Macht absichern müsse (vgl. Jervis 1978, S.77).

Da die Maßstäbe für diese Zuschreibungsprozesse wie beschrieben geliefert werden durch gesellschaftliche Werte und aktuelle Definitionen von Normalität und Abweichung, legt ein Bezug auf die Labeling- Theorie eine Kritik an diesen Normvorstellungen nahe. Für Jervis geht es darum „die falsche Normalität anzugreifen, die uns unser gesellschaftliches System aufzwingt“ (ebd., S.216). Für ihn haben die gegenwärtigen Normvorstellungen vor allem einen ausschließenden Charakter, der die Grundlage für den institutionalisierten Ausschluss von denen liefert, die von dieser abweichen. Er kommt zu dem Schluss, dass eine solche Normalität „offensichtlich nicht Gesundheit [bedeutet]“ und sie nur um den Preis von Konformismus und die „Verknöcherung der persönlichen humanen Möglichkeiten“ zu haben ist (ebd., S.217). Anstatt sich an eigenen Bedürfnissen und Interessen zu orientieren orientiere sich die eigene Entwicklung in erster Linie an den vorgegebenen Standards, Prinzipien und Regeln. Für Jervis ist das herrschende Normalitätsmodell deshalb nichts anderes als eine „Aufforderung zum Gehorsam und zur Mittelmäßigkeit“ (ebd., S.218).

In diesem Zusammenhang hebt auch Pirella noch einmal hervor, dass die Gewalt, mit der sich das politische System stabilisiere, „geschickter und massiver verschleiert werden soll“. Etikettierungen beispielsweise durch die medizinische Wissenschaft hätten damit

auch die Aufgabe, hinter ihnen stehende Strukturen und Interessen zu verbergen und sie so weniger angreifbar zu machen (Pirella 1973, S.205).

Jervis geht davon aus, dass der Kranke mit dem Verschwinden der institutionellen Gewalt viele seiner psychotischen Züge verliere und „endlich so gesehen [werde], wie er wirklich ist, nämlich als ein Mensch, der vor und nach seiner Internierung psychologisch vergewaltigt wurde“. Erst dann könnten die „eigentlichen Probleme“ des Erkrankten erkannt werden (Jervis 1973, S.307f). Er gesteht aber auch ein, dass etwas wie Wahnsinn wirklich existiert-teilweise eben auch schon vor der Behandlung und Etikettierung durch die Psychiatrie (vgl. Jervis 1978, S.82).

Jervis versuchte die verschiedenen Ansätze miteinander zu verbinden und damit auch die Dichotomie der biologischen und sozialen Erklärungsansätze zu überwinden. Faktoren für die Entstehung psychischer Krankheit seien demnach Kommunikationsstrukturen in der Familie, soziale Etikettierungsprozesse, traditionelle Diagnostik, Asylisierung, die Klassensituation, die Situation am Arbeitsplatz und organische Vorbelastungen. Aus diesen ergeben sich in der Folge unterschiedliche Konflikte für den einzelnen Menschen (vgl. Bopp 1980, S.85f). Eine Beschränkung auf einzelne Faktoren zur Erklärung von Krankheitsbildern vereinfache die Problematik auf unzulässige Weise (vgl. Jervis 1978, S.84f). Geistesstörungen könnten auch definiert werden als Folgeerscheinung einer „sozialen, psychischen oder organischen Benachteiligung“ (ebd., S.88). Die gleichberechtigte Einbeziehung dieser verschiedenen Faktoren relativiert die Ausschließlichkeit der einzelnen Ansätze und bringt sie miteinander in Verbindung. Insofern formuliert Jervis hier eine deutlich differenziertere Betrachtung als viele seiner Kollegen.

4.2 Rolle des Personals und Perspektive

Die Rolle des Personals in der Psychiatrie ist für Basaglia und seine Kollegen von zentraler Bedeutung. Basaglia geht zwar durchaus davon aus, dass Krankheit an sich existiert. Das „eigentliche Problem“ liege aber in der „*Determination der Beziehung, die zum Kranken hergestellt wird*“ (Basaglia 1973, S.131). Festgelegt werde diese wie oben bereits angesprochen durch den sozioökonomischen Status des Kranken und den des Professionellen, die sich vor allem aus der institutionellen Rollenverteilung ergäben.

Gesamtgesellschaftlich werde in diesem System „die Macht“ delegiert an „Techniker“ bzw. „Mittelsmänner“ wie z.B. Psychiater, Psychotherapeuten, Psychologen und Soziologen. Ihre Aufgabe bestehe darin die Gewalt zu „mystifizieren“, sie also zu verschleiern ohne sie außer Kraft zu setzen (Basaglia 1973, S.125). – Eine Vokabel, die auch Laing und Cooper bei der Beschreibung pathogener Familienstrukturen bereits verwendeten. Ziel sei dabei die Abschwächung von Konflikten und Widerständen und die Anpassung des Klientels an die gesetzten Normen. Auch Jervis spricht in diesem Zusammenhang von der „psychiatrischen Assistenz als Kontrollformen der Abweichung“ (Jervis 1973, S.294).

Psychische Erkrankung werde von den Professionellen in diesem Kontext notwendigerweise auf individuelle Unzulänglichkeit reduziert, da sonst wesentliche gesellschaftliche Strukturen in Frage gestellt werden müssten. Die Menschen würden an ein „Objekt-Dasein“ gewöhnt werden, aus dem heraus sie die gesellschaftliche Gewalt nicht in Frage stellen und ihre „soziale Unterlegenheit“ als unveränderlich akzeptieren (Basaglia 1973, S.125). Die Professionellen werden so zu Vermittlern gesellschaftlicher Gewaltstrukturen auf der individuellen Beziehungsebene.

Wissenschaft sei dabei ein wesentliches Mittel um die realen Gewaltverhältnisse zu verschleiern. Indem sie bestimmte Normen setzt, liefert sie die vorgeblich objektive Legitimierung für den Ausschluss von Kranken von den Gesunden (vgl. ebd., S.126).

Letztlich übernimmt das Personal für Basaglia auch in der Psychiatrie damit die Rolle der Verteidigung einer gewalttätigen Gesellschaftsstruktur und ihrer Machtelite. Umgekehrt sieht er hier aber auch das entsprechende Potential zur Veränderung dieser Verhältnisse. Das eigene Handeln könne nur die „Negation“ und Umwälzung der bestehenden Institutionen und ihrer Wissenschaft zum Ziel haben (Basaglia 1973, S.135).

Basaglia forderte, *„jede therapeutische Maßnahme abzulehnen, die nur darauf ausgerichtet ist, die Reaktion des ausgeschlossenen [sic!] gegen den, der ihn ausschließt, abzumildern“* (Basaglia 1973, S.126). Im Prinzip müsse der gesamte „therapeutische Akt“ abgelehnt werden (ebd., S.127). Stattdessen müsse in dem Ausgeschlossenen das Bewusstsein für sein Ausgeschlossensein geweckt werden um ihm so die Chance zu eröffnen gegen diese Rolle arbeiten zu können.

Dafür müsse die Möglichkeit der „Begegnung und der *therapeutischen Beziehung*“ zum Kranken geschaffen werden. Anstelle von Verwahrung oder Therapie tritt hier die Beziehungsarbeit mit dem Betroffenen, in der ein möglichst hohes Maß an Wechselseitigkeit zwischen eigenständigen Subjekten realisiert wird (vgl. ebd., S. 129). Es geht Basaglia also nicht darum die bestehende Rollenverteilung komplett aufzugeben. Auch aus Pirellas Sicht würde diese nur „den Verzicht auf jede Verantwortung“ bedeuten (Pirella 1973, S.222). Vielmehr soll ein „Wechselspiel gegenseitiger Spannung“ realisiert werden, indem der Kranke seine Aggressivität nutzen können soll um sich gegen die ihm zugeschriebene passive Rolle aufzulehnen und zur Wehr zu setzen (Basaglia 1973, S.140). Therapeutisch wirke die Beziehung dann, wenn es durch eine „Konfrontation der Rollen und Machtebenen“ zu einem Bewusstsein über die Machtebenen in der Gesellschaft komme (Pirella 1975, S.85). Alle Beteiligten sollten so „die Gegensätze der Realität dialektisch leben“ und dem Kranken als Alternative zur psychotischen Regression die Erfahrung der Veränderung und Gestaltung dieser Realität ermöglichen (Basaglia 1973, S.144).

Voraussetzung sei deshalb, auch den eigenen Objektstatus zu realisieren, der einem in dieser Konstellation zugewiesen werde. Schließlich agiere man als Vermittler von Machtverhältnissen eben nur im Dienste der dahinter stehenden Interessen und nicht als eigenständiges Subjekt (vgl. ebd., S.126).

Auch Jervis betont die Notwendigkeit der Rollenunterschiede. Aus therapeutischer Sicht seien diese notwendig, damit der Therapeut „Forderungen aufstellt und Perspektiven zu öffnen versucht, die weder vom Patienten noch von [seinem sozialen Umfeld] vorgesehen sind“ (Jervis 1978, S.199). Insofern sieht Jervis die professionelle Seite nicht wie Basaglia in einer reinen Objektrolle, sondern versucht über einen Rest an Rollenverteilung ein Stück seiner Souveränität abzusichern. Jedoch gesteht auch er ein, dass der „alternative Gebrauch“ der Psychiatrie unter den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen nur „*partiell*“ sein könne (ebd., S.187), der Souveränität des Professionellen also deutliche Grenzen gesetzt seien.

Die Neugestaltung der Psychiatrie sollte erreicht werden durch die Auflösung und Umgestaltung der traditionellen Irrenanstalten. Im Kontrast zur bisherigen starken Hierarchie und dem teilweise brutalen Umgang mit den Betroffenen sollte ein

„menschliches Klima zwischen Personal und Patienten“ hergestellt werden (Jervis 1978, S.133). Zwangsjacken und andere Zwangsmittel sollten abgeschafft und die Türen letztlich geöffnet werden. Allerdings gesteht Jervis auch ein, dass bei 2- 3% der PatientInnen Freiheitsbeschränkungen auch weiterhin nötig seien (ebd.).

Zur Umgestaltung sollte neben dem Verhältnis zu den PatientInnen auch die Hierarchie innerhalb des Personals gehören (ebd., S.135). Insbesondere die Rolle von „Basispersonal“ wie der Pfleger sei dabei zu überdenken.

Hauptziel sollte sein den Patienten wieder zum Subjekt mit eigenen Rechten und Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu machen (ebd., S.136).

Als erster Schritt orientierte man sich bei der Umstrukturierung der Klinik am angelsächsischen Konzept der therapeutischen Gemeinschaft. Jervis ging beispielsweise davon aus, dass „die Toleranz der Gemeinschaft [...] oft die beste Behandlung für jemand [sei], der aufgrund einer chronischen Psychose Probleme hat“ (Jervis 1978, S.109). Ihm war dabei der demokratische Charakter dieses Konzeptes besonders wichtig: Es sollte eine „gegenseitige Verantwortungsbildung“ von Personal und PatientInnen geben. Dafür waren die gemeinsamen Diskussionen in der Gruppe zentral. Das therapeutische Potential auch der PatientInnen selbst sollte so möglichst weitgehend genutzt und mit einbezogen werden (vgl. ebd., S.136).

Kritisiert wurde an diesem Konzept, dass es zu schnell seine „Protestfunktion“ verliere, indem es sich in das bestehende institutionelle System integrieren lasse. Pirella beispielsweise verband mit diesem Modell aber auch Hoffnung, damit „Räume aufbrechen, die Heilanstalt negieren und sie nach außen öffnen“ zu können (Pirella 1975, S.197).

Dem Anspruch nach sollte die italienische Reformpsychiatrie eine komplette Umwälzung der bestehenden Strukturen erreichen. In diesem Zusammenhang betont Basaglia den politischen Charakter der eigenen Arbeit, der für ihn ein „Befreiungsprozeß [sic!]“ ist (ebd., S.135ff). Insofern sei die Veränderung der Beziehungen und Strukturen in den psychiatrischen Einrichtungen nur ein erster Schritt. Die Überwindung dieses Teilsystems müsse „sich auch auf den Bereich der Gewalt und Ausstoßung durch das sozio-politische System ausdehnen“ (ebd., S.159).

Auch Jervis forderte „die psychologische und psychiatrische Analyse“ als eine „politische Kritik auf die gesellschaftliche Ebene auszudehnen“ (Jervis 1973, S.305) um letztlich

„Wege aufzuzeigen, die zu einer grundsätzlich neuen Gesellschaftsordnung führen können“ (ebd., S.316).

Pirella betont ebenfalls die Notwendigkeit grundlegender gesamtgesellschaftlicher Veränderungen. Da er einen engen „Zusammenhang zwischen individuellem Leiden und der Wirklichkeit des Klassenwiderspruchs“ sieht, ist auch aus seiner Sicht erst der Anschluss an die „Klassenorganisation“ der Weg um die persönliche Verzweiflung zu überwinden (Pirella 1975, S.92).

Hier schließt sich also der Kreis zwischen der gesellschaftlichen Analyse, wie ich sie eingangs dargestellt habe, und den daraus abgeleiteten Handlungsperspektiven und der praktischen Vernetzung mit anderen Teilen der Bewegung.

4.3 Therapie

Techniken wie Elektroschock, massiven Einsatz von Neuroleptika und Behandlungsmethoden auf der Basis rein individualisierender Krankheitstheorien lehnte Jervis grundsätzlich ab. Ziel der Therapie müsse immer „die Emanzipation der Patienten von den Zwängen [sein], die sie in Familie, Schule, Betrieb, psychiatrischer Institution verinnerlicht haben“ (Bopp 1980, S.100).

Aus Basaglias Sicht hätten Psychopharmaka zwar durchaus eine positive Wirkung. In erster Linie würden sie aber dazu dienen den Professionellen vor der Herausforderung einer realen Beziehung zum Kranken zu bewahren (vgl. Basaglia 1973, S.156).

Selbstkritisch bemerkt Jervis in einer Nachbetrachtung, dass die Reform in Italien zu „sozialfürsorgerisch“ orientiert war und dabei „das Problem der Therapie im wesentlichen verdrängt wurde“ (Jervis 1979, S.16).

Während Basiglia die Psychoanalyse komplett ablehnte, sprach sich Pirella für eine kritische Form der Psychoanalyse aus; das Proletariat war für ihn „Erbe der Psychoanalyse“ (Pirella 1975, S.83). Um eine komplette Individualisierung bei der Problemanalyse zu vermeiden sollten marxistische Theorieelemente mit einbezogen werden. Diesen Ansatz der „praktischen Realitätsprobe“ nannte er „Verifica“ (Pirella 1975, S.114; Bopp 1980, S.97f). Ziel sollte dabei eine Bearbeitung der individuellen Wahnvorstellungen und Zwänge sein, die diese in den Kontext der Gewalt im kapitalistischen System stellt und damit zu einer kritischen Auseinandersetzung mit den Strukturen der Klassengesellschaft anregt. Dabei sollte die „Verbindung zwischen

Psychiatrie als Ideologie und psychiatrischer Praxis als Verwaltung der Widersprüche“ deutlich werden, also auch die die system-stabilisierende Funktion der Psychiatrie offen gelegt werden (Pirella 1975, S.114)

Diese Bearbeitung und Überprüfung sollte vor allem im kollektiven Rahmen von Versammlungen stattfinden. Anders als in der therapeutischen Gemeinschaft dachte Pirella dabei weniger an Gruppenarbeit oder gar Gruppentherapie als vielmehr an einen politischen Diskussionsprozess, in dem alle Beteiligten die sozioökonomischen Rahmenbedingungen und daraus entstehende Klassenwidersprüche und Machtbeziehungen reflektieren (vgl. ebd., S.118). Erfahrungen der Einzelnen sollten den anderen zugänglich und diskutierbar gemacht werden.

Auch Jervis sprach sich für eine kritische Auseinandersetzung mit therapeutischen Methoden wie z.B. der Psychoanalyse aus. Er vertrat die Ansicht, therapeutische Techniken könnten durchaus besser verwendet oder teilweise verändert werden (vgl. Jervis 1978, S.179).

Er argumentiert beispielsweise, dass die dynamischen Theorien Freuds zwar die rein organischen Krankheitstheorien relativiert hätten, an vielen Stellen aber noch zu anfechtbar sein. Beispielsweise würden von psychodynamischen Theorien offensichtliche Störungen höherer Nervenfunktionen nicht einbezogen. Auch lehnt Jervis die klassische psychoanalytische Rollenverteilung in der psychoanalytischen Therapie ab. Vielmehr sei „jede Subjekt-Objekt-Beziehung [zu] negieren“ (Jervis 1973, S.302).

Ähnlich wie Pirella geht auch er davon aus, dass der therapeutische Prozess vor allen Dingen das Ziel der Bewusstseinsbildung verfolgen müsse. Erlangt werden solle ein Bewusstsein über sich selbst, die eigenen Fähigkeiten, Probleme und Beziehungen zu anderen, aber eben auch über „das Wesen der gesellschaftlichen Verhältnisse“, die einen umgeben (Jervis 1978, S.186). Demgegenüber bestehe die Gefahr, dass unter dem unüberprüfaren Deckmantel des Unbewussten die gesellschaftlichen Verhältnisse und ihre Widersprüche versteckt würden (vgl. Jervis 1979, S.63).

Grundsätzlich wirft er Freud vor mit der Psychoanalyse lediglich das Ziel der „vernünftigen Anpassung an eine *gegebene* Gesellschaftsordnung“ zu verfolgen (Jervis 1978, S.57). Mangelnde Gesellschaftskritik und die Individualisierung sozialer Probleme würden also zur Konformität als vermeintlichem Ausweg führen. Das Außer-Acht-Lassen der gesellschaftlichen Verhältnisse führe dann dazu die menschliche „*Natur*“ [Hrvh.i.O.]

als unveränderlich zu begreifen und nicht als „Reflex und Konsequenz gesellschaftlicher Widersprüche“ (ebd., S.58).

Diese Perspektive des Zusammenhangs von gesellschaftlicher Verfasstheit und der inneren Struktur der Individuen führte Jervis zu Wilhelm Reich, auf den ich im Zusammenhang mit dem SPK noch genauer eingehe und die Schule der „Neo-Freudianer“ (vgl. z.B. ebd., S.243ff). Bei diesen wurde der genannte Kontext stärker in den Fokus genommen. Vor dem Hintergrund dieser Beiträge kommt Jervis dann auch zu dem Schluss, dass streng getrennt werden müsse zwischen der Psychoanalyse als „sozialer Praxis (die in die bürgerliche Gesellschaft integriert ist)“ und der Psychoanalyse als „Botschaft mit sprengenden Inhalten“ (Jervis 1979, S.86). Er gestand einem Teil der psychoanalytischen Überlegungen also durchaus ein politisch emanzipatorisches Potential zu.

Von Jervis wird auch Laings Vorstellung von der Therapie als Reise wieder aufgegriffen (vgl. Jervis 1978, S.163f). Da psychische Krise in aller Regel Widerspiegelung bestimmter konflikthafter Lebensumstände seien, sei ihr Aufbrechen in Form von Symptomen zumindest auch eine Chance bestehende Widersprüche in ein neues Verhältnis zueinander zu bringen. Eine Reifung oder Weiterentwicklung sei aber erst *nach* der eigentlichen Krise möglich: „Eine Krise zu nützen bedeutet, sie zu überwinden“ (ebd., S.171). Jervis zu Folge liegt die Chance der Krise also nicht ihrem Durchleben selbst, sondern in der Einordnung in das sonstige Leben des betroffenen Menschen. Dies unterscheidet ihn wiederum von Laing. Die von Laing proklamierte gezielte Unterstützung der Reise in den Wahn lehnt Jervis eindeutig ab. Aufgrund der Risiken für die betroffene Person sich darin zu verlieren, ist eine Förderung dieses Erlebens für ihn „ein verantwortungsloses und niederträchtiges Unterfangen“ (Jervis 1979, S.164).

4.4 Widersprüche und Grenzen

Die institutionelle Umwälzung der Italienischen Psychiatrie ging einher mit einer Reihe von Widersprüchlichkeiten.

Pirella geht es dabei insbesondere um folgende Punkte, die im Zuge der praktischen Negation zu berücksichtigen seien:

- Durch neue Formen der Beziehungen zwischen Kranken und Professionellen sollte ein antiautoritäres Bewusstsein gefördert werden. Dieser Prozess wurde ausgerechnet durch die Initiative vom Direktor und seinem Mitarbeiterstab in Gang gebracht. Deren

„autoritäre[r] Machtgebrauch“ könne aber „für die Zwecke der Negation noch durchaus ‚gut‘ sein“ (Pirella 1973, S.209).

- Es sollte sich praktisch gegen bestehende Normen aufgelehnt werden, ohne die Negation selbst wieder zur Norm werden zu lassen. Dies sei nur möglich, indem eine „soziale, wissenschaftliche Norm“ in einem Prozess der „kollektiven Verifikation“ gefunden werde (ebd., S.211). Pirella betont also die Bedeutung der praktischen Aushandlung gemeinsamer Richtlinien.
- Die Rolle des Kranken sollte in Frage gestellt werden. Dazu gehörten einerseits die veränderten Einflussmöglichkeiten auf den internen Klinikbetrieb. Zum anderen sollte die hier erlebte Veränderung der eigenen Rolle den Widerspruch zur außerhalb der Klinik erfahrenen Ausschließung und Unterdrückung deutlich machen (vgl. ebd.).
- Während die Ärzte sich im Zuge der institutionellen Umgestaltungsprozesse als „Avantgarde“ hervortaten, entwickelten die Pfleger sich zu einer eigenen Gruppe mit eigenen Interessen, die teilweise im Widerspruch zu denen der Ärzte standen. Ähnlich wie das Verhältnis von Patient und Personal sollte auch hier eine Art Führung erhalten bleiben, „die aber jeden Moment in Frage gestellt werden kann“ (ebd., S.212).

Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft zwar theoretisch stark kritisiert wurde, praktisch aber in den meisten Punkten weiter als Grundlage fungierte.

Anders als bei Jones wurde hier aber die Autorität des Personals deutlicher in Frage gestellt. „Die Gestaltung [des Zusammenlebens] durfte nicht von oben diktiert werden, sondern sollte selbst zur Therapie werden“ (Basaglia 1973, S.141). Die Rollenverteilung sollte nicht wie bei Laing und Cooper abgeschafft werden. Die Professionellen mussten sich aber „der öffentlichen Kritik stellen und ihre Entscheidungen argumentativ, nicht durch Rückzug auf ihre Rollenpositionen, begründen und verteidigen“ (Bopp 1980, S.89). Damit sollte den PatientInnen die Möglichkeit gegeben werden sich gegen Entscheidungen aufzulehnen und aktiv in Konflikte mit dem Personal einzusteigen. Ähnlich wie bei der Psychoanalyse, bei der Übertragungskonflikte als Arbeitsfeld genutzt werden, sollte hier also in einem geschützten Rahmen anhand von Rollenkonflikten die Auflehnung gegen die repressiven Strukturen des gesellschaftlichen Systems geprobt werden.

Deutlich wird hier, dass es in Italien weniger darum ging die bestehenden Institutionen abzuschaffen als vielmehr darum ihre Strukturen, Entscheidungen und Rollenzuweisungen

diskutierbar und streitbar zu machen und darüber Emanzipation und auch Heilung der Beteiligten zu ermöglichen. Wie Jervis eingesteht, wurden konkrete Wünsche zur Veränderung der Anstaltsstrukturen allerdings „praktisch nie von den Patienten vorgebracht, sondern vom Pflegepersonal und den für die Organisation verantwortlichen Kräften“ (Jervis 1973, S.313). Insofern relativiert sich hier der emanzipatorische Anspruch wieder ein Stück weit.

Diese Widersprüchlichkeiten in den Rollenkonflikten machten auch die Grenzen des italienischen Modells deutlich. So machten die Professionellen ihre Standpunkte zwar diskutierbar, hatten aber faktisch die Macht und Kontrolle behalten. Daraus ergab sich vor allem eine Differenzierung der Einflussmöglichkeiten der PatientInnen: Während über Personalfragen und therapeutische Fragen weiterhin das Team entschied, hatten sie auf verwaltungsinterne Fragen begrenzten Einfluss. Am meisten konnten sie über Fragen des Zusammenlebens und der Freizeitgestaltung entscheiden (vgl. Bopp, 1980, S.93).

Wichtiger als psychiatrische Techniken war den italienischen kritischen Psychiatrieangestellten der Kampf gegen die Verhältnisse, die sie als wesentliche Ursache psychischen Leidens ausgemacht hatten. Im Sinne einer „Vorbeugung“ ging es ihnen um die Frage, „in welcher Art die öffentliche und private psychiatrische Versorgung [...] organisiert ist“ (Jervis 1978, S.23). Im Gegensatz zu Laing („transzendente Erfahrung“) und auch dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft wurden die inneren Zwänge und individuellen Konflikte der Erkrankten kaum gezielt bearbeitet (vg. Punkt 4.3).

Selbstkritisch bemerkt Jervis, dass auch die nach kritischen Gesichtspunkten umgestaltete Psychiatrie durch ihre oben Beschriebene integrierende Funktion ausgerechnet zum reibungsloseren Funktionieren des kapitalistischen Systems beiträgt. So werde die „Funktionalisierung durch die Gesellschaft auf einem neuen Niveau wiederher[gestellt]“ (Bopp 1980, S.104) - ein Vorwurf, den die Antipsychiatrie oft an die therapeutische Gemeinschaft gerichtet hatte. Die therapeutische Begleitung von Menschen verfehle dann ihren Zweck, wenn sie ihnen nur die Technik liefere „gut‘ zu leben in einer nicht lebhaften Gesellschaft“ anstatt die Verhältnisse zu verändern (Jervis 1978, S.193). Die Entwicklung von der verwahrenden Irrenanstalt hin zur humanen Gemeindepsychiatrie, die Konflikte löst, sei in diesem Sinne „am zweckdienlichsten für die Aufgaben, die die Machthabenden in der spätkapitalistischen Gesellschaft von dieser Fachrichtung

verlangen“ (Jervis 1979, S.129). Also gerade die Humanisierung der Behandlungsmethoden trage so zu einer Ausweitung der Macht der Psychiatrie und zur Absicherung des bestehenden Systems bei.

Pirella verweist auf die Gefahr, selbst in neue Ideologien zu verfallen und dabei Irrtümern zu unterliegen wie der These von der „Nichtexistenz der Geisteskrankheit“ (Pirella 1975, S.113). Gehe dabei das Ziel der Überwindung des bestehenden Systems verloren, sei die Gefahr sehr groß, dass die eigenen Kämpfe „negiert [...], in Watte [ge]packt, ihre Tragkraft und Evidenz [ge]dämpft“ und somit in das bestehende System integriert würden (ebd.).

Entsprechend begrenzt sehen Basaglia und Jervis dann auch das politische Veränderungspotential der Psychiatrie. Von ihnen werden die psychisch Kranken nicht zu revolutionären Subjekten erklärt wie bei Cooper. Es sei ein Fehler abweichendes Verhalten als grundsätzlich revolutionär einzustufen, „nur weil ihr Bild aus den Normen des Systems herauszufallen *scheint*“ (Jervis 1978, S.78). Abweichung von der Norm habe nicht automatisch mit einer Kritik am bestehenden System oder dem Wunsch nach politischer Veränderung zu tun. Im Gegenteil sei „der Wahnsinn weder echte Freiheit noch wirksamer Protest“ (ebd., S.93), sondern vielmehr „Beispiel eines *missglückten* Versuchs der Rebellion gegen die Normalität“ (ebd., S.219).

Im Prinzip sei die Vorstellung von der Verwirklichung persönlicher Freiheit im Wahn sogar deckungsgleich mit der konservativen und bürgerlichen Ideologie. In der Tradition der Trennung von privat und öffentlich gehe diese aus von einem Bild von Freiheit „als totale Freiheit des individuell Erlaubten“ (Jervis 1979, S.166). Aus diesem Blickwinkel ist wahnhaftes Erleben nicht Rebellion sondern verstärkte Anpassung.

Basaglia und Jervis formulierten auch nicht wie Laing und Cooper den Anspruch, mit den eigenen Methoden und Prinzipien Modell für politische Veränderungsprozesse zu sein. Jervis sieht es als unwahrscheinlich an die Psychiatrie „abzuschaffen, [...] sie ‚umzustürzen‘ und sie in ein Mittel für einen revolutionären Zweck zu verwandeln“ (Jervis 1978, S.19).

Lediglich Pirella äußerte in einem Interview, dass eine „Befreiung auf Massenebene“ nur gelingen könne, wenn die Masse die therapeutischen Möglichkeiten in ihre sozialen Kämpfe „einbeziehen“ würde (Pirella 1975, S.79).

Die Aufgabe der psychiatrischen Fachkräfte sieht Jervis darin gemeinsam mit anderen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen an der Aufdeckung und Problematisierung der angesprochenen Widersprüche und Probleme mitzuwirken. Ihm ging es also nicht darum diese Widersprüche zu verhindern, sondern darum sie offen zu machen und somit eine Bearbeitung auf umfassenderer Ebene zu ermöglichen (vgl. Jervis 1978, S.147). Die kritische Psychiatrie solle sich verstehen als ein Instrument, das „Anstöße [...] und Beiträge“ liefere zu den aktuellen politischen Kämpfen der Bewegungen und auf diese Weise mitwirke am „Anwachsen einer klassenbewußten [sic!] Gegenmacht“ (Jervis 1979, S.130). Die Spielräume seien hierfür aber sehr eng und im Kapitalismus immer politischen Machtinteressen unterworfen. Eine rein therapeutische Funktion könne die Psychiatrie dann auch erst in einer „klassenlosen Gesellschaft“ einnehmen (ebd., S.154).

Insgesamt kommt er zu dem Fazit, dass die kritische Psychiatrie oder auch Antipsychiatrie „wohl innovativen, aber gewiß [sic!] nicht systemsprengenden [sic!] Charakter hat“ (Jervis 1979, S.156).

5. Das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg (SPK)

Eine breite antipsychiatrische Bewegung wie z.B. in Italien hat es in Deutschland nie gegeben. Obiols kommt sogar zu dem Schluss, dass Verbesserungen hier „nicht Veränderungen des Versorgungssystems, sondern lediglich Erweiterungen der bestehenden Institutionen durch neue Arbeitsmöglichkeiten der Fachleute“ gewesen seien (Obiols 1978, S.87). Gemeint ist damit die Ausdifferenzierung des Angebots an Betreuungseinrichtungen seit den 70er Jahren, also insbesondere die Entstehung der Gemeindepsychiatrie.

Das mit Abstand bekannteste deutsche antipsychiatrische Projekt war das Sozialistische Patientenkollektiv (SPK) in Heidelberg. Während die englischen und italienischen Projekte schon ab Anfang der 60er starteten, begann das Kollektiv in Deutschland erst 1970 mit seiner Arbeit.

Das Besondere an diesem Projekt war, dass hier keine Reformen „von oben“ durchgeführt wurden wie in England oder Italien, sondern sich die PatientInnen aus eigener Kraft organisierten. Allerdings wird in späteren Schriften die Rolle des beteiligten Dr. Wolfgang

Huber viel stärker betont. Durch „totales Engagement an der Basis“ sei es ihm gelungen eine „Aufhebung ihrer systembedingten Objektivität“ zu realisieren (SPK 1995, S.4). Ein anderer wesentlicher Unterschied zu den oben beschriebenen Projekten bestand darin, dass die Klinik, aus der das SPK hervorging, neben traditionellen Elementen der Psychiatrie zumindest teilweise durchaus schon fortschrittlichere Ansätze aufgenommen hatte. Der Kontrast war also nicht so groß wie z.B. in Italien bei der Reformierung der Asyle. Diese Differenzierung wurde von dem SPK selbst aber nicht vorgenommen. Den theoretischen Hintergrund boten für das SPK vor allem die Psychoanalyse und der Freudo-Marxismus. Therapie und politische Arbeit wurden dabei viel enger miteinander verbunden als bei anderen antipsychiatrischen Ansätzen, was mit dazu beitrug, dass das SPK über keinen institutionellen Rückhalt verfügte und wie kein anderes Projekt der Repression von außen ausgesetzt war (vgl. ebd., S.111ff).

Bevor ich mit den Ausführungen über die Theorien und die Arbeitsweise des SPKs beginne, möchte ich zur Orientierung ähnlich wie bei den voran gegangenen Kapiteln einen kurzen historischen Abriss geben:

Gegründet wurde das ursprüngliche Patientenkollektiv 1968 unter besonderer Mitwirkung von Dr. Huber. Es folgten verschiedene Auseinandersetzungen mit der Klinikleitung. Das Kollektiv initiierte Umfragen zu den Zuständen an der Klinik.

1970 fanden dann die ersten „arztfreien“ Patientenvollversammlungen statt, die sich zu einem „Tribunal gegen die Ärzte“ entwickelten. Es folgte die Kündigung für Huber und Hausverbote für die Patienten, auf die wiederum mit Besetzungen und Hungerstreiks reagiert wurde. Eigene Räume konnten vorübergehend erkämpft werden, waren aber immer wieder durch Räumungsurteile bedroht. Bei einem Teach-In im Uni-Hörsaal der Uni waren nach eigenen Angaben 1200 Personen anwesend.

1971 kam es zu Razzien gegen Huber und PatientInnen, in deren Folge Einzelne ins Gefängnis kamen. Es kam zu teilweise internationalen Solidaritätsveranstaltungen. „Zum Schutz der Patienten“ löst das SPK sich selbst auf. Es folgten weitere Hausdurchsuchungen und Verhaftungen von 11 SPK- Mitgliedern.

1972 wurden Dr. Wolfgang Huber und Dr. Ursel Huber zu je 4 1/2 Jahren Gefängnis verurteilt. Insgesamt wurden „mehr als 22 Jahre“ Haft verhängt. Wolfgang und Ursel Huber reagierten im Gefängnis erneut mit Hungerstreiks. Das SPK sei im Gefängnis fortgesetzt worden und habe zu ähnlichen Projekten „auch in andren Ländern, anderen Kontinenten“ geführt.

Während das SPK bis dahin als Einheit von „Propaganda und Militanz“ begriffen wurde, entstand 1976 die Patientenfront (PF), die sich eher dem propagandistischen Bereich verpflichtet fühlte (vgl. SPK 1995, S.4ff).

5.1 Krankheitstheorie

Das praktische Projekt wurde abgeleitet aus einem theoretischen Krankheitsbegriff, in dem versucht wurde die einzelnen Elemente systematischer als bei den bisher beschriebenen Ansätzen in Zusammenhang zu bringen.

Für das SPK ist jedes Krankheitssymptom „die einfache Einheit des Widerspruchs Leben – Tod“, die letztlich auf den ökonomischen Widerspruch zwischen der Profitorientierung des Kapitals (Mehrwert) und den Bedürfnissen des Einzelnen nach „Leben“ zurückgehe (SPK 1972, S.11). Dem Kollektiv zufolge verdichte sich also in dem Symptom der Krankheit ein grundlegender gesellschaftlicher Widerspruch des Kapitalismus.

Vor diesem ökonomischen Hintergrund habe Krankheit auch die Funktion Arbeitslosigkeit zu verschleiern und über Sozialabgaben als zentraler „Krisenpuffer“ im Spätkapitalismus zu wirken. Als Alternative zu Massenentlassungen sei das Aussortieren von Kranken Mittel zur „quantitativen und qualitativen Umgestaltung von Arbeitslosigkeit“ (ebd., S.98).

Über die Abhängigkeit des Gesundheitswesens von der Pharmaindustrie werde dieser Wirtschaftssektor von den Profitinteressen des Kapitals geleitet. So sei z.B. ein bestimmtes Maß an Abhängigkeit der Patienten von Medikamenten durchaus im Interesse der Pharmaindustrie, da diese ja mit dem Verkauf der Medikamente ihre Gewinne sichere (vgl. ebd., S.15).

Krankheit und ihre Symptome beinhalten dabei im Verständnis des Kollektivs gleichermaßen Momente von „Protest und Hemmung“ (ebd., S.12). Ziel war es deshalb die progressiven Anteile der Krankheit zu nutzen und kollektiv zu organisieren. Das Protestpotential bestehe in der Möglichkeit die eigene Krankheit als Ausdruck der oben angeführten gesellschaftlichen Widersprüche zu erkennen und diese entsprechend bekämpfen zu wollen. Unter diesen Voraussetzungen sollte sie zur „Produktivkraft“ bzw. zur Veränderung der Lebensbedingungen und damit zur Überwindung der behindernden Anteile der Krankheit und der mit ihr verbundenen Objektrolle dienen (ebd., S.48, 99).

Im politischen Kampf sollte die eigene Objektrolle aufgehoben werden und „eine Veränderung des Erkannten durch das erkennende Subjekt“ stattfinden - ein Bezug auf Fanon, wie er beispielsweise schon in der italienischen kritischen Psychiatrie auftauchte. Das Kollektiv sei dabei gleichermaßen Subjekt und Objekt in einem „wechselseitigen Veränderungsprozess“ (SPK 1972, S.51).

Ausführlicher stelle ich die Rolle der Kranken im folgenden Abschnitt unter Punkt 5.2 dar.

Es wurde betont, dass sich die von Marx beschriebene Verelendung der Bevölkerung nicht zuletzt durch die gewachsene Produktivität von Arbeit inzwischen relativiert habe. Die offensichtlichste Erscheinungsform der kapitalistischen Ausbeutung sei jetzt die Krankheit, was eben die Kranken und die sich als krank begreifenden und nicht die Masse der Lohnabhängigen zum „Proletariat“ des Spätkapitalismus mache. Was nach Marx für das Industrieproletariat die Erfahrung materiellen Elends war, sei für „Arbeitslose, Kranke und Kriminelle“ die Erfahrung „sozialer Ächtung“ (SPK 1972, S.90).

Bopp kritisiert, dass so die marxistische Klassenanalyse in wesentlichen Punkten aufgegeben werde – das objektive Kriterium der Stellung im Produktionsprozess werde abgelöst durch ein Kriterium subjektiver Befindlichkeit (vgl. Bopp 1980, S.114f).

Bopp kritisierte auch eine mangelnde Differenzierung innerhalb der angestellten theoretischen Überlegungen.

So werde zum einen die Unterscheidung in körperliche und psychische Krankheit zugunsten einer angestrebten ganzheitlichen Betrachtungsweise aufgegeben. Analytische Überlegungen über Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen diesen beiden Bereichen würden somit unter den Tisch fallen.

Ferner wird auch die Unterscheidung von Krankheit und Entfremdung nivelliert. Hatte Pirella noch versucht hier vermittelnde Instanzen von der Entfremdung in der kapitalistischen Gesellschaftsordnung zu psychischer Erkrankung auszumachen, wird im SPK jede Art von Krankheit mit gesellschaftlicher Entfremdung gleichgesetzt. Aus Sicht des Kollektivs ist Krankheit „weder Teil noch auch bloße Form der Entfremdung [sic!] sondern sie i s t die Entfremdung“ (SPK 1972, S.9).

Diese Gleichsetzung geht soweit, dass auch Kapital und Krankheit als identisch betrachtet werden (vgl. ebd., S.15). Unter Berufung auf Reich soll dies untermauert werden mit der Herleitung der Triebunterdrückung aus der Entstehung von Privatbesitz: Die

„Reglementierung von Sexualität“ entspreche dem Streben nach Erhaltung und Festigung von Besitzverhältnissen (ebd., S.56).

Da auch Jervis (s.o.) und die Neofreudianer sich teilweise auf Reich beziehen und er wesentliche Ansätze, auf die sich die Antipsychiatrie bezieht, versucht miteinander in Zusammenhang zu bringen, möchte ich an dieser Stelle noch etwas genauer auf seine Theorien eingehen.

Reich steht für den Versuch einer Synthese der Freudschen Psychoanalyse mit der gesellschaftstheoretischen Analyse von Marx. Anknüpfend an Freud sieht Reich die Neurose als „Produkt der Sexualverdrängung“ (Reich 1971, S.2). Einer Aufhebung dieser Verdrängung und damit einer Heilung von der Neurose würden aber die gegebenen gesellschaftlichen und kulturellen Verhältnisse im Wege stehen. Diese Verhältnisse seien geprägt durch ein Sexualität verneinendes, repressives Wertesystem. Dem Individuum werde im kapitalistischen Zeitalter eine „äußerste Einschränkung seiner Bedürfnisse“ abgefordert, wozu auch die Vorgabe der monogamen Sexualform gehöre (Reich 1970, S.151).

An diesem Punkt stellt Reich die Querverbindung zu Marx her, der davon ausgeht, dass „die Moral sich mit der ökonomischen Ordnung wandelt“ (Reich 1971, S.4). Freud hatte sich zwar viel mit der Bedeutung von Norm- und Wertvorstellungen für die innere psychische Struktur des Individuums beschäftigt. Da er sich aber weniger mit der Analyse ihrer Entstehung und ihrem möglichen Wandel befasste, stellte das Hinzuziehen der marxschen Überlegungen eine Erweiterung der Perspektive dar. Reich kommt zu dem Schluss, dass auch die Psychoanalyse die marxsche Formel, das gesellschaftliche Sein bestimme das Bewusstsein, bestätige (Reich 1970, S.170). Auch zentrale Annahmen Freuds wie der Ödipuskomplex seien an einen bestimmten historischen Kontext gebunden. So geht Reich davon aus, dass mit der spezifischen Form der patriarchalischen Familie auch der Ödipuskomplex verschwinde (vgl. ebd., S.177f).

Um den konkreten Zusammenhang von kapitalistischer Ökonomie und Sexualverdrängung zu belegen zog er Untersuchungen von so genannten „Primitiven“ heran (Reich 1971, S.4). So kommt er zu dem Schluss, dass beispielsweise bei den Trobriandern, deren Gesellschaftsform er als „mutterrechtlich-kommunistisch“ beschreibt, „die Sexualität frei ist“ (ebd., S.13, 11). Kindliche Sexualität werde hier nicht unterdrückt und jugendliche Sexualität durch Gewährung von Freiräumen unterstützt. Die Frau sei dabei dem Mann gleichgestellt. Das geordnete Gemeinschaftsleben werde hier nicht durch

eine repressive Sexualmoral, sondern durch kulturell integrierte Triebbefriedigung gesichert. In dieser Gesellschaft gäbe es weder Neurosen noch „Perversionen“ (ebd., S.23ff), wobei kritisch anzumerken ist, dass für Reich auch Homosexualität zum Begriff der Perversion zählte.

Reichs zentrale These ist, dass die repressiven Wertvorstellungen „erst mit dem Interesse am Privateigentum in die Geschichte der Menschheit eingeht“ (ebd., S.24). Konkret vollziehe sich dieser Wandel mit der Einführung des Heiratsgutes und der Verpflichtung der Brautbrüder zur Zahlung von Tributen an den Gatten. Hier beginne die Möglichkeit der privaten Akkumulation von Besitz auf Seiten des Mannes, woraus sich wiederum Vorrechte gegenüber der Frau und auf der Ebene der Gemeinschaft ein Machtzuwachs gegenüber anderen ableiten (vgl. ebd., S.28ff). Reich schreibt: „Das Privateigentum an Produktionsmitteln ist an der Eheinstitution interessiert; diese wieder erfordert zu ihrem Bestande die Forderung und strengste Durchführung der kindlichen und jugendlichen Askese“ (ebd., S.46).

Mit der Einführung der Ehe und des Heiratsgutes sei nicht nur eine Änderung der Sexualmoral, sondern auch die Grundlage zur historischen Entstehung von Patriarchat und Klassenteilung zu beobachten. Unter Bezug auf Engels geht Reich dann auch davon aus, „dass der Ursprung der Klassenteilung der Gegensatz zwischen Mann und Frau ist“ (ebd., S.57). Das eigentliche Patriarchat bilde sich dann heraus durch die väterliche Erbfolge vom Häuptling zum Häuptlingssohn (vgl. ebd., S.61).

Da das Besitzinteresse in dieser gesellschaftlichen Verfasstheit immer weiter steige und sexuelle Interessen parallel dazu immer weiter unterdrückt werden müssten, komme es zu einem Triebkonflikt, der wiederum Grundlage neurotischer Störungen sei (vgl. ebd., S.86). Auch „krampfhaftige Arbeitsleistung“, bei der Leistung eher in der Art einer Reaktionsbildung als in einem Prozess der Aneignung und Gestaltung funktioniere, seien kennzeichnend für diesen „ungeordneten“ sexuellen Haushalt (ebd., S.88).

Die freudsche Vorstellung von psychischen Konflikten, die aus einer mangelnden Vermittlung zwischen „Es“ und „Über- Ich“ durch das „Ich“ entstehen, werden hier also in einen direkten Zusammenhang gebracht mit einer marxistischen Klassenanalyse, in der die gesellschaftliche und wirtschaftliche Ordnung aus den Besitzverhältnissen abgeleitet wird (vgl. Bopp 1980, S.115f).

Für das SPK zeigt sich die Zerstörung von Leben durch das Kapital auf der Ebene des Einzelnen heute in der „Umwandlung von Sexualität in Angst und der dieser Angst immanenten Selbstdestruktion“ (SPK 1972, S.55). Eine Trennung von Sexualität und den wirtschaftlichen und kulturellen Lebensbedingungen sei nicht mehr möglich, da im Kapitalismus auch die subjektiven sexuellen Bedürfnisse letztlich von den Interessen des Kapitals vorgegeben seien (ebd., S.57).

In Anbetracht der Ausführungen zu Reich wird deutlich, dass sich dieser zwar ausführlich mit den Zusammenhängen von Kapitalismus, Patriarchat, Sexualmoral und daraus resultierenden psychischen Störungen befasste. Eine einfache Gleichsetzung von Kapital und Krankheit wie sie das SPK propagiert lässt sich daraus ganz offensichtlich aber nicht ableiten.

Anknüpfungspunkt für das SPK waren sicher auch Reichs Überlegungen, wonach das kapitalistische System seine „ideologische Verankerung“ in den psychischen Strukturen der Individuen sicher stellt und dabei Widersprüche deutlich werden lässt, die potentiell in Rebellion umschlagen können (ebd., S.95f). Ähnlich wie das SPK ging Reich unter Bezugnahme auf Freud davon aus, dass in Symptomen „sowohl die abgewehrte Triebregung als auch die Abwehr selbst“ enthalten seien (Reich 1970, S.162). Diese Überlegungen scheint das SPK aufgenommen zu haben, wenn es davon schreibt progressive Elemente der Krankheitssymptomatik in individuelle und gesellschaftliche Veränderung umzusetzen. Nicht umsonst hieß seine bekannteste Parole: „Aus der Krankheit eine Waffe machen“.

Nach der Auflösung des Krankheitsbegriffes in der Kapitalismuskritik des SPKs wird von ihm auch der Begriff der Gesundheit gänzlich abgelehnt. Er sei lediglich der bürgerliche Versuch nach Maßgabe von Kapitalinteressen die Ausbeutbarkeit der Einzelnen als Norm festzulegen. Umgekehrt biete der Gesundheitsbegriff die Legitimation Arbeitskräfte für Profite „zu vernichten“ (vgl. SPK 1972, S.13).

Wird vorausgesetzt, dass alle über den Kapitalismus entfremdeten Menschen automatisch als „krank“ zu bezeichnen sind, stellt sich die Frage, wie denn dann ihre individuell unterschiedlichen Reaktionsweisen zu erklären sind. Die Antwort des SPK kann abgeleitet werden aus der bereits angesprochenen Relativierung der Widerspiegelungstheorie. Demnach sei unabhängig von den sozialen Realitäten der Menschen zu unterscheiden in „bewusste“ und „unbewusste“ Kranke (vgl. Bopp 1980, S.116f).

Für das SPK ist „das individuelle Elend identisch [...] mit den gesellschaftlichen Widersprüchen“. Wer sich dessen bewusst sei, würde auch die Notwendigkeit erkennen die gesellschaftlichen Verhältnisse kollektiv zu verändern und sich so „vom Objekt zum Subjekt des Geschichtsprozesses“ wandeln (SPK 1972, S.46).

Dieser Logik folgend seien auch Leute wie Benno Ohnesorg, Georg von Rauch oder Thomas Weissbecker allesamt „Kranke“, die der Repression des Staates zum Opfer gefallen seien (SPK 1972, S.116).

Eine andere Frage ist, warum in einer Gesellschaft, in der angeblich alle „krank“ sind, manche arbeitsfähig sind und andere nicht. Das SPK bemüht zur Antwort eine Spielart der Labeling-Theorie: In seiner Vorstellung ergibt sich die Zuweisung der Etikettierungen „krank/ nicht arbeitsfähig“ und „gesund/ arbeitsfähig“ aus der Profitorientierung des Kapitals. Um möglichst hohe Profite machen zu können würden so die Menschen ausselektiert werden, deren Ausbeutung nicht genügend Gewinn verspreche.

Unbeantwortet bleibt damit allerdings, wodurch manche Menschen ausbeutbarer sind als andere, d.h. nach welchen Kriterien diese Etikettierungen verteilt werden (vgl. Bopp 1980, S.116f).

Nachdem (psychische) Krankheit mit der allgemeinen Entfremdung im Kapitalismus gleich gesetzt worden war und als eigener Begriff sogar abgelehnt wurde, verfolgte das SPK in der Frage der Suizidalität diesen Weg weiter. Aus Sicht des Kollektivs existierte so etwas wie Suizid gar nicht. Im Kontext der „permanenten Zerstörung des Menschen durch das kapitalistische Ausbeutungssystem“ sei Suizid letztlich auch nur eine Form dieser Zerstörung durch das System (SPK 1972, S.92). Da das System es zu verantworten hätte, wenn sich Menschen das Leben nehmen, wurde das Ganze auf die einfache Gleichung „Selbstmord= Mord“ gebracht (ebd., S.93).

Das kapitalistische System wurde als „Vernichtungsmaschinerie“ bezeichnet, deren Ziel letzten Endes der „Massenmord“ sei (ebd., S.95).

5.2 Rolle der Kranken

Wie die bisherigen Ausführungen bereits erkennen lassen, schreibt das SPK der Gruppe der Kranken im Spätkapitalismus eine Rolle zu, in der Marx zu seiner Zeit das Proletariat, also die Klasse der Lohnarbeitenden, gesehen hat. Das Kollektiv bezeichnet die eigenen Aktivitäten und Auseinandersetzungen mit politischen Gegnern selbst auch als

„Klassenkampf der Kranken“ (SPK 1972, S.33). Die Angehörigen dieser Klasse seien betroffen durch eine „doppelte Ausbeutung“ (SPK 1972, S.101): Zum einen würden sie ausgebeutet durch die erzwungene Abgabe von Mehrwert im Produktionsprozess. Zum anderen würde der Kranke durch das Gesundheitswesen als Krisenpuffer und Produktionsmittel missbraucht (s.o.).

Vergleichbar mit den theoretischen Überlegungen von Laing und Cooper sieht das Kollektiv in der Symptomatik der Erkrankten dabei ein Zusammentreffen von hemmenden und sinnhaften bzw. sogar befreienden Elementen. Eine quasi befreiende Perspektive biete die Koppelung von Leidensdruck und dem „Bedürfnis nach Veränderung“ (ebd., S.62). Dieses Bedürfnis spiegle sich beispielsweise wider in der Entziehung der eigenen Arbeitskraft aus dem kapitalistischen Verwertungsprozess. Dies wird nicht als passives Unvermögen, sondern als aktiver Protest oder sogar Widerstand gegen das System gedeutet. Das Hemmende in der Symptomatik sei vielmehr wieder eine Frage des subjektiven Bewusstseins (s.o.): Solange dem kranken Menschen das Bewusstsein über den gesellschaftlichen Kontext seiner Erkrankung fehle, deute er diese als rein subjektives Versagen und nehme sich damit die Möglichkeit sich gegen die äußeren Verhältnisse zu wehren oder diese sogar politisch zu verändern. Je nach Grad von Bewusstseinsbildung und kollektiver Organisation sei Krankheit auf diese Weise „die revolutionäre Produktivkraft“ im Kampf gegen das Kapital (SPK 1972, S.60).

In diesem Sinne habe beispielsweise auch das Erleben von Verfolgungswahn die reale und potentiell befreiende Perspektive inne die umgebenden Verhältnisse als zerstörerisch wahrzunehmen. Insofern sei das paranoide Erleben durchaus ein „adäquater Ausdruck der Realität“ (SPK 1972, S.77f). Dem Erkrankten fehle lediglich das Bewusstsein darüber, dass diese Bedrohung aus der kapitalistischen Produktionsweise herrühre und deshalb eben diese Verhältnisse zu bekämpfen seien.

5.3 Abschaffung des Therapeut-Patienten-Verhältnisses

Ähnlich wie die kritische Psychiatrie Italiens kritisiert das SPK Funktionsträger wie Ärzte, Rechtsanwälte und Professoren als „Agenten der Herrschaftsinstitutionen des Kapitals“ (SPK 1972, S.68). Im Rollenverhältnis Arzt – Patient werde für das Kollektiv die eigene Objektrolle für den Patienten erfahrbar. Hier zeigten sich auf subjektiver Ebene „Wehrlosigkeit, Vereinzelung und Rechtlosigkeit“ (SPK 1972, S.49). Da durch dieses Rollenverhältnis auch die progressiven Momente der Krankheit unterdrückt würden, war seine Veränderung einer der wesentlichen Ansprüche des Kollektivs.

Zur Entwicklung einer „progressiven Therapie im Massenmaßstab“ müssten die Ärzte ihren „Führungsanspruch“ im therapeutischen Prozess aufgeben (SPK 1972, S.23). Das Therapeut- Patient Verhältnis sollte komplett abgeschafft werden und der Therapieprozess anstatt durch die Ärzte und Therapeuten durch die PatientInnen selbst gesteuert werden. Anstatt sich auf ihre professionelle Distanz zurückzuziehen sollten Ärzte sich auf eine solidarische Zusammenarbeit mit den Patienten einlassen, an einer „Sozialisierung“ der eigenen Kenntnisse und Funktionen mitarbeiten und im Kollektiv mit an einer politischen Veränderung der Gesellschaft mitwirken (vgl. ebd., S.71).

Mit der Abschaffung des Therapeut-Patienten-Verhältnisses steht das SPK in der Tradition der therapeutischen Gemeinschaft (Demokratisierung) und den Ansätzen von Laing und Cooper (Rollenverwischung). Mit der kompletten Abschaffung der Therapeutenrolle ging es sogar noch einen Schritt weiter.

Abzugrenzen ist das SPK damit auch von der klassischen psychoanalytischen Therapie, die gerade die Beziehung von Patient und Therapeut zu einem Hauptarbeitsfeld macht. Und auch in Italien war mit der „Diskutierbarkeit der Rollen“ ein deutlich anderer Weg genommen worden. Zwar hatten auch Basaglia und seine Kollegen die herrschaftssichernde Funktion der „Sozialtechniker“ kritisiert (s.o.). Doch nur das SPK ging soweit die Therapeutenrolle komplett aufzugeben.

Im Sinne der angestrebten Schaffung von Bewusstsein wurde die Therapie nicht nur eng mit der Politik verbunden. Vielmehr wurde die aktive Gestaltung von Politik selbst zur Therapie erhoben bzw. ersetzte diese. So bezeichnete das SPK seine Therapie als „Agitation“, den Rahmen dafür als „Kollektiv“ und bestimmte das Therapieziel als „politische Identität“ (vgl. SPK 1972, S.17; s.u.).

Die Kenntnisse und erlernten Fähigkeiten sollten hier im Rahmen der Gruppentreffen „sozialisiert“, d.h. an die anderen Gruppenmitglieder weitervermittelt und gemeinsam weiterentwickelt werden (SPK 1972, S.17). In diesem Zusammenhang begriff sich das SPK als „Volksuniversität“, in der das vermittelte Wissen nicht von kapitalistischen Verwertungsinteressen vorgegeben werde, sondern ausgehend von den Bedürfnissen der Beteiligten Lerninhalte und Praxis kollektiv selbst bestimmt werden sollten (vgl. ebd., S.19).

Bopp kritisiert, dass durch die Vermischung von Politik und Therapie beide Komponenten ihre spezifischen Eigenheiten verlieren würden. Die Abschaffung der Rollen von Therapeut und Patient würde eine „methodisch disziplinierte Form der Konfliktbearbeitung“ darüber hinaus unmöglich machen (vgl. Bopp 1980, S.128).

Die faktische Aufgabe von Therapie ergibt für das SPK aus seinem Krankheitsverständnis. Da in der Krankheitssymptomatik hemmende wie auch befreiende Momente zusammenkämen, gelte es die Hemmung durch ein Bewusstmachen der sozialen Ursachen der eigenen Lage abzubauen und so dem Element des Protestes in kollektivem Rahmen die komplette Aufmerksamkeit zu widmen. Der „revolutionäre Kampf“ wird hier gleichzeitig zu Weg und Ziel psychischer Gesundheit.

5.4 Arbeitsweise und Ziele

Das SPK nennt für seine praktische Arbeit drei zentrale Ausgangspunkte:

- Jeder Mensch hat ein Recht auf Behandlung.
- Die Kontrolle über die Behandlung muss bei den Patienten liegen.
- Im Arzt-Patient-Verhältnis erfährt der Patient seine Objektivität und Rechtlosigkeit. Deshalb ist dies der zentrale Ansatzpunkt zu seiner Emanzipation.

(vgl. SPK 1972, S.16f).

Das Therapieziel des SPK war die „politische Identität“ (s.o.). Verstanden wurde darunter die „Einheit von Bedürfnis und politischer Arbeit“ (ebd., S.17). Die Krankheit sollte nicht durch eine Bearbeitung ihrer Symptome überwunden werden. Vielmehr sollten pathologische Aggressionen in den revolutionären politischen Kampf umgeleitet bzw. kanalisiert werden.

Das SPK berief sich bei dieser These über Heilung wie bereits erwähnt auf Frantz Fanon (Frantz Fanon: Die Verdammten dieser Erde). Am Beispiel des Befreiungskampfes des algerischen Volkes hatte dieser dargestellt, wie sich Symptombilder im Prozess der Revolution „aufgelöst“ hätten (ebd., S.130).

Anknüpfend an die oben bereits dargestellten Bezugnahmen auf Reich gehörte für das SPK auch die „Integration der immer noch abgespaltenen Sexualität“ zur Herstellung der angestrebten politischen Identität (SPK 1972, S.58). Dazu gehöre auch sich von mit der Sexualität verbundenen Ängsten zu befreien. Offen bleibt aber, welche Ängste dies konkret seien.

Methodisch gab es eine Unterteilung in kollektive Veranstaltungen, wissenschaftliche Arbeitskreise, Gruppenaktivitäten und Einzelgespräche. Unter Zuhilfenahme marxistischer Politökonomie, radikaler Dialektik und „progressiver“ Elemente der Psychoanalyse sollte eine „Einheit“ von therapeutischer, wissenschaftlicher und politischer Arbeit hergestellt werden (SPK 1972, S.38).

Während im Rahmen der Gruppenagitation vor allem die rationale Schaffung politischen Bewusstseins im Zentrum stand, dienten die Einzelgespräche dazu, subjektive Ängste und Probleme zu bearbeiten. Bopp spricht deshalb davon, dass die Einzelgespräche zur „Kompensation“ (Bopp 1980, S.131) dessen dienten, was das Kollektiv dem Individuum nicht bieten konnte.

Für das SPK selbst stellte diese Arbeitsweise demgegenüber den Versuch dar, „persönliche Schwierigkeiten“ zu bearbeiten, diese dabei zu objektivieren und sie durch das Einordnen in einen übergeordneten gesellschaftlichen Zusammenhang zu verallgemeinern (SPK 1972, S.39). Die Symptomatik sollte in Gruppengesprächen als Resultat und Widerspiegelung falscher gesellschaftlicher Verhältnisse erkannt werden und so zum aktiven politischen Kampf motivieren.

Diese Arbeitsweise kann als einer der zentralen Merkmale des Zusammenhangs als „Kollektiv“ bezeichnet werden. Ein weiteres Merkmal ist das Bestehen einer „Kollektivkasse“, aus der Medikamente und Öffentlichkeitsarbeit bezahlt wurden (ebd., S.42).

Während die Gruppenagitationen regelmäßig einmal wöchentlich stattfanden, wurden Einzelagitationen zwischen den „Agitationspartnern“ je nach Bedarf einmal oder mehrmals wöchentlich vereinbart. Die Arbeitskreise dienten der Vermittlung theoretischer Grundlagen und fanden wie die Gruppenagitationen einmal pro Woche statt. In den Gruppen sollten immer einige Personen sein, die schon mindestens drei Monate in dem Zusammenhang gearbeitet hatten (vgl. ebd.).

Im Unterschied zu anderen antipsychiatrischen Projekten nahm die theoretische Arbeit im SPK einen hohen Stellenwert ein. In wissenschaftlichen Arbeitskreisen wurden hier anspruchsvolle Themen behandelt wie Hegelsche Dialektik, Marxsche Kritik der politischen Ökonomie, Religionskritik und Sexualität. Anstatt sich im Umgang mit der Erkrankung also therapeutischen Methoden zu bedienen, wurde hier in der Gruppe

erarbeitet, in welche politischen Bahnen die befreiende Kraft der Symptomatik (s.o.) gelenkt werden sollte.

Aus Sicht des SPK waren diese Arbeitskreise die praktische Umsetzung des bereits oben genannten Anspruchs, im Rahmen einer Volksuniversität „wissenschaftliche Methoden zum Werkzeug der Veränderung der lebensfeindlichen Produktionsverhältnisse“ zu machen (SPK 1972, S.44). Ihnen ging es um die gemeinschaftliche Aneignung wissenschaftlicher Methoden und Theorien.

Das SPK identifizierte seine Aktionen mit den Befreiungsbewegungen der Dritten Welt, den Befreiungskämpfen der Afroamerikaner in den USA und den katholischen Nordiren (vgl. SPK 1972, S.81). Zudem verglich es die eigene Arbeit mit den Strategien des Vietkong (vgl. ebd., S.111ff).

Als Strategie der eigenen Aktivitäten benennt das SPK den „multifokalen Expansionismus“ (SPK 1972, S.18). Das Wort „Fokus“ hat für das Kollektiv in diesem Zusammenhang eine doppelte Bedeutung: Einerseits im Sinne eine „Brennpunktes“ von gesellschaftlichen Widersprüchen, andererseits aber auch als Ausgangspunkt bzw. „Herd“ gesellschaftlicher Veränderung (ebd., S.54). Konkret war das Ziel selbst organisierte weitere Kollektive an anderen Orten zu schaffen und die eigenen Methoden in bestehenden Gruppen und Organisationen zu integrieren. Die Gruppen sollten antihierarchisch und bedürfnisorientiert arbeiten. Die individuellen Interessen sollten also auch im Kollektiv weiter im Mittelpunkt stehen (Bopp 1980, S.141). Die Ausdehnung sollte dabei über die gezielte Weitergabe von Wissen und Arbeitsweisen an neu Hinzugekommene erreicht werden. So sollten nach und nach immer mehr Multiplikatoren ausgebildet und zur agitatorischen Arbeit auch in Familien und Betrieben eingesetzt werden (SPK 1972, S.43f).

Das SPK verstand sich selbst dabei nicht als eine Avantgarde, die „die Massen“ agitiert, sondern wollte mit dieser Strategie die „Verallgemeinerung revolutionären Bewusstseins und Handelns“ erreichen (ebd., S.65).

Erreicht werden sollte letztlich eine Struktur, in der jeder die gemeinsame Arbeit mit bestimmt und sich kleine Gruppen „wechselseitig kollektiv kontrollieren“ (SPK 1972, S.102). Durch ständigen Austausch über die unterschiedlichen Bedürfnisse und Zielvorstellungen sollte so ein möglichst dezentralisiertes System entstehen.

Ziel der gemeinsamen Arbeit der Kollektive sollte dann die „Sozialistische Revolution“ sein (SPK 1972, S.18).

Dieser Anspruch lässt sich vergleichen mit den Überlegungen Coopers, ein internationales Netzwerk linker Zentren aufzubauen. Allerdings fehlt beim SPK die Auseinandersetzung mit inneren Konflikten etc., wie sie Cooper über die „neue Spiritualität“ gewährleisten wollte.

Orientiert an klassischen marxistischen Grundideen war das erklärte Ziel des SPK die Überwindung der kapitalistischen Gesellschaftsordnung. Durch die Aneignung der Produktionsmittel sollten diese im Interesse der gesamten Gesellschaft weiter entwickelt werden und so die Entfremdung der Menschen von ihrer Lebenswelt und ihren Bedürfnissen überwunden werden (vgl. SPK 1972, S.9f). Um dies zu realisieren sei letztlich ein „Volkskrieg“ notwendig, der die gesellschaftliche Gewalt in die Hände der Bevölkerung legt (ebd., S.14).

Mit dem Verweis auf den lebensfeindlichen, zerstörerischen Charakter des kapitalistischen Systems beansprucht das SPK für sich in diesem Zusammenhang das Recht auf „revolutionäre Gewalt“, mit der sich gegen die Angriffe des Kapitals und seiner Vertreter verteidigt werden solle (ebd., S.37). Aus seiner Sicht erzwingt „nur die Gewalt auf der Gegenseite [...] die funktionelle Polarisierung in militantes und propagandistisches Moment“ (ebd., S.105).

5.5 Kritik

Ähnlich wie in den voran gegangenen Kapiteln möchte ich an dieser Stelle noch keine ausführliche eigene Kritik am Ansatz des SPK ausformulieren. Dafür habe ich das folgende Kapitel sechs vorgesehen, in dem ich die vorgestellten Ansätze noch einmal zusammenfasse und bewerte.

Exemplarisch möchte ich hier aber einige weitere Kritikpunkte von Bopp nennen:

- Das SPK habe „das politische Potential von rebellierenden Patienten überschätzt“ und mit seinen Aktionen bestenfalls zur Verschärfung staatlicher Gewalt beigetragen (Bopp 1980, S. 142).
- Mit der Umwandlung von Pathologie in politische Phänomene habe das SPK das Muster der starren Trennung von Politik und Therapie bestätigt, wenn auch mit anderen Vorzeichen als die traditionelle Psychiatrie (vgl. Bopp 1980, S.145). Durch

die Gleichsetzung von politischer Agitation und Therapie sei auch der Charakter des Politischen verwässert worden (ebd., S.135).

- Mit seiner rigiden Arbeitsmoral und der strengen Rationalisierung der Agitation habe das SPK den eigenen Anspruch der Orientierung an individuellen Interessen und Bedürfnissen verfehlt. „Das neurotische Überich wurde durch ein antikapitalistisches Überich ersetzt, das es mit dem ersten an hartem Moralismus und Triebfeindlichkeit durchaus aufnehmen konnte“ (ebd., S.145).
- Bopp geht davon aus, dass die Patienten nicht in der Lage waren die Therapeutenrolle adäquat zu ersetzen. Aufgrund fehlender Schulung und methodischer Kenntnisse hätten diese Konflikte nicht diszipliniert bearbeiten können (vgl. Bopp 1980, S.129ff).
- Selbstkritik würde in den Darstellungen des SPKs nahezu komplett fehlen. Während der Universitätsrektor und andere Funktionäre als „Sachwalter des Kapitals“ angegriffen und kritisiert werden (SPK 1972, S.72), beziehe sich die Selbstdarstellung fast ausschließlich auf das eigene „revolutionäre“ Potential zur politischen Veränderung (Bopp 1980, S.145).

Auch wenn Bopp die praktische Arbeit des SPK insgesamt sehr kritisch sieht, hält er ihm zugute, dass es zumindest die richtigen Fragen an die bis dahin bestehende Psychiatrie stellte. Zu diesen „produktiven Ansätzen“ zählen für ihn vor allem folgende fünf Punkte:

- Seine Definition der Krankheit als Einheit von Hemmung und Protest habe einen neuen Zugang zur Dynamik psychischer Störungen ermöglicht, der über die psychoanalytische Deutung als Kompromiss zwischen Es und Überich hinausgeht.
- Indem es auch auf repressive Elemente im therapeutischen Prozess hinwies, habe es die therapeutischen Methoden in seine Kritik mit einbezogen.
- Wie die anderen beschriebenen antipsychiatrischen Konzepte habe es die therapeutische Qualität von kollektiven und kooperativen Strukturen erkannt.
- Das SPK habe sich in der Analyse der Zusammenhänge von kapitalistischen Ausbeutungs-, Verdinglichungs- und Entfremdungsprozessen einerseits und der Dynamik psychischer Störungen andererseits versucht.
- Mit dem Anspruch bedürfnisorientierte, nichthierarchische Gruppen aufzubauen habe es zumindest theoretisch traditionelle linke Organisationsmodelle in Frage gestellt.

(vgl. Bopp 1980, S.146ff)

6. Zusammenfassung und Beurteilung

In den voran gegangenen Kapiteln habe ich ausführlich die Theorie und Praxis dessen, was als „Antipsychiatrie“ bezeichnet wird, dargestellt. Um die Besonderheit der einzelnen Ansätze kenntlich machen zu können, habe ich sie dabei weitgehend getrennt voneinander vorgestellt. Nur an einzelnen Punkten habe ich Bezug auf die anderen Ansätze genommen um die verschiedenen Ansätze voneinander abzugrenzen oder auf wesentliche Kontinuitäten hinzuweisen. Auf diese Weise konnte ich bei der Darstellung möglichst genau bleiben. Trotz aller Unterschiedlichkeiten und Besonderheiten der verschiedenen Überlegungen und Projekte gibt es jedoch deutliche Überschneidungen und Gemeinsamkeiten, die eine Sammlung unter dem Begriff der „Antipsychiatrie“ rechtfertigen.

In dem folgenden Kapitel möchte ich die vorgestellten Ansätze deshalb in Form von gemeinsamen Schwerpunkten und Hauptlinien zusammenfassen. Ich habe mich dabei für die drei Ebenen Grundverständnis, analytischer Fokus und Methodik entschieden. Dabei findet mit Sicherheit nicht alles Erwähnung, was im Rahmen der Antipsychiatrie versucht und gedacht worden ist. Dennoch lässt sich unter diesen Kategorien aus meiner Sicht gut die gemeinsame Stoßrichtung dieser Bewegung aufzeigen.

Im Rahmen der jeweiligen Unterpunkte werde ich in kleinen Auswertungen deutlich machen, worin ich Stärken und Schwächen der zusammengefassten Inhalte sehe.

6.1 Grundverständnis

Als erste gemeinsame Linie bei der Zusammenfassung der vorgestellten antipsychiatrischen Ansätze habe ich die Kategorie „Grundverständnis“ gewählt. Es erscheint mir wichtig, diese Ebene einzeln zu benennen, da es der erklärte Anspruch der Antipsychiatrie war grundlegende Verhältnisse in Frage zu stellen. Entsprechend bestand ein wesentlicher Teil der geleisteten Arbeit nicht in konkreten methodischen und analytischen Einzelprojekten, sondern in der Bemühung bestimmte Grundsätzlichkeiten in Bezug auf Begrifflichkeiten und Selbstverständnisse kritisch zu beleuchten und neu zu definieren.

Hinterfragt wurden dabei zentrale Begriffe wie die von Wahnsinn, Normalität, Gesundheit und Krankheit. Auch wenn mit Freuds Überlegungen zu Neurosen bereits eine Kontinuität zwischen psychischer Krankheit und Gesundheit angenommen wurde, galten diese Kategorien im allgemeinen Verständnis doch auch weiterhin als zwei Paar Schuhe.

Gemeinsam war den antipsychiatrischen Projekten diese Trennung als zu vereinfachend und in wesentlichen Aspekten künstlich zu kritisieren. Vor allen Dingen aber wurden sie unter der

Fragestellung behandelt, wer diese Definitionen treffe und welche Funktion sie hätten. Auch wenn solche Überlegungen für das pragmatische Vorgehen der therapeutischen Gemeinschaft nach Jones keine so zentrale Rolle spielte, waren sich die Ansätze aus England, Italien und dem SPK darin einig, dass die Definitionsmacht über diese Begriffe eng an die aktuellen gesellschaftlichen Machtverhältnisse geknüpft war und ihre Funktion in erster Linie darin bestünde die Gruppe der Kranken und Patienten von den Gesunden und Professionellen der Psychiatrie abzugrenzen und den repressiven Umgang mit ihnen zu rechtfertigen. Die starre Festlegung dieser Begriffe wurde also kritisiert als theoretische Manifestierung und Voraussetzung der in vielerlei Hinsicht unterdrückenden und bevormundenden Umgangsweisen mit den Erkrankten. Zudem wurde betont, dass Krankheit immer auch einen Bezug zu den gesellschaftlichen und institutionellen Verhältnissen habe. Entgegen der individualisierten Deutung von Krankheit als individuelle Unzulänglichkeit wurden die Ursachen aus dem antipsychiatrischen Blickwinkel zunehmend auch in den Verhältnissen gesucht, wie ich unter Punkt 6.2 noch genauer ausführen werde. Diese Verschiebung des Fokus auf Krankheit erweiterte den analytischen Untersuchungsrahmen und tat so weitere Interventionsmöglichkeiten auf um Erkrankung zu begegnen und vorzubeugen. Einher mit dieser Erweiterung des Krankheitsbegriffs ging auch eine unterschiedlich weit gehende Infragestellung dessen, was als normal zu gelten hatte. Wenn Definitionen, gesellschaftliche und institutionelle Verhältnisse auch ihren Anteil an der Herausbildung von Krankheitssymptomen hatten, lag es nahe auch diese in Frage zu stellen. Schon bei der therapeutischen Gemeinschaft nach Jones galt die Überzeugung die eigenen Arbeitsweisen zumindest in einem bestimmten Rahmen auch im bewussten Widerspruch zu den sonstigen gesellschaftlichen Gepflogenheiten aufzubauen. Dieser Widerspruch bot durch alle beschriebenen Projekte hinweg immer wieder Konfliktpotential für soziale und politische Auseinandersetzungen. Da diese Auseinandersetzungen aber einen wichtigen Punkt des neuen Selbstverständnisses betrafen, halte ich den Konflikt an dieser Stelle nicht für grundsätzlich negativ. Wichtiger erscheinen mir der Prozess der Auseinandersetzung darüber und die Frage, inwieweit dabei eine Weiterentwicklung und Differenzierung grundlegender Kategorien auf möglichst großer gesellschaftlicher Breite erreicht werden konnte. Hier erscheinen mir die Diskussionen, die in Italien ausgelöst wurden, deutlich konstruktiver als die Auseinandersetzungen, die sich beispielsweise um das deutsche SPK rankten. Das Patientenkollektiv sprach sich im Unterschied zu den anderen Ansätzen faktisch für eine völlige Auflösung von Begriffen wie Krankheit und Gesundheit aus. Da das System an sich gewalttätig und unmenschlich sei und in diesen Verhältnissen alle unter Entfremdung zu

leiden hätten, seien eigentlich auch alle mehr oder weniger krank. Diese unzulässige Aufweichung und Verwässerung von zentralen Begriffen mag als Mittel der Polarisierung zu interessanten Auseinandersetzungen führen. Einer differenzierteren Betrachtung psychischer Krankheit steht eine solche Herangehensweise aber sicher eher im Wege.

Ein weiterer Punkt, der mir für das veränderte Grundverständnis elementar erscheint, ist das tatsächliche Bemühen um ein Verstehen der Situation der Kranken. Hierbei ging es nicht um ein allgemeines Bekunden von Toleranz und Respekt, sondern um den tatsächlichen Versuch die subjektive Sinnhaftigkeit der individuellen Symptomatik in bestimmten sozialen Lebensverhältnissen nachvollziehen zu können. Diese Bereitschaft spiegelt sich in der zentralen Stellung von Diskussionen und sozialem Austausch wieder, die sich in allen beschriebenen Projekten zeigt. Hervorzuheben sind aber insbesondere auch die Ausführungen von Laing. Seine Betrachtungen in „Das geteilte Selbst“ ermöglichen einen ganzheitlichen Zugang zu der Problematik an Schizophrenie erkrankter Menschen. Die Einbeziehung psychodynamischer und objektbezugstheoretischer Elemente sind dabei Möglichkeiten, die in anderen Ausführungen aus der Antipsychiatrie oft zu kurz kamen. In diesem ernsthaften Versuch des Verstehens drückt sich nicht zuletzt auch eine Haltung gegenüber den Betroffenen aus, die in scharfem Kontrast zur bis dahin noch viel vertretenen Mentalität des Wegsperrens steht.

Für den Begriff von Krankheit besteht der Fortschritt Laings darin, Krisen nicht nur als Katastrophe zu werten, sondern in ihnen die Möglichkeit des besseren Verständnisses zentraler Problemstellungen zu erfassen. Kritisiert werden muss allerdings seine leicht ideologische Überhöhung dieser Möglichkeiten zu einer Chance, neue Bewusstseinssebenen zu erreichen. Solche Ausführungen mögen dem Erleben von EsoterikerInnen nahe stehen, verklären meiner Ansicht nach aber den Blick auf die realen Möglichkeiten.

Auf der eher praktischen Ebene ergab sich aus der Infragestellung zentraler Begriffe und dem Bemühen um eine verstehende Grundhaltung ein neues Rollenverständnis in Bezug auf Erkrankte und Personal. Auch dieses Moment zieht sich quer durch alle beschriebenen Projekte. Ob in den therapeutischen Gemeinschaften nach Jones, den Wohngemeinschaften Londons, den Reformen in Italien oder im deutschen SPK - überall bestand ein zentrales Anliegen darin die Dichotomie von Patient und Behandelndem zu verändern, aufzuweichen oder wie im SPK ganz in Frage zu stellen. Demgegenüber wurde der Anspruch erhoben den erkrankten Menschen aus seinem Objektstatus zu befreien und wieder zum gestaltenden

Subjekt seiner Lebensverhältnisse zu machen. Dieses Anliegen erscheint mir nicht nur aus humanistischen Gründen wichtig. Auch aus therapeutischer Sicht kann die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und aktiver Gestaltung des eigenen Lebens nicht hoch genug bewertet werden.

Eine Besonderheit stellte hier das SPK dar. Im Unterschied zu den anderen Ansätzen wurde hier nicht nur eine stärkere Beteiligung und Mitgestaltung angestrebt, sondern das Patient-Arzt-Verhältnis komplett abgeschafft. Die bisherige Bewertung von Krankheit als Störung, Problem oder Hemmnis wurde hier sogar ins Gegenteil gewendet - der bisher als krank abqualifizierte Mensch wurde hier zum potentiell revolutionären Subjekt der Veränderung gesellschaftlicher Verhältnisse erklärt. Ein solches Selbstverständnis mag sicher auch Potentiale eröffnen beim Aufbau eines positiveren, weil gestaltenden Selbstbildes. Dennoch ist die Kritik an der ideologischen Verklärung hier sicher angebracht. Abgesehen davon erscheint es mir als eine eher schädliche Hürde für die meisten Betroffenen die eigene Gesundung durch revolutionären politischen Kampf erreichen zu können. Derart hohe Ansprüche verhindern meiner Ansicht nach eher ein Aktiv-Werden von Betroffenen. An diesem Beispiel zeigt sich auch die andere Seite der Auflösung des Patient-Arzt-Verhältnisses: Wird diese Auflösung zu weit geführt, können Betroffene überfordert werden und somit der Auftrag der eigenen Profession vernachlässigt werden. Dennoch scheinen in der Mehrzahl der Fälle eher die alten Probleme von Bevormundung und institutionell verordnetem Rollenstatus vorzuliegen.

Abschließend zur Ebene des Grundverständnisses möchte ich an dieser Stelle noch ein paar grundsätzliche Anmerkungen machen:

Wie deutlich geworden ist, ist die Basis der antipsychiatrischen Bewegung eine Grundhaltung Bestehendes zu hinterfragen und damit auch seine Begründungen zu überprüfen. Zu einem bestimmten Teil mag diese Haltung auch mit dem historischen Kontext zu erklären sein - schließlich fand der Großteil der Projekte in der Zeit der Studentenbewegung und dem Aufbruch der außerparlamentarischen Linken statt. Doch gerade der Blick auf historische Trends zeigt meiner Ansicht nach die Notwendigkeit einer solchen Grundhaltung.

Insbesondere im Bereich der Psychiatrie herrschen über bestimmte Phasen immer wieder bestimmte Deutungs- und Handlungsmodelle vor. War es früher die individualisierende Schuldzuschreibung, war es in der Antipsychiatrie die Festlegung auf soziale Ursachen psychischer Krankheit. Dann gab es den Tenor der „integrativen Modelle“, in der von den bio-psycho-sozialen Faktoren die Rede ist. Dazu werde ich im Kapitel 7 noch ausführlicher

Stellung beziehen. Wichtig erscheint mit bezogen auf das Grundverständnis nur diese Trends im Blick zu behalten. Die Kenntnis darüber sollte skeptisch machen und Antrieb sein solche stets zu hinterfragen und vor allen Dingen historisch, politisch und kulturell zu erklären zu versuchen. Ansonsten ist die Gefahr groß unreflektiert jeden Scheiß mitzumachen ohne Alternativen geprüft zu haben. Die Phase des Wegsperrens oder die Zeit des Nationalsozialismus haben gezeigt, wozu solche Vernachlässigung der Aufgaben der eigenen Profession schlimmstenfalls führen kann.

6.2 Analytischer Fokus

Als zweite Ebene zur zusammenfassenden Bewertung der vorgestellten antipsychiatrischen Ansätze habe ich die Kategorie des analytischen Fokus gewählt. Wie ich unter 6.1 gezeigt habe, war ein zentraler Anspruch der antipsychiatrischen Bewegung grundlegende Fragen neu aufwerfen und nach neuen Antworten zu suchen. Bezogen auf die Analyse von psychischer Krankheit und Psychiatrie spiegelte sich dieser Anspruch wider in einer Verschiebung des Fokus von der rein medizinischen, auf das Individuum konzentrierten Sichtweise hin zur Einbeziehung der institutionellen, familiären und gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen Krankheit entsteht. Insofern findet der erweiterte Krankheitsbegriff, der unter 6.1. bereits angesprochen worden ist, hier seine Entsprechung in einer Erweiterung der zu berücksichtigenden Faktoren im Arbeitsfeld Psychiatrie.

Als erste Erweiterung der zu analysierenden Faktoren möchte ich die Familie anführen. Wie auch bei anderen Aspekten der antipsychiatrischen Arbeit kann an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass es sich nicht um komplett neue Ideen handelt, sondern um übernommene und teilweise weiter entwickelte Komponenten aus Bezugswissenschaften. Da ich darauf aber auch im Laufe der voran gegangenen Kapitel immer wieder hingewiesen habe, dies nur noch einmal zur Erinnerung am Rande.

Zentral war die Auseinandersetzung mit der Familie sicher bei David Cooper und auch Robert D. Laing aus England. Insbesondere die Ausführungen in „Der Tod der Familie“ kritisieren die Familie als durchgehend bürgerliches Zwangskonstrukt, das im Dienste der herrschenden Interessen im Kapitalismus die heranwachsenden Individuen unterdrücke und ihnen das Verfolgen individueller Bedürfnisse und Interessen weitgehend erschwere oder sogar unmöglich mache. Entsprechend der double-bind-Theorie würden in der alltäglichen Kommunikation dabei doppelte Botschaften ausgesendet, die dem Individuum beispielsweise einerseits Anerkennung und Zuwendung vermitteln würden, auf emotionaler Ebene aber

genau das Gegenteil transportieren würden. In diesen unehrlichen Verhältnissen sei (psychische) Krankheit ein gesunder, zumindest aber sinnvoller Reflex auf eine mehr oder weniger kranke soziale Umgebung.

Während die Familie für die therapeutische Gemeinschaft und das SPK keinen so bedeutenden Bezugsrahmen darstellt, bezieht man sich auch in der italienischen kritischen Psychiatrie immer wieder auf diese Ansätze. Allerdings ist die Schlussfolgerung daraus keine so deutliche Ablehnung der Familie als sozialem Zusammenhang wie bei Cooper. Vielmehr wird ihre Funktion als Vermittlerin kapitalistischer Interessen betont. Die Sozialisationsinstanz Familie behält aus der italienischen Perspektive also die Chance in einem anderen Gesellschaftssystem eine auch für das Individuum förderlichere Funktion einzunehmen. Trotzdem bleibt auch in der italienischen kritischen Psychiatrie die Einbeziehung des familiären Umfeldes von Bedeutung.

Wichtig erscheint mir bei diesen Überlegungen die Erweiterung des analytischen Blickwinkels. Das Untersuchen der Herkunftsfamilie bietet die Chance, Einblick in die Kommunikations- und Rollenstrukturen zu erhalten, in denen bestimmte Krankheitssymptome auftreten. Nicht selten kann damit die Gefahr, dass nur ein Symptomträger als Sündenbock für ein in sich gestörtes System ausgeschlossen wird, früher erkannt werden. Die Kenntnis über diese sozialen Zusammenhänge ermöglicht darüber hinaus eher ein Verstehen der subjektiven Sinnhaftigkeit des Betroffenen, wie ich es unter 6.1 bereits hervorgehoben habe.

Die Position Coopers die Familie komplett abzulehnen und durch Kommunen zu ersetzen erscheint mir hingegen zu vereinfachend. Der Hinweis der Italiener auf die Eingebundenheit in das kapitalistische System legt die Frage nahe, warum eine Kommune weniger anfällig für eine solche Funktionalisierung durch das System sein sollte als die traditionelle, bürgerliche Kleinfamilie. Auch die Erfahrungen nicht weniger der 68er, die sich in der vorgeblich besseren Welt ihrer Kommunen verkrochen haben, sich zwischen selbstgebackenem Brot und eigenem Kompost von der Politik verabschiedet haben oder sich durch interne Streitigkeiten aufgelöst haben, hinterlässt ebenso erhebliche Zweifel an dieser angeblichen Alternative. Hinzu kommt die soziologische Entwicklung, dass es von den beschriebenen typischen Kleinfamilien zunehmend weniger gibt und diese vielmehr durch eine Vielzahl anderer Lebensentwürfe abgelöst werden wie so genannte „Patchworkfamilien“, allein erziehende Väter und Mütter etc. Dass damit nicht automatisch gestörte Kommunikations- und Rollenmuster geschweige denn psychische Erkrankungen verschwinden, lässt auch hier zweifeln, ob ein einfaches Abschaffen der bürgerlichen Familie die angedeuteten Probleme an

sich lösen würde. Hier scheint eine größere Differenzierung angebracht, was die Analyse von Lebenszusammenhängen angeht.

Dennoch: Historisch war die kritische Auseinandersetzung mit dem bürgerlichen Ideal der Kleinfamilie ein Schritt nach vorn. Allein die Tatsache der Idealisierung durch das konservative Bürgertum, wie sie bis in den 60er Jahren noch weit mehr als heute verbreitet war, machte und macht es sehr schwer Probleme zu benennen und somit die Chance zu bieten sie auch zu bearbeiten. Bis heute ist es für Familien oft ein riesiger Schritt, bis sich überhaupt eingestanden wird, dass es ein gemeinsames Problem gibt. Dabei spielen verklärende Idealvorstellungen und die Angst ihnen nicht entsprechen zu können sicher keine geringe Rolle.

Als weitere Faktoren, die aus Sicht des eigenen Arbeitsfeldes berücksichtigt werden sollten, werden von der Antipsychiatrie weniger konkrete soziale Orte als vielmehr soziale Prozesse in der Gesellschaft beschrieben. Diese würden sich in der Familie zwar verdichten, wirkten aber in der gesamten Gesellschaft.

Zentral ist hier insbesondere für die englische Antipsychiatrie und die italienische kritische Psychiatrie der Begriff der Etikettierung. Eher implizit spielt er aber auch für das deutsche SPK eine nicht unwesentliche Rolle. Mit diesem Rückgriff auf Annahmen der Labelingtheorie wurde die Rolle in den Blick gerückt, die das soziale, institutionelle und gesellschaftliche Umfeld im Prozess der Entstehung und Entwicklung von Krankheit spielt. Demnach sei zum einen zu berücksichtigen, dass die Zuschreibung bestimmter Diagnosen und somit sozialer Rollen auch immer etwas mit Macht und dahinter stehenden Interessen zu tun habe. Diese Positionen könnten also leicht missbraucht werden. Zum anderen seien solche Zuschreibungen auch für den weiteren Verlauf der Entwicklung von Krankheit von Bedeutung. Nicht selten werde dem Betroffenen so ein bestimmter Weg vorgegeben, den er selbst nur schwer verlassen könne. Diagnosen würden so leicht zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung und würden so Krankheitssymptome verstärken oder sogar erst hervorrufen. Die Folge sei dann sozialer Ausschluss, der in der klassischen Psychiatrie institutionell durch Asylierung, also soziale Isolation, umgesetzt werde. Unter diesen Bedingungen verschärften sich Gefahren der Hospitalisierung, als der anstaltsbedingten Regression, und Betroffene würden nicht zuletzt durch ihren Status an einer Gesundung gehindert. Vor dem Hintergrund der in dieser Hinsicht besonders schlimmen Verhältnisse in den italienischen Kliniken nimmt dieser Aspekt bei Basaglia, Jervis und Pirella eine

besonders zentrale Rolle ein. Dieses Ausüben von massivem Zwang und die damit einhergehende Freiheitsberaubung wurden von ihnen als Gewalt kritisiert, der der Betroffene fast hilflos ausgeliefert sei.

Analytisch beließen sie es allerdings nicht bei einer moralischen Aburteilung, sondern versuchten die beschriebene Gewalt als Ausdruck allgemeiner gesellschaftlicher Verhältnisse zu sehen. Gewalt sei demnach ein grundlegender Bestandteil des kapitalistischen Systems, auf den es zur Sicherung seines Fortbestandes angewiesen sei. Diese repressive Seite zeige sich auch in Institutionen wie Gefängnissen, Fabriken oder Schulen.

Das Schlagen des analytischen Bogens von der Kritik an der Psychiatrie zu einer allgemeinen Kritik des kapitalistischen Systems spielte bei Jones keine Rolle. Auch Laing schenkte dieser Sicht weniger Beachtung. Cooper bezog sich immer wieder auf den Kapitalismus als kausalen Hintergrund, führte diese These aber längst nicht so ausführlich aus wie die Vertreter der italienischen kritischen Psychiatrie oder gar das SPK.

Während man sich in Italien bemühte die Funktionalität verschiedener gesellschaftlicher Ebenen zu differenzieren und die Kontinuität, die die verschiedenen Ebenen durchzieht, analytisch aus Warenförmigkeit und Lohnarbeitsverhältnis herzuleiten, wurden vom SPK kaum Differenzierungen vorgenommen. Für das Patientenkollektiv blieb das kapitalistische System somit etwas ominöses, nicht richtig greifbares Ganzes, dem man nur durch komplette Verweigerung und politischen Kampf entkommen könne. Hier zeigt sich noch einmal die Undifferenziertheit, die ich bereits unter 6.1 kritisiert habe. Widersprüchlichkeiten innerhalb des Systems, wie sie von der italienischen kritischen Psychiatrie benannt wurden, werden hier nicht gesehen. Dass somit Interventionsansätze, die über eine einfache Verweigerung hinausgehen, nicht erkannt werden, ist zumindest logisch. So bleibt die politische Wirksamkeit des SPK marginal gegenüber der breiten italienischen Bewegung. Zur Erklärung dieses Sachverhalts bedarf es sicher der Berücksichtigung einer Reihe weiterer Faktoren. Dennoch scheint es mir kein Zufall zu sein, dass in Italien breite gesellschaftliche Wirksamkeit und analytische Differenziertheit zusammentreffen und im Fall des SPKs stark ideologisierte analytische Eindimensionalität und gesellschaftliche Marginalisierung Hand in Hand gehen.

Für die Verbindung von der Kritik an der Psychiatrie und ihren traditionellen Vorstellungen mit der Kritik am kapitalistischen Gesellschaftssystem ist der Begriff der Entfremdung zentral. In der unterschiedlichen Auslegung dieses Begriffes durch die verschiedenen

Protagonisten der antipsychiatrischen Bewegung lassen sich die unterschiedlichen Positionen sehr gut ablesen.

So begreift Laing Entfremdung als individuelles Problem Zugang zu eigenem Denken, Fühlen und Handeln zu erlangen. Der Bezug zu sich selbst wird ihm zufolge zwar durch die Familie und ihre Kommunikationsstrukturen behindert, einen gesellschaftlichen Kontext formuliert Laing aber nicht. Symptome psychischer Erkrankung sind für ihn und Cooper ein möglicher Versuch diese Entfremdung zu überwinden. Doch anders als Laing sieht Cooper die Hintergründe dieser Entfremdung in den kapitalistischen Verhältnissen.

In diese Richtung argumentieren auch die Vertreter der italienischen kritischen Psychiatrie. Sie leiten die Entfremdung sogar noch konkreter her aus dem Produktionsprozess. Die Fähigkeit zur Differenzierung findet sich auch hier wieder, wenn Jervis unterscheidet zwischen der geistigen Entfremdung und der Entfremdung im Arbeitsprozess. Dies seien unterschiedliche Phänomene, die aber gleiche Wurzeln hätten.

Das SPK wiederum bleibt sich treu und nivelliert alle möglichen Unterscheidungen: Krankheit und Entfremdung seien dasselbe und nicht voneinander zu trennen.

Es kann also gesagt werden, dass der Entfremdungsbegriff unter Berücksichtigung der notwendigen Differenzierungen ein wichtiger Bestandteil bei der Analyse der Zusammenhänge von der Verfasstheit des Gesellschafts- und Wirtschaftssystems und individuellem Leben und Erleben ist. Umgekehrt kann eine zu vereinfachende Darstellung die Kritik am Kapitalismus verkürzen und die Erweiterung der eigenen Erkenntnisse behindern.

Ein analytischer Ansatz zum Begreifen der Zusammenhänge von gesellschaftlicher und individueller Entwicklung, der über den recht überschaubaren Begriff der Entfremdung hinausgeht, ist der freudomarxistische Ansatz, wie ich ihn im Zusammenhang mit dem SPK am Beispiel von Wilhelm Reich vorgestellt habe. Hier wird Triebunterdrückung als Quelle neurotischer Symptome hergeleitet aus einer repressiven Sexualkultur, die sich wiederum im engen Zusammenspiel mit der Herausbildung von Privateigentum entwickelt habe. Interessant ist dieser Ansatz meiner Ansicht nach vor allem deshalb, weil er versucht, die freudsche Theorie über die innere Verfasstheit des Individuums zusammenzuführen mit der gesellschaftlich orientierten Analyse des Kapitalismus nach Marx. Potentiell besteht damit die Chance die Schwächen der einen Theorie durch die Stärken der jeweils anderen zu ergänzen. Trotzdem bleibt die Gefahr, die auch für die einzelnen Theorien nach Freud und Marx gilt: Wird bei aller Umfänglichkeit der Analyse versucht mit diesen Thesen und Hypothesen immer gleich alles Mögliche erklären, kann dies leicht auf Kosten der notwendigen

Differenzierung gehen. Zur Erweiterung des analytischen Horizontes im Sinne der Einführung einer Metaebene taugen diese Ansätze aber allemal.

Verbunden mit der Kritik an Psychiatrie und gesamtgesellschaftlichen Verhältnissen war meist die Perspektive der Umwälzung oder zumindest Veränderung dieser Verhältnisse. Bereits Jones formulierte den Anspruch mit den Prinzipien seiner therapeutischen Gemeinschaft Vorbild zu sein für andere gesellschaftliche Bereiche wie die Gemeinde oder das Bildungssystem. Cooper wollte aus seinem Netzwerk von Wohngemeinschaften sogar ein internationales Netz von revolutionären Zentren entwickeln. Und das SPK wollte gar den sozialistischen „Volkskrieg“ nach dem Vorbild von Befreiungsbewegungen vom Zaun brechen. Die größte Fähigkeit zur Differenzierung beweist hier wieder die italienische kritische Psychiatrie. Auch sie sah die Abschaffung des kapitalistischen Gesellschaftssystems als unumgänglich an für die Entfaltung von Individuum und Kollektiv. Trotzdem wurde die eigene Wirksamkeit als eher begrenzt eingeschätzt. Die revolutionäre Perspektive wurde also stets mitgedacht und formuliert. Trotzdem blieb der Fokus auf der Erkämpfung praktischer Veränderungen unter den aktuellen Gegebenheiten.

Die Frage, ob die Überwindung des Kapitalismus richtig und notwendig ist, füllt tausende von Büchern und Schriften. Aktuell wird sie am interessantesten vielleicht in Teilen der globalisierungskritischen Bewegung diskutiert. Auch hier ist man auf der Suche nach neuen Ansätzen die gesellschaftlichen Verhältnisse adäquat zu beschreiben und mögliche Alternativen daraus abzuleiten. Als Stichwort genannt sei hier das Konzept der Multitude, das Michael Hardt und Antonio Negri in ihren Büchern entwickelt haben. Die Frage nach der Notwendigkeit der Überwindung des Kapitalismus kann also von dieser Diplomarbeit schon aus Gründen des Umfangs nicht beantwortet werden.

Dennoch kann festgestellt werden, dass es umfangreiche Ansätze auch innerhalb des Arbeitsfeldes Psychiatrie gab, die sich der Herausforderung dieser Frage bereits gestellt und für sich Antworten formuliert haben. Eine Psychiatrie - und letztlich gilt das auch für den Rest der Gesellschaft -, die sich in weiten Teilen mit diesen Fragen nicht mehr beschäftigt, müsste aus wissenschaftlicher und politischer Sicht zumindest begründen können, warum das so ist. Argumente wie „Überforderung“ und „Zeitmangel“ sind dabei sicher nicht gefragt. Vielmehr geht es um die inhaltliche Widerlegung zentraler Thesen über unsere Gesellschaft, wie sie Leute wie Marx formuliert haben. So lange – und das ist aus meiner Sicht der Stand der Dinge – diese Thesen über Warenförmigkeit, Lohnarbeit etc. nicht widerlegt oder als irrelevant bewiesen worden sind, kann eine langfristige Perspektive tatsächlich nur in der Abschaffung

dieser Verhältnisse bestehen. Aber das ist wie gesagt eine Frage, die historisch noch zu beantworten wäre.

Wie nicht zuletzt auch an der Frage nach der Notwendigkeit der Überwindung des Kapitalismus deutlich wird, ist ein grundsätzlicheres Thema, das von der antipsychiatrischen Bewegung aufgeworfen wurde, das Verhältnis von Politik und Psychiatrie. Mit der Verschiebung des analytischen Fokus auf den Einfluss, den Familie und gesellschaftliche Verhältnisse auf die Entwicklung von Individuen haben, dem deutlichen Bezug auf klassische linke Theorien und der aktiven Umgestaltung auf institutioneller und gesellschaftlicher Ebene hat die Antipsychiatrie dieses Frage mit einer starken Politisierung in Theorie und Praxis beantwortet.

Genauer betrachtet gab es aber auch an diesem Punkt recht unterschiedliche Auffassungen. So behielt Laing mit seiner Idee der Therapie als Reise eine deutliche psychologischere Ausrichtung bei als beispielsweise Cooper. Bopp warf Laing deshalb ja auch eine Psychologisierung im Sinne der Umdeutung gesellschaftlicher Widersprüche in emotionale Kontroversen vor. In eine ähnliche Richtung argumentiert Jervis, wenn er die Psychiatrisierung als systemstabilisierend kritisiert und demgegenüber die Aufdeckung von Machtinteressen fordert. Für ihn war die Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankung weniger ein psychologisches als vielmehr ein Klassenphänomen. Das SPK wiederum versuchte sich darin, den psychologischen Part ganz aufzugeben, indem es Therapie durch politischen Kampf ersetzen wollte.

Insgesamt ging die Tendenz also in Richtung einer Depsychiatisierung und dem Umdeuten von psychologischen in soziale und politische Konflikte. Dabei liegt die Stärke der antipsychiatrische Ansätze sicher darin, psychische Erkrankung und ihre Behandlung in einen historischen Kontext gestellt, den gesellschaftlichen Bezug offen gemacht und somit auch die gesamte Gesellschaft wieder mehr in die Verantwortung für die Lösung hier auftretender Probleme genommen zu haben. Schwierig wird es auf der anderen Seite wieder dann, wenn dem Aspekt der Politik ein zu großes Gewicht beigemessen wird. Hier dient das SPK wieder als willkommenes Beispiel, was bei einer solchen Undifferenziertheit folgt: Subjektive Befindlichkeit und innere Konflikte treten zurück hinter vermeintlich rationale Notwendigkeiten. So wichtig also die Aufdeckung und Kritik politischer Hintergründe sein mag, so wichtig ist es auch, darüber nicht die individuellen Bedürfnisse der Beteiligten aus den Augen zu verlieren.

Bei einem Versuch der Bewertung der antipsychiatrischen Analyse des Zusammenhangs von psychischer Krankheit und den Verhältnissen, unter denen sie entsteht und behandelt wird, ist aus meiner Sicht zu berücksichtigen, dass es sich hier um eine mehr oder weniger bewusste Gegenbewegung zum bis dahin vorherrschenden rein medizinischen Modell von psychischer Krankheit handelte. Für sich genommen ist diesen Ansätzen sicher der Vorwurf zu machen, das soziale und politische Moment zu einseitig betont und dabei andere Faktoren vernachlässigt zu haben. Dennoch mag diese deutliche Schwäche zumindest zu einem Teil aus dem historischen Kontext zu verstehen sein.

Doch auch hier scheint eine Differenzierung der Positionen angebracht. Denn zumindest einzelne Protagonisten wie Laing und besonders Jervis formulierten durchaus die Notwendigkeit eines multidisziplinären Ansatzes, der soziale, psychologische und organische Faktoren berücksichtigen sollte. Im Vergleich zu den sonstigen Ausführungen der Antipsychiatrie blieben diese Ansätze allerdings eher Randerscheinungen, die inhaltlich wenig ausgefüllt wurden. Die Überlegungen dieser Bewegung können somit zwar eine Bereicherung anderer Zugänge zum Thema psychischer Erkrankung bieten und sind als Gegenpol zum rein medizinischen Krankheitsbild sehr wertvoll. Dennoch bedürfen sie der kritischen Ergänzung durch weitere Aspekte, die hier zu kurz kommen. Dazu zählen beispielsweise Erkenntnisse aus Biologie, Medizin und Psychologie.

Bezogen auf die sozialen Faktoren, die von der Antipsychiatrie hervorgehoben worden sind, wäre sicher eine Aktualisierung notwendig. Zu berücksichtigen wären hier die inzwischen häufig veränderten Familienstrukturen und auch Kategorien wie Ausschluss und institutionelle Gewalt mögen die Realität der italienischen Verhältnisse vor 30 Jahren adäquat beschrieben haben. Doch auch hier wäre zu untersuchen, wie sich die Ausdifferenzierung des psychiatrischen Hilfesystems auf diese Prozesse ausgewirkt hat.

6.3 Methodik

Als letzte Ebene zur Zusammenfassung und Beurteilung der antipsychiatrischen Ansätze habe ich den Bereich der Methodik gewählt. Auch wenn in den vorgestellten Ansätzen zu diesem Bereich weniger gesagt wurde als zu Grundverständnis und analytischem Fokus, ist er nicht weniger bedeutsam. In der Frage der Methodik geht es schließlich um die konkrete Praxis, in der sich die anderen Bereiche zu beweisen haben.

Dabei bietet es sich an zunächst kurz auf das grundsätzliche Verhältnis von Theorie und Praxis einzugehen, das sich in den vorgestellten Ansätzen gezeigt hat. Dabei ist die

therapeutische Gemeinschaft nach Jones sicher das pragmatischste Projekt. Der Verweis auf den Ursprung in Kapazitätsgrenzen der (Nach-) Kriegsversorgung zeigt, wie leicht ein politisch so wenig begründetes Projekt für Rationalisierungsmaßnahmen und damit für ein systemimmanentes Erhöhen der Produktivität zu instrumentalisieren ist. Auch wenn hier zum Bereich des sozialen Lernens relativ konkrete Überlegungen angestellt wurden, ist der theoretische Unterbau doch längst nicht so umfangreich wie bei den anderen drei Ansätzen. Demgegenüber machte die tatsächliche Praxis in der englischen Antipsychiatrie nur einen sehr geringen Teil aus. Den kurzlebigen WG- Projekten stand eine um ein Vielfaches weitreichendere intellektuelle Debatte gegenüber. Insofern kann hier ein Überhang an Theorie kritisiert werden, der ein Bestehen in der tatsächlichen Praxis eher vermissen lässt.

Im Unterschied dazu gab es in der kritischen italienischen Psychiatrie zwar auch eine sehr ausführliche Beschäftigung mit der theoretischen Analyse der Verhältnisse. Hier wurde aber immer wieder betont, dass sich alle Theorie auch in der Praxis zu beweisen habe. Zudem konnte in Italien eine erheblich größere gesellschaftliche Reichweite erlangt werden, wie meine Ausführungen gezeigt haben. In diesem Zusammenhang ließ sich eine weitaus umfangreichere Realisierung der Theorien in der Praxis erreichen als in England.

Im SPK schließlich wurde der theoretischen Arbeit der bei weitem höchste Stellenwert eingeräumt. Einerseits ist dabei die minimale politische und gesellschaftliche Wirksamkeit zu kritisieren. Andererseits kann dem Patientenkollektiv zugute gehalten werden, dass ihr Ansatz das geschlossenste Konzept eines Bezuges von Theorie und Praxis beinhaltete. In keinem der anderen Projekte gab es schließlich eine derart systematische Einbeziehung der theoretischen Überlegungen in die tägliche Arbeit.

Insgesamt kann somit gesagt werden, dass es den verschiedenen Ansätzen unterschiedlich gut gelungen ist die Bereiche Theorie und Praxis zu berücksichtigen. Ein möglichst ausgewogenes Verhältnis wurde dabei am ehesten noch in Italien und vom SPK erreicht.

Schwierig erscheint mir die Bewertung des Theorie-Praxis-Verhältnisses bezüglich der Theoriefragmente, die sich gegen das kapitalistische System richten. Was hier eine adäquate Umsetzung in die Praxis bedeutet, hängt sicher von den anzulegenden Maßstäben ab. Ist der Maßstab die Abschaffung der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse im Kapitalismus, ist den antipsychiatrischen Projekten sicher ein Versagen in der Praxis vorzuwerfen.

Geht es eher um eine Offenlegung und teilweise Reformierung und Entschärfung von Mechanismen, wie sie aus den kapitalistischen Verhältnissen abgeleitet werden können, kann

insbesondere im Fall der italienischen kritischen Psychiatrie von einem nicht unwesentlichen Erfolg gesprochen werden.

Allerdings haben Leute wie Jervis, Cooper und auch das SPK immer wieder auf die begrenzte Reformierbarkeit der Verhältnisse innerhalb dieses Systems hingewiesen. Demnach seien Verbesserungen im Rahmen der herrschenden Produktionsverhältnisse und dem sich daraus ergebenden Gesellschaftssystem Grenzen gesetzt, die ohne eine grundlegende Veränderung dieser Verhältnisse nicht zu überwinden seien. Dies relativiert sicher den Anspruch alle antipsychiatrische Theorie direkt in der Praxis umsetzen zu müssen und berücksichtigt die Komplexität des Ganzen. Dennoch besteht die Gefahr sich zu häufig auf den Verweis auf die Totalität der Verhältnisse zurückzuziehen und somit die aktive Gestaltung eines Prozesses der Veränderung aus der Hand zu geben. Das Beispiel des SPKs zeigt deutlich, wie sehr dann das eigene Projekt ins Zentrum aller Betrachtungen rückt und das gesellschaftliche Umfeld als möglicher Raum für politische Interventionen immer mehr aus dem Fokus der eigenen Wahrnehmung verschwindet.

Bei der Frage nach dem Verhältnis von Theorie und Praxis geht es also zum einen um das Ausmaß der Realisierung der formulierten Ziele, also die Bewertung der Praxis auf Grundlage der Theorie. Zum anderen zeigt sich in der Praxis aber auch die Qualität der formulierten Theorien. So können Ziele auch deshalb manchmal nicht erreicht worden sein, weil die ihnen zu Grunde gelegten Theorien die Realität und mögliche Prozesse ihrer Veränderung nicht adäquat genug beschrieben haben.

Diese unterschiedlichen Möglichkeiten eines Ungleichgewichts des dialektischen Verhältnisses von Theorie und Praxis sind in den Ansätzen der Antipsychiatrie deutlich wiederzufinden. Allerdings wäre es verkehrt, dies als völlig negativ abzutun. Auch wenn eine zu einseitige Betonung der einen oder anderen Seite leicht Defizite mit sich bringt, können Vorgriffe in einem Bereich auch Spannungsfelder aufmachen, die zu einer sonst vielleicht nicht zustande gekommenen Entwicklung im anderen Bereich führen können. Beispielsweise könnte man sagen, dass der für seine Zeit sehr weit gehende Vorgriff in der Praxis, den Jones mit der Gründung der ersten therapeutischen Gemeinschaft wagte, zwar das Defizit beinhaltete, theoretisch und vor allem politisch wenig fundiert zu sein. Trotzdem hat er durch diese neuen Arbeitsweisen erst grundlegende Fragen z.B. bezüglich Rollenverteilungen im Versorgungssystem aufgeworfen, die u.a. im Bereich der Antipsychiatrie auch auf theoretischer Ebene Grundlage weitergehender Entwicklungen waren.

Nach diesen eher metatheoretischen Ausführungen möchte ich nun auf die konkreteren methodischen Überlegungen und Versuche eingehen.

Wichtig ist dabei zunächst der gemeinsame Ausgangspunkt der verschiedenen antipsychiatrischen Ansätze. Dieser lag in der Ablehnung der traditionellen Psychiatrie und ihren repressiven Behandlungsmethoden. Abgelehnt wurden die übermäßige Behandlung und Ruhigstellung mit Medikamenten, die Anwendung von Elektroschocks und die verschiedenen anderen Zwangsmaßnahmen wie Isolierung, Wegsperrern, das Verwenden von Zwangsjacken, das Fixieren usw. Diese Methoden wurden kritisiert als inhuman, als teilweise Ursache der Entstehung von Krankheitssymptomen und als Ausdruck politischer Unterdrückungsverhältnisse.

Dabei muss noch einmal der unterschiedliche Entwicklungsstand der Psychiatrien hervorgehoben werden. Während diese repressiven Methoden in der italienischen Psychiatrie bis in die 60er Jahre hinein noch die Regel waren und der Umgang mit den Betroffenen um ein Vielfaches brutaler war als in anderen Ländern, fanden die Aktivitäten des SPKs beispielsweise vor dem Hintergrund einer zumindest in Teilen deutlich weiter modernisierten Psychiatrie statt.

Neben den physischen Methoden des ruhig Stellens und Verwahrens wurde über die Ländergrenzen hinweg die übermäßige Gabe von Medikamenten als Ablösung und Ergänzung der alten Zwangsjacken kritisiert. Anstatt die Betroffenen körperlich zu fixieren, würden sie jetzt durch hohe Dosierungen von Neuroleptika und Beruhigungsmitteln unter Kontrolle gebracht werden. Dabei würde wenig Rücksicht auf mögliche Nebenwirkungen und Langzeitschäden genommen und die Erforschung alternativer Behandlungsmethoden falle in weiten Teilen unter den Tisch. Gesellschaftliche und individuelle Konflikte würden auf diese Weise verdeckt und einer Bearbeitung und Auseinandersetzung mit ihnen entzogen.

Der Verdienst der Antipsychiatrie besteht zum einen darin diese repressiven Behandlungsmethoden ethisch und politisch in Frage gestellt und kritisiert zu haben. Zum anderen haben die Erweiterung des analytischen Fokus und das damit verbundene gewandelte Verständnis psychischer Krankheit erst ermöglicht neue Wege als Alternativen zu suchen und zu finden. Das bedeutet nicht, dass ohne die Überlegungen der Antipsychiatrie nie neue Methoden ausprobiert worden wären. Trotzdem hat sie mit ihren vielen sehr grundsätzlichen Fragen an die traditionelle Psychiatrie viel zu dieser Umorientierung beigetragen.

Bezüglich der Frage, ob die alten Methoden überhaupt noch angewendet werden sollten und, wenn ja, in welchem Umfang, gibt es wenig konkrete Aussagen. Die Ablehnung von Isolierung und Wegsperrern ist in den verschiedenen antipsychiatrischen Ansätzen recht klar formuliert.

Weniger Klarheit besteht hingegen insbesondere in der Frage zum Einsatz von Medikamenten. Sollten diese nur noch „in geringem Maße“ eingesetzt werden, stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien hier Grenzen festgelegt werden. Wird davon ausgegangen ohne Medikamente auszukommen, wäre die nächste Frage, ob dies grundsätzlich gelten sollte oder bestimmte Gruppen von Betroffenen gemeint seien. An diesem Punkt scheinen die Vertreter der Antipsychiatrie sich um elementare Fragen etwas gedrückt zu haben. Offensichtlich bestand die Hoffnung, dass sich derartige Fragen im Zuge der Einführung der neuen Arbeitsweisen nicht mehr stellen würden.

Das ändert nichts an der Richtigkeit der vorgebrachten Kritik an den traditionellen Behandlungsmethoden, macht aber Abwägungen im konkreten Einzelfall in der Regel auch nicht leichter. Möglich auch, dass einfach noch nicht die wirklichen Alternativen insbesondere zur Medikamentenvergabe gefunden sind. Die Wichtigkeit hier weiter zu suchen, zu forschen und zu probieren bleibt richtig. Letztlich gewinnt die Ablehnung der traditionellen Methoden ihre Substanz aber aus den vorzuweisenden Erfolgen mit Alternativen zu ihnen.

Für die Methodik antipsychiatrischer Arbeit ist die Stärkung der Arbeit in und mit Gruppen und Beziehungen zentral. Dies gilt ausnahmslos für alle vorgestellten Ansätze dieser Bewegung.

Die Bedeutung der Beziehungen, in denen Betroffene leben, wurde dabei in mehrfacher Hinsicht beleuchtet. So ging es zum einen um die Beziehungen, aus denen die Menschen kamen. In erster Linie wurden hier die Beziehungssysteme der Herkunftsfamilien kritisch hinterfragt. Insbesondere die englische Antipsychiatrie beschäftigte sich viel mit Beziehungs- und Kommunikationsstörungen und der Frage, inwieweit dies Faktoren für eine psychische Erkrankung sein können.

Zum anderen ging es um die Frage, wie vor diesem Hintergrund Beziehungen aussehen sollten, die sich positiv auf das Befinden der Betroffenen auswirken können. Angesprochen ist damit die Thematisierung auch der eigenen Rolle der Professionellen, wie sie bereits unter

Punkt 6.1. angesprochen wurde. Die Kommunikation mit den Betroffenen und die Gestaltung von Beziehungen mit und zu ihnen wurden so zum elementaren Bestandteil psychiatrischer Arbeit. Beispielhaft kann hier noch einmal auf die italienischen Ansätze verwiesen werden, wo das hierarchische Verhältnis von Professionellem und Betroffenem bewusst zur Diskussion gestellt wurde. Gerade die Auseinandersetzung über diese Widersprüche wurde jetzt als Teil der eigenen Arbeit und als wichtige Interventionsmöglichkeit begriffen und genutzt. Sehr ausführlich beschäftigte sich auch Jones mit diesem Thema. Die institutionelle Etablierung des Aushandelns von Konflikten und insbesondere die Einbeziehung der emotionalen Ebene deuten hier bereits einen wichtigen Trend an: Die bewusste Ausdehnung der Arbeit auf das Gestalten von Beziehungen wurde zunehmend von therapeutischen Elementen durchzogen.

Die Einbeziehung der Arbeit in und mit Beziehungen findet ihre Entsprechung in den antipsychiatrischen Ansätzen auch auf der Gruppenebene.

So wurden in allen vorgestellten Projekten Gruppenversammlungen zu den zentralen Orten der Organisation, Diskussion und Planung. Dabei lösten die Gruppenversammlungen nur in Ausnahmen wie dem SPK die bis dahin vorhandenen institutionellen Hierarchien gänzlich ab. Insbesondere in der therapeutischen Gemeinschaft nach Jones und in der italienischen kritischen Psychiatrie wurden Leitungsstrukturen bewusst beibehalten. Dennoch führte die Orientierung auf eine Arbeit in und mit Gruppen zu einer Demokratisierung der institutionellen Strukturen und ermöglichte die Nutzung und Einbeziehung von Gruppendynamiken und anderen, auch individuellen Ressourcen der Betroffenen. Die unterschiedlichen Gruppen bildeten zudem den Rahmen, in dem den verschiedensten Interessen nachgegangen werden konnte und individuelle Fähigkeiten weiter gestärkt werden konnten.

In dem englischen Netzwerk von Wohngemeinschaften wurde sogar der Anspruch formuliert mit den eigenen Gruppenstrukturen ein Alternativmodell zur traditionellen bürgerlichen Kleinfamilie zu entwickeln. Auch hier war der Anspruch im Gegensatz zur Familienstruktur Konflikte offen zu thematisieren und im gemeinsamen Prozess zu bearbeiten.

Insgesamt kann die verstärkte Einbeziehung von Beziehungen und Gruppen in die methodischen Überlegungen der Psychiatrie als Fortschritt angesehen werden. Schließlich tun sich hier Interventionsmöglichkeiten auf, die bis dahin eher vernachlässigt wurden bzw. in einigen Ländern gar nicht praktiziert wurden.

Zudem kann diese methodische Ausrichtung als logische Umsetzung des analytischen Fokus in die praktische Arbeit begriffen werden. Nachdem der soziale und gesellschaftliche Kontext ins Zentrum der Betrachtungen gestellt worden war, kann die Orientierung auf Beziehungen und Gruppen als erster Schritt in Richtung einer Art Sozialisierung auch der Arbeitsweisen in der Psychiatrie begriffen werden. Allerdings bleibt eine große Lücke zwischen der Gruppe als Interventionsrahmen und den kritisierten gesellschaftlichen Verhältnissen. Die bereits unter Punkt 6.2 angesprochene Politisierung und die damit verbundenen Bemühungen auch in die Gemeinde hinein zu wirken können als Versuche begriffen werden diese Lücke zu schließen.

Wenn hier von dem Erschließen neuer Interventionsmöglichkeiten und Ressourcen die Rede ist, sollte aber kritisch hinterfragt werden, in welcher Intention dies geschieht. Das Beispiel der therapeutischen Gemeinschaften nach Jones hat gezeigt, dass politisch unklar orientierte Projekte auch schnell für rein ökonomisch begründete Rationalisierungsmaßnahmen missbraucht werden können. Auch an diesem Punkt zeigen sich also die Bedeutung des unter Punkt 6.1. thematisierten Grundverständnisses und der Vorteil einer politischen Ausrichtung der eigenen Ansätze, wie sie unter Punkt 6.2 beschrieben worden ist.

Was den vorgestellten Ansätzen sicher vorzuhalten ist, ist ihre methodische Undifferenziertheit. So werden kaum konkrete Methoden bzw. Techniken zur Arbeit in Gruppen vorgestellt, sondern vielmehr grundsätzliche Orientierungen postuliert. Lediglich Jones unternahm einzelne Versuche Richtlinien für die Gruppenprozesse festzulegen. Insofern besteht der Nutzen der vorgestellten Projekte weniger im Aufzeigen konkreter Handlungsleitlinien zu einzelnen Fragen der Ausgestaltung der Arbeit in der Psychiatrie als vielmehr in der Hilfe zur grundsätzlichen Ausrichtung der eigenen Arbeit.

Geht es um die Frage nach Methoden in der psychiatrischen Arbeit, muss natürlich auch der Bereich der Therapieformen behandelt werden. Die antipsychiatrischen Projekte, die ich in meiner Arbeit vorgestellt habe, haben sich diesbezüglich am ehesten mit der Form der Psychoanalyse beschäftigt. Auch wenn Formen wie z.B. Arbeitstherapie und Kunsttherapie offensichtlich auch eine Rolle gespielt haben, gab es hierzu weniger konkrete Ausführungen, weshalb ich mich an dieser Stelle auf den Bereich der Psychoanalyse beschränke.

Insgesamt scheint die antipsychiatrische Bewegung ein eher ambivalentes Verhältnis zur Psychoanalyse gehabt zu haben. Einerseits wurde sie mit sehr viel Skepsis betrachtet,

andererseits wurden einzelne ihrer Grundannahmen immer wieder implizit oder offen übernommen.

So zeigen sich beispielsweise bei Laings Vorstellung von der Therapie als Reise deutliche Parallelen zu zentralen Vorstellungen Freuds. Wie die Psychoanalytiker ging auch Laing von zentralen inneren Konflikten aus, die erkannt werden müssten. Durch seine Ausschmückungen mit eher esoterisch anmutenden Ausführungen über das Sein in der Umwelt an sich und das Anstreben des Erlebens einer Art Wiedergeburt verwässert Laing diese grundsätzlichen Ansätze allerdings.

Das SPK wiederum gab vor, die Therapie gänzlich abgeschafft und durch politisches Handeln ersetzt zu haben. Trotzdem beriefen sie sich zumindest in ihren Theorien ausdrücklich auf Reich, der Freuds Ausführungen in weiten Teilen sehr positiv gegenüberstand.

Der italienischen kritischen Psychiatrie ist positiv anzurechnen, dass sie diese Ambivalenz in der Haltung zur Psychoanalyse am deutlichsten benannt hat. Insbesondere Jervis gestand ein, dass die Psychoanalyse durchaus therapeutisches Potential habe, weswegen sie mit Vorsicht durchaus angewandt werden könne. Die Kritik an ihr bezog sich vor allem auf die Gefahr der Vernachlässigung des gesellschaftlichen Kontextes psychischer Erkrankung. Auch wenn Freud immer wieder die Bedeutung der Beschaffenheit des sozialen Umfeldes betone, habe er sich zu wenig mit der Beschaffenheit der Gesellschaft insgesamt befasst und dementsprechend auch wenig Kritik an ihr geübt. Vor diesem Hintergrund ist auch Pirellas Versuch zu verstehen in der Methode der „Verifica“ Gesellschaftskritik und Psychoanalyse zusammen zu bringen. Allerdings fehlen auch hier genauere Ausführungen.

Am ausführlichsten ist die Frage nach dem Verhältnis von Psychoanalyse und Gesellschaftskritik von Reich behandelt worden. Wie bereits unter Punkt 6.2 angesprochen, versuchte er einen analytischen Zusammenhang zwischen Psychoanalyse und Marxismus herzustellen. Insofern können auch seine Ausführungen ähnlich denen von Pirella als Versuch einer Integration von Psychoanalyse und Marxismus gesehen werden.

Die Fragen, ob die gesellschaftlichen Verhältnisse in der Psychoanalyse ausreichend und kritisch genug berücksichtigt werden oder inwieweit eine Kombination von Psychoanalyse und Marxismus sinnvoll ist, haben schon zu vielen sehr umfangreichen Debatten Anlass gegeben. Aus der sozialpädagogischen Perspektive sind diese Überlegungen deshalb interessant, weil unsere Profession immer an der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft interveniert und sich deshalb bemüht werden sollte diesem Sachverhalt auch auf theoretischer Ebene Rechnung zu tragen. Dass einzelne wissenschaftliche Ansätze und

Handlungsmethoden dafür nicht ausreichen können, liegt auf der Hand. Gibt es Möglichkeiten der direkten Bezugnahme verschiedener Ansätze aufeinander, ist das eine Chance einem ganzheitlichen Verständnis der zu bearbeitenden Problemfelder zumindest ein Stück weit näher zu kommen. Bei fundamentalen Theorien wie der Psychoanalyse und dem Marxismus ist der Reiz umso größer. Dennoch bleibt auch hier Skepsis angebracht. Der Zusammenhang von gesellschaftlicher Verfasstheit und der Konfliktbildung im Individuum ist damit sicher ein Stück weiter nachvollziehbar gemacht worden. Abschließend erklärt ist er damit aber noch lange nicht.

Sicher ist es auch zu kritisieren, wenn Vertreter der Antipsychiatrie oder andere versuchen die Frage nach der Zweckmäßigkeit oder Berechtigung von Psychoanalyse grundsätzlich zu beantworten. Ob eine psychoanalytische Therapie sinnvoll ist, kann letztlich nur im Einzelfall entschieden werden. Zu unterschiedlich sind hier die zu bearbeitenden Problemlagen. Alleine der Unterschied zwischen neurotischen und psychotischen Störungen ist schon groß. Und ob ein Mensch von einer analytischen Therapie profitieren kann, hängt von einer ganzen Reihe zu berücksichtigenden Faktoren ab.

Letztlich wird die Frage nach Therapieformen von der Antipsychiatrie ähnlich unkonkret beantwortet wie die nach Methoden der Gruppen- und Beziehungsarbeit. Insofern gilt auch hier, dass der Wert der Ausführungen mehr in den Fragen der grundsätzlichen Orientierung und der kritischen Reflektion als in der Vorgabe der konkreten Ausgestaltung liegt.

7. Psychiatrie heute

Nachdem ich im Kapitel 6 versucht habe, die zuvor vorgestellten Ansätze der Antipsychiatrie unter verschiedenen Schwerpunktthemen zusammenzufassen und zu bewerten, möchte ich in dem nun folgenden Kapitel auf die aktuelle Psychiatrie-Landschaft zu sprechen kommen. Der Fokus liegt dabei auf der deutschen Psychiatrie, obgleich die beschriebenen Trends in unterschiedlichem Umfang sicher auch für andere Länder gelten.

Wenn auch bestimmte Moden und Trends festgestellt werden können, so muss ein Versuch die gesamte Psychiatrielandschaft der Gegenwart darzustellen immer misslingen. Zu unterschiedlich sind Ansätze, Orientierungen und Arbeitsweisen in den verschiedenen Bereichen dieses Arbeitsfeldes. Beispielsweise die Darstellung der Unterschiede zwischen klinischer und außerklinischer Psychiatrie könnte mehr als eine eigene Arbeit füllen. Diese Problematik im Hinterkopf möchte ich dennoch vier Aspekte aus der heutigen Psychiatrie

skizzieren, die zumindest einen groben Eindruck dessen vermitteln können, was Psychiatrie heute ist und wie in ihr gearbeitet wird.

Als einzelne Punkte ausgesucht habe ich zu diesem Zweck die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie, die Partizipation und Gestaltung durch Betroffene, das „bio-psycho-soziale Modell“ und den so genannten „Empowerment“-Ansatz. Mein Anspruch ist dabei weniger diese einzelnen Aspekte in ihrer Gesamtheit darzustellen als vielmehr herauszuarbeiten, worin aus meiner Sicht ihre Bezüge zu den vorgestellten Ansätzen der Antipsychiatrie bestehen.

7.1 Entwicklung der Gemeindepsychiatrie

Gemeindepsychiatrie ist das psychiatrische Hilfesystem außerhalb von Großanstalten und niedergelassenen Psychiatern. Dazu zählen psychiatrische Stationen in allgemeinen Krankenhäusern, Wohnheime, Tagesstätten, Einrichtungen des Betreuten Wohnens, ambulante psychiatrische Pflegedienste, sozialpsychiatrische Dienste, Werkstätten und Arbeitsangebote, Angebote aus dem Bereich der Ergo-, Musik- und Soziotherapie, Patientenclubs, Selbsthilfegruppen und Psychosoziale Kontaktstellen.

Die Entwicklung und der Ausbau der Gemeindepsychiatrie in Deutschland geht wesentlich zurück auf den Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, auch „Psychiatrie- Enquête“ genannt. Dieser Bericht wurde von einer Sachverständigenkommission aus rund 200 Personen erarbeitet und 1975 fertig gestellt. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass die Psychiatrie der Bundesrepublik erhebliche Mängel aufwies und sprach u.a. folgende Empfehlungen aus:

- gemeindenahe Versorgung
- bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken
- Koordination aller Versorgungsdienste
- Förderung von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen
- Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Heute, gut 30 Jahre nach der Psychiatrie- Enquête, hat sich einiges in dieser Richtung getan. Es gibt ein stark ausdifferenziertes Hilfesystem, das sich wie oben bereits angesprochen aus sehr unterschiedlichen Einrichtungen zusammensetzt. Dass das Ziel einer gemeindenahen und bedarfsgerechten Versorgung damit flächendeckend erreicht werden konnte, kann bezweifelt

werden. In vielen Bereichen scheint die Reformbewegung zum Stillstand gekommen oder nie zu Ende geführt worden zu sein. Wenn beispielsweise Betroffene aus Hamburg in zunehmender Zahl nach Schleswig- Holstein ziehen müssen um überhaupt einen Wohnheimplatz zu erhalten, dann ist das alles andere als eine gemeindenahе Versorgung. Auch die Schaffung adäquater Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten ist mehr als dürftig. Die Lücke zwischen Behindertenwerkstatt und Vollzeitstelle ist nur selten geschlossen. So ließen sich sicher noch viele Beispiele für die Unzulänglichkeit dieses Hilfesystems finden. Und trotzdem - im Vergleich zur Ausgangssituation 1975 sind wichtige Schritte gemacht worden. Auch wenn hier sicher noch viel zu tun ist, wurde eine Ausdifferenzierung des psychiatrischen Systems vorangebracht, bei der man sich nicht mehr wie selbstverständlich auf die einzelnen Großkliniken konzentrierte. Bei allen Einschränkungen wurde eine ganze Reihe von Alternativen in der Betreuung und Begleitung von Betroffenen entwickelt, durch die der Gefahr der Hospitalisierung nicht immer, aber zumindest erheblich häufiger als damals vorgebeugt werden kann.

Dieses Umdenken weist deutliche Parallelen zur Orientierung der Antipsychiatrie auf. So wurden insbesondere in England und Italien mit der modellhaften Realisierung der ersten Wohngemeinschaften und der Ausrichtung der eigenen Arbeit auf die Gemeinde die ersten Schritte in dieser Richtung getan. Es kann also behauptet werden, dass mit dem Ausbau der Gemeindepsychiatrie wichtige Ansprüche der Antipsychiatrie auf institutioneller Ebene umgesetzt wurden.

Dennoch ist diese These durch eine Reihe von Einschränkungen zu ergänzen. So kann die Entwicklung einer wirklichen Gemeindepsychiatrie unter den derzeitigen Umständen keinesfalls als abgeschlossen betrachtet werden. Und selbst nach einer entsprechenden Weiterentwicklung blieben wesentliche Unterschiede, die Antipsychiatrie und Gemeindepsychiatrie voneinander unterscheiden.

So kann in Teilen der Gemeindepsychiatrie zwar von einem ähnlichen Grundverständnis wie unter 6.1 beschrieben ausgegangen werden, sicher wurden hier auch auf methodischer Ebene einige Weiterentwicklungen erreicht. Es fehlen aber der analytische Fokus und die klare politische Ausrichtung, wie sie für die Antipsychiatrie charakteristisch waren. Elemente wie die Labeling-Theorie sind zwar häufig in der Gemeindepsychiatrie anzutreffen. Eine Verknüpfung mit einer umfassenderen Gesellschaftsanalyse wird hier aber kaum mehr versucht. Vielmehr gibt es ein mehr oder weniger beliebiges und unsystematisches Sammelsurium eher methodischer oder bestenfalls konzeptioneller Ansätze, bei denen sich je

nach Trend mal mehr auf Angehörige, Nachbarschaft oder Betroffenen selbstorganisationen gestützt oder berufen wird.

Entsprechend zahllos und unorganisiert ist auch das politische Standing der Gemeindepsychiatrie. Statt einer koordinierten Vertretung der Interessen der Institutionen und insbesondere der Betroffenen gibt es ein unzusammenhängendes Nebeneinander unterschiedlicher Anbieter auf dem Markt, von denen sich die meisten eher als Konkurrenten denn als gemeinsame politische Kraft begreifen. Von den italienischen und englischen Vorstellungen in irgendeiner Form mit an dem Aufbau einer politischen Gegenmacht zu arbeiten ist diese Versorgungslandschaft meilenweit entfernt.

Trotz einiger Parallelen von Gemeindepsychiatrie und Antipsychiatrie bleiben doch deutliche Unterschiede, die es verbieten würden zu behaupten, die Belange der Antipsychiatrie seien in der Gemeindepsychiatrie grundsätzlich umgesetzt worden. Nichtsdestotrotz können aber einzelne Aspekte der Antipsychiatrie in der Gemeindepsychiatrie wiedergefunden werden.

7.2 Partizipation und Gestaltung durch Betroffene

Während die Gemeindepsychiatrie ausgebaut und ihr Angebot ausdifferenziert wurde, stieg auch die Partizipation und Gestaltung durch Betroffene an. Inzwischen gibt es Selbsthilfegruppen, Betroffenenorganisationen, Beschwerdestellen und so genannte „trialogische Veranstaltungen“. In allen Fällen organisieren sich Psychiatrie-Erfahrene selbst um für ihre Interessen einzutreten oder sind zumindest wesentlich an der Organisation beteiligt.

Beispielhaft möchte ich im Folgenden kurz auf den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE), die trialogischen Veranstaltungen und das so genannte „Ex-In-Projekt“ eingehen.

Der BPE wurde 1991 von über 60 Psychiatrie-Erfahrenen aus dem ganzen Bundesgebiet gegründet. Der Verband tritt allgemein ein für humanere Lebensbedingungen für Betroffene und formuliert u.a. folgende Forderungen:

- weniger Einsatz von Psychopharmaka
- mehr Einsatz und Finanzierung von Psychotherapien durch die Krankenkassen
- Abkehr von der Auffassung psychischer Erkrankungen als körperlich bzw. genetisch bedingte Erkrankungen
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und Erwerbsleben

- Entwicklung einer subjektorientierten Psychiatrie, die von den Erfahrungen und Bedürfnissen der Betroffenen ausgeht
- Mitgestaltung der Betroffenen als gleichberechtigte Partner

Als Aufgaben formuliert der Verband den Aufbau von Selbsthilfegruppen sowie Kreis- und Landesverbänden vor Ort, Öffentlichkeitsarbeit bezüglich der Rechte von Betroffenen und Hilfsangeboten, die Durchführungen eigener Seminare und Tagungen sowie die politische Einflussnahme auf Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Sozialversicherungen um bessere Bedingungen für Prävention und Rehabilitation durchzusetzen (vgl. Homepage des Verbandes).

Als „trialogische Veranstaltungen“ werden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen bezeichnet, die unter der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und in der Psychiatrie Angestellten organisiert und durchgeführt werden. Der Trialog wird aber auch als allgemeine Verfahrensmethode bezeichnet, wenn es um die gemeinsame Arbeit der verschiedenen Gruppen an bestimmten Projekten o.ä. geht.

Ziel ist es dabei die verschiedenen Gruppen in eine Diskussion miteinander zu bringen, bei der sich möglichst alle Beteiligten auf gleicher Augenhöhe begegnen. Durch Einbringen der unterschiedlichen Perspektiven und Erfahrungen soll so eine umfassendere Erörterung von Problemen und Lösungsmöglichkeiten erreicht werden.

Zunehmend häufiger wird diese Verfahrensweise bei der Gestaltung von Tagungen und Seminaren angewandt, aber auch zur Erstellung von z.B. Handlungsvereinbarungen werden zunehmend in diesem Sinne paritätisch besetzte Gremien eingesetzt.

Inwieweit die trialogische Arbeitsweise angewandt wird, ist von Institution zu Institution und von Region zu Region sehr unterschiedlich. Oft wird ihr Einsatz mehr auf einzelne Veranstaltungen oder Projekte beschränkt als dass der Trialog als Grundprinzip institutionalisiert ist. Dennoch ist die Arbeitsweise ein deutlicher Trend in der aktuellen Psychiatrie-Landschaft.

Das „Ex-In-Projekt“ bezieht seinen Namen aus der Abkürzung von „Experienced Involvement“, was übersetzt werden kann mit „Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener“. Dieses europäische Pilotprojekt am Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf verfolgt das Ziel der Entwicklung einer spezifischen Ausbildung für Psychiatrie-Erfahrene, die Betroffene dazu qualifizieren soll, als MitarbeiterIn in psychiatrischen Diensten oder als Dozenten in der Ausbildung und Fortbildung tätig zu werden.

Das Wissen und die Erfahrungen von Betroffenen soll so genutzt werden um die bestehenden Einrichtungen und Angebote sowie das Verständnis psychiatrischer Intervention zu verbessern. Umgekehrt soll ihre Einbeziehung als ExpertInnen ihre Position als gleichberechtigte Diskussionspartner stärken. Begleitet wird die Ausbildung vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. Hamburg, vom Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und von einem trialogisch besetzten Beirat (vgl. Informationsflyer des UKE).

Vergleicht man nun diese drei Beispiele für Partizipation und Gestaltung durch Betroffene, fallen eine ganze Reihe von Parallelen zu Fragmenten aus der Antipsychiatrie auf. So kann die Subjektorientierung als große Klammer für diese Beispiele und ihre Verbindung zur Antipsychiatrie gesehen werden. An die Stelle von Behandlung und Verwahrung tritt die aktive Gestaltung durch die Betroffenen.

Beim BPE sind ferner die Kritik an Psychopharmaka und dem traditionellen, biologistischen Krankheitsbild wiederzufinden. Auch das Ziel der politischen Einflussnahme taucht hier wieder auf.

Bei dem Prinzip des Trialogs und dem Ex-In-Projekt findet sich sehr deutlich das veränderte Rollenverhältnis von Kranken und Behandelndem hin zur Einbeziehung der Betroffenen als gleichberechtigte Diskussions- und Gestaltungspartner wieder. Die gezielte Nutzung und Integration der Ressourcen und Potentiale der Betroffenen, wie sie bereits in Jones therapeutischer Gemeinschaft zu finden sind, finden hier ihre institutionalisierte Entsprechung.

In der trialogischen Arbeitsweise verweist die Erweiterung des Verhältnisses von Betroffenen und Professionellen um die Gruppe der Angehörigen auf ein gestiegenes Bewusstsein für die Bedeutung der familiären Hintergründe, wie sie insbesondere von Jones und Cooper angemahnt worden war.

Wie schon im Fall der Gemeindepsychiatrie verbleiben trotz dieser wichtigen Parallelen zwischen Antipsychiatrie und aktuellen Beispielen von Partizipation und Gestaltung durch Betroffene deutliche Unterschiede.

So fehlt auch in diesen Beispielen der analytisch kritische Bezugsrahmen, wie ich ihn für die Antipsychiatrie herausgestellt habe. Entsprechend sind von den teilweise revolutionären Ansprüchen auf politischer Ebene auch nur noch bestenfalls reformistische Ausrichtungen verblieben. Deutlich wurden so zwar wesentliche Grundzüge und Orientierungen der

Antipsychiatrie übernommen und weiter entwickelt. Diese sind heute aber heute fast komplett in die bestehende Psychiatrie integriert. Beispielweise ist hier auch nicht mehr vom Versuch der Zerstörung der Kleinfamilie die Rede, sondern von der Einbindung der Angehörigen in die Arbeit. Und anstatt wie das SPK auf Professionelle zu verzichten, wird sich eher im Sinne der italienischen kritischen Psychiatrie um deren Einbeziehung in den Dialog bemüht. Auch wenn die politische Schärfe dabei verloren ging, kann die Integration der Angehörigen und insbesondere die der Betroffenen als eine durchaus positive Entwicklung beschrieben werden. Schließlich ist so zumindest dem viel kritisierten Ausschluss und der Entmündigung psychisch Kranker eine deutliche Absage erteilt.

Einschränkend muss allerdings angemerkt werden, dass die hier genannten Beispiele eben nur Beispiele sind und die Orientierung auf das Subjekt zwar ein historisch zu benennender Trend, aber nicht allgegenwärtige Realität ist. Wie weit die Einbeziehung Betroffener in den einzelnen Einrichtungen der Psychiatrie geht und inwieweit die Professionellen tatsächlich bereit sind zumindest einen Teil ihre Macht abzugeben, kann sehr, sehr unterschiedlich sein. Eine systematische Diskussion der eigenen Rollen und deren Zusammenhang zur gesamtgesellschaftlichen Verfasstheit, wie von Jervis, Basaglia und anderen gefordert, finden nach wie vor sicher nur in Ausnahmefällen statt.

7.3 Das bio-psycho-soziale Modell

Das bio-psycho-soziale Modell ist der Versuch die verschiedenen Aspekte von Krankheit zusammen zu denken. Das Modell geht zurück auf George Engel, der sich 1977 für eine derartige Zusammenziehung der verschiedenen Ebenen aussprach.

Nach diesem Modell verlaufen Entstehung und Entwicklung von Krankheit in einem Prozess, der durch biologische, psychologische und soziale Faktoren bestimmt wird. Während unter biologischen Faktoren dabei angeborene oder erworbene körperliche Aspekte verstanden werden, beziehen sich die psychologischen Faktoren auf intrapsychische Muster und Konflikte. Mit den sozialen Faktoren sind schließlich Aspekte wie Beziehungen, Arbeit, Wohnung, Familie und Freizeit gemeint.

Wichtig ist dabei die Vorstellung, dass die verschiedenen Ebenen von Krankheit und Gesundheit auf unterschiedlichste Weise miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen können. So können beispielsweise gesundheitlich besonders belastende Arbeitsbedingungen zu bestimmten körperlichen Erkrankungen führen. Besonders spannungsgeladene soziale Beziehungen können zu psychischen Konflikten werden und diese

wiederum können sich psychosomatisch in körperlichen Symptomen wie z.B. Magenproblemen niederschlagen.

Genauso, wie in diesem Modell aber verschiedenste Belastungsfaktoren ausgemacht werden können, ergeben sich auch eine Vielzahl von Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten um etwas gegen Krankheit bzw. für die Gesundheit zu unternehmen. So ist es denkbar, dass gegen Magenprobleme statt Tabletten auch eine Veränderung von Arbeitsbedingungen oder sozialen Beziehungen helfen können.

Die Herausforderung und Chance dieses Modells besteht also darin die verschiedenen wissenschaftlichen Bereiche miteinander in Verbindung zu bringen, ihre Wechselbeziehungen zu analysieren und die so gewonnen Kenntnisse auf den individuellen Einzelfall anzuwenden. Denn erst in der Betrachtung unterschiedlicher konkreter Einzelfälle wird deutlich, dass die verschiedenen Faktoren ein sehr unterschiedliches Gewicht für den einzelnen Verlauf haben können und ihnen nur sehr selten eine allgemeingültige Wirkung zugeschrieben werden kann. Ziel ist also letztlich ein möglichst ganzheitliches Verständnis des einzelnen Menschen, bei dem es darum geht die individuellen Wirkungszusammenhänge zu erkennen und sie zum Wohle des Menschen zu nutzen.

Wie schon für die Punkte 7.1 und 7.2 gilt auch hier wieder die Einschränkung, dass dieses Modell inzwischen sehr verbreitet, jedoch keinesfalls überall Standard ist. Nach wie vor gibt es unterschiedliche Strömungen und Trends in der wissenschaftlichen Landschaft und in den Institutionen, bei denen die einzelnen Ebenen dieses Modells unterschiedlich stark gewichtet werden oder Ebenen sogar ganz außer Acht gelassen werden.

Trotzdem gab es eine historische Gesamtentwicklung, in der sich im Großen und Ganzen vom traditionellen, rein biologisch orientierten Krankheitsmodell verabschiedet wurde und soziale und psychische Faktoren ergänzt wurden.

Die Rolle der Antipsychiatrie kann dabei so beschrieben werden, dass sie insbesondere die Einbeziehung sozialer Faktoren und die Frage nach dem Verhältnis von sozialen und psychischen Faktoren stark voran gebracht haben. Allerdings machten zumindest Laing und insbesondere Jervis erste Versuche diese Faktoren in ein umfassendes Modell von Krankheit zu integrieren. Auch wenn über die antipsychiatrische Bewegung sicher nicht gesagt werden kann, dass sie insgesamt ein derart integratives Modell anstrebte, hat sie über ihre Gegenbewegung zum biologistischen Modell dennoch nicht unwesentlich zu dieser Entwicklung beigetragen.

Wichtig erscheint mir hier auch noch einmal auf eine gewisse Parallelität in der grundsätzlichen Haltung zu verweisen. Schließlich kann erst der Anspruch einer verstehenden Grundhaltung, wie sie insbesondere Laing postulierte, zu einem Erkennen der individuellen Verwobenheit der verschiedenen Faktoren und ihrer subjektiven Verarbeitung führen.

Der Zusammenhang von bio-psycho-sozialem Modell und der Antipsychiatrie besteht also nur zu einem sehr kleinen Teil in einem vergleichbaren integrativen Anspruch. Und dennoch würde ich die These wagen, dass die Überlegungen und Haltungen in der antipsychiatrischen Bewegung die Entstehung eines derartigen Modells historisch nicht unwesentlich begünstigt haben. Die Verbindungen, die von den Vertretern der Antipsychiatrie zwischen psychischen und sozialen Faktoren gezogen wurden, beweisen zumindest bereits erheblich mehr intellektuelle Flexibilität als sie das traditionelle, biologische Krankheitsmodell zu bieten hatte.

7.4 Empowerment

Übersetzt bedeutet der Begriff „Empowerment“ soviel wie Ermächtigung, Bevollmächtigung oder auch Selbstbefähigung. Ursprünglich entstammt er der amerikanischen Gemeindepsychologie. Allerdings ist diese Bezeichnung inzwischen zu einem der vielen Modewörter geworden und Teile dieses Ansatzes finden Anwendung bis in aktuelle Managementkonzepte.

Allgemein kann Empowerment definiert werden als ein Ansatz, der auf ein möglichst großes Maß an Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen in der Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse abzielt. Dabei geht es zum einen um die (Wieder-) Aneignung von Fähigkeiten und Voraussetzungen um die eigenen Interessen selbst vertreten und wahrnehmen zu können. Zum anderen geht es um eine prinzipielle Orientierung in der Unterstützung anderer Menschen, die sich weniger als einseitige Fürsorgeleistung oder Behandlung begreift, als sich vielmehr auf die Interessen und Ressourcen der Betroffenen bezieht und diese möglichst weitgehend nutzt und einbezieht. Was dies für die Wahl von Methoden und Techniken der Intervention bedeutet, ist sehr vom jeweiligen Einzelfall abhängig. Entscheidend ist aber die strategische Ausrichtung auf die Fähigkeiten und Interessen, die der einzelne Mensch mitbringt.

Was in der Psychiatrie unter Empowerment verstanden wird, ist entsprechend unterschiedlich. In vielen Bereichen wird diese spezifische Bezeichnung auch nicht benutzt, obwohl die inhaltliche Orientierung der Arbeit durchaus sehr eng mit diesem Ansatz verwandt sein kann.

Zentral für die inhaltliche Ausgestaltung ist dabei der Begriff der Ressourcenorientierung. Hierbei geht es darum zu sehen, welche Fähigkeiten der oder die Betroffene mitbringt und wo sich Anknüpfungspunkte für eine progressive Weiterentwicklung finden lassen.

Auf eher psychologischer Ebene bedeutet dies durch eine Hervorhebung individueller Begabungen und Interessen auf eine Ich-Stärkung hin zu arbeiten. Anstatt sich mit Defiziten auseinander zu setzen geht es also um die Frage, was die betroffene Person besonders gut kann, was sie ausmacht und welche Eigenschaften sie an sich wichtig und positiv findet.

Durch diese Unterstützung und Stabilisierung im Festigen der eigenen Identität soll gleichzeitig die Voraussetzung geschaffen werden die angesprochenen Ziele und Interessen auch tatsächlich durch eigenes Handeln erreichen und umsetzen zu können.

Oft geht es auch darum gemeinsam mit dem Betroffenen neue Möglichkeiten zum Verfolgen subjektiver Interessen zu erarbeiten. Wenn also beispielsweise eine Klientin abnehmen möchte und dies durch die Einnahme starker Medikamente und extremes Hungern macht, stellt sich die Frage, ob regelmäßige Bewegung und ein bewußterer Umgang mit Nahrung nicht gesündere Alternativen sein können.

Auf der Ebene der Institution kann Empowerment bedeuten die Betroffenen zunehmend in Entscheidungsprozesse zu integrieren, d.h. auch Entscheidungsbefugnisse des Teams an sie abzugeben (vgl. Punkt 7.2). Dabei stellt sich natürlich die Frage nach dem Umfang dieser Beteiligung bzw. nach den Kriterien für die Abgabe von Entscheidungsbefugnissen an Betroffene.

Insgesamt verlangt eine Orientierung am Empowerment-Ansatz von den Professionellen eine Bereitschaft zur Relativierung eigener Maßstäbe. Wenn also der Fokus bewusst auf den Prozess der Beteiligung und die Gestaltung durch die Betroffenen selbst gelegt werden soll, muss sich immer wieder über den Rahmen Gedanken gemacht werden, den die Professionellen setzen wollen bzw. ob es nicht förderliche Möglichkeiten gibt diesen Rahmen zu erweitern.

Dabei kann es um so konkrete Fragen gehen, wie viel Unordnung im Wohnraum der Betroffenen „geduldet“ werden soll. Hier geht es im Sinne des Empowerments weniger um die Frage, ob sich der Professionelle vorstellen könnte in dieser Wohnung zu leben. Die

Grenzziehung dürfte hier eher abhängig davon sein, ab wann sich z.B. der Vermieter beschweren könnte oder ob soziale Kontakte darunter leiden könnten. Vor allen Dingen geht es darum herauszufinden welche Interessen oder Bedürfnisse hinter einer überfüllten Wohnung zu erkennen sind und ob sich darin nicht Aspekte finden, die durchaus gefördert oder in anderem Rahmen besser realisiert werden könnten.

Neben dem Zurücknehmen eigener Maßstäbe ist hier also vor allem das Interesse am einzelnen Menschen, die Fähigkeit sich auf ihn einzulassen und Kreativität in der individuellen Unterstützungsarbeit gefragt.

Inwiefern mit dieser Orientierung gearbeitet wird, ist von Professionellem zu Professionellem und von Einrichtung zu Einrichtung wieder sehr unterschiedlich. Sicher hat diese Herangehensweise auch Grenzen - in Ressourcen der Betroffenen genauso wie in denen der Professionellen. Und trotzdem kann auch hier von einer grundsätzlichen Orientierung der Psychiatrielandschaft in diese Richtung gesprochen werden. Denn auch wenn der Empowerment-Gedanke eben nur ein sehr wenig ausformulierter Ansatz ist und selbst Interventionen, die faktisch in diese Richtung gehen, oft kaum mit Bezugnahme auf ihn begründet und reflektiert werden, gibt es heute zumindest im Vergleich zur Situation einige Jahrzehnte zuvor einen zunehmenden Bezug auf die individuellen Ressourcen und Interessen der Betroffenen. Auch die unter 7.2 beschriebene Partizipation und Gestaltung durch Betroffene können als Indikator für diese Entwicklung herangezogen werden.

Die Parallele zur Antipsychiatrie kann vor allem in der Hinwendung zum Individuum gesehen werden. Anders als in vielen Teilen der Antipsychiatrie ist diese Orientierung aber weniger durch eine Analyse der gesellschaftlichen Verhältnisse oder institutioneller Strukturen begründet. Grundlage scheint hier eher eine unscharfe Mischung aus Humanismus und Pragmatismus zu sein. Das mag zwar nicht komplett verkehrt sein, ist aber ein inhaltlicher Unterschied zur antipsychiatrischen Bewegung.

Konkretere Ähnlichkeiten sehe ich im Vergleich zu den antipsychiatrischen Versatzstücken, in denen sich auf Frantz Fanon berufen wird. In Anlehnung an seine Untersuchungen zur algerischen Befreiungsbewegung nahmen Vertreter der italienischen kritischen Psychiatrie, insbesondere aber das SPK, eine Art Gesundung durch die Gestaltung politischer Kämpfe an. Die Kritik an diesem etwas vereinfachenden Bezug habe ich weiter oben in meiner Arbeit bereits angesprochen. Worum es hier geht, ist die grundsätzliche Überlegung der Möglichkeit einer Gesundung bzw. Stabilisierung durch das (Selbst-) Verständnis und Handeln des

einzelnen Menschen als Subjekt. Auch wenn das SPK diesen Ansatz gleich verengte auf den politischen Kampf gegen das bestehende System und für eine sozialistische Gesellschaft, besteht die entscheidende Parallele in dieser auf den Prozess bezogenen Subjektorientierung. Es geht also nicht um eine einfache Beteiligung oder Partizipation, sondern um das Erkennen der gesundheitsförderlichen und stabilisierenden Seite der Aneignung der Gestaltung der eigenen Lebensverhältnisse durch den Menschen selbst.

Implizit kommt diese Erkenntnis auch in anderen Facetten der Antipsychiatrie zum Ausdruck. Anders als im Empowerment-Ansatz kann die Antipsychiatrie dabei jedoch auf ein analytisches Fundament zurückgreifen, in dem die Subjektorientierung mit einer durch Entfremdung und Ausbeutungsverhältnisse gekennzeichneten Gesellschaft begründet wird. Die Adaption des Empowerments durch das Managementwesen kann als Beispiel dafür dienen, wie beliebig ein solcher Ansatz verwendet wird, wenn er inhaltlich und gesellschaftlich so schwammig begründet wird. Im Sinne der antipsychiatrischen Vertreter wird es zumindest nicht gewesen sein, dass durch sie beförderte Arbeitsweisen zur besseren Funktionalität höherer Wirtschaftsstrukturen beitragen. Dies ist eine politische Frage, der sich das Empowerment- Konzept offenbar nur sehr unzureichend bis gar nicht gestellt hat.

8. Auswertung und Fazit

Abschließen möchte ich meine Arbeit an dieser Stelle mit einer Auswertung der von mir zusammen getragenen Ansätze. Nachdem ich in Kapitel sechs eine Zusammenfassung der verschiedenen antipsychiatrischen Projekte vorgelegt und in Kapitel sieben einen fragmentarischen Überblick über Trends in der heutigen Psychiatrielandschaft gegeben habe, möchte ich diese Gliederung auch innerhalb meiner abschließenden Auswertung beibehalten. Ich werde mich also erst auf die Gesamtübersicht der Antipsychiatrie konzentrieren, dann zu einem Vergleich zur heutigen Situation übergehen, um im letzten Abschnitt die Bedeutung von Theorie und Praxis der Antipsychiatrie für die heutige Psychiatrielandschaft zu formulieren. Letzteres Fazit könnte je nach Standpunkt sicher auch anders aussehen. Ich werde aber mit Blick auf die vorhergegangenen Kapitel versuchen zu begründen, warum meines genau so und nicht anders ausfällt.

Den Blick auf die Antipsychiatrie insgesamt möchte ich einleiten mit einem letzten Zitat von Obiols:

„Äußerungen der Antipsychiater mögen manchmal aggressiv, deplaciert, destruktiv oder überflüssig erscheinen. Sie stellen aber ernstzunehmende Fragen, deren Beantwortung eine tiefgehende Veränderung medizinischer und psychiatrischer Einstellungen erfordert“ (Obiols 1978, S.28).

Diese Bewertung der antipsychiatrischen Bewegung erscheint mir deshalb angemessen, weil sie auf einen meiner Ansicht nach wesentlichen Kern verweisen: Die Stärke der antipsychiatrischen Ansätze liegt sicher nicht in der Entwicklung fertiger und ausdifferenzierter Konzepte. Hier sind deutliche Schwächen auszumachen. Wie ich unter Punkt 6.3 gezeigt habe, gab es über die Orientierung auf Gruppen- und Beziehungsarbeit hinaus nur wenig systematische Entwicklung spezifischer Arbeitsmethoden. Und auch die theoretischen Überlegungen zur Verortung der eigenen Arbeit besaßen häufig die Tendenz zu Einseitigkeit und Undifferenziertheit. An solchen Stellen wird der Charakter der Gegenbewegung zum traditionellen medizinischen Krankheitsbild immer wieder sehr deutlich, wobei das polarisierteste Beispiel sicher das SPK aus Deutschland ist. Dennoch besteht die Stärke dieser Bewegung eben in der vielfältigen Infragestellung der bis dahin als selbstverständlich geltenden Theorien und Praxen der Psychiatrie. Wie unter Punkt 6.1 zusammen getragen, geht es dabei um teilweise sehr grundlegende Fragen, die bei einer zu schnellen Fokussierung auf konkrete Methoden zu leicht aus dem Blickwinkel geraten können. Diese grundsätzliche Verortung der eigenen Arbeit ging einher mit einer Erweiterung des Reflektionsrahmens auch in Bezug auf die Analyse der Entstehung von Krankheit und die eigenen Interventionen. Im Kontrast zum traditionellen, rein medizinisch orientierten Krankheitsbild wurde der gesellschaftspolitische Kontext bei der Entstehung und Entwicklung von Krankheit in den Mittelpunkt gestellt. Die Bestimmung des eigenen Arbeitsfeldes verschob sich damit weg vom „zu behandelnden“ Individuum hin zu einer Verortung des Interventionsfeldes zwischen Individuum und Gesellschaft. Wie unter Punkt 6.2 gezeigt, wurde dabei insbesondere auf theoretischer Ebene eine Vergesellschaftung individueller Problemlagen und somit ihre Politisierung angestrebt. Es wurden also über das bisherige eigene Arbeitsfeld hinaus grundlegende gesellschaftspolitische Fragen z.B. nach der Verantwortung des Kollektivs bzw. der Gesellschaft für das Individuum und nach der Verfasstheit der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Strukturen aufgeworfen. Auf der praktischen Ebene können die verschiedenen antipsychiatrischen Projekte als Versuchslabore begriffen werden, in denen auch in der alltäglichen Arbeitsweise nach sozialeren, d.h. kollektiveren Organisations- und Handlungsmöglichkeiten gesucht wurde.

Betrachten wir in Kapitel sieben meiner Arbeit nun einige beispielhafte Aspekte der heutigen Psychiatrie, fallen aus meiner Sicht eine Reihe von Parallelen zu den antipsychiatrischen Projekten ins Auge.

Diese sehe ich vor allem in der zunehmenden Orientierung an der subjektiven Sichtweise und der Interessenlage des Klienten. Bei allen Einschränkungen, die hier im Einzelfall benannt werden können, weisen die genannten Beispiele zumindest in der historischen Tendenz in diese Richtung. So lässt sich wie unter Punkt 7.2 gezeigt eine deutliche Steigerung der Partizipation und Gestaltung durch Betroffene ausmachen, die den Gedanken der Infragestellung der eigenen Rolle der Professionellen zumindest in Ansätzen wieder aufnimmt. Noch deutlicher wird der positive Bezug auf das selbst gestaltende Subjekt im konzeptionellen Ansatz des Empowerments, den ich unter Punkt 7.4 kurz skizziert habe. Ergänzend dazu findet sich die Idee von Ausdifferenzierung des Hilfesystems und die damit einhergehende Relativierung der Bedeutung und des Einflusses von Großkliniken in der Entstehung der Gemeindepsychiatrie wieder (Punkt 7.1).

Die Erweiterung des analytischen Fokus ist in Teilen wieder zu finden in dem unter 7.3 beschriebenen bio-psycho-sozialen Modell. Auch wenn hier der soziale Kontext bei der Entstehung von Krankheit integriert worden ist, fehlen aber die gesellschaftspolitischen Überlegungen der Antipsychiatrie und eine daraus folgende Kritik am Bestehenden.

Diese Einschränkung gilt meiner Ansicht nach für die Parallelen von Antipsychiatrie und heutiger Psychiatrie insgesamt. So wurden einzelne Überlegungen und Praxen in das bestehende System der Psychiatrie integriert und teilweise sogar weiter ausdifferenziert. Die eigene Arbeit wird zunehmend als „Beziehungsarbeit“ und nicht als „Behandlung“ gesehen und durch die Ausdifferenzierung wurde der gesellschaftliche Einflussbereich deutlich vergrößert. Nicht übernommen und weitergedacht wurden dabei aber wesentliche Merkmale der Antipsychiatrie, wie die Einbindung einer breiteren Gesellschaftskritik, die sich kritisch mit der Verfasstheit des kapitalistischen Systems auseinandersetzt und versucht Zusammenhänge zwischen Entfremdungsprozessen in der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verfasstheit einerseits und der Entwicklung psychischer Störungen im Individuum andererseits zu erfassen. Auch die daraus geschlussfolgerten Versuche gesellschaftlich auch über die Psychiatrie hinaus Einfluss zu nehmen sind in der heutigen Psychiatrie kaum noch erkennbar.

In dieser Entpolitisierung der Ansätze der Antipsychiatrie wird auch ihre gleichzeitige Entschärfung deutlich. Eine Integration einzelner Aspekte der Antipsychiatrie in die heutige

Psychiatrie hat also stattgefunden- allerdings um den Preis der Entpolitisierung und der Verkürzung der ursprünglichen Ansätze.

In der Bewertung ist diese Entwicklung klar zu kritisieren. So ist die Integration und Weiterentwicklung einzelner Elemente aus der Antipsychiatrie zwar zu begrüßen, denn die zunehmende Subjektorientierung eröffnet den Betroffenen Chancen auf bessere Lebensumstände und Rehabilitationsmöglichkeiten.

In der Entpolitisierung dieser Ansätze liegen jedoch erhebliche Gefahren und Nachteile. Denn gerade der Ausbau des psychiatrischen Hilfesystems und der damit verbundene gesellschaftliche Einfluss lässt auch die Verantwortung steigen das Wirken dieser Institution zu reflektieren. Werden nun gerade diese umfassenderen analytischen Überlegungen nicht weiter verfolgt, ist die Gefahr groß aus der Rolle der „Sozialtechniker“, wie sie die Antipsychiatrie kritisiert hat, nicht herauszukommen, sondern diese Funktion nur weiter zu stärken und zu effektivieren. An die Stelle der Politisierung der Antipsychiatrie tritt dann die (Re-) Psychiatrisierung als Deutungsmuster. So wird die eigene Macht missbraucht zum Kaschieren gesellschaftlicher Widersprüche anstatt diese offen zu legen und damit diskutierbar zu machen. Gesellschaftliche Strukturen, die mit an der Entstehung und ungünstigen Entwicklung psychischer Störungen beteiligt sind, bleiben so weiter bestehen anstatt verändert oder abgeschafft zu werden.

Insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Sozialabbaus macht sich eine schlecht reflektierte und entpolitisierte Psychiatrie so leicht der Auslieferung der Institutionen und der von ihnen Betreuten an die bloßen Kapitalinteressen schuldig. So droht nicht nur der Rückfall in eine individualisierte Problemdeutung, sondern auch die Instrumentalisierung der in der Psychiatrie Beschäftigten durch Interessen, die dem Wohl der Betroffenen und auch dem Wohl der Beschäftigten deutlich widersprechen.

Die Einbeziehung und Entschärfung der antipsychiatrischen Ansätze in das bestehende System kann insofern als typisches Beispiel für die Integrationskraft des kapitalistischen Systems begriffen werden. Insbesondere die Verwendung des Empowerment-Gedankens im Management-Bereich ist symptomatisch hierfür. Ausgehend von diesem Beispiel lässt sich auch eine These formulieren, warum diese Integration möglich war: Die Entwicklung hin zur Subjektorientierung in der Psychiatrie verlief parallel zu neuen Unternehmensmodellen und allgemeinen gesellschaftlichen Deutungsmustern.

So wurde in den letzten Jahrzehnten zunehmend ein Unternehmensmodell entwickelt, in dem der einzelne Angestellte nicht mehr einfach Arbeit nach Anweisung leisten soll, sondern sich selbst mit seinen Ideen einbringt, kreativ und selbstständig Arbeitsabläufe gestaltet und fähig ist sich darüber in Teams auseinander zu setzen. Diese Entwicklung ist von der Soziologie ausführlich beschrieben worden. Wichtig ist an dieser Stelle nur die Überschneidung zur Psychiatrie: Die Ressourcen und Ideen des Einzelnen werden gezielt mit einbezogen und nutzbar gemacht. Dagegen ist soweit nichts einzuwenden. Allerdings werden gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen, die diese Nutzbarmachung verwalten und lenken, damit nicht angegangen. Im kapitalistischen System bedeutet dies, dass die Nutzbarmachung von Ressourcen den Kapitalinteressen unterstellt bleibt und somit der gesamtgesellschaftliche und der individuelle Nutzen leicht auf der Strecke bleiben kann.

Passend dazu hat eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung in Form einer Individualisierung stattgefunden. Kollektive Organisationsformen und –Zusammenhänge verlieren zunehmend an Bedeutung und auch das individuelle Handeln wird zunehmend individualisierend gedeutet und seinem gesellschaftlichen und politischen Kontext entzogen. Beispielhaft dafür kann die Deutung von Arbeitslosigkeit als Versagen des einzelnen Menschen angeführt werden.

Wirtschaftliche Zusammenhänge, die Arbeitslosigkeit befördern, werden somit ausgeblendet. Auch über diesen Aspekt der so genannten Individualisierung ließen sich unzählige weitere Arbeiten schreiben. Wie bei der Entwicklung neuer Unternehmensmodelle ist aus meiner Sicht hier aber die Parallele zur Entwicklung in der Psychiatrie interessant. Findet nämlich eine Individualisierung und Subjektorientierung unter den Vorzeichen kapitalistischer Interessen statt, die durch eine Verengung des Reflexionsrahmens nicht erkannt werden, laufen psychiatrische Interventionen leicht Gefahr sich in ein Individualisierungsverständnis und eine Individualisierungspraxis einzureihen, die mehr Vereinzelung, Entkontextualisierung und Ausbeutung bedeuten, als uns in Richtung einer für den einzelnen Menschen und die Gesellschaft insgesamt befreienden Perspektive voranzubringen.

Die Unterstellung ist dabei nicht, dass das Kapital automatisch und direkt von einer ressourcenorientierten, dem einzelnen Menschen zugewandten psychiatrischen Interventionsweise profitieren würde. Vielmehr bin ich der Ansicht, dass die Psychiatrie heute wieder mehr als zu Zeiten der antipsychiatrischen Bewegung Gefahr läuft sich unreflektiert in ein kapitalorientiertes Gesamtgefüge einzureihen und an dessen Effektivierung aktiv mitzuwirken.

Die Bedeutung von Theorie und Praxis der Antipsychiatrie für die heutige Psychiatrielandschaft lässt sich also grob in drei Bereiche aufteilen:

Erstens bietet die Kenntnis der Parallelen zwischen antipsychiatrischen Ansätzen und heutigen Tendenzen in der Psychiatrie die Möglichkeit eines historisierten und damit besseren Verständnisses der Entwicklungen in der Psychiatrie. Hintergründe und Ursprünge dieser Entwicklungen lassen sich so eher einschätzen und reflektieren. Als wichtiges Beispiel kann hier die Orientierung auf Gruppen- und Beziehungsarbeit angeführt werden.

Zweitens lässt sich aus den Grenzen und Problemen der antipsychiatrischen Ansätze insbesondere für mit ihr verwandte Herangehensweisen in der heutigen Theorie und Praxis lernen. Wie bereits an verschiedenen Stellen dieser Arbeit angesprochen geht es dabei z.B. um die Gefahr der Ideologisierung und damit Verengung von Sichtweisen, aber auch um die Grenzen bei der Arbeit in der Gruppe.

Drittens, und das ist aus meiner Sicht der interessanteste Aspekt, bietet eine genauere Kenntnis der antipsychiatrischen Ansätze Möglichkeiten der Verbesserung psychiatrischer Interventionen und der Reflexion darüber.

Die Frage, mit der ich meine Auswertung dieser Arbeit beenden möchte ist also, an welchen Punkten die heutige Psychiatrie etwas von der Antipsychiatrie für die eigene Gegenwart und Zukunft lernen könnte. Dazu möchte ich folgende Thesen aufstellen:

- **Grundsatzfragen**

Bis heute unterliegt die Psychiatrielandschaft in ihrer Breite immer wieder Trends, denen sich relativ unhinterfragt untergeordnet wird. Um sich diesen nicht völlig auszuliefern und sich in sich selbst bestätigenden Logiken zu verlieren, macht es Sinn sich auch Zeit zu nehmen das grundsätzliche Verständnis der eigenen Arbeit zu thematisieren. Was genau ist die spezifische Funktion und der Sinn der eigenen Arbeit? Mit welcher grundsätzlichen Zielsetzung verfolgt man diese?

- **Erweiterung des Reflektionsrahmens**

Die Erweiterung des traditionellen medizinischen Krankheitsbildes ist von der Antipsychiatrie kritisiert und um verschiedene soziale und psychologische Aspekte ergänzt worden. Diese Erweiterungen müssen auch in zukünftigen Modellen weiter mitgedacht, gegebenenfalls korrigiert und ergänzt und in einen politischen

Zusammenhang gebracht werden. Der Verengung auf eindimensionale Erklärungsmodelle ist grundsätzlich mit Skepsis zu begegnen.

- **Politisierung**

Politisierung meint nicht nur die Erweiterung des analytischen Fokus um die Diskussion grundsätzlicher Funktionsweisen unserer Gesellschaft und ihrer Strukturen. Es geht um die Verortung des eigenen Handelns in einem gesellschaftlichen Kontext und eine entsprechend umfangreich gedachte Zielbestimmung eigener Interventionen. Es geht darum sich als politischer Faktor zu begreifen und zu etablieren und dabei nach möglichen Bündnispartnern zu suchen. Nur eine politische Psychiatrie kann eine reflektierte und wirksame und somit eine gesellschaftlich verantwortliche Psychiatrie sein.

- **Modellversuche**

Nicht wenige der Diskussionen, die durch die Antipsychiatrie angeregt wurden, bezogen sich auf relativ kleine und kurzlebige Modellprojekte. Gezeigt hat sich dabei, dass diese trotz ihrer statistischen Bedeutungslosigkeit wichtiges und neues Material zur Diskussion beisteuern konnten. Wichtig war dafür in der Regel eine Loslösung von etablierten Institutionsstrukturen. Unser heutiges ausdifferenziertes Versorgungsnetz muss deshalb auch in Zukunft Freiräume schaffen, in denen modellhaft neue Arbeitsweisen in der Praxis erprobt und ausgewertet werden können. Die Realisierung solcher Modellversuche ist dabei nach wie vor eine politische Frage, für die entsprechend eingetreten werden muss.

- **Partizipation und Gestaltung durch Betroffene**

Seit der Zeit der antipsychiatrischen Bewegung hat sich auf verschiedenen Ebenen einiges in Richtung Partizipation und Gestaltung durch Betroffene getan. Solche Ansätze gilt es weiter auszubauen und auch institutionell besser zu verankern. Allerdings gilt es auch in diesem Bereich darauf zu achten nicht in eine Ideologisierung zu verfallen. Die Gestaltung durch Betroffene darf also nicht zu einer Art Feigenblatt verkommen, bei dem Ziel Zweck einer derartigen Struktur und Kultur nicht weiter geprüft werden.

- **Rollendiskussion**

Auch wenn die teilweise Ausweitung von Partizipation und Gestaltung durch Betroffene auf eine Bereitschaft zur Diskussion professioneller Rollen verweist, ist diese nicht systematisch in die psychiatrische Arbeit integriert worden. Wenngleich der Nutzen dieser Form der Intervention sicher sehr vom Einzelfall abhängig ist, sind ihr therapeutischer und ihr politischer Nutzen deshalb aus meiner Sicht längst nicht ausgereizt. Insofern halte ich eine systematischere Einbeziehung dieser Diskussion unter den Professionellen wie auch insbesondere in der Arbeit mit den Betroffenen für wünschenswert.

- **Intellektualisierung**

Die von mir formulierten Ansprüche an die derzeitige Psychiatrie sind nicht leicht zu erfüllen. Insbesondere das Ziel der Politisierung und der damit zusammenhängenden (Wieder-) Erweiterung des analytischen Fokus stellen relativ hohe Ansprüche an alle Beteiligten. In diesem Zusammenhang stellt sich die Aufgabe nach Möglichkeiten der Integration auch relativ intellektueller Diskussionsprozesse in das aktuelle Versorgungsnetz zu suchen. Gelingt dieses nicht, besteht die Gefahr, dass derartige Diskussionen nicht mit der Breite der Psychiatrielandschaft rückgekoppelt werden und intellektuelle Gedankenschlösser gebaut werden, die nicht mehr viel Bezug zur realen Praxis haben.

Literaturverzeichnis

Basaglia, Franco 1973: Die Institution der Gewalt

In: Basaglia, Franco (Hrsg.): Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz

Frankfurt am Main: Suhrkamp

Basaglia, Franco und Basaglia Ongaro, Franca 1972: Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der sozialen Kontrolle.

Frankfurt am Main: Suhrkamp

Bopp, Jörg 1980: Antipsychiatrie. Theorien, Therapie, Politik.

Frankfurt am Main: Syndikat

Cooper, David 1971: Psychiatrie und Antipsychiatrie.

Frankfurt am Main: Suhrkamp

Cooper, David 1972: Der Tod der Familie

Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Jervis, Giovanni 1973: Krise der Psychiatrie und Widersprüche der Institution

In: Basaglia, Franco (Hrsg.): Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz

Frankfurt am Main: Suhrkamp

Jervis, Giovanni 1978: Kritisches Handbuch der Psychiatrie

Frankfurt am Main: Syndikat

Jervis, Giovanni 1979: Die offene Institution. Über Psychiatrie und Politik.

Frankfurt am Main: Syndikat

Jones, M. 1976: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie.

Bern: Verlag Hans Huber

Laing, Ronald D. 1969: Phänomenologie der Erfahrung.

Frankfurt am Main: Suhrkamp

Laing, Ronald D. 1972: Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn.

Köln: Kiepenheuer und Witsch

Laing, Ronald D. 1974: Die Politik der Familie

Köln: Kiepenheuer und Witsch

Obiols, Juan 1978: Antipsychiatrie. Das neue Verständnis psychischer Krankheit.

Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Pirella, Agostino 1973: Die Negation der traditionellen Anstalt
In: Basaglia, Franco (Hrsg.): Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der
Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz
Frankfurt am Main: Suhrkamp

Pirella, Agostino (Hrsg.) 1975: Sozialisation der Ausgeschlossenen. Praxis einer neuen
Psychiatrie.
Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Reich, Wilhelm 1970: Dialektischer Materialismus und Psychoanalyse
In: Blumenberg, Hans u.a. (Hrsg.): Bernfeld, Reich, Jurinetz, Sapir, Stoljarov. Psychoanalyse
und Marxismus. Dokumentation einer Kontroverse.
Frankfurt am Main: Suhrkamp

Reich, Wilhelm 1971: Einbruch der Sexualmoral
Graz: Verlag für autoritätsfremdes Denken

Sozialistisches Patientenkollektiv Heidelberg 1972: Aus der Krankheit eine Waffe machen
München: Trikont

Patientenfront 1995: Festschrift 25 Jahre SPK/ PF (H). 60 Jahre Huber. 10 Jahre Krankheit im
Recht
Mannheim: KRRIM- Verlag für Krankheit

Internetadressen und Informationsflyer:

Bundesverband Psychiatrie- Erfahrener e.V.:
<http://www.bpe-online.de/>

Ex- In- Projekt:
UKE Hamburg 2007: Experienced- Involvement, „Helfendes Wissen teilen“- Beteiligung
Psychiatrie- Erfahrener

Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst habe und nur die zugelassenen Hilfsmittel verwendet habe. Ehrlich.

.....

(Tobias Ramert)

Hamburg, den 22.08.2007