

### Außer Kontrolle: Foucaultsche Analyse und psychiatrische Praxis

Quindel, Ralf

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Quindel, R. (2000). Außer Kontrolle: Foucaultsche Analyse und psychiatrische Praxis. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 24(1), 9-29. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-290380>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Ralf Quindel

## Außer Kontrolle

### Foucaultsche Analyse und psychiatrische Praxis

„Im Jahr 1979 erkrankte ich psychisch. Ich befand mich auf dem Gipfel der Manie und hielt mich bei meiner Mutter auf. Sie rief meine Schwester H. zur Unterstützung und sie brachten mich nach langen Kämpfen dazu, in einem Samariterwagen nach K. in die Psychiatrie zu fahren, um, wie ich glaubte, mit einer Psychologin zu sprechen. Dort angekommen, redete ein Arzt mit mir, der überhaupt nicht einschätzen konnte, was mit mir los war. Er fragte meine Mutter, die ihn informierte. Jetzt wollte ich vereinbarungsgemäß wieder nach Hause fahren, was mir durch Verschließen der Eingangstür unmöglich gemacht wurde. Es kamen vier Pfleger auf mich zu, kreisten mich ein und drängten mich zum Aufzug. Ich bekam furchtbare Angst, wußte, was auf mich zukam, daß sie mich festschnallen und mir Psychopharmaka spritzen würden. Ich sagte, ich sei schwanger und sie sollten mir um Himmels willen keine Medikamente geben, da sie mir damit mein erstes Wunschkind töten würden. Es folgte keine Reaktion. Meine Angst steigerte sich immer mehr, es ging nicht mehr um mich, sondern um die Unversehrtheit meines Embryos. Ich bat, schrie, flehte, drohte, meinen Embryo unbeschadet zu lassen, auf Psychopharmaka zu verzichten, jedoch kein Arzt oder Pfleger kümmerte sich um meine Einwände. Ich wurde als psychisch Kranke nicht ernst genommen, war nicht glaubwürdig, fühlte mich nicht als vollwertiger Mensch, sondern wurde als minderwertiges Wesen betrachtet und dementsprechend unmenschlich behandelt. Die Pfleger drängten mich in den Aufzug und dann in ein Zimmer hinein, wo sie mich festschnallten und spritzten. Mir wurde fürchterlich schlecht und schwindelig, ich drohte unmächtig zu werden, die Psychopharmaka-Dosis war zu hoch und ich weinte sehr, da ich tief im Inneren spürte, daß mir mein ungeborenes Kind gemordet worden war. Die nächsten zehn Tage auf der geschlossenen Station wurde ich weiterhin gegen meinen ausdrücklichen Willen mit Gewaltanwendung, rechts hielt mich ein Pfleger fest, links griff einer meinen Arm, mit Psychopharmaka gespritzt, obwohl ich jedesmal intensiv auf meine Schwangerschaft hinwies.“ (Termeer, 1990, S.2)

„Auf der anderen Seite ist es unbestreitbar, daß psychische Krankheit die Urteilsfähigkeit, die Willensfähigkeit und die Gefühle der Betroffenen verändert. Es wäre unethisch und unmenschlich, diejenigen Kranken ihrem Schicksal zu überlassen, die nicht nach Hilfe suchen können, weil sie die Fähigkeit dazu durch ihre Krankheit verloren haben. Uns geht es dann

nicht anders als den Angehörigen, die in einer sich zuspitzenden psychiatrischen Krise in der Familie irgendwann für sich die Entscheidung treffen müssen, gegen den Willen, aber im Interesse des Patienten zu handeln – und sei es unter Anwendung von Gewalt. Das Dilemma ist unausweichlich. Ihre Anwendung kann brutal sein, der Verzicht auf sie dennoch nicht menschlich.“ (Finzen, 1990, S.33)

Worin begründet sich dieses Dilemma? Scheinbar in der Natur der psychischen Erkrankung, die dem Menschen die verantwortungsvolle Entscheidung über seine Handlungen unmöglich macht. Daraus folgt, daß dem Kranken, gegen seinen kranken Willen, wenn nötig mit Gewalt, geholfen werden muß. Die Hilfe entspringt dem Gesunden, dem Vernünftigen und soll den Kranken dorthin zurückbringen. Damit ist das Dilemma aufgelöst, im Sinne der Herrschaft des gesunden Verstandes über die kranke Verirrung. Aber ist die Grenzziehung so einfach?

Der Bericht der schwangeren Patientin spricht über die Praxis der Verselbständigung institutioneller Hilfe, die in ihrer fatalen Konsequenz zur Zerstörung von Leben führt. Die theoretischen Überlegungen über Dilemmata in bezug auf Urteilsfähigkeit und Willensfähigkeit des psychisch Kranken schwimmen in der Praxis und gerinnen unter dem Druck der Verhältnisse zur eindeutigen und zerstörerischen Gewalt- und Definitionsmacht des Gesunden. Zunächst lassen sich also zwei Bereiche trennen, die Frage nach der Theorie und die Frage nach der Praxis der Psychiatrie. Im Weiteren wird sich zeigen, ob diese Trennung aufrechtzuerhalten ist.

1. Die Frage nach dem Verhältnis der medizinischen Begriffe Gesundheit/psychische Krankheit zu der Paarung Vernunft/ Unvernunft und zum juristischen Begriff der Zurechnungsfähigkeit/Unzurechnungsfähigkeit: Welche Grenzziehungen sind zu beobachten? Worauf beruhen sie? Wer hat die Macht sie zu definieren?
2. Die Frage nach den institutionellen Verhältnissen in der psychiatrischen Versorgung: Wie wird der gesellschaftliche Auftrag der Hilfe und Kontrolle in den psychiatrischen Institutionen umgesetzt? Gibt es alternative Modelle der psychiatrischen Behandlung?

Zur weiteren Diskussion der Fragen ist es notwendig, kurz die psychiatrische Versorgungssituation in Deutschland zu skizzieren: Das medizinisch dominierte Psychiatriemodell der großen Anstalten ist seit den 70er Jahren zunehmender Kritik ausgesetzt. Schlagwörter wie „Drehtür-Psychiatrie“ und „Hospitalisierung“ sollten verdeutlichen, daß die verwahrende und einseitig medikamentöse Behandlung nicht der Re-Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft dient. Als Alternative entstanden zunächst Modelle von gemeindenahen Einrichtungen, die sozialpädagogische/sozialpsychologische Konzepte vertraten und den psychisch Kranken durch ambulante Versorgung in ihrer Lebenswelt längere Krankenhausaufenthalte ersparen sollten. Diese Einrichtungen, Sozialpsychiatrische Dienste, Wohngemeinschaften und Arbeitsprojekte wurden schließlich Teil der Regelversorgung und teilweise durch Bettenabbau in den großen Kliniken finanziert. Nach wie vor dominiert in den Kliniken das medizinische Krankheitsbild, aber dort und in der sozialpsychiatrischen Versorgung wird es ergänzt durch soziale Hilfen für psychisch Kranke.

Diese Veränderungen waren stark ökonomisch motiviert, da die stationäre Behandlung teurer als die ambulante Versorgung ist. Aber der Anlaß der Reform lag in der Verbindung von humanistischer Empörung über die unmenschliche Behandlung von Kranken mit dem linken Anspruch das revolutionäre Potential im Wahnsinn freizusetzen und die repressive staatstragende Funktion der Psychiatrie zu entlarven. Die zunächst sehr radikalen Forderungen der Anti-Psychiatrie Bewegung, der Aufruf zur Zerschlagung der Psychiatrie, fanden in Vermittlung mit dem Bestehenden schließlich ihren Ausdruck in den oben genannten Reformen.

Was ist nun der spezifische Ausdruck des Dilemmas von Hilfe und Gewalt in den Institutionen der Reformpsychiatrie? Betrachten wir als Beispiel eine ambulante Beratungs- und Betreuungsstelle der Regelversorgung, den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi). Er ist Bestandteil der gemeindenahen Versorgungsstrukturen, also für ein bestimmten regionalen Bereich (Stadtviertel, Landkreis) zuständig. Das Team der MitarbeiterInnen (SozialpädagogInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen) arbeiten

mit den anderen psychosozialen Institutionen (NervenärztInnen, Sozialdienst, Klinik, ...) in ihrem Einzugsgebiet zusammen. Sie sind zuständig für alle Anfragen von psychisch Kranken, ihren Angehörigen, Nachbarn und von den psychosozialen Institutionen in Bezug auf psychische Erkrankung. Ihre Tätigkeit besteht aus Hausbesuchen, Beratungsgesprächen, Krisen- und Langzeitinterventionen, Vermittlung von Arbeit und finanziellen Hilfen. SpDi haben den Anspruch, lebensweltbezogene, ganzheitliche Hilfen anzubieten. Als Ergänzung zu medikamentösen, therapeutischen Hilfen versuchen sie soziale Kontakte in der Gemeinde in Form von Freizeitgruppen, Vermittlung mit Nachbarn, Veranstaltung von Festen zu fördern.

Ein sinnvoller Ansatz, der den psychisch Kranken nicht einsperrt, nicht auf seine Krankheit reduziert, sondern Unterstützung bei der Lösung seiner sozialen und psychischen Probleme anbietet. Eine Auflösung des Dilemmas? Armbruster und Obert haben die Frage nach Kontrolle und Gewalt in der sozialpsychiatrischen Versorgung gestellt und geben folgende Antwort:

„...die Ausübung von Gewalt und Kontrolle ... der ambulanten Psychiatrie (ist) weniger offensichtlich, subtiler, vermittelter und erscheint in den unterschiedlichsten Ausprägungen, ohne daß dabei das Moment der unmittelbaren körperlichen Gewaltanwendung als drohende und letzte Möglichkeit verschwunden wäre.“ (Armbruster/Obert, 1990, S.26)

Der SpDi existiert nur in dieser Form, weil er Zwang und Gewalt an andere Institutionen delegiert: Die Polizei ist für die gewaltsame Einweisung, die psychiatrische Klinik für die Zwangsmedikamentierung zuständig. Darüber hinaus haben sozialpsychiatrische Hilfen wie Vermittlung von sozialen Kontakten und Arbeit, Anleitung bei der Haushaltsführung und Geldverwaltung normierende Kontrollfunktion:

„Gleichzeitig zwingen wir dabei den subjektiven Ausdruck von Leiden und Entfremdung in die uns gewohnten Ausdrucks- und Verhaltensformen und verhelfen den allgemein vorherrschenden Normen und Toleranzgrenzen zur Geltung... Die gegenwärtige psychiatrische Landschaft läuft weiterhin Gefahr mit ihren sozialpsychiatrischen Reformansätzen ein Spektrum von differenzierten Formen der sozialen Ausgrenzung zu schaffen, das von den betreuten Nischen in der Gemeinde hin bis zur dauerhaften Unterbringung in geschlossenen Einrichtungen reicht. Darüber hinaus

schafft die Psychiatrie mit den Erklärungsansätzen ihrer Wissenschaft nach wie vor ideologische Wirklichkeitskonstruktionen zur Erklärung und zum Verständnis psychosozialer Konflikte.“ (Armbruster/Obert, 1990, S.27f)

Auch die soziale Komponente verhindert nicht den kontrollierenden Charakter der Psychiatrie, sie verändert ihn: Der offensichtliche, oft gewalttätige Ausschluß aus der Gemeinde durch den Einschluß in die Klinik wird ersetzt durch einen Ausschluß in der Gemeinde, der im sozialpsychiatrischen Fachjargon „Den Klienten an den SpDi anbinden“ bedeutet. Genau betrachtet ist jedoch die sozialpsychiatrische Kontrollfunktion weniger eine ausschließende, sondern eine einschließende. Sie grenzt die störende Andersartigkeit des psychisch Kranken nicht aus, sondern wickelt ihn sanft in ein Netzwerk von psychosozialen Angeboten, packt eine Wand aus Watte zwischen den Andersartigen und die Normalität, damit sich beide nicht stoßen.

Bevor ich nun von der psychiatrischen Praxis auf die Ebene der Begriffe springe, um mit Michel Foucault nach den Bedingungen der Möglichkeit einer Analyse des Verhältnisses von Vernunft und Unvernunft, von Wissenschaft und Wahnsinn frage, soll noch einmal der Ursprung der Reformpsychiatrie, die Anti-Psychiatrie-Bewegung in Erinnerung gebracht werden. Wirft sie einen anderen Blick auf das Dilemma Hilfe/Kontrolle? Warum gilt sie als überholt, oder gar gescheitert? Diese Fragen möchte ich zum Schluß, mit Hilfe der Argumentation Foucaults, wieder aufgreifen.

### Wahnsinn und Gesellschaft

Der Wahnsinn ist das Andere der Vernunft. In *Wahnsinn und Gesellschaft* beschreibt Foucault die Geschichte der Ausgrenzung, das „Zum Schweigen bringen“ des Wahnsinns: Die ganze Kultur, die ganze Rationalität schließt sich seit dem klassischen Zeitalter (17.Jhr.) mit sozialen und politischen Praktiken zu einem repressiven Ganzen zusammen, damit unterdrückt und verliert der Mensch ein Teil seines Menschseins, die Vernichtung des Anderen durch die Vernunft ist tendenziell Selbstvernichtung. In einer Gegenbewegung sucht Foucault Orte, in denen der Wahnsinn zu seiner Sprache zurückfindet. Damit schließt er an Nietz-

sches „Geburt der Tragödie“ an, er will das tragische Bewußtsein des Wahnsinns wiedererwecken, das sich bereits in der Renaissance unter dem kritischen zu verbergen begann: Das Apollinische – die maßvoll gestaltende, abgrenzende Individuation von seinem Anderen, dem Dionysischen – das rauschhaft lustvolle, Grenzen sprengende – abzutrennen, heißt, die Tragödie, die das Leben ist – die tragische, widersprüchliche Verbindung vom Apollinischen und Dionysischen – zu einem lebensfeindlichen Intellektualismus zu verkürzen.

Aus dem Abbruch des Dialogs mit ihrem wahnsinnigen Anderen, als Monolog mit sich selbst, entsteht die Psychologie als ‚Beziehung von sich selbst zu sich selbst‘ (Foucault, 1989, S.15). Die Entwicklung der abendländischen Kultur vollzieht sich also in Prozessen der Abgrenzung, die ihr den Ausdruck von Positivität verleiht. Die Sprache der Psychiatrie, ein Monolog der Vernunft über den Wahnsinn, hat sich auf dem Schweigen, der verloren gegangenen Sprache zwischen dem Irren und dem Vernunftmenschen errichtet. Der Wahnsinn ist keine Naturgegebenheit, sondern ein Zivilisationsprodukt. Die heutige Psychiatrie ist eine der historischen Beziehungen von Vernunft und Wahnsinn.

Die dialektische Beziehung von Vernunft und Wahnsinn führt Foucault an methodische Grenzen: Das Schreiben über den Wahnsinn reproduziert die Gefangennahme des Wahnsinns, ist nur von der Festung der Vernunft aus möglich. Foucault hat aber gerade die Seite des Anderen im Blick. Er versucht, mit dem Bewußtsein der damit verbundenen Schwierigkeit, eine Geschichte der Trennungen schreiben, dem Anderen zur Sprache zu verhelfen. In den Erläuterungen zu seinem Verfahren der Diskursanalyse in *Archäologie des Wissens* kritisiert Foucault den Standpunkt, den er zum Wahnsinn eingenommen hatte:

„Man versucht nicht zu rekonstruieren, was der Wahnsinn selbst gewesen sein konnte, so wie er sich vielleicht zuerst in einer ursprünglichen, fundamentalen, dumpfen, kaum artikulierten Erfahrung gegeben hat...“ (Foucault, 1997, S.72) „Hinter dem abgeschlossenen System entdeckt die Analyse der Formationen nicht das schäumende Leben selbst ... Man sucht also nicht danach, vom Text zum Denken, vom Geschwätz zum Schweigen ... überzugehen. Man bleibt in der Dimension des Diskurses.“ (ebd., S.111)

Foucault macht als sein eigener Kritiker deutlich: Das ganz Andere gibt es nicht, es ist ebenso abhängig vom Diskurs wie sein Gegenpol. Der Wahnsinn ist nicht als eigene, schweigende Figur unterhalb der Vernunft zu entdecken. Rückblickend meinte Foucault, die drei Themen „Wissen“, „Macht“ und „Subjekt“, denen er sich im Laufe seiner wissenschaftlichen Arbeit widmete, wären bereits alle in *Wahnsinn und Gesellschaft* enthalten.

„... das Wissen in Gestalt juristischer, administrativer, wissenschaftlicher und philosophischer Diskurse; die Macht in Gestalt von Internierungs- und Einweisungspraktiken und schließlich das Subjekt, sofern Foucault eine Geschichte der Bedingungen schreiben wollte, unter denen jene Psychologie genannte Beziehung von sich selbst zu sich selbst möglich wurde.“ (Fink-Eitel, 1992, S.33)

Die Reaktionen auf *Wahnsinn und Gesellschaft* waren unterschiedlich. Von dem strukturalistisch geprägten Umfeld in Frankreich begeistert aufgenommen (vgl. Rezensionen von Roland Barthes, Michel Serres in Eribon, 1993, S.185f) stößt das Buch bei kritischen, marxistisch-naturwissenschaftlich orientierten Kreisen auf Ablehnung. Vor allem Klaus Dörner, eine wichtige Gestalt in der deutschen Reformpsychiatrie, hat den Ansatz von Foucault kritisiert. Zwei wesentliche Kritikpunkte sollen kurz diskutiert werden.

*1. Foucault ignoriere „die objektive Verhinderung der Subjektivität der Irren durch den tatsächlichen und weitgehend unangreifbaren Krankheitsprozeß“.* (Dörner, 1969, S.108)

Mit seinem Buch „Bürger und Irre“ verfolgt Klaus Dörner die gleiche Absicht wie Foucault, nämlich eine historische Betrachtung über den gesellschaftlichen Umgang mit den Wahnsinnigen. Im Unterschied zu Foucault bedient er sich der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule, betreibt also eine marxistische Kritik der bürgerlich-ökonomisch motivierten Ausgrenzung des Wahnsinns. Er betrachtet die historischen Formen des Umgangs mit dem Wahnsinn aus der Position zeitgenössischer Medizin, die durch naturwissenschaftlicher Erkenntnis und Behandlung geprägt ist.

„Es ist daran zu erinnern, daß zu dieser Zeit noch keine technischen oder anderen naturwissenschaftlichen Möglichkeiten bestanden, die heutigen



endogenen Psychosen (manisch-depressives Irresein, Schizophrenie) von psychopathologischen Bildern anderer Herkunft zu sondern..." (Dörner, 1969, S.108)

Die Gefahr der Verkennung historischer Erfahrungen vom Wahnsinn, die in dem Überstülpen des naturwissenschaftlichen Rasters der Trennung von exogenen und endogenen Psychosen auf die Zeit des 18. Jhr. liegt, sieht Dörner aufgrund der Ideologie des naturwissenschaftlichen Fortschritts der Erkenntnis nicht: Die Menschen damals mögen noch keine Unterscheidung treffen können zwischen endogenen und exogenen Psychosen, da diese aber die Natur des Wahnsinns beschreiben, muß es sie damals bereits gegeben haben. Foucault hat jedoch gezeigt, daß die Formen des Wahnsinns nicht seiner Natur, sondern den Formen seiner Ausschließung entstammen. „...die Art wie man den Irren entfremdet, wird vergessen, um als Natur der Alienation wiederzuerscheinen“ (Foucault, 1989, S.455).

Dörner schreibt zum gleichen Thema in einem Stil, der die Vorzüge der Sprache Foucaults deutlich macht: Während Dörner aus einer vernünftigen Distanz vom festem Boden der Kritischen Theorie, mit manchmal moralischer Empörung über den oft unmenschlichen Umgang mit den Irren schreibt, bleibt bei Foucault der Boden seltsam unbeständig, als Leser fühlt man die Bedrohung durch den Wahnsinn, die verborgenen Kräfte der Unvernunft, indem man sich nie „sicher“ fühlt. Dieses Gefühl mag auch Dörner beschlichen haben, vielleicht weist er deshalb Foucaults Ansatz in seiner Schlußbemerkung brüsk als „unhistorisch, einseitig und unbefriedigend“ (Dörner, 1969, S.380) ab.

Es gibt keinen „objektiven“ unhistorischen Krankheitsprozeß, gerade das Foucault deutlich gemacht, insofern geht die Kritik Dörners theoretisch ins Leere. Aber vielleicht hat sie einen praktisch-ethischen Inhalt, der sich lohnt betrachtet zu werden: Die Frage, ob die Analyse Foucaults dem konkreten, subjektiven Leid der psychisch Kranken gerecht wird. Dazu später mehr.

2. Foucault habe die Dialektik der Aufklärung einseitig in Richtung der Repression aufgelöst.

„Der ‚Fortschritt‘ der ärztlichen Zuwendung zu den Irren und anderen Internierten ist – so problematische Implikationen er enthalten mag – sowohl in der subjektiven Absicht als auch im objektiven Erfolg gegeben und läßt sich nicht schlechthin in eine ‚strange regression‘ verkehren“ (Dörner, 1969, S.156).

Dörner betont im Widerspruch zu Foucault die emanzipative Seite der Aufklärung. Die Entwicklung der naturwissenschaftlichen Psychiatrie ist für Dörner ein eindeutiger Fortschritt, weil sie den Patienten von der moralischen Verurteilung und den folterartigen Behandlungsmethoden befreit hat. Abgesehen davon, daß der Psychiatrie nach wie vor Gewalt in den Methoden der Lobotomie, des Elektroschocks, der Zwangssterilisierung, der Psychopharmaka und der Fesselung zur Verfügung steht, läßt sich nach Foucault auf keinen Fall aus einem Rückgang offener Repression eine Zunahme der Freiheit und damit ein Erfolg der Aufklärung feiern. Diese Veränderung in den Mitteln bedeutet vielmehr die Vervollkommnung der disziplinierenden Wirkung moderner Machtmechanismen, die Foucault in *Überwachen und Strafen* beschrieben hat, und die am Beispiel der Sozialpsychiatrie dargestellt wurden.

Trotzdem verweist die Kritik Dörners wieder auf die Frage der Praxis: Wenn die Psychiatrie nur und ausschließlich ein Instrument der Repression des Wahnsinns darstellt und jede „Reform“ nur eine Verfeinerung der Kontrolle darstellt, wo bleiben dann emanzipative Möglichkeiten? Gibt es keine praktische Utopie?

### Anti-Psychiatrie

In dem zweiten Teil von *Psychologie und Geisteskrankheit* wendet Foucault den Blick auf die Ebene der individuellen Ausprägungen des Wahnsinns. Die Inhalte des Wahnsinns sind der positive Ausdruck der Phänomene, die eine Gesellschaft verwirft, dadurch hat der Wahnsinn den Wert einer Sprache. Wenn die Psychopathologie im Wahnsinn die Regression, das Wiederauftreten infantiler Verhaltensweisen und archaischer Formen der Persönlichkeit sieht, muß zuvor eine Abspaltung eben

jener Formen aufgetreten sein, die nicht überschritten werden darf. Entsprechend sieht Foucault die Ursache des religiösen Wahns in der Laifizierung der Kultur. So wird in der Wahnwelt die in der wirklichen Welt zerbrochene Einheit wiederhergestellt.

Foucault tritt aus seiner philosophischen Deckung und vertritt hier eine politische, sozialkritische Position: Kulturell vermittelte ökonomische Verhältnisse lassen keine lebendige menschliche Bedeutung mehr erkennen. Die Fremdheit und der Zwang in der realen Welt macht den Menschen angewiesen auf eine private Welt, das schizophrene Universum, das er unter dem Zwang der realen Welt als ein Schicksal begreift.

„Einzig und allein der reale Konflikt der Existenzbedingungen, kann als Strukturmodell für die Paradoxe der schizophrenen Welt dienen. Aus der Geschichte nimmt die Geisteskrankheit mit der leeren Öffnung ihrer Möglichkeit ihre notwendigen Figuren.“ (Foucault, 1977, S.128)

Die menschliche Wahrheit, die der Wahnsinn entdeckt, ist der unmittelbare Widerspruch dessen, was die moralische und gesellschaftliche Wahrheit des Menschen ist. Damit lässt sich auch die sich historisch verändernde Toleranz einer Gesellschaft gegenüber dem Wahnsinn verstehen: Je kohärenter das Milieu ist, desto höhere Integrationsnormen hat es, desto mehr grenzt es aus, um so mehr Angst entsteht vor dem Ausgegrenzten. Psychiatrische Behandlung hat dann die gesellschaftliche Aufgabe das Böse, die Gewalt, die Lust und die Wünsche im Wahnsinn zum Schweigen zu bringen.

Die Botschaft ist deutlich: Nicht der Irre soll Gegenstand von Reformbemühungen sein, sondern die gesellschaftlichen Existenzbedingungen. Folgerichtig wird die Psychologie überflüssig. Foucault sieht ihren historischen Ursprung in der Analyse der Erscheinungsformen des Wahnsinns zu Beginn der Moderne. Seit das Verhältnis des Menschen zum Wahnsinn durch die Einordnung in Moral und Schuld in die Innerlichkeit verlegt wurde, ist der Wahnsinn seiner Struktur und Bedeutung nach psychologisch.

„Die Psychologie ist nur eine dünne Haut über der ethischen Welt in der der moderne Mensch seine Wahrheit sucht – und verliert... eine Psychologie des Wahnsinns betreiben wollen, hieße von der Psychologie fordern, daß sie ihre eigenen Bedingungen angeht, daß sie auf die Bedingungen ih-

rer Möglichkeit zurückgeht und das für sie schlechthin Unüberschreitbare überschreitet...Bis in ihre Wurzeln hinabgetrieben wäre die Psychologie des Wahnsinns nicht Bemeisterung der Geisteskrankheit, sondern Zerstörung der Psychologie selbst und Zutagefördern jenes wesentlichen, nicht psychologischen, weil nicht moralisierbaren Verhältnisses zwischen der Vernunft und der Unvernunft.“ (Foucault, 1977, S.114)

Die Arbeit von Foucault bietet viel Material für die Anti-Psychiatrie-Bewegung, und es wird genützt. *Wahnsinn und Gesellschaft* erscheint in England in einer Reihe, die von Ronald Laing herausgegeben wird, der gemeinsam mit David Cooper und einer Gruppe von Psychiatern in Begriff ist, die „Anti-Psychiatrie“ zu begründen.

„Für sie ist ... Schizophrenie die Folge eines von Familie und Gesellschaft entwickelten repressiven Dispositivs. Im Gefolge dieser ursprünglichen Gewalt wirken dann die Relegationsprozesse weiter, die zu psychiatrischen Institutionen führen. Und die klassische Psychiatrie repräsentiert in den Augen der Anti-Psychiater das Ergebnis der Anketzung...“ (Eribon, 1993, S.194)

Die Rezeption bezog sich hauptsächlich auf die Darstellung der repressiven Tendenzen: Um die Gewalt, die Willkür und den Ausschluß. Schon damals bevorzugten die Leser eine Ebene von *Wahnsinn und Gesellschaft*, die Foucault nachträglich mit dem Begriff der „Macht“ und in Bezug auf die ärztlich-naturwissenschaftliche Position als „Wissen-Macht“ Einheit beschrieben hat.

In dem Band „Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen“, herausgegeben von Franco Basaglia, einem italienischen Vertreter der Anti-Psychiatrie, äußert sich Foucault 1975 zu den „großen Erschütterungen der Psychiatrie“, die seiner Meinung nach auf der Infragestellung der Macht des Arztes basieren. Die Macht, die die Anstalt dem Arzt überträgt, wird sich dadurch rechtfertigen müssen, daß sie Phänomene produziert, die sich in die medizinische Wissenschaft integrieren lassen. Die Verstrickung von Macht und Wissen in der Figur des Arztes führt zur Produktion von Wahrheit über den Wahnsinn. Die Machtverhältnisse gestalten die Klinik als den Ort für Erkenntnis der Wissenschaft über ihr Objekt, den Wahnsinn. Die Erkenntnis ihrerseits begründet die Rechte der Macht.

Die Reformen greifen die Macht und Gewalt, die der Arzt ausübt, an und versuchen sie zu verschieben. Ziel der Antipsychiatrie ist die systematische Zerstörung der Anstalt von innen heraus. Sie richtet sich gegen die Institution, die aus den Anforderungen der sozialen Ordnung und den Notwendigkeiten der Therapeutik gerechtfertigt wird. Anti-Psychiatrie ist der Versuch, den Kranken selbst die Macht zu übertragen, seinen Wahnsinn und die Wahrheit seines Wahnsinns zu produzieren. Die Anti-Psychiatrie stellt also primär die Machtverhältnisse in Frage und nicht den Wahrheitswert der Psychiatrie in Begriffen von Erkenntnis, es geht nicht darum bessere Formen der Behandlung des Wahnsinns zu erfinden.

Die Anti-Psychiatrie „gibt dem Individuum die Aufgabe und das Recht, seinen Wahnsinn zu Ende zu führen, bis zum äußersten zu führen, in einer Erfahrung, zu der die anderen beitragen können, aber niemals im Namen einer Macht, die ihnen aufgrund ihrer Vernunft oder ihrer Normalität verliehen wäre.“ (Foucault 1980, S.80)

Weit entfernt davon, den Wahnsinn als das große „Andere“ zu glorifizieren, zeigt dieser jüngere Beitrag von Foucault die Handschrift seiner trockenen Machtanalyse. Vielleicht schlagen sich in dieser etwas distanzierten Haltung auch die Erfahrungen mit extremistischen Vertretern der Anti-Psychiatrie nieder, von deren Naivität er häufig gereizt war (vgl. Eribon, 1993, S.199). In einem Interview sagte Foucault über *Wahnsinn und Gesellschaft*:

„... das Buch (bedeutete, R.Q.) für mich – und für diejenigen, die es gelesen und benutzt haben – eine Veränderung unseres historischen, theoretischen, aber auch moralischen und ethischen Verhältnisses zum Wahnsinn, zu den Irren, zur psychiatrischen Institution... Es ist also ein Buch, das dem der es schreibt, ebenso wie dem, der es liest, als eine Erfahrung dient, viel eher denn als Feststellung einer historischen Wahrheit...Nun ist diese Erfahrung jedoch weder wahr noch falsch. Eine Erfahrung ist immer eine Fiktion, etwas Selbstfabriziertes...Darin liegt das schwierige Verhältnis zur Wahrheit, die Weise, in der sie in eine Erfahrung eingeschlossen ist, die mit ihr nicht verbunden ist und sie bis zu einem gewissen Punkt zerstört.“ (Foucault, 1997b, S.30)

Die Erfahrung ermöglicht uns gewisse Mechanismen zu verstehen, sie anders wahrzunehmen und uns von ihnen zu lösen. Zu einer Verände-

rung bedarf es neben der Erfahrung einer kollektiven Praxis, z.B. eine Bewegung wie die Anti-Psychiatrie.

Der Autor hat natürlich die Rezeption seines Buches nicht in der Hand. Foucault konnte nicht verhindern, daß die Vertreter der Anti-Psychiatrie besonders die repressive Seite der Macht und die glorifizierte Seite des unterdrückten Wahnsinns herausgelesen haben. Verbunden mit einem linken Utopismus wurde der Irre allzu häufig als Kristallisationspunkt der repressiven Macht der Verhältnisse instrumentalisiert und auf seinem Rücken die Revolution geprobt. Soweit erzählt es zumindest der Mythos vom Scheitern der Anti-Psychiatrie: Die selbsternannten Befreier hätten die Irren nur als Menschen mit unterdrückter Freiheit, als rechtlose Individuen gesehen und vollkommen vergessen, daß sie Menschen sind, die Unterstützung und Hilfe benötigen. Sie vergaßen, daß es nicht nur ein Recht sondern auch eine Aufgabe für den Menschen ist, den Wahnsinn zu Ende zu führen. Eine Aufgabe an der viele befreite Irre mangels Unterstützung scheitern mußten. Somit wird der Kern des Mythos sichtbar: Die gesellschaftlichen Verhältnisse in denen sich die Befreiung abspielt. Wenn wir nach Foucault im Wahnsinn den Spiegel der Fremdheit und des Zwanges der realen Welt, die den Menschen auf eine private Welt, das schizophrene Universum verweisen, sehen, stellt sich die Frage: Was braucht der Wahnsinn, um aus dem Spiegel zu treten?

### Emanzipative Praxis

Die Fragen, die sich im Laufe der Arbeit gesammelt haben, erscheinen mit folgender Feststellung im neuen Licht: Das Dilemma von Hilfe und Gewalt in der Psychiatrie ist im historischen Ursprung psychiatrischer Wissenschaft als Hüter der bürgerlichen Normen, als Agent der sozialen Kontrolle begründet.

„Daß die Ausschlußpraktiken und Schutzmaßnahmen nicht mit der mehr theoretischen Erfahrung, die man mit dem Wahnsinn hat, koinzidieren, ist sicher ein ziemlich konstantes Faktum der abendländischen Erfahrung. Noch in unserer Zeit kann man leicht das Unbehagen über eine Unangemessenheit in der Sorgfalt, mit der unser gutes Gewissen sich abmüht, jeden Trennungsversuch auf eine medizinische Bestimmung zu gründen, entziffern.“ (Foucault, 1989, S.165)

Das Dilemma entsteht erst in dem Moment, in dem wir versuchen, soziale Kontroll- und Ausschlußmechanismen medizinisch zu begründen. Erst wenn wir der Propaganda der im Sinne des Patienten medizinisch begründeten Gewaltanwendung unterliegen, wundern wir uns über die Geschehnisse hinter den Mauern der Psychiatrie. Foucault hat gezeigt, daß die Verhältnisse umgedreht gedacht werden müssen: Die psychiatrische Wissenschaft, die Funktion des Arztes in der Irrenanstalt ist Ergebnis und Fortführung der Ausgrenzung des Wahnsinns. Die medizinische Theorie hat sich erst auf dem zum Objekt degradierten Irrsinn errichten können. Die Geschichte ihrer Entstehung hat die medizinische Wissenschaft vergessen, sie zeigt sich nur mehr in der „Natur“ der psychischen Erkrankung.

„...die Art wie man den Irren entfremdet, wird vergessen, um als Natur der Alienation wiederzuerscheinen. Die Internierung ist im Begriff, sich nach den Formen zu ordnen, die sie hat entstehen lassen.“ (Foucault, 1989, S.455)

Erinnern wir uns an den Bericht der schwangeren Frau und ihrer Zwangseinweisung. Aus medizinischer Sicht ein peinlicher Betriebsunfall. Um das fürsorgliche Gewissen zu beruhigen, wird man über die Schwierigkeiten der Grenzziehung zwischen gesunden und kranken Willen diskutieren, juristische Unterstützung bei der Feststellung des Moments der Unzurechnungsfähigkeit einfordern. So Asmus Finzen (1990, S.32):

„Unter diesen Voraussetzungen hat nicht nur die Gesellschaft das Recht, ihn gegen seinen Willen einzuweisen; der Kranke selber hat ein Recht, der Behandlung zugeführt zu werden – und sei es gegen seinen Willen.“ Klaus Ernst schreibt dazu: „Wo andere realisierbare Betreuungsmöglichkeiten ausscheiden, kann dieser Zwang gegenüber dem Kranken in der Tat die relativ humanste Lösung bedeuten. Unerträglich scheint mir auf diesem Hintergrund nur zu sein, daß die Kriterien für eine Einweisung gegen den Willen des Patienten so vage sind...Das kann nicht mit rechten Dingen zugehen.“

Nein, das kann es nicht. Die juristische Position kann nicht dermaßen genau formuliert werden, weil die Ärzte die Experten sind, die im Zweifelsfall mit einem Gutachten die richterliche Entscheidung bestimmen. Die medizinische Wissenschaft fragt den Wahnsinn nach seiner Wahr-

heit, das ist ihr Privileg. Dass sie dabei auch die Verantwortung für die Ausschließung tragen muß, liegt in ihrem Herrschaftsanspruch über den Wahnsinn begründet. Die von Finzen zitierte Äußerung von Klaus Ernst führt uns auf eine weitere Spur: Werfen wir einen Blick auf die „realisierbaren Betreuungsmöglichkeiten“.

Neben der klassischen Anstaltspsychiatrie gibt es seit den 60er Jahren die Sozialpsychiatrie. Ihre spezifischen Kontroll- und Ausgrenzungsmechanismen wurden eingangs geschildert. Aktuelle Bewegungen berufen sich auf die Rechte und Bedürfnisse der Klienten. Entweder als professionelle Haltung der Ermächtigung (Empowerment) von Klienten (vgl. Stark 1996) oder in marktförmiger Form als Qualitätssicherungsdebatte, in der Klienten als Kunden von psychosozialen Dienstleistungen betrachtet werden. Mit Blick auf die Argumentation Foucaults, daß jede Gesellschaft ihren Wahnsinn produziert, muß jedoch jede Psychiatriereform, die sich lediglich auf Rechte und Bedürfnisse des Individuums beruft, ihren Gegenstand verfehlen. Ansatzpunkt reformatorischer Bewegungen müssen vielmehr auch die gesellschaftlichen Entfremdungsmechanismen sein. Nun ist die psychiatrische Landschaft ein Teil der Gesellschaft, einer der Grenzgebiete, an dem eine Kultur ihre positive Gestalt durch die Form des Ausschlusses gewinnt. Es spricht also nichts dagegen mit den reformatorischen Bewegungen hier anzufangen. Nur wie?

In der Psychiatrieszene ist im Moment einiges in Bewegung. Eine Fülle von Veröffentlichungen zu dem Bereich Selbsthilfe und Selbstorganisation von Psychiatrie-Erfahrenen (vgl. Buck, 1995; Gartelmann et al., 1997; Geislinger, 1998) und zu der entsprechenden professionellen Haltung, dem „Empowerment“ zeugen davon. Es gibt Psychose-Seminare, Beschwerdestellen, Weglaufhäuser, Selbsthilfegruppen, den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, das Soteria-Projekt usw. (Überblick bei Voelzke, 1998). Wie sind diese Projekte in den Feldern von Hilfe/Kontrolle und Vernunft/Wahnsinn positioniert? An welchen gesellschaftlichen Orten finden die Auseinandersetzungen statt? Auf einem kurzen Streifzug durch Texte, die einige oben genannten Projekte vor-



stellen und kommentieren, möchte ich erste Hinweise zu diesen Fragen sammeln.

In Texten zu neuen Umgangsformen zwischen Professionellen und Betroffenen findet sich häufig eine individualisierende Vorstellung der Beziehung.

„Wir können ‚unseren‘ Patienten wieder als eigene Person, als ein ‚Gegenüber‘ erkennen, als jemand, ... mit dem wir um eine Beziehung ringen und über verschiedene Wirklichkeiten verhandeln.“ (Bock, 1998, S.281)  
Und daran anschließend die Forderung: „...daß Allgemeine und Entwicklungspsychologie gegenüber der klinischen Betrachtungsweise wieder mehr Raum gewinnen.“ (ebd., S.282)

Auch die alten Vertreter der Daseinsanalyse und der Phänomenologie werden bemüht, um das reduktionistische Menschenbild der medizinischen Psychiatrie zu erweitern (ebd., S.283). Dieser idealistische Ansatz, der konkrete gesellschaftliche Machtverhältnisse übergeht, verführt zum Träumen:

„Doch ist hier eine Entwicklung im Gange, die die Psychiatrie mindestens genauso nachhaltig beeinflussen kann wie die erstarkte und mit Industriemitteln mächtig gesponserte biologische Psychiatrie.“ (ebd., S.283)

Die Frage nach der normalisierenden Funktion der Psychiatrie wird von der Frage nach humaneren Formen des Umgangs, nach den „besseren“ Behandlungsmethoden, abgelöst. Unter dem Postulat einer neuen, menschlicheren Beziehung werden jedoch auch neue, effektivere Kontrollmechanismen eingeführt.

„Trotz der Ablehnung herkömmlicher psychiatrischer Kontrolle, mußten auch in diesem System Kontrollprobleme – wie physische Gewalt, verbale Übergriffe, Regression, bizarres Verhalten – gelöst werden.“ (Kroll, 1998, S.22)

Diese Aussage bezieht sich auf das Soteria-Projekt von Mosher in Kalifornien. Die Soteria ist ein Wohnhaus, in dem akut schizophrene Patienten weitgehend medikamentenfrei in reizarmer Umgebung von Professionellen und Laien begleitet werden. „Kontrollprobleme“ tauchen also auch hier auf, werden aber nicht medikamentös gelöst sondern durch „infra-control“ (ebd.): Die soziale Ordnung wird „intuitiv“ durch interpersonelle Interaktionen aufrechterhalten.

„Die soziale Sichtbarkeit – beispielsweise eines ruhigen und gelassenen Betreuers – hat dabei das Potential, Verhalten im Normbereich hervorzurufen... Mit der Phase des 'Monitoring' ist die Möglichkeit verbunden, Aufmerksamkeit stärker auf einen bestimmten Bewohner zu fokussieren um ungewöhnliches oder störendes Verhalten zu modifizieren.“ (ebd.)

Mosher, der Begründer des Soteriaansatzes in Kalifornien, hat einige Zeit in Kingsley Hall, dem antipsychiatrischen Projekt von Ronald Laing, gearbeitet und diese Erfahrungen in die Entwicklung des Soteria-Konzeptes eingebracht. Die antipsychiatrischen Wurzeln sind offensichtlich in der weiteren Entwicklung der Soteria zunehmend verlorengegangen, so ist die Soteria in Bern von Luc Ciompi auf der Basis seines psychosozial abgerundeten biologischen Krankheitsverständnisses gegründet. Als Motor dieser Entwicklung kann man die ungesicherte Finanzierung neuer Psychiatrieprojekte, so auch der Soteria (vgl. Aebi, 1993; Kroll, 1998) sehen. Die knappen Personalschlüssel in Verbindung mit dem großen emotionalen Engagement der MitarbeiterInnen führen häufig zu Überforderung. Die Unsicherheit der Finanzierung zwingt dazu, Effektivität im Sinne von Behandlungserfolgen zeigen zu müssen. So droht trotz des Einsatzes von Laien eine zunehmende Professionalisierung und Therapeutisierung der Soteria, sei es als Schutz vor Überlastung oder als Rechtfertigung des eigenen Tuns gegenüber der Öffentlichkeit und damit als Voraussetzung für eine weitere Finanzierung.

Ein Projekt, das sich offen als antipsychiatrisch bezeichnet, ist das Weglaufhaus, eine Villa am Stadtrand von Berlin, die seit 1996 existiert und 13 Plätze für obdachlose, psychiatrisierte Menschen für jeweils 6 Monate bietet. Das bedeutet für die MitarbeiterInnen mit Menschen in extremen psychischen Krisen zusammenzuleben, ohne sich auf Psychopharmaka, psychiatrische Krankheitskonzepte und Behandlungsmodelle zu stützen.

..... die gemeinsamste Theorie ist die, ohne eine solche im Haus zu sein.  
Ohne eine Lehre und mit einer Leere, die Platz bietet für das, was ist.“  
(Kempker, 1998, S.9)

Es gibt jedoch eine theoretische Auseinandersetzung, auf die sich diese Haltung stützt: Die Kritik an der Entwirklichung des Alltags durch seine ständige Psychologisierung, die Kritik an der Absicherung von Norma-

lität durch Pathologisierung des Abweichenden, die Kritik an den psychiatrischen Praxis durch die Anti-Psychiatrie. Das Weglaufhaus zeigt, daß Anti-Psychiatrie nicht in der Kritik stehen bleiben muß. Ausgehend von der Initiative Betroffener, in Zusammenarbeit mit engagierten Laien und Professionellen konnte auf der Basis antipsychiatrischer Positionen für Menschen in psychischen Krisen ein gesellschaftlicher Raum, frei von therapeutischen Zwang, geschaffen werden. Kempker schildert die Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten, die durch die Zusammenarbeit von Psychiatrie-Betroffenen, Laien und Professionellen in dem Team des Weglaufhauses entstehen: Wer gilt als "betroffen"? Ist das eine besondere Auszeichnung? Ist „betroffen sein“ nicht eine zu passive Beschreibung? Paßt „Erfahrene“, „NutzerInnen“, „Überlebende“ als Bezeichnung besser? Intern müssen solche Fragen immer wieder diskutiert werden, in der Außendarstellung hat das Team eine faszinierende Lösung gefunden. Bei öffentlichen Veranstaltungen, bei Presse-terminen, lassen die MitarbeiterInnen offen, ob sie in der Psychiatrie waren oder nicht, damit nicht „irgendwelche willkürlichen und zufälligen Stigmatisierungen – sogenannte psychiatrische Diagnosen – durch das Öffentlichmachen der eigenen Psychiatriebetroffenheit mit vertauschten Vorzeichen von uns selbst immer wieder erneuert werden“ (Kempker, 1988, S.133). Diese selbstreflexive Haltung, die eigene Tätigkeit, die eigene Position zu hinterfragen, ist wohl eine Fähigkeit, die ein homogen besetztes Professionellenteam, auch wenn es kritisch gegenüber der Psychiatrie eingestellt ist, schwer entwickeln kann. Im Weglaufhaus dagegen sind die Fragen, die die Anti-Psychiatrie stellt, das Verhältnis von gesund und krank, die Frage nach Definitionsmacht und Gewalt, in der Praxis ständig präsent. Darin liegt das Besondere an diesem Projekt:

„Der Aufenthalt hier ist zwar im Vergleich zur Psychiatriegeschichte meistens eine kurze Phase. Aber es scheint von Bedeutung zu sein, einmal die Erfahrung gemacht zu haben, daß die herrschende Realität nicht uneingeschränkt herrscht, daß es andere Sicht- und Umgangsweisen gibt.“ (Kempker, 1998, S.100)

Das Bild der Selbstorganisation von Psychiatriebetroffenen ist heterogen. Es gibt viele am medizinischen Diagnosen und Erklärungen orientierte Selbsthilfegruppen. So schreibt ein Betroffener:

„Vor einigen Jahren nahm ich an einem Versuch teil, eine Selbsthilfegruppe für manisch – depressive Menschen zu gründen. Im Anschluß an einen Vortragsabend begannen wir, nach Diagnosen „depressiv“, „Manisch“ und „Manisch-depressiv“ drei getrennte Selbsthilfegruppen zu bilden. Leider lösten sich sehr schnell alle drei Gruppen wieder auf, was nicht ganz untypisch ist bei Selbsthilfegruppen mit diesen Krankheitsbildern.“ (Broll, 1997, S.183)

Die sich eher politisch verstehenden Organisationen, wie der Bundesverband Psychiatrieerfahrene e.V. zeigen eine interessante Mischung von Außen- und Innenorientierung. Die politische Arbeit ist ein selbstreflexives, eng mit der eigenen Erfahrung verknüpftes Projekt. Der Zusammenhang von Selbsthilfe und öffentlicher Interessenvertretung macht das Private politisch und erlaubt Widersprüche zu reflektieren:

„Die Gefahr ist, auch bei einer Selbsthilfeorganisation, daß sie unwillkürlich Versorgungsangebote macht und Versorgungswünsche weckt... und schon ist die Selbsthilfe eine Versorgungseinrichtung wie (fast) jede andere und verpaßt gerade die Chance, die sie als einzige zu bieten hat: Unterstützung und solidarisches Geleit auf dem je eigenen forschenden Weg zu geben, der zwischen Versorgungshaltung ...einerseits sowie eigenverantwortlicher Selbst(vor)sorge andererseits zu gehen ist.“ (Wörishofer, 1997, S.194)

Die Psychiatrieerfahrenen mischen sich in den öffentlichen wie professionellen Diskurs ein, mit dem Ziel aus dem Status des medizinischen Objekts zu einem eigenen subjektiven Verständnis der psychotischen Erfahrungen zu gelangen. Sie streiten für gesellschaftliche Anerkennung und Respekt, für einen sozialen Ort und damit auch für gesellschaftliche Veränderungen. (vgl. Wörishofer, 1997; Buck, 1997).

Eine Bewertung der emanzipativen Möglichkeiten verschiedenen Projekte fällt schwer. Es zeigen sich aber deutliche Unterschiede in der Ausgangsposition zwischen reinen Selbsthilfensätzen und von Professionellen mitgetragenen Projekten. Die selbstorganisierten politischen Projekte der Psychiatrie-Erfahrenen können als Betroffene in der Form von „identity politics“ eine besondere Sensitivität für psychiatrische

Macht und Kontrolle entwickeln und aus der Position der gesellschaftlich Ausgegrenzten politisch agieren. Sie haben jedoch Schwierigkeiten finanzielle Mittel zu organisieren und in der psychiatriepflichterischen Ebene mitzugestalten. Ihnen fehlt es an Macht. In anderer Weise problematisch ist die Standortbestimmung für kritische Professionelle in der Zusammenarbeit mit Betroffenen in alternativen Projekten: Sie geraten in die Gefahr paternalistisch wohlwollend für die Betroffenen zu handeln, die eigenen Motive unzureichend zu reflektieren und damit Machtverhältnisse zu verschleiern und aufrechtzuerhalten. Trotzdem sind sie im Sinne der Psychiatriebetroffenen eine wichtige „Ressource“ und werden gebraucht. Die Psychiatrie-Erfahrenen ihrerseits drohen in der „partnerschaftlichen“ Zusammenarbeit mit Professionellen in einer abhängigen Position zu bleiben, auch wenn es ihnen nicht so deutlich wird wie in den vergleichsweise offeneren Formen der sozialen Kontrolle in der (Sozial)-Psychiatrie.

In Erinnerung an den Titel von Basaglias Buch bleibt also am Schluß die Frage: Wie vermeiden wir Professionelle es, in unseren Bemühungen dienstbar zu sein, im Sinn der sozialen Kontrolle und Befriedung? Wohl indem wir unsere Bemühungen nicht nur auf die Suche nach besseren Formen der psychologischen und medizinischen Behandlung richten, sondern die Macht- und Herrschaftsverhältnisse, auf denen die Psychologie und die Medizin basieren, in Frage stellen. Dafür hat uns Foucault den Weg bereitet.

#### Literatur

- Aebi, Elisabeth (Hg) (1993). Soteria im Gespräch: über eine alternative Schizophreniebehandlung. Bonn.
- Armbruster, Jürgen & Obert, Klaus (1990). Hilfe, Kontrolle und Gewalt in der sozialpsychiatrischen Versorgung. In Sozialpsychiatrische Informationen 4/90, S.26-29.
- Basaglia, Franco et al. (Hg.) (1980): Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen. Frankfurt a.M
- Bock, Thomas (1998): Partnerschaft – Perspektiven einer dialogischen Psychiatrie. In: Thomas Bock & Hildegard Weigand (Hg.). Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn.

- Broll, Dieter (1997). Ein-Blick in eine Selbsthilfegruppe. In: Anke Gartelmann & Andreas Knuf (Hg.). Bevor die Stimmen wiederkommen: Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn.
- Buck, Dorothea (1997). Drei Säulen der Selbsthilfe. In: Anke Gartelmann und Andreas Knuf (Hg.). Bevor die Stimmen wiederkommen: Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn.
- Castel, Robert (1980). Vom Widerspruch der Psychiatrie. In: Franco Basaglia et al. (Hg.). Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen. Frankfurt a.M.
- Dörner, Klaus (1969). Bürger und Irre. Frankfurt a.M.
- Engel, Ursula (1996). Zum Verhältnis von Psychiatrie und Pädagogik. Frankfurt a.M.
- Eribon, Didier (1993). Michel Foucault. Frankfurt a.M.
- Fink-Eitel, Hinrich (1992). Foucault zur Einführung. Hamburg.
- Finzen, Asmus (1990). Psychiatrie zwischen Hilfe und Gewalt. In Sozialpsychiatrische Informationen 4/90, S. 29-34.
- Foucault, Michel (1977). Psychologie und Geisteskrankheit. Frankfurt a.M.
- Foucault, Michel (1980). Macht-Wissen. In Franco Basaglia et al. (Hg.). Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen. Frankfurt a.M.
- Foucault, Michel (1989). Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt a.M.
- Foucault, Michel (1992). Was ist Kritik? Berlin.
- Foucault, Michel (1994). Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.
- Foucault, Michel (1997). Archäologie des Wissens. Frankfurt a. M.
- Foucault, Michel (1997b). Der Mensch ist ein Erfahrungstier. Gespräch mit Ducio Trombadori. Frankfurt a.M.
- Fraser, Nancy (1994). Widerspenstige Praktiken. Macht, Diskurs, Geschlecht. Frankfurt a.M.
- Kempker, Kerstin (1998). Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglauffhaus. Berlin.
- Kroll, Bettina (1998). Mit Soteria auf Reformkurs. Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie. Gütersloh.
- Marti, Urs (1988). Michel Foucault. München.
- Stark, Wolfgang (1996). Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg im Breisgau.
- Ternmeier, Ursula (1990). Gewalt und Kränkung. In Sozialpsychiatrische Informationen 4/90, S. 2-4.
- Wörishofer, Gottfried (1997). Ein-Blick in eine Selbsthilfe-Organisation. In: Anke Gartelmann & Andreas Knuf (Hg.). Bevor die Stimmen wiederkommen: Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen. Bonn.