

6 Das Patientensubjekt des Kollektivs: Die radikale Politisierung der Krankheit

Bis hierhin wurde argumentiert, dass dem modernen Subjektkonzept des Patienten keine überzeitliche oder philosophische Wahrheit eingeschrieben ist. Vielmehr ist das moderne Patientensubjektkonzept in spezifischen wissenschaftlichen Diskursformen und Praxisroutinen hervorgebracht worden, die als Klinik und Arzt-Patienten-Dyade auf eine Kurzformel gebracht werden können. Gezeigt wurde mithilfe der genealogischen und subjektkonstitutionsanalytischen Methode, wie die Diskurskontexte der Klinik und der therapeutischen Arzt-Patienten-Beziehung die Singularität der Patientin erklärbar gemacht haben. Die Patientin hat als spezifiziertes Subjekt innerhalb dieser Diskurse und Praxisreflexionen besondere Attribute verliehen bekommen: Sie ist ein und dasjenige Individuum, das diagnostizierbar ist, sei es mit einer akuten, einer chronischen, einer präsymptomalen Krankheit oder Krankheitsdisposition, sie ist also wesentlich durch medizinische Definitionsmacht bestimmt. Sie befindet sich aktuell oder prospektiv in medizinischer Behandlung oder Beforschung und hat sich einer bestimmten sozialen Rolle zu fügen, die das Kranksein verregelt und einen eher passivierten Status impliziert.

Daraufhin wurde gezeigt, dass diese Subjektvorstellung durch einen begrenzten, eher randständigen akademischen Diskurs, nämlich der Patientengeschichtsschreibung, systematisch herausgefordert worden ist. Dieser wissenschaftliche Diskurs verfolgte die wissenspolitische Strategie, das Patientensubjekt mit der verschütteten Geschichte seines emanzipierten Selbstbewusstseins aus den Sedimenten medizinhistorischer Archive zu heben und – nicht immer widerspruchsfrei – an historische Machtpotenziale zur ›patientischen‹ Autonomie und Agentivität zu erinnern. So hat er immerhin einen kleinen Schritt in Richtung diverser Denkmöglichkeiten von ›Patientenpolitik‹ geleistet. Im weiteren Verlauf soll gezeigt werden, dass es ein anderes Feld gibt, in dem die Selbstbehauptungsbestrebungen von Patient*innen noch klarer hervortreten und weitaus größeren gesellschaftlichen und gesellschaftstheoretischen Eindruck hinterlassen haben: das Feld der modernen Psychiatrie und der im Hinblick auf diese Fragestellung zu rekonstruierende theoretische Diskurszusammenhang der Antipsychiatrie. Hier gewinnt das Patientensubjekt genealogisch gesehen genau

die Eigenschaften, die ausgehend von seinen geschilderten disziplinären Herkunft, praktischen Ursprüngen und wissenschaftlichen Ausdeutungen als überaus unwahrscheinlich beurteilt hätten werden müssen: Man begegnet einem Patienten-subjektkonzept, welches radikal politisch und radikal kollektiv angelegt ist. Über eine erste psychiatriehistorische Annäherung und die Relektüre dreier unterschiedlicher Antipsychiatrie-»Klassiker« werden erste Hinweise dafür gesammelt, welches (politisierende) Subjektdenken über den psychiatrischen Patienten existiert hat und wo ihm auf welche Weise theoretisch Möglichkeiten zur Radikalisierung und Kollektivwerdung »angeboten worden sind«. Die Subjektkonstitutionsanalyse wird sich dann über Texterzeugnisse eines historischen Patientenkollektivs, dem Sozialistischen Patientenkollektiv Heidelberg, seiner praktischen Bildung und Politisierung von Krankheit zuwenden.

Bevor in die Analyse eingestiegen wird, sei ein methodologischer und inhaltlicher Hinweis vorangeschickt: Zwar geht es im Folgenden um ein noch »spezifizierteres« Patientensubjekt als um das Patientensubjekt, dem prinzipiell in allen medizinischen Fach- und Forschungsgebieten zu begegnen wäre, nämlich um das Patientensubjekt der (Anti-)Psychiatrie – damit verlässt die Genealogie allerdings nicht ihren thematischen Pfad, sondern sucht nun diejenigen empirisch-historischen Orte auf, an denen das Subjekt auf signifikante Art und Weise politisch und kollektiv gedacht werden konnte und wurde. Diese Möglichkeiten waren nicht überall gleich verteilt und haben sich in spezifischen gesellschaftlichen, theoretischen, medizinischen und kulturhistorischen Kontexten ergeben. Diese Leitorientierung, die den Wechsel der Kontexte und »Patiententhematiken« erlaubt, gilt ebenso für die nächsten genealogischen Phasenschließungen.

6.1 Patientensubjektkonzepte der (Anti-)Psychiatrie

Um den genealogischen Sprung in ein neues Feld und eine neue Phase der Patientenpolitiken zu schaffen und gleichzeitig anschlussfähig zu bleiben an die vorherigen Argumente zur Formation moderner Medizin und therapeutischer Praxis soll zuerst danach gefragt werden, welche Leitvorstellungen das moderne psychiatrische Patientensubjekt fundieren, und genauer: zu welchen Ausprägungen die moderne medizinisch-naturwissenschaftliche Konzeption des Patienten in der modernen Psychiatrie gerinnt. Danach soll gefragt werden, welche Deutungsangebote und Umarbeitungen drei unterschiedliche antipsychiatrische Ansätze dieser Konzeption entgegensetzen. Grund dafür ist, die diskursive und praktische Variabilität und Neubesetzungsmöglichkeit des Patientensubjektkonzepts aufzuzeigen. Dazu werden die jeweiligen (gesellschafts-)theoretischen und philosophischen Kritikansätze der Antipsychiatrie aufgefächert und wird gezeigt, welche Subjektverständnisse sie ihrerseits jeweils erzeugen. Mit diesem Arsenal an Kontextwissen über die Medizin, Wissenschaft und Institution der Psychiatrie sowie den drei ersten Infragestellungen psychiatrischen Macht-Wissens kann die Patientensubjektkonstitutionsanalyse am Fall des Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg systematisch eine weitere Form der Patientensubjektivität ausleuchten, die im direkten Zusammenhang mit ihrer Politikfähigkeit und Kollektivität steht.

6.1.1 Von der Geschichte der modernen Psychiatrie zu den Subjektkonzepten des antipsychiatrischen Denkens

In Anschluss an Klaus Dörner (1979, S. 776-783) lässt sich die Formation, die weiter oben »moderne Psychiatrie«¹ genannt wurde, folgendermaßen verorten und beschreiben: Die moderne Psychiatrie gelangt zu einem bestimmten Zeitpunkt, nämlich um 1900, zu einer Charakteristik, die die Psychiatrie als medizinische Wissenschaft auszeichnet. Bis dahin, so Dörner, sei es keinesfalls klar gewesen, ob sich die Psychiatrie nicht beispielsweise als reine politökonomische Technik oder Philosophie entwickeln würde – in der industriellen und moralisch-pädagogischen Ära waren noch Angehörige diverser Berufsstände in den psychiatrischen Irrenhäusern und Anstalten versammelt, die alle möglichen Redeweisen über den psychiatrischen Gegenstand führten. Ein beliebter Topos ist beispielsweise die Differenz zwischen Vernunft und Unvernunft: Es gibt zuvor Strömungen, die die Unvernunft der Irren als Krisenherd und -erscheinung der Sozialen Frage behandeln, weswegen die Psychiatrie als Ort der Einhegung dieser ökonomisch problematischen weil unwirtschaftlichen Unvernunft dienen soll.² Andere Strömungen sehen die Psychiatrie als Institution an, die den Irren Hilfe zukommen lassen, die gesellschaftliche Gerechtigkeit herstellen und Anpassung an das aufklärerisch-rationale Menschenbild leisten muss.

Phillipe Pinel löst unter letzteren Vorzeichen in Frankreich bereits um 1800 die Ketten der Irren und beendet damit diese Form der Grausamkeit, die man ihnen im Ancien Régime angetan hat. Pinel ist wie Xavier Bichat Kliniker der Pariser Schule, vereinigt die wissenschaftliche Methode der Symptombeobachtung allerdings mit einem philosophischen Ansatz des *traitement moral* (vgl. GK, S. 168; Dörner 1979, S. 778). Zivilisiert und rational erscheint diese Maßnahme auf den ersten Blick – Foucault (WG, S. 500ff.) weist aber darauf hin, dass die Befreiung von den Ketten eine Befreiung des Wahnsinns in der Internierung bedeutet. Der Wahnsinn offenkündigt sich erstmals nicht mehr als tierische Verworfenheit der Zeichen, hoffnungslos verloren für und isoliert vom Regelbetrieb der Gesellschaft, sondern lässt die Naturevidenzen, die Symptome des Wahnsinns sichten, die gleichzeitig soziale Unkonformitäten erzeugen, da sie sich als Laster, als Grausamkeit, als Boshaftigkeit im Gefüge des nachrevolutionären Gesellschaftsplans bahnbrechen. Was aber als wissenschaftliches Symptom und moralisch-sozialer Störfaktor »ent-deckt« wird, kann prinzipiell – eben medizinisch und moralisch – geheilt werden. Heilung ist keine psychologisierende, sanfte Umprogrammierungstechnik, sie schließt die Isolation und Intimidation des Kranken ein. Gewaltandrohung,

1 Auch in diesem Kontext impliziert der Begriff »modern« nicht, dass alles, was vor dem 19. bzw. 20. Jahrhundert an psychiatrischen Praktiken, Diskursen und Ideen im Umlauf war, in sich unmodern, archaisch oder weniger rational gewesen wäre. Er bedeutet genealogisch gesehen nur, dass die Psychiatrie bis dahin weitestgehend anderen Regeln der Wissensformierung, der Machtverteilung, der Raumnutzung und anderen sozialtechnologischen Zugriffslogiken und -praktiken unterworfen, eben unter einer anderen, »nichtmodernen« *episteme* organisiert war (vgl. Abschn. 3.2.1).

2 Irresein stört also ähnlich wie das Gespenst des Pauperismus den »Projekt- und Programmcharakter einer lohnarbeitszentrierten Vergesellschaftung« (Bohlender 2007, S 144, FN 1).

körperliche Arbeit, der kurzzeitige Einsatz von Zwangsmaßnahmen (Zwangsjacke, Einsperrung im dunklen Zimmer ect.), die Forderung, am täglichen Leben der Anstaltsroutine mit anderen Psychiatrisierten teilzunehmen (Schrenk 1973, S. 54ff.) – all dies umfasst der Maßnahmenkatalog Pinels. Daneben wird der Patient der Psychiatrie genauso wie der Patient der Klinik erfasst, definiert und letztlich in seiner modernen Form »erfunden«:

»Oberstes Prinzip ist zwar auch für ihn [Pinel, HG] die klinische Erfahrung, aus der sich immer wieder neue Konsequenzen für die Behandlung ergeben – auch dort, wo bestimmte Regeln nicht von vornherein gegeben sind. Hierfür ist aber 1. eine große Kasuistik unerlässlich (»numerisch-statistische« Methode); 2. müssen alle individuellen Details im Charakter und in den persönlichen Verhältnissen des Kranken beachtet werden; 3. ist das sorgfältige Studium der Krankheitsvorgeschichte von Bedeutung.« (Schrenk 1973, S. 60)

Folgt man also Foucault (WG), Dörner (1979) und auch Robert Castel (1979), ist es genau diese Bündelung gesellschaftlicher, ökonomischer, medizinisch-wissenschaftlicher, körpertechnischer und philosophischer Voraussetzungen, in denen sich die Psychiatrie als Asyl und Theorie-Praxis-Zusammenhang langsam aber sicher ordnet und professionalisiert. Kurzum: Die Psychiatrie wird später als »Pinelscher Komplex«, also als freies, aber geschlossenes Feld, in dem soziale Unzulänglichkeiten (später: Devianzen) und individuell bestimmte, medizinische Pathologien gleichermaßen ernstgenommen und in ihren Verschmelzungen gemeinsam kuriert werden müssen, je mit anderem Schwerpunkt die Antipathien der Psychiatriekritiker und Antipsychiater auf sich ziehen.

In Deutschland bleibt die Trennung zwischen psychiatrischer Theorie und psychiatrischer Praxis als Anstaltspraxis noch rund fünfzig Jahre länger als in Frankreich bestehen: Die psychiatrisch-praktisch Tätigen schreiben nur selten Bücher, die bücherschreibenden Psychiater haben wenig Kontakt zu den Irren (Dörner 1979, S. 778). Als es aber soweit ist, dass man in Deutschland in einem theoretisch-praktischem Zusammenhang forscht, lehrt und behandelt, stellt man die Psychiatrie genau auf die Probe: Die institutionalisierte Psychiatrie ist pluridimensional und wird in den Aspekten ihrer subjektiven und objektiven, idealistischen und materialistischen, seelischen, körperlichen und sozialen Auswirkungen erstmals und selbstkritisch reflektiert (Dörner 1979, S. 778; vgl. auch Schott/Tölle 2006, S. 66). Dörner und Johann Glatzel argumentieren für die deutsche Psychiatrietradition, dass es dort schon sehr früh Ansätze reformistischer Reflexionsbewegungen gibt. In Deutschland ist die traditionelle Psychiatrie nie radikale Anstaltspsychiatrie, welche sich vor allem durch ihre hermetische Verräumlichung und die Möglichkeit zur unkontrollierten Gewaltanwendung auszeichnet. Es finden sich in Deutschland bereits um 1900 Programme, »die die menschenwürdige Behandlung der Geisteskranken in Gestalt einer Öffnung der Anstalten und der Schaffung flankierender, die extramurale Rehabilitation unterstützender Dienste« (Glatzel 1975, S. 13) beabsichtigen, beispielsweise die Familienpflege und die offene Fürsorge, die ab der letzten Hälfte des 20. Jahrhunderts als sozialpsychiatrisch-ambulante Versorgungsstruktur systematisch ausgebaut werden wird. In diesem Umfeld werden (einige, aber sicherlich nicht alle) Psychiatriepatienten letztlich zu Grenzgängern zwischen Anstalt und sozialem Mi-

lieu (vgl. Wolters et al. 2013, S. 13). Auf dieser Grenze, die für den Patienten nach Ansicht Pinels hätte bis zu seiner Heilung aufrecht erhalten werden müssen, findet dann die Integration von psychiatrischer Medizin und Sozialisierung ihren vorläufigen Ort.

Psychiatrie, vor allem in Deutschland, ist also nicht nur Anstalt, sie ist aber auch nicht nur Sozialisierung, sie ist trotz aller Einflüsse sozialarbeiterischer, sozialtechnologischer und philosophischer Einflüsse in den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts vor allem, wie weiter oben bereits angedeutet wurde, eine medizinische Wissenschaft. Institutionell sichtbar wird dies, als die Psychiatrie sich selbst um 1880 eine ›Personalunionslösung‹ einrichtet: Der Psychiatrie-Professor mit Lehrstuhl fordert eine psychiatrische Universitätsklinik mit Beobachtungsstationen, Aufnahmestationen und Polikliniken und erhält diese auch. So muss er sich nicht mehr regelmäßig in die Irrenanstalt, die zuvor noch ›Patientenreservoir‹ war, begeben und kann in seiner Funktion als Wissenschaftler und Klinikchef in seiner Einrichtung forschen (Eulner 1970, S. 282). Um 1900 hat sich die Psychiatrie schließlich auch europaweit universitär etabliert und wird in das humanmedizinische Ausbildungscurriculum aufgenommen (Schmiedebach 1996, S. 127): Im Jahre 1901 wird in Deutschland der ›Irrenheilkunde‹ ein selbstständiger Prüfungsabschnitt eingeräumt (Eulner 1970, S. 281).

Ergebnis ist, dass der Patient der Psychiatrie jedem anderen somatisch-symptomatischen Patienten, dessen Subjektkonzept von den klinischen Methoden der Physiologie und Pathologie und durch die Funktion der medizinisch-therapeutischen Arzt-Patienten-Dyade hervorgebracht worden ist, *gleichartig* wird. Die Entwicklung der Psychiatrie als medizinischer Wissenschaft hat mehrere Ursachen (vgl. im Folgenden Dörner 1979, S. 779): Körpermedizinische Erklärungsmodelle haben immer mehr an Überzeugungskraft gewonnen, man folgt einem streng liberal-humanistischen Fortschrittsgedanken, der sich als naturwissenschaftlich-antiphilosophische Rationalität entpuppt. Man erklärt seelische Störungen als Körperkrankheit und kann die Patient*innen so auch in der therapeutischen Situation von den Vorurteilen religiöser, aber auch moralischer Schuld und sozialer Ungebührlichkeit entlasten. Ein medizinischer Durchbruch und ein wissenschaftliches Faszinosum ist, dass man die Progressive Paralyse auf eine Spirochäteninfektion zurückführen kann. Dies bedeutet, dass die Hälfte aller Psychiatrierten deswegen psychiatrisiert sind, weil sie sich verrückt benehmen, und diese Verrücktheit ist als Psychose, bedingt durch eine hirnorganische Veränderung durch den Syphilis-Erreger, zu erklären! Dieser ›Aha-Effekt‹ weckt unter Psychiatern das Bedürfnis, auch hinter anderen seelischen Störungen organisch-biologische Läsionen und Veränderungen im Gehirn als Ursache zu vermuten (Schott/Tölle 2006, S. 206).

Dörner (1979, S. 780) bemerkt, dass nun die Idee der Medizin, die Patientin auch als handelndes Subjekt zu sehen, fast gänzlich verschwindet. Medizin wird naturwissenschaftlich-positivistisch ausgelegt, und die Überzeugung, die Ursachen der Krankheit könnten sowohl körperliche als auch seelische und soziale Ursachen haben, die die Medizin als philosophische Disziplin wohlgeübt miteinander in Beziehung setzen und reflektieren kann, verblasst. Dies hat, so bemerkt Dörner, folgende Auswirkung:

»Diese [die Irren, HG] hießen jetzt zwar ›Kranke‹, hatten aber wenig davon, da die Entdeckung der körperlichen Ursachen bis heute immer wieder zum Versprechen für kom-

mende Generationen gemacht wird (erkenntnistheoretisch eine metaphysische Form der Gewißheit). Entsprechend ändern sich Umgang und therapeutische Haltung ihnen gegenüber. Es bleibt ein objektivierend-kontrollierendes Interesse an ihnen: diagnostisch, klassifikatorisch, objektiv-psychopathologisch, an ihren Leichen hirnpathologisch. Es entsteht eine Ontologie von Krankheitseinheiten. Da sie als körperkrank gelten, werden sie vermehrt in Betten behandelt, was sie zusätzlich abhängig macht und hospitalisiert, ohne daß ihnen bis heute die volle rechtliche Gleichstellung mit Körperkranken zuteil wird.« (Ebd.)

Es wird spätestens mit dieser Bewertung der klinischen Psychiatrie deutlich, dass Dörner nicht einfach nur ein ausgezeichnete Chronist der Psychiatrie ist, der, wie er selbst einführt, den Spuren der Gesellschaftstheorie und der Sinnhaftigkeit der Psychiatrie über die Jahrhunderte folgt; er ist ebenso selbst Psychiater und zugleich ein Kritiker der positivistisch-hypermedizinischen Psychiatrie samt ihres Patientensubjektkonzeptes. Andere antipsychiatrische, psychiatriekritische und psychiatriereformerische Unternehmen der 1960er bis 1980er Jahre haben ein ähnliches Ansinnen, das Subjektkonzept der Psychiatriepatientin anzugreifen oder zumindest infrage zu stellen und beziehen sich dabei problematisierend auf einen oder mehrere Aspekte der von Dörner beschriebenen Figur, wie sie sich in der Gemengelage des psychiatrischen Asyls, der naturwissenschaftlich-medizinischen Diagnose und der körpertherapeutischen Behandlung zwischen Theorie, Praxis und Diskurs herauschält.

Diese Punkte der Kritik werden nun anhand dreier einschlägiger und immer wieder rezipierter antipsychiatrischer Unternehmen (vgl. zur Übersicht Bopp 1980; Nasser 1995; Rechlin/Vliegen 1995; Payk 2004; Majerus 2010) unter die Lupe genommen. Entscheidend wird hier sein, einen ersten Eindruck davon zu bekommen, wie diese drei ›Leuchttürme der Antipsychiatrie‹ – Thomas S. Szasz, Ronald D. Laing und David Cooper – dem Problem ›Patientsein‹ theoretische Kontur geben, wie sie ein Spektrum von Patientensubjektkonzepten anlegen (vom Patienten als bürgerlich-monadischem Individuum, als einem relational hervorgebrachten Gruppenangehörigen bis hin zu einem revolutionären Klassensubjekt) und welches Verständnis vom Politischen sich mit ihnen jeweils verbindet.

6.1.2 Thomas S. Szasz: Der Mythos der Krankheit und die libertäre Atomisierung des Patienten

In der Geschichte der antipsychiatrischen Intervention stechen die Beiträge des US-amerikanisch-ungarischen Psychiaters Thomas S. Szasz besonders hervor, denn seine Methode, gegen die Psychiatrie zu schreiben, kann als ein philosophischer Aktivismus (Williams/Caplan 2012, S. 1379) besonderer Art beurteilt werden. Szasz argumentiert in einem Aufsatz aus dem Jahre 1960, aus dem später die in der antipsychiatrischen Szene stark rezipierten Monografien *Geisteskrankheit. Ein moderner Mythos?* (Szasz 1972) und *Die Fabrikation des Wahnsinns* (Szasz 1974) hervorgehen werden, dass psychische Erkrankungen und psychopathologische Erscheinungen schlichtweg nicht existieren (Szasz 1960, S. 113). Die als medizinisch sinnvoll erachteten Maßnahmen, mit sogenannten Geisteskranken umzugehen, bauen auf einer Erfindung auf. Diese Erfindung – dieser Mythos

– erfüllt eine Funktion innerhalb der modernen Gesellschaft, irgendwie mit den Problemen, die vermeintlich Geisteskranke im sozialen Miteinander verursachen, fertig zu werden. Um dieses Argument stichhaltig zu machen, zieht er einen historischen Vergleich:

»We may recall in this connection that not so long ago it was devils and witches who were held responsible for men's problems in social living. The belief in mental illness, as something other than man's trouble in getting along with his fellow man, is the proper heir to the belief in demonology and witchcraft. Mental illness exists or is ›real‹ in exactly the same sense in which witches existed or were ›real.« (Szasz 1960, S. 117)

Was in der Moderne als Symptom einer Geisteskrankheit bewertet werde, sei ein verstecktes soziales und ethisches Urteil über das Handeln und Erleben einer Person. Dieses Urteil wäre im Mittelalter über die Person ebenfalls ausgesprochen worden, allerdings nicht mittels medizinischer, sondern religiöser Argumente. Das Urteil hätte entsprechend nichts mit einer ›richtigen medizinischen Diagnose‹ zu tun (Szasz 1975, S. 24).³ So, wie der frühe Katholizismus für die Sache der Inquisition Hexen verfolgte, quälte und tötete, weil der Glauben an Zauberei nicht nachvollziehbares Verhalten erklärte, weil man gefährliche Elemente in diesem Verhalten, beispielsweise Frauen mit Totgeburten zu unterstützen, vermutete und die Verfolgung der ›Hexen‹ Kontrolle der Gesellschaft ermöglichte, so sind Geisteskranke bzw. Menschen mit einer attestierten Geisteskrankheit die Sündenböcke der Moderne (Szasz 1974, S. 21, 394).

Die Gewalt, die von der Psychiatrie ausgeht, ist allerdings keine rein epistemologische ›Zurechtbiegung‹ irritierender Personen zu devianten Verdächtigen oder eine zivilisiertere Form der Unterdrückung und Verfolgung. Sie ist vor allem materielle, körperlich einschneidende Gewalt. Szasz beschäftigt sich mit der Psychiatrie als Wissenschaft, aber noch vielmehr mit dem, was er als institutionale Psychiatrie fasst. Die wissenschaftliche Psychiatrie diene der institutionalen Psychiatrie hervorragend, indem sie rechtfertige, Menschen zu erniedrigen und sie in ein Ding zu verwandeln (Szasz 1975, S. 180). Diese institutionale Psychiatrie – das figurative Pendant zum goffmanischen totalen Asyl (Goffman 1972) – begegnet ihrer Patientin als gewaltvoller Zwang, die Patientin hat keine Kontrolle gegenüber dem Arzt-Experten, der sie behandelt und die typische Maßnahme dieser institutionalen Psychiatrie ist die unfreiwillige Einlieferung in die Heilanstalt (Szasz 1974, S. 15). Szasz, dies ist wichtig zu verstehen, schreibt seine frühen Texte vor dem Hintergrund der staatlich angeordneten, massenhaften Inhaftierung und Verwahrung von Menschen in psychiatrischen Institutionen in den Vereinigten Staaten der 1950er Jahre: Der Großteil dieser ›Patienten‹ wird, so berichtet er, auf gerichtlichen Beschluss hin zwangshospitalisiert und entmündigt. Methoden

3 Szasz ist in diesem Sinne kein Medizinskeptiker. Das psychiatrische Argument, eine Geisteskrankheit ergebe sich aus einer Gehirnerkrankung, lehnt er deswegen ab, weil die psychiatrische Wissenschaft den Nachweis nicht erbracht hätte, wie und warum eine Gehirnerkrankung ›Lebensprobleme‹ auslösen sollte. Während man biologisch-physiologisch-organische Schädigung einfach feststellen könne, sei immer ein ethisches Urteil am Werk, wenn man das Verhalten und den Glauben eines Menschen eben an diese Defekte binden wollte. So ›wahr‹ organische Schädigungen also seien, so unmöglich sei es, Glauben, Denken und Verhalten eines Menschen von diesen naturalistisch abzuleiten (Szasz 1975, S. 22-28).

wie Lobotomie, Insulin- und Matrazolschock, Elektrokonvulsion sowie die chemische Zwangsjacke (also neuroleptische Psychopharmaka) berauben der Patientin zusätzlich ihrer Würde (Szasz 1978, S. 59f., 81). Für Szasz ist, bildlich gesprochen, das Patientsein eine äußere Hülle einer repressiven sozialen Situation, in der ein moralisch begabtes, mit unveräußerlichen Rechten ausgestattetes, bürgerliches Subjekt geraten ist: Die Ideologie der Psychiatrie sieht »das Individuum als Patienten und nicht als Bürger.« (Szasz 1975, S. 95) Diese repressive Situation, in der die Bürgerin zur Patientin wird, entsteht nicht aus der Psychiatrie selbst heraus, die institutionale Psychiatrie ist vielmehr der verlängerte Arm des Staates, der über einen medizinisch-rechtlichen Machtzugriff Bürger*innen vom Zugang zu ihren Freiheitsrechten abhält. Wenn man den Staat im Namen von Wohlfahrt und der Gesundheitspflege den Eingriff in die persönliche Lebensführung seiner Bürger erlaube, so solle man sich nicht wundern, wenn dieser die Regierten paternalistisch behandle, sie bevormunde und in geschlossenen Institutionen bar jeden Schutzrechts missbrauche. Szasz prophezeit der eigentlich individualistischen Gesellschaft der Vereinigten Staaten, mit ihren Erwartungen an die Fürsorge des Staates einer kollektivistisch orientierten und unfreien Gesellschaftsordnung Vorschub zu leisten – die Sowjetunion liefert für ihn das abschreckende Beispiel (Szasz 1978, S. 286-294). Szasz betreibt seinen philosophischen und rechtspolitischen Aktivismus aus der politischen Position des Libertarismus heraus, der zwar eine »extreme Form« (Szasz in Mitchell 2009, S. 7) bei ihm habe, aber angeblich doch verwurzelt im amerikanischen Liberalismusdenken sei. In einem Interview bekundet er:

»Ich bin sehr misstrauisch, wenn es um die Vermischung von Medizin – insbesondere Psychiatrie – und Staat geht, weil ich – der klassischen anglo-amerikanischen Tradition gemäß – den Staat als Mittel zur Ausübung von Macht und Gewalt ansehe, und nicht als Mittel, Gutes zu tun.« (Ebd.)

Für Szasz macht das Individuum-Sein des Patienten seine Kerndefinition aus, denn die institutionale Psychiatrie diagnostiziert das Individuum nicht nur, sie sondert es vom gesellschaftlichen Verkehr ab und beschädigt es in seiner Individualität. Dabei problematisiert Szasz aber nicht den individualisierenden Charakter medizinisch-psychiatrischer Macht an sich, er will vielmehr gegen die psychiatrische Macht das Individuum-Sein rechtlich und moralisch stärken. Denn das Individuum-Sein des Bürgers ist moralisch ideal, ist aber die offene Flanke, die den Bürger als Patient im staatlichen Hoheitsrecht besonders verletzlich macht. Nur der Weg zu *mehr Individuum-Sein*, dem Erkämpfen des individuellen Persönlichkeitsrechts vor den Gerichten rettet den Bürger aus der Situation des Patientseins. Weiterhin argumentiert Szasz in Kohärenz mit der libertären Position, dass der Markt dem freien Individuum-Sein auch in medizinischen Belangen am gerechtesten wird: Während die institutionale Psychiatrie auf Zwang beruht, basiere die vertragsmäßige Psychiatrie auf informierter Zustimmung zwischen zwei frei wählenden Individuen – dem Therapeuten als Privatunternehmer und dem Klienten, der ihn für geleistete Dienste entlohnt. Nur diese Form der Psychiatrie, in dem der Therapeut bezahlt und der Klient freiwillig behandelt wird, sieht Szasz als legitim an (Szasz 1974, S. 16, 23f.).

Vom universalen, eben gerade nicht wirtschaftenden Status der Arztrolle, den Parsons ebenfalls in den Vereinigten Staaten der 1950er Jahre beobachtete und theoretisier-

te, ist also nicht mehr viel übrig. Der Patient ist in seiner Idealform ein monadisches Subjekt, als Rechtssubjekt geschützt durch negative Freiheitsrechte, die eine staatliche Einmischung in die Moralfähigkeit und Lebensführung des Individuums verhüten; als Klientensubjekt ist er befähigt zur freien Vertragswahl und mit ökonomischen Mitteln ausgestattet, um kontraktuelle, ökonomische Austauschbeziehungen einzugehen. Der Patient kann so seiner Rolle als freier Bürger in einer freien Marktgesellschaft gerecht werden. Die institutionale Psychiatrie, die all dies verhindert, gehört abgeschafft. Allerdings setzt Szasz dafür nicht auf die Patient*innen selbst:

»But the writings of Szasz and Goffman implied that there was little that mental patients could do to better their own conditions. Change must come from the ›oppressors‹. While such theories may have inspired professionals to seek institutional reform, they provided little incentive for patients to unite in concerted political action. These writers speak of oppression but they do not speak to the oppressed.« (Anspach 1979, S. 771)

Der Staat muss Medizin und sich selbst deinstitutionalisieren und die Patient*innen sind allenfalls, wenn es nach Szasz geht, im Kampf gegen die Psychiatrie wieder als Individuen mit individuellen Fallgeschichten auf die Gerichte verwiesen. Die Kritik der Psychiatrie ist für Szasz eine intellektuell-elitistische, moralphilosophisch begründbare, auf libertären Prinzipien fußende Tätigkeit, die systematisch entwickelt wird und sich nicht vom Erfahrungskontext des Erkranktseins, des Krankheitserlebens, des Betroffenseins oder von anderen sozialen Bewegungen in und um die Psychiatrie beeindrucken lassen muss. Kollektiv orientierte, auf gemeinsamer Erfahrung, gemeinsamen Interessen und Bedürfnissen basierende Organisationsformen, die sich für die Verbesserung der Lage von ›geisteskranken‹ Menschen einsetzen, rufen bei ihm ganz im Gegenteil großes Misstrauen hervor. Im Interview mit Natasha Mitchell konstatiert er:

»Dieses Konzept der Geisteskrankheit ist so grundlegend für die moderne Gesellschaft geworden, dass Millionen Menschen von der Behinderung durch Geisteskrankheit leben. Es gibt richtige Lobby-Organisationen von und für psychisch Kranke, die zwar sagen, dass es keine Geisteskrankheiten gibt, aber Geld kassieren mit der Begründung, dass sie etwas für Menschen täten, die durch eine psychische Erkrankung behindert seien. Der Geisteskrankheitsbegriff ist so sehr ein Bestandteil des Rechts geworden, dass es schwierig werden würde, morgen das Recht ohne dieses Konzept anzuwenden.« (Szasz in Mitchell 2009, S. 10)

Alle sozialen und politischen Organisationsversuche, die für die Anerkennung, Rechte und die soziale Teilhabe psychisch Erkrankter arbeiten, sorgen also dafür, dass der Mythos der Geisteskrankheit fortbesteht, dass der Geist der Psychiatrie aus der Institution hinauswandert und seine Heimat in das Individuum unterminierende Patientenbewegungen und -organisationen findet. Mit diesen Ansätzen kollektiv organisierter, durch ›institutionalisierte Patientenpolitik‹ ins Werk gesetzte Psychiatriekritik kann Szasz nicht sympathisieren. Soziale Beziehungen, die bei dem Befreiungskampf der psychiatrisierten Patient*innen eine emanzipative Wirkung entfalten könnten, kommen für Szasz als politisches Mittel der Veränderung mithin ebenfalls nicht in Betracht – sie vertragen sich sozialtheoretisch und ethisch nicht mit der individuellen Subjekt-

position, die Patient*innen als Bürger*innen zu ihrem Lebensglück verhelfen soll.⁴ In anderen antipsychiatrischen Interventionen spielen soziale Beziehungen zwischen Individuen in der psychiatrischen Situation jedoch eine dezidierte Rolle. Diese weiten den Blick auf andere Subjektkonzeptionen der Patientin und führen neue Überlegungen zu ihrer sozialen Verwobenheit und Politikfähigkeit ein.

6.1.3 Ronald D. Laing: Getrenntheit der Erfahrung und die Erfahrung in der Gruppe

Es ist Ronald D. Laing, der ein gänzlich anderes Patientensubjektkonzept vorlegt als dasjenige, das Szasz durch seine Arbeit begleitet. Es ist aber auch sehr verschieden von Definierungen, die durch den klinisch-psychiatrischen Diskurs um 1900 aufgekommen waren. Diese Haltung, nämlich gegen den hegemonialen Diskurs der klinischen Schizophrenieforschung, aber auch gegen die orthodoxe Psychoanalyse anzutreten, zeichnet Laing nach Nick Crossley (2006) als einen Psychiater *und* als der antipsychiatrischen Bewegung zugehörig aus, insofern, als dass er sich die Freiheit nimmt, psychiatrisch »antiklinisch«, also eher philosophisch orientiert⁵ zu denken und praktisch zu arbeiten (vgl. auch Porter 2002, S. 210). Laing studiert in Glasgow Medizin und lässt sich dort zum Psychiater ausbilden. Während seiner Ausbildung beschäftigt er sich mit den Werken Edmund Husserls und Jean-Paul Sartres. Später nimmt er seine Arbeit an der Londoner Tavistock-Klinik auf und widmet sich dort der Schizophrenie- und Familienforschung (Goddemeier 2014b). Es geht Laing im Laufe seiner Tätigkeit nie darum, die Psychiatrie abzuschaffen, sie zu deinstitutionalisieren oder als Wissenschaft *per se* infrage zu stellen. Er will vielmehr ihre wissenschaftstheoretischen Grundlagen »entklinikisieren«, damit psychiatrischem Denken und Handeln ein spezifisches philoso-

-
- 4 Seine libertäre Psychiatriekritik radikalisierend, erschien es ihm allerdings kein Widerspruch zu sein, sich Ende der 1960er Jahre mit Scientology zu verbünden, um die Citizens Commission on Human Rights ins Leben zu rufen (Watts 2012). Diese Organisation setzt sich bis heute – nach eigenen Angaben – für Opfer von psychiatrischen Zwangsbehandlungen ein. Nach dem Bericht von Cosgrove (2003) darf stark bezweifelt werden, dass diese Organisation für Gewaltfreiheit am Patienten, antitotalitäre Strukturen und für Non-Profit-Zwecke steht. Donald Westbrook stellt sogar systemische Konvergenzen zwischen der theoretischen Position Szasz' und L. Ron Hubbards fest: »The collaboration, however, turned out to be surprisingly logical in light of the convergence of the ultimately dissonant views of Hubbard and Szasz on the encroachment of psychology and psychiatry in society. For Szasz, the alliance was motivated by a libertarian vision in which coerced psychiatric treatment was a demon to be exorcised from the authoritarian state. For Hubbard, especially in his later years, the alliance was motivated by a deeply theological vision for society in which psychiatry was an evil and suppressive subject whose very extraction was necessary to safeguard spiritual liberation.« (Westbrook 2017, S. 51)
 - 5 Laing bildet hier keine unbedingte Ausnahme in der psychiatrischen Lehre und Praxis. Ludwig Binswanger beispielsweise entwickelte seit den 1920er Jahren die Daseinsanalyse, indem er auf die Existenzphilosophie und die psychoanalytischen Methoden der Traumdeutung zurückgriff, und Karl Jaspers' *Allgemeine Psychopathologie* von 1913 verwies auf den Unterschied zwischen Erklären und Verstehen psychopathologischer Prozesse – während pathologische Phänomene, die durch organische Veränderungen herbeigeführt werden, erklärt werden können, müssen pathologische Phänomene, die die Entwicklung der Persönlichkeit betreffen, als erlebte Bedeutung durch den Psychiater verstanden, also sinnhaft nachvollzogen werden (DE1/1; DE1/2, S. 183).

phisches Fundament verliehen werde, das seiner ›Wahrheit‹ von Patientensubjektivität und menschlicher Subjektivität entspreche und damit zu größeren Heilungsaussichten führe.

Entscheidend ist, dass Laing ein Patientensubjekt-konzept entwirft, welches durch einen existenzialphilosophisch-phänomenologischen Ansatz gebildet und durch eine Methode des hermeneutischen Verstehens der Person des Patienten zugänglich wird. Für Laing, so führt er in einem seiner wichtigsten Bücher, *Das geteilte Selbst* (1972), aus, ist der Patient, der an einer Schizophrenie leidet, nicht einfach ein Kranker, der in seinem Verhalten ein Krankheitsbild präsentiert. Er ist auch nicht allein als ein wissenschaftliches Objekt, das sich entsprechend einer Krankheitsontologie klassifizieren lassen muss, intelligibel. So nämlich verstanden die klinischen Psychiater seit Beginn an Schizophrenie – insbesondere angeleitet durch Emil Kraepelins Konzept⁶ der *Dementia praecox*. Dieses Konzept und die geschilderte Objektifizierung eines irritierten, rufenden und tobenden Schizophrenen in einem Hörsaal (Laing 1972, S. 34ff.) stehen hier für einen Zugang zur Krankheit und zum Kranken, der prinzipiell keinen höheren wissenschaftlichen Wahrheitsanspruch einlöse als derjenige, den er, Laing, entwickle. Für Laing ist entscheidend, dass jeder Schizophrene als eine Person verstanden werden muss, die mit ihrer Existenz in der Welt situiert ist, und deren Wahrheit über ihre existenzielle Position durch ihr Leben, Erleben und Verhalten zum Ausdruck kommt (Laing 1972, S. 45). Diese existenzielle Wahrheit erschließt sich allerdings nicht durch klinisch-naturwissenschaftliche Kategorien. Solange der klinische Blick auf den Kranken gerichtet bleibt, findet folgender Mechanismus statt:

»Psychotiker« ist der Name, den wir für die andere Person haben, die zu uns in einer trennenden Beziehung von besonderer Art steht. Nur wegen dieser interpersonalen Trennung fangen wir an, ihren Urin zu prüfen und nach Anamolien (sic!) im Diagramm der elektrischen Aktivität des Gehirns zu suchen.« (Laing 1972, S. 44)

Hier wird deutlich, dass der klinische Blick Patient*innen als Entitäten erfasst, die gebündelten Symptome dem Individuum (dem Einen mit Harnblase und Hirn) zurechnet und das Individuum in dieser Operation von anderen, ›weltlichen‹ Zusammenhängen abtrennt. Laing kommt in der Bewertung des Effekts der klinischen Methode auf die Patientensubjektivität also zu einer ähnlichen Einschätzung wie diejenige, die Foucault in *Die Geburt der Klinik* (GK) trifft. Anders als Foucault, der sich nichts von der hermeneutischen Zugangsweise zum Patientensubjekt verspricht, da die Phänomenologie

6 Der psychopathologisch Erkrankte wird spätestens seit Kraepelin (1901) gemäß einer diagnostisch-nosologischen Grundbegriffsordnung, die auch eine genaue Krankheitsbeschreibung beinhaltet, typologisiert. Kraepelin ist damit als psychiatrischer Kliniker (Mit-)Begründer der biogenetischen Theoriegrundlage der klinischen Psychiatrie und Schizophrenie-Forschung (Krüll 1977, S. 15) sowie einer der Wegbereiter für die Vereinheitlichung diagnostischer Grundbegriffe in (psychiatrischen) Klassifikationssystemen wie dem ICD und dem DSM. Eugen Bleuler ersetzt in *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (1911) den Begriff der *Dementia praecox* durch den Begriff Schizophrenie (Fusar-Poli/Politi 2008; Schott/Tölle 2006, S. 397). Die Schizophrenie ist heute im ICD-10 in Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), als F20 unter Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen (F20-F29) normiert, vgl. ICD-10-WHO Version 2019 (2019).

versucht, einen authentischen Kern, eine individuell-persönlich angereicherte Wahrheit eines Menschen freizulegen (GK, S. 12), versucht Laing, aus dieser philosophischen Haltung heraus die Patientin nicht als wissenschaftlich erfassbares, diagnostizierbares und zu therapierendes Individuum, sondern als einen Menschen zu sehen, der ›in der Welt‹ und als solcher einerseits existenziell getrennt von anderen Menschen ist, sich andererseits mit anderen Menschen in einer bedeutsamen sozialen Beziehung befindet. Jeder Mensch, ob gesund oder krank, psychisch unbeeinträchtigt oder beeinträchtigt, ist Personifikation und Ausdruck seiner relationalen Erfahrungen.

Die erste Konsequenz, nämlich die therapeutische Konsequenz, die sich daraus ergibt, ist: Die Patientin steht in der Welt verortet, die Therapeutin muss sich dessen bewusst werden und sich aktiv mit ihr in Beziehung setzen. In-Beziehung-Sein mit der Patientin bedeutet für die Therapeutin, die Patientin nicht zu diagnostizieren, mit psychoanalytischer Aufklärung oder mit Medikamentierung zu heilen und auch nicht, sie auf Vernünftigkeit in einer kooperativen Beziehung zu verpflichten und auf Therapie-treue hinzuführen, sondern in erster Linie, ihren Standpunkt einzunehmen, ihr In-der-Welt-Sein *verstehen* zu können (Laing 1972, S. 31). Laing macht also deutlich, dass nicht die phänomenologisch beschriebene und existenziell erlebte Trennung eines Individuums von anderen weltlich-sozialen Zusammenhängen an sich problematisch ist (sie ermöglicht überhaupt erst die Erfahrung von Autonomie), allein die klinische Abtrennung und Objektifizierung ist in sich die falsche Methode, sich der Ganzheitlichkeit der Person zu nähern. Die Ärztin *muss* prinzipiell nicht den klinischen Blick anwenden und sich in eine distanzvolle Therapeutenposition setzen, sie kann diese Distanz überbrücken und der Erfahrungswelt der Erkrankten schließlich auf den Grund gehen.

Die zweite Konsequenz, nämlich die philosophisch-psychiatrische, ist, dass Schizophrenie kein Anzeichen für eine natürliche Erkrankung (des Gehirns beispielsweise) darstellt, sondern, dass eine Unbalance in der Erfahrung des schizophrenen Menschen, eine »ontologische Unsicherheit« (Laing 1972, S. 47) herrscht, die die Trennung von und das In-Beziehung-Sein mit anderen Menschen betrifft. Die ontologisch sichere Person fühlt sich lebendig, im Inneren konsistent, substanziell, bewahrt, einheitlich in Geist und Körper. Die ontologisch unsichere Person macht die Erfahrung, sich nicht lebendig zu fühlen, im Selbst differenziert von der Welt und ihrem Körper zu sein (Laing 1972, S. 50). Es befallen sie Ängste vor dem Verschlungenwerden, der Implosion, dem Zu-Stein-Werden und der Depersonalisation (Laing 1972, S. 52). Die ontologisch unsichere Person empfindet dieses Entreißen ihrer Identität, das Entblößen und das mögliche Auflösen im Anderen, mit dem sie in Beziehung ist, als Bedrohung. Das »unverkörperte Selbst wird hyperbewußt. Es versucht, sich seine eigene Imago zu postulieren« (Laing 1972, S. 84), das heißt, dass

»ein unverkörpertes ›inneres‹ oder ›wahres‹ Selbst, das in sich einen Mikrokosmos möglichst ohne Rekurs auf reale Beziehungen oder seinen Körper bildet, vielmehr [...] die Wahrnehmung und Handlung als einem ›falschen Selbst-System‹ entspringend empfindet und [...] diese mit kritisch-kontrollierendem, übermäßigem Selbstbewusstsein überwacht.« (Ruck/Slunecko 2008, S. 120)

Der schizoide Mensch fürchtet sich vor der Interaktion und der Beziehung zu realen lebendigen Leuten (Laing 1972, S. 94) und baut einen Schutzwall der reinen Selbstbezüg-

lichkeit auf. Die Patientin wird von Laing also als ein Beziehungswesen gesehen, dessen Selbst- und Fremdbeziehungen prekär geworden sind. Es ist nicht eine Krankheit, die sie so macht, Schizophrenie stellt in Erfahrung und Verhalten »eine spezielle Strategie dar, die jemand erfindet, um eine unerträgliche Situation ertragen zu können.« (Laing 1973b, S. 104) Dies geschieht aber nicht spontan, sondern ist Ergebnis schwieriger Interaktions-, Kommunikations- und Beziehungsprozesse: »Das soziale System muß Untersuchungsobjekt sein, nicht das Individuum, das man daraus extrapoliert.« (Ebd.)

Daher die dritte, sozialphänomenologische bzw. soziologische Konsequenz: Die Lebenswelt der Patientin muss als eine Lebenswelt erfasst werden, in der insbesondere schwierige familiäre Beziehungen für das Leiden in Betracht kommen (z. B. das Motiv der schizophrengen Mutter, vgl. Wolff/Hartung 1972, S. 31). Familie ist also nicht etwas, das dem Patienten in der Krankenrolle als Rückzugsort und Sorgeumgebung in seiner Salutogenese dienlich ist (Parsons/Fox 1952), es ist tatsächlich das natürlichste Milieu seelischer Krankheit – aber nicht, weil der Patient hier Mitleid erfährt und am besten gepflegt würde (GK, S. 34, 56), sondern weil er hier erst schizoid wird. Die Patientin wird von Laing und Aaron Esterson in ihrem Therapieansatz immer als »Person-in-einem-Nexus« (Laing/Esterson 1975, S. 27) gesehen, einem Wesen in Gemeinschaft und differenzierten Relationen zu anderen Angehörigen der Gemeinschaft, das allerdings in unterschiedlichem Maße überfordert, widersprüchlich (vgl. auch die Doppelbindungs-Theorie nach Bateson et al. 1956; Laing 1973a, S. 154ff.) oder übergriffig behandelt wurde, sodass die Schutzmechanismen der Schizophrenie einsetzten. Laings Konzeptualisierung von Patientensubjektivität ist also, dass die Patientin als Erfahrungsreservoir sozialer Verhältnisse, also kollektiver, interpersonaler und selbstbezoglicher Beziehungen, begriffen werden muss.

Aus diesem Patientensubjekt-konzept, das den Patienten durch sein In-der-Gruppe-Sein, als kollektives Wesen⁷ versteht (in der klassischen klinischen Erfahrung undenkbar und für das parsonssche therapeutische Handlungssystem weitestgehend irrelevant), folgt die vierte Konsequenz: Man kann mit der Form des In-der-Gruppe-Sein experimentieren, neue Beziehungen aufbauen und seelische Probleme in der Gruppe bearbeiten. Laing startete ab 1965 inmitten der britischen *counter-cultural scene* in London ein experimentelles Wohnprojekt, in dem von Schizophrenie und Psychosen Betroffene in einem Raum der therapeutischen Gemeinschaft zusammenkommen konnten (Kotowicz 1997, S. 3). In diesem Projekt, Kingsley Hall, wurden die traditionellen psychiatrischen Rollen abgebaut und Laing ließ – seinen (selbst-)hermeneutischen Ansatz radikalisierend und unter teilweiser Nutzung psychodynamischer Drogen – dem Wahnsinn der Patient*innen freien Lauf:

7 Diese Form der Kollektivität bzw. Kommunalität will Laing aber nicht mit einem »sozialen Organismus« (Laing/Esterson 1975, S. 22) verwechselt sehen – es sei ein Unterschied zu behaupten, dass eine Gruppe phänomenologisch erfahren werden könnte oder dass die Gruppe einen ontologischen Charakter bekäme, die Gruppe also als irreduzibel auf die Einzelnen zu behandeln ist. Für beide Lesarten aber ist die klinische Erfahrung gleichermaßen nicht empfänglich. Diese antipsychiatrische Kritik des ontologischen sozialen Organismus ist außerdem deswegen nicht unerheblich, da das Motiv des »Aufgehens in der Gruppe« für die Geschichte antipsychiatrischer politischer Patientensubjektivität durchaus eine Rolle gespielt hat (vgl. Abschnitt 6.2.2.5).

»What marks out Kingsley Hall is that it was conceived as a project where the mad-woman and madman could be met on their terrain, where some form of genuine dialogue with Unreason could happen. Perhaps this was the only project where such a thing could really take place, even if only sporadically«,

so formuliert es Zbigniew Kotowicz (1997, S. 88) ein wenig schwärmerisch.⁸

Diese Form der radikalen therapeutischen Gemeinschaft, in der sich Patient*innen als Gruppe und als ein Kollektiv Betroffener sehen können, macht sozusagen die produktive Seite des In-Beziehung-Seins, das für sie in anderen, »pathogenen« Kontexten schwierig geworden war, aus. Dass Krankheit in der Gemeinschaft der Kommunard*innen nicht als Störfaktor, sondern als kreative, progressive Kraft konzeptualisiert wird, die innerhalb einer Gruppe Betroffener offen thematisiert und in ihrer Destruktivität therapiert werden kann, ist allerdings kein einmaliges Phänomen in der antipsychiatrischen Geschichte. Auch zuvor hatte es Versuche gegeben, therapeutische Gemeinschaften einzurichten – in der therapeutischen Gemeinschaft nach den Vorstellungen Maxwell Jones' beispielsweise waren die Rollen zwischen Therapeuten und Patient*innen jedoch nicht dermaßen konsequent aufgehoben worden wie in Kingsley Hall (Burston 1996, S. 80). Am Beispiel des Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg wird man dieser Form des kollektiven Patientenseins wiederbegegnen, allerdings weniger in Gestalt eines Wohnprojekts, sondern mit einem dezidiert politischen und gesellschaftskritischen Anspruch, den Laing und die Kingsley-Kommunard*innen zumindest nicht privilegiert hatten (Bopp 1980, S. 49ff.).⁹

- 8 Laing selbst hat nie ein Buch über Kingsley Hall verfasst, lediglich einen kurzen, wenig verbreiteten Text, in dem er resümiert: »Some of us in London have set up a number of households where we do not play our part in the game of saying we are not one of them, or one of you. We have changed the paradigm. Someone is involved in a desperate strategy of liberation within the micro-social situation he finds himself. We try to follow and assist the movement of what is called »(sic!) an acute schizophrenic episode«, instead of arresting it.« (Laing 1968, S. 53) Durch die Schrift *Meine Reise durch den Wahnsinn* von Mary Barnes (1973) bekommt man, insbesondere in den vom Psychotherapeuten Joseph Berke kommentierten Abschnitten, einen guten Eindruck, wie die therapeutische Gemeinschaft der Philadelphia Association um Berke, Laing, Aaron Esterson, David Cooper und Joan Cunlold sich organisiert, um sich um die psychotische Künstlerin Barnes zu kümmern. Die Gemeinschaft lässt Barnes mit ihren Fäkalien Wände beschmieren, sie füttern sie auf ihr Verlangen hin mit einer Babyflasche, sie bleiben im Gespräch miteinander, sie führen den Haushalt gemeinsam (Berke in Barnes 1973, S. 199ff.).
- 9 Ron Roberts und Theodor Itten (2006) schlagen zwar vor, Laings antipsychiatrische Herangehensweise als marxistisch zu verstehen, da er die Machtverteilung innerhalb der Familie als einen Faktor der Schizophreniegenese thematisiert; wenn es, Laing folgend, nachvollziehbar erscheint, dass die Schizophrenie innerhalb einer *Politics of Experience* und *Politics of the Family* (so die englischsprachigen Originaltitel seiner Hauptwerke) entsteht, da Erfahrung und das Situiertsein in Familie immer auch mikroskopischen Kämpfen um Positionierung und Abgrenzung der Individuen im und vom Kollektiv unterliegen, so ist aber doch fragwürdig, ob diese Kräfteverhältnisse dann mit marxistischen Terminologien sinnvoll erfasst werden können bzw. ob diese nicht einfach von ihrem theoretischen Gehalt entleert werden (Bopp 1980, S. 49). Weiter unten wird zu zeigen sein, dass es andere Versuche gab, den marxistischen Theorierahmen für antipsychiatrische Kritiken fruchtbar zu machen. Laings Beitrag zu einer »politischen Antipsychiatrie« jenseits der »Politik der Erfahrung und der Familie« jedenfalls bleibt ansonsten wenig signifikant. Er bezieht sich allenfalls sehr allgemein auf antipsychiatrische Motive, wie sie vor allem von Erving Goffman in die Diskus-

Laing also hat das psychiatrische Patientsein als in sozial-therapeutischen Beziehungen, in realweltlichen Kollektiven und durch gesellschaftlich-soziale Verhältnisse verursacht gelesen. Diese Diskursmotive lieferten guten ›Nährboden‹ für nachfolgende radikal kollektive, antipsychiatrische Patientenpolitiken.

6.1.4 David Cooper: ›Revolution machen‹

Ein ehemaliger Mitstreiter Laings in der Philadelphia Association und Kingsley Hall, David Cooper, steht für einen antipsychiatrischen Ansatz, der ein dezidiert politisches Programm anwendet, insofern er über die Beschreibung der mikropolitischen Repression der psychiatrischen Diagnostik und der Unterwerfung der Person innerhalb des Familiennexus hinausgeht (Cooper 1978, S. 139). Ähnlich wie Thomas Szasz befasst sich David Cooper, auf den die Begrifflichkeit ›Antipsychiatrie‹ überhaupt erst zurückgeht (Cooper 1976, S. 83), stärker mit den makropolitischen Strukturen, die die medizinisch-gewaltsame Praxis und Institution der Psychiatrie ins Werk setzen. Cooper legt jedoch seinen antipsychiatrischen Schriften ein Subjektkonzept und eine Form der politischen Kritik zugrunde, die sich grundlegend von denen Szasz' unterscheiden. Während Szasz das Patientenmodell, welches die Psychiatrie in den Vereinigten Staaten und der Sowjetunion geschaffen habe, angreift, weil er den Patienten nicht als medizinisches Subjekt, sondern als bürgerliches Rechtssubjekt verstanden wissen will, bedient sich Cooper marxistischer Analyse- und Kritikmotive (Cooper 1978, S. 41).

Schizophrenie beispielsweise habe keine Wahrheit als medizinisch-nosologische Krankheitsentität, wie sie die klassifizierende Methode und das kasuistische, epistemologische Modell der Psychiatrie hervorbringe; und sie ließe sich darüber hinaus weder in einer biologisch-physiologisch, noch einer sozialen oder soziopsychologischen Ätiologie erfassen (Cooper 1978, S. 135). Die Schizophrenie sei einerseits eine mikrosoziale, durch die Familie ausgelöste Krisensituation, aufgrund derer man die Betroffenen als geisteskrank einschätze und sich dies andererseits durch die Abstempelung zur ›schizophrenen Patientin‹ durch die medizinischen Institutionen bestätigen ließe – soweit geht Cooper mit Laing in *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie* (Cooper 1975, S. 14) mit. Ähnlich argumentiert er wie Szasz in einem im Original später erschienenen Buch, wenn er Schizophrenie als Verrücktheiten rekonzeptualisiert, die in der Sprache zum Ausdruck kommen und die nur deswegen Verrücktheiten seien, weil sie mit den ›normalen Ausdrucksweisen‹ innerhalb einer spezifisch verfassten Gesellschaftsordnung nicht konform gingen. Die Artikulation von Verrücktheit erschüttere eben jene durch die Gesellschaftsordnung bedingte Welteinteilung und man versucht aus Sicherheits- und Ordnungsgründen mittels psychiatrischen Zugriffs, Verrücktheit auszusondern, Verrückte

sion eingebracht worden sind – der Kritik des Labelings bzw. Stigmas und der Kritik des Asyls: »Es gibt keinen solchen ›Zustand‹ wie ›Schizophrenie‹; doch das Etikett ist ein soziales Faktum und das Faktum ein Politikum. Das Politikum besteht in der bürgerlichen Gesellschaftsordnung darin, daß die etikettierte Person mit Definitionen und Konsequenzen belastet wird. [...] Nachdem er [der Eingelieferte, HG] einem Degradierungszereemoniell unterworfen worden ist (bekannt als psychiatrische Untersuchung), wird er seiner bürgerlichen Freiheiten dadurch beraubt, daß man ihn in einer totalen Institution (bekannt als ›Heilanstalt‹) einsperrt.« (Laing 1973b, S. 110f.)

physisch und psychisch zu zerstören (Cooper 1968, S. 7f.). Der Verrücktheit kommt damit eine eminent politische Bedeutung zu, da sie ein Versuch ist, die entfremdeten Strukturen des Lebens in einer Klassengesellschaft von Ausbeutern und Ausgebeuteten hin zu einer Restrukturierung einer weniger entfremdeten Seinsweise zu bewegen (Cooper 1978, S. 30, 33): »Alle Verrückten sind politische Dissidenten. All unsere Verrücktheit ist unsere politische Dissidenz« (Cooper 1978, S. 119). In dem »Verrückten«, der »Schizophrenen«, der »Süchtigen«, dem »Perversen«, also all denjenigen, die als Patient*innen behandelt und verwahrt werden, steckt ein revolutionäres Subjekt. Denn erst in einer revolutionierten Gesellschaft, in der die Entfremdung des Menschen von der Natur und von anderen Menschen aufgehoben sein wird, wird auch die Verrücktheit aufhören, als Stigma und soziales Problem zu existieren. Die Analyse der Verhältnisse legt diese Tatsache offen und bringt Patient*innen mit diesem Revolutionsprojekt in einen Zusammenhang. Cooper stellt fest:

»Zwei Dinge bleiben zu tun: erstens die endgültige Vernichtung des Kapitalismus und des ganzen mystifizierenden Ethos vom Privateigentum; zweitens die soziale Revolution gegen jede Form der Repression, jede Vergewaltigung der Autonomie, jede Art der Überwachung und jede Technik der Seelenmanipulation – die soziale Revolution, die vor, während und immer wieder nach der politischen Revolution, die zur klassenlosen Gesellschaft führt, stattfinden muss.« (Cooper 1978, S. 130)

So lange die sozialistische Revolution nicht erreicht worden ist, bleibt die Antipsychiatrie subversiv gegenüber der repressiven bürgerlichen Gesellschaftsordnung, indem sie die Gewalt der Psychiatrie thematisiert, die Krankheit als normal und die Gesellschaft als krank erkennt, den Sex befreit und auf die Befreiung von allen Zwängen, auch den medizinischen, hofft (Cooper 1976, S. 83-96).

Die Antipsychiatrie als Idee ist also treibende politische Kraft, notwendige gesellschaftliche Umwälzung herbeizuführen und Patient*innen scheinen diejenigen Akteur*innen zu sein, von denen dissidente, subversive, sogar revolutionäre Macht ausgehen könnte – ob sie nun allein und auf welche Weise Träger*innen der Revolution sein könnten, bleibt indes offen. Die Fragen, die Cooper unbeantwortet lässt, betreffen die Praxis, also auf welche Weise mit diesem proklamierten Projekt »ernst gemacht werden könnte«: Auf welchem Wege sollten Patient*innen konkret (im Bündnis mit anderen?) »Revolution machen«, wie müssten sie sich dafür als Kollektiv verfassen, um dieses Ziel zu erreichen? Welche Rolle spielen hier interpersonale Beziehungen, in denen und durch die die Patient*innen zusammenkommen? Und welches Wissen über sich selbst und die Gesellschaft müsste dafür bereitgestellt werden? Wäre (Gegen-)Gewalt ein legitimes Mittel? Auf welche Weise ist Krankheit und Patientsein politisch überhaupt organisierungsfähig? All die Fragen, die Cooper nicht weiter beschäftigt haben, haben zu einer ähnlichen Zeit andernorts an praktischer Relevanz gewonnen. Im Folgenden soll mit den vorgeschlagenen Mitteln der Subjektkonstitutionsanalyse eine historische Antwort auf diese offenen Fragen rekonstruiert werden: Anhand des Falls des Sozialistischen Patientenkollektivs Heidelberg (SPK) werden die konkreten Herstellungspraktiken eines solchen revolutionären kollektiven Patientensubjekts beleuchtet. Damit soll nicht impliziert werden, dass ausgerechnet dieses Patientenkollektiv einen theoretisch systematischen und/oder politisch überzeugenden Weg

gefunden hätte, Antipsychiatrie zu verwirklichen oder Patientenorganisationen zu institutioneller Legitimität zu verhelfen – im Gegenteil: das SPK ist sicherlich zurecht als äußerst problematisches politisches Experiment kritisiert worden. Seine Schriften und Rezeptionen sind allerdings eindruckliche Zeugnisse dessen, wie weit die Idee und Praxis eines ermächtigten Patientenkollektivs getrieben werden kann. So können außerdem sowohl genealogisch frühere als auch spätere Patientensubjektkonzeptionen und -organisationsformen in einem Licht historischer Kontingenz und moderater Politisierungsbemühungen erscheinen.

6.2 Das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg (SPK): Ein politisches Projekt der Krankheit

Der Untersuchung der Konstitution kollektiver Patientenschaft am Beispiel des ab dem Jahre 1970 wirkenden SPK muss ein Überblick über seine forschungsdiskursiven Bewertungen und über die historischen Ereignisse vorangestellt werden, um dem Gegenstand inhaltlich und analytisch gerecht zu werden. Dies erscheint nötig, um sich dem Reizthema SPK als einem historischen Phänomen wissenschaftlich möglichst reflektiert nähern und die Aufgabe erfüllen zu können, auf nominalistische Weise – eben genealogisch als Singularität unter anderen Singularitäten – mit dem SPK umgehen zu können. Die Rekonstruktion der Gegenstandsbestimmungen, Deutungen und historischen Ereignisse allein legt schon einen Großteil der Konflikthaftigkeit, der Politizität dieser bestimmten Form des Patientseins offen. Sind diese Kontexte und Diskurskämpfe erst einmal erschlossen, lässt sich gut gerüstet anhand ausgewählter Texte des SPK in dessen Subjektkonstitutionsanalyse selbst einsteigen.

6.2.1 Perspektivische Gegenstandsbestimmungen, umkämpfte Deutungen und die Rekonstruktion historischer Ereignisse

Die wissenschaftlichen und politischen Bewertungen des SPK sind als auffällig polarisiert zu charakterisieren. Die diversen Einschätzungen des SPK als therapeutischem Zusammenhang und politischem Kollektiv ergeben sich durch die unterschiedlichen Perspektiven und Motivationen, von denen aus in den letzten vier Jahrzehnten zu dieser Gruppe geforscht wurde. Die einschlägigsten wissenschaftlichen und publizistischen Beschäftigungen mit dem SPK, die immer wieder auch Bezüge untereinander herstellen und sich komplizierterweise bezüglich der Qualität und Exaktheit der Ereignisdarstellungen gegenseitig beurteilen, lassen sich grob in drei Gruppen klassifizieren:

Der erste Diskursstrang betreibt vor allem Ursachenreflexion zur Radikalisierung der Studentenbewegung, nimmt Fallstudienforschung zu terroristischen Vereinigungen sowie deren Überschneidungen vor und nutzt dafür das SPK als Beispielerem-