

# Die Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gewalt und Ethik

Angelika Pillen

## Das Bild der Psychiatrie der Gegenwart

Wenn wir die heutige Psychiatrie mit derjenigen vergleichen, die bis in die 70er-Jahre des vorigen Jahrhunderts hinein das Bild bestimmt hat, hat sich auf den ersten Blick viel verändert. Ausgehend von der Psychiatrie-Enquete haben Enthospitalisierungsprogramme zu einer weitgehenden Auflösung der klassischen Institutionen der Internierung geführt. An die Stelle der Furcht und Schrecken verbreitenden Asyle, die Foucault in seinem großen Werk über die Geschichte des Wahnsinns<sup>1</sup> so eindrucksvoll beschrieben hat, sind weitgehend gemeindenahere Versorgungsstrukturen getreten. So finden wir in den Allgemeinkrankenhäusern neben den somatischen Abteilungen nun auch psychiatrische Stationen, die die Gleichstellung der psychiatrischen Patienten mit den an somatischen Krankheiten leidenden signalisieren sollen. Die psychiatrischen Kliniken selber, die gleichwohl noch existieren, haben sich in ihrer Struktur diversifiziert. In der Regel sind sie mit teilstationären Einrichtungen und mit Ambulanzen ausgestattet worden, die eine psychiatrische Betreuung ohne stationären Klinikaufenthalt ermöglichen. Die Verweildauern im stationären Bereich haben sich deutlich verkürzt. Waren Patienten mit psychotischen Krankheitsbildern früher häufig jahrelang interniert, so können sie heute die Klinik bereits nach einigen Wochen verlassen. Zur Vermeidung von langen Verweildauern sind zudem kleinere Versorgungseinheiten wie Wohnheime, Wohngemeinschaften oder das betreute Wohnen für chronisch Kranke geschaffen worden, die dieser Patientengruppe ein weitgehend normales Leben in einer privaten Sphäre ermöglichen sollen. Schließlich ist das Land mit einem Netz sozialpsychiatrischer Dienste ausgestattet worden, die den Individuen in ihrer alltäglichen Lebenswelt psychiatrische Unterstützung zukommen lassen.

Neben den neuen strukturellen Rahmenbedingungen haben sich auch neue Formen der Beziehung zwischen den Professionellen und den zu Betreuenden herausgebildet. Während die medizinische Vernunft vorher in ihren psychopathologischen Beschreibungen einen Monolog über den Wahnsinnigen hielt, ohne ihn selbst zu Wort kommen zu lassen,<sup>2</sup> sind in den letzten Jahren Ansätze zu einem Dialog entstanden. Psychiatrie-Erfahrene melden sich selbstbewusst zu Wort und klagen ein Mitspracherecht bei Entscheidungen ein, die sie betreffen. Sie haben sich in Verbänden organisiert, treten auf Psychiatrie-Tagungen auf oder schreiben Bücher und Artikel, um ihre Perspektive einzubringen. Während die Psychiatrie vorher allein in ihrer räumlichen Präsenz als großes Landeskrankenhaus fernab der Stadt den Willen der Gesellschaft zum Ausdruck brachte, die Irren auszugrenzen, kommt in der

Herausbildung der neuen Strukturen das Bemühen – zumindest der beteiligten Gesundheitspolitiker und Professionellen – zum Ausdruck, die Ausgegrenzten wieder in die Gesellschaft zu integrieren.

## Der Anstieg der Zwangseinweisungen

Alle diese Phänomene erwecken den Eindruck, dass die alten repressiven Strukturen erfolgreich zum Verschwinden gebracht worden sind. Anscheinend hat sich ein therapeutisch-partnerschaftliches Miteinander durchgesetzt, in dem der psychisch Kranke endlich als Subjekt wahrgenommen wird, das das Recht hat, seinen eigenen Willen zu äußern.

Man sollte erwarten, dass so viel Engagement für die Reintegration der psychisch Kranken, soviel Bereitschaft zur kommunikativen Verständigung und zur Begegnung auf Augenhöhe den institutionellen Zwang zu einem allenfalls peripheren Phänomen machen würde. Die Zahlen vermitteln indessen ein anderes Bild. Sie geben uns Auskunft darüber, dass seit der Einführung der sozialpsychiatrischen Neuerungen die Anzahl der Zwangseinweisungen nicht etwa zurückgegangen, sondern im Gegenteil deutlich in die Höhe geschneit sind. Georg Bruns führte in seiner Untersuchung aus dem Jahre 1993 systematische Erhebungen zum Ausmaß der Zwangseinweisungen nach Einführung sozialpsychiatrischer Strukturen, vor allem von sozialpsychiatrischen Diensten in bestimmten Regionen durch und konnte detailliert belegen, dass wesentlich häufiger zwangseingewiesen wurde als vorher.<sup>3</sup> Eine neuere Untersuchung aus dem Jahre 1998 von Gollmer bestätigt diese Tendenz für das Gebiet Nordrhein-Westfalens erneut.<sup>4</sup> In einigen Kommunen ist es dieser Recherche zufolge sogar zu einer Verdoppelung der Zwangsunterbringungen gekommen. Diese Befunde stehen in einem offensichtlichen Kontrast zu den Intentionen der gemeindenahen Psychiatrie. Wir erinnern uns, dass diese mit dem Anspruch angetreten ist, die psychiatrische Versorgung zu humanisieren. Eines der expliziten Ziele dieser Humanisierung ist es gewesen, die vorherrschenden Gewaltverhältnisse zu beseitigen und durch Strukturen zu ersetzen, die auf Verständigung basieren. Nimmt man die Zahlen zu den Zwangseinweisungen als einen Indikator, so muss man den Erfolg dieses Projektes in Zweifel ziehen.

Warum und wieso kommt es bei einer Veränderung der Strukturen, die eigentlich auf Liberalisierung hin ausgerichtet ist, zu einer deutlich messbaren Zunahme von Zwang? Vertreter der Reformbewegung werden anführen, dass eine offenere Psychiatrie selbstverständlich Risiken schafft, die ohne eine derartige Öffnung gar nicht erst entstehen würden. Zu Zeiten, als man die psychisch Kranken von vornherein in der

Institution belassen hat, ohne ihnen auch nur die Chance zu geben, ein Leben außerhalb der Anstalt zu führen, hat es schon allein deswegen nicht so viele Zwangseinweisungen gegeben, weil sie eben immer schon untergebracht waren. Der Anstieg der Zwangseinweisungen wäre demnach die unangenehme, wenn auch unvermeidliche Nebenwirkung einer Maßnahme, die ungeachtet dessen gleichwohl ihr Ziel erreicht hat. Denn vielen psychisch Kranken wurde in der Tat ein Leben jenseits des institutionellen Zwangs, fast könnte man sagen, ein Leben in Freiheit ermöglicht.

Dieses Argument hat zwar eine gewisse Schlüssigkeit, gleichwohl kann es die Bedenken, die angesichts des angeführten Befundes entstehen, nicht ganz entkräften. Auch wenn die in den Zahlen zum Ausdruck kommende Vermehrung von Zwang auf die Verminderung eines anderen Zwangs zurückgeführt wird, der auf eine viel drastischere Weise die Freiheit der psychisch Kranken beschnitten hat, so ändert das nichts an der Tatsache, dass die Zunahme der Zwangseinweisungen das Selbstverständnis einer Psychiatrie angreifen muss, die von sich selber glaubt, humaner geworden zu sein. Denn sie müsste in diesem Zusammenhang eigentlich bestrebt sein, weitestgehend ohne Gewaltanwendung auszukommen.

### **Das Prinzip der Patientenautonomie**

Eine Zwangsunterbringung stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die individuellen Persönlichkeitsrechte dar.<sup>5</sup> Sie schränkt das Recht auf Bewegungsfreiheit ein und ist im Falle der häufig damit einhergehenden Zwangsbehandlung sogar mit einer Einschränkung der Unversehrtheit der Person verbunden.<sup>6</sup> Ein derart drastisches Verfahren bedarf selbstredend der Rechtfertigung, zumal es sich dabei um eine Maßnahme handelt, die von den ansonsten herrschenden Gepflogenheiten im Bereich der Medizin abweicht.

Im zeitgenössischen medizinethischen Diskurs haben sich bekanntlich die Prinzipien der Patientenautonomie und der Patientenselbstbestimmung als maßgebliche Orientierungen medizinischen und pflegerischen Handelns durchgesetzt.<sup>7</sup> Diese Orientierungen berücksichtigen in ihrem Formalismus bedeutsame Aspekte der Situation des Krankseins nicht und werden der Komplexität der Praxis in der Regel nicht gerecht. Gleichwohl besteht ihr Gewinn darin, die Selbstverständlichkeit einer paternalistischen Kultur gebrochen zu haben, die im Medizinbetrieb lange Zeit unhinterfragt hingenommen worden ist. In der neuen Kultur wird ungeachtet aller realen Machtverhältnisse zumindest auf der formalen, rechtlichen Ebene dem Willen des Patienten eine grundlegende Bedeutung verliehen. Seine auf der Basis einer angemessenen Aufklärung erfolgende Einwilligung in die Behandlung, der so genannte *informed consent*, stellt die rechtliche Autorisierung für den Arzt und für die Pflegenden dar, überhaupt erst aktiv werden zu dürfen.<sup>8</sup> Andernfalls würde eine Behandlung als unzulässiger Eingriff in die Integrität seiner Person angesehen werden müssen und wäre, juristisch betrachtet, eine Körperverletzung.<sup>9</sup> Freilich darf nicht übersehen werden, dass es

bei der Einführung des *informed consent* nicht etwa darum ging, den Patienten gegen übergriffige Fremdbestimmung durch den Medizinbetrieb zu schützen, sondern darum, den Arzt abzusichern.<sup>10</sup> Er ist ursprünglich nicht aus medizinethischen Überlegungen hervorgegangen, sondern im juristischen Kontext entstanden, und zwar als Vorsichtsmaßnahme zum Schutz des Arztes bei Kunstfehlern.<sup>11</sup> Ungeachtet dieser Herkunft ist er mit einer Stärkung der Position des Patienten verbunden, der jetzt seinerseits eine juristische Absicherung gegenüber medizinischen Willkürentscheidungen hat, die vorher in dieser Weise nicht bestanden haben, auch wenn diese *de jure*-Regelung *de facto* die im Medizinbetrieb herrschenden Machtverhältnisse nicht aus der Welt geschaffen hat. Wie sieht es nun mit der Patientenautonomie und der Patientenselbstbestimmung in der Psychiatrie aus? Wie allseits bekannt ist, kann das Recht des psychiatrischen Patienten auf autonome Willensentscheidung und Handlungsfreiheit außer Kraft gesetzt werden, wenn bestimmte Bedingungen vorhanden sind bzw. wenn solche Bedingungen von professioneller Seite als gegeben deklariert werden. Psychiatrische Patienten können auf der rechtlichen Grundlage der verschiedenen PsychKG gegen ihren Willen zwangsuntergebracht bzw. zwangsbehandelt werden. Das entscheidende Kriterium für derartige Maßnahmen ist die Einschätzung, dass der Betroffene sich selbst und/oder andere gefährden könnte. Damit ist eine Grenze des Prinzips der Autonomie markiert, in der der Sinn und die Bedeutung der Institution der Psychiatrie in unserer Gesellschaft in verdichteter Form zum Ausdruck kommt.

### **Der Verlust der inneren Freiheit**

Betrachtet man die Zwangsmaßnahmen intrinsisch ausgehend vom Selbstverständnis der Psychiatrie, so handelt es sich um eine fürsorgliche Maßnahme zum Wohle des Patienten. Der in anderen Bereichen des Medizinbetriebs in die Defensive geratene Paternalismus wird hier mit vergleichsweise größerer Selbstverständlichkeit akzeptiert. Gerechtfertigt werden die Zwangsmaßnahmen damit, dass dem Betroffenen in der fraglichen Situation die Kompetenzen fehlen, die ihn dazu instand setzen würden, verantwortliche und freie Entscheidungen zu treffen.<sup>12</sup> Die psychiatrischen Krankheitsbilder zeichnen sich diesem Diskurs zufolge dadurch aus, dass sie gerade in jenen Bereichen Störungen hervorrufen, die die Autonomiefähigkeit der Person bestimmen. So sieht der Phänomenologe Zutt im Verlust der Freiheit das spezifische Kennzeichen des inneren Zustandes der von einer psychischen Krankheit betroffenen Person.<sup>13</sup> Dieser Zustand besteht laut Zutt unabhängig davon, ob diese Person sich innerhalb oder außerhalb einer Klinik befindet. Der psychisch Kranke verliert dieser Einschätzung zufolge seine Freiheit also nicht erst durch die freiheitsentziehenden Maßnahmen der Institution, denn er hat sie bereits verloren. Zutt grenzt in diesem Zusammenhang den Freiheitsverlust von einer Freiheitsentziehung ab. Einen »Freiheitsverlust erleidet«, so Zutt, »derjenige, der infolge einer Störung nicht in der Lage ist, sich so zu verhalten, wie es der Idee seiner histo-

rischen Person entspricht«. <sup>14</sup> Demgegenüber erfährt eine Freiheitsentziehung »der, der im Besitze dieser Freiheit ist, dem sie aber – aus welchen Gründen auch immer und aufgrund welcher Gesetze – entzogen wird«. <sup>15, 16</sup> Im Falle des psychisch Kranken haben wir es mit einem Freiheitsverlust in dem gerade bestimmten Sinne zu tun. Der psychisch Kranke wäre dieser Logik zufolge nicht ein Freier, der seiner Freiheit beraubt würde, sondern im Gegenteil ein Unfreier, der vor Schaden zu bewahren ist. Die Entziehung der äußeren, sozialen Freiheit, wie sie in den Zwangsmaßnahmen zum Ausdruck kommt, dient seinem Schutz. Die psychiatrischen Interventionen erfolgen mit dem Ziel, der Person dabei zu helfen, die abhanden gekommene innere Freiheit wiederzugewinnen.

Mit dem Rekurs auf die innere Freiheit der Person begibt der psychiatrische Diskurs sich freilich auf ein Gebiet, auf dem die Grenzen einer intrinsischen Argumentation handgreiflich werden. Die Bestimmung der Freiheit einer Person ist eine Aufgabe, die nicht geleistet werden kann, wenn man sich allein auf die medizinische Begriffsbildung beschränkt. Diese orientiert sich bekanntlich an der Differenz zwischen dem Normalen und dem Pathologischen, wobei sie das Pathologische als Abweichung von der Norm begreift. Wie Georges Canguilhem sehr schön nachgewiesen hat, stößt dieser Ansatz bereits auf dem Gebiet des Physiologischen auf seine Grenzen. <sup>17</sup> Erst recht wird er zum Problem, wenn es sich um einen so entschieden der Geschichtlichkeit des Menschen zugehörigen Bereich handelt wie dem der Freiheit. Wenn Zutt den Verlust der inneren Freiheit durch die Unfähigkeit bestimmt, sich entsprechend der Idee der historischen Person zu verhalten, so trägt er dem in gewisser Weise Rechnung. Gleichwohl scheint in seiner Definition noch die Logik der medizinischen Begriffsbildung durch, denn die Idee der historischen Person wird hier als Normbegriff verwendet. Um näheren Aufschluss über das, was Freiheit ist, zu erhalten, sind wir dazu gezwungen, die Medizin zu verlassen.

### Der Begriff der Freiheit

Ich möchte kurz auf zwei philosophische Bestimmungen der Freiheit eingehen, die für unseren Zusammenhang unmittelbar relevant sind. Auf der einen Seite kann Freiheit vom einzelnen Individuum her bestimmt werden. Hier sprechen wir von Freiheit dann, wenn das Individuum die Möglichkeit hat, zwischen verschiedenen Optionen zu wählen und sich für eine zu entscheiden. Freiheit entspricht hier der Offenheit eines Spielraums, in dem das Individuum sich nach seinen eigenen Vorstellungen bewegen kann. Dieser Freiheit der Wahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten liegt indessen noch eine andere Freiheit zugrunde, die tiefer geht. <sup>18</sup> Denn in den Möglichkeiten, die das Individuum ergreift, trifft es jeweils eine Entscheidung über die eigene Existenz: Es wählt in diesen Möglichkeiten sich selbst und gibt darin seinem Selbst eine konkrete Gestalt.

Dem existenzphilosophischen Freiheitsbegriff steht auf der anderen Seite eine Auffassung von Freiheit gegenüber, die vom

Anderen her bestimmt ist. Hegel begriff Freiheit in diesem Sinne als das »Im-Andern-bei-sich-selber-Sein«. Hier manifestiert die Freiheit sich in der auf einer inneren Zustimmung beruhenden Einordnung in die Welt der Bedeutungen und Normen der Gemeinschaft, der das Individuum angehört. Freiheit bedeutet in diesem Denken ausdrücklich etwas anderes als die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Optionen wählen zu können. Während dieser Form der Freiheit immer ein Moment der Willkür innewohnt, resultiert die aus der Inter-subjektivität resultierende Freiheit aus der Übereinstimmung mit der Mitwelt. Sie ist dann gegeben, wenn das Individuum sich selber in deren Werten und Normen wiedererkennt und beheimaten kann, bzw. dann, wenn es selbst die Erfahrung machen kann, von seiner Mitwelt in seinem Sein anerkannt und gewertschätzt zu werden.

Es gehört zu Hegels großen Einsichten in die Verfasstheit der modernen Welt, gesehen zu haben, dass sie diese Übereinstimmung als eine naturwüchsig gegebene verloren hat. Während er selbst noch zutiefst davon überzeugt gewesen ist, dass die verloren gegangene Einheit wieder hergestellt werden könnte, ist die Aussicht darauf unter den Bedingungen der fortgeschrittenen Moderne, wie wir alle wissen, definitiv verabschiedet worden. Die fortgeschrittene Moderne kann im Hinblick auf ihr Freiheitsverständnis als der Versuch betrachtet werden, eine paradoxe Synthese zwischen den beiden genannten Ausrichtungen der Freiheit herzustellen. Paradox ist diese Synthese deshalb, weil sie die beiden Ansätze in einer Weise zusammenbringt, in der ihre Gegensätzlichkeit im Grunde genommen nicht aufgelöst wird, sondern zur stetigen Quelle von Konflikten wird.

### Der Zwang zur Individualisierung

Wir leben heute in einer offenen Gesellschaft, die einen Pluralismus der Werte anerkennt <sup>19</sup> und damit den Individuen anscheinend alle erdenkliche Freiheit in dem eben beschriebenen Sinne des Wählens zwischen Optionen lässt. Man würde diese Freiheit allerdings verkennen, wenn man nicht sehen würde, dass sie mit einem gehörigen Maß an Zwang verbunden ist. So beruht schon der Akt des Wählens selbst nicht auf der freien Entscheidung der Individuen. <sup>20</sup> Um es mit Jean-Paul Sartre zu sagen: Die Individuen sind zur Freiheit verdammt. Während sie in den stärker von Traditionen geprägten Gesellschaften sehr genaue Vorgaben für ihre Biografien erhalten, müssen sie in der fortgeschrittenen Moderne ihre Identität selber herstellen. Die aktive Eigenleistung ist ihnen nicht nur erlaubt, sondern wird ausdrücklich gefordert. <sup>21</sup> Die individuelle Lebensgestaltung, jenes Herzstück der open society, ist den Individuen paradoxerweise per Zwang verordnet. Zudem bewegen sie sich in einem gesellschaftlichen Raum, der in Tat und Wahrheit keineswegs so offen ist, wie die Ideologie der Individualisierung vorgibt. Er begegnet den Individuen in der Form von zahlreichen institutionellen Anforderungen, und ist mit einem dichten Netz von Regelungen, Kontrollen und Zwängen überzogen, um gar nicht erst zu reden von dem Muster-

katalog der Identitätsangebote, die das Individuelle und Originelle einer Wahl recht fragwürdig erscheinen lassen. Ist es für sich genommen schon schwierig genug, diese zunehmend komplexer werdende Lebenswelt auch nur zu durchschauen, so verlangt es den Individuen noch mehr Anstrengungen ab, sich in ihr zu bewegen. Um den an sie gestellten Anforderungen Genüge zu tun, müssen sie vor allem über zwei Fähigkeiten verfügen: Sie müssen dazu in der Lage sein, sich selber zu disziplinieren und sich selber zu regulieren. Die konkrete Verwirklichung ihrer Freiheit basiert darauf, dass sie Zwangsstrukturen internalisiert haben, die nun nicht mehr als äußere Begrenzungen ihrer Freiheit sichtbar werden, wie das in den Handlungsverböten der traditionellen Gesellschaften der Fall war. Die Zwänge wirken vielmehr im Innern der Subjekte und sind so sehr zu einem Teil ihrer selbst geworden, dass der Unterschied zwischen ihrem Ich und diesen Strukturen tendenziell verschwindet.

### Die Ambivalenz des Selbst

Die großen Theoretiker unserer Kultur beschreiben diesen Vorgang als den Prozess der Zivilisation wie Norbert Elias<sup>22</sup> oder als Konstitution des Überichs wie Sigmund Freud. Theodor W. Adorno und Max Horkheimer bestimmen in der Dialektik der Aufklärung mit dem ihrem Werk eigenen Pathos diesen Zusammenhang wie folgt:

Furchtbares hat die Menschheit sich antun müssen, bis das Selbst, der identische, zweckgerichtete, Charakter des Menschen geschaffen war, und etwas davon wird noch in jeder Kindheit wiederholt. Die Anstrengung, das Ich zusammenzuhalten, haftet dem Ich auf allen Stufen an, und stets war die Lockung, es zu verlieren, mit der blinden Entschlossenheit zu seiner Erhaltung gepaart. Der narkotische Rausch, der für die Euphorie, in der das Selbst suspendiert ist, mit todähnlichem Schlaf büßen lässt, ist eine der ältesten gesellschaftlichen Veranstaltungen, die zwischen Selbsterhaltung und -vernichtung vermitteln, ein Versuch des Selbst, sich selbst zu überleben. Die Angst, das Selbst zu verlieren und mit dem Selbst die Grenze zwischen sich und anderem Leben aufzuheben, die Scheu vor Tod und Destruktion, ist einem Glücksversprechen verschwistert, von dem in jedem Augenblick die Zivilisation bedroht war.<sup>23</sup>

Etwas abweichend davon beschreibt Foucault Prozesse der Subjektivierung<sup>24</sup> und der Disziplinierung<sup>25</sup>. Im Unterschied zu den eben genannten Autoren interessiert er sich mehr für die Zurichtung der Subjekte als für die repressive Dynamik und betont in seiner Theorie zur Konstitution des Selbst eher den produktiven Aspekt. Die Subjekte werden seiner Überzeugung nach mittels bestimmter Prozeduren wie der Disziplinierung oder dem, was er Subjektivierung nennt, allererst hergestellt.

Unser kurzer Überblick soll deutlich machen, dass die Konstitution des Selbst ein zutiefst ambivalenter Vorgang ist. Der Aspekt des repressiven Zwangs und der Aspekt der das Überleben sichernden Schutzfunktion für das Ich sind in ein und demselben Geschehen untrennbar miteinander verwoben.

Dies gilt ganz allgemein und ist bereits das große Thema des griechischen Mythos von Odysseus, wie Adorno und Horkheimer in der eben bereits angeführten Studie erläutert haben.<sup>26</sup> Es gilt indessen in einem ganz besonderen Maße für die Konstitution jener Individualität, der es gelingen muss, in den Verhältnissen der fortgeschrittenen Moderne zu funktionieren. Die ständige Aufforderung zur Selbstgestaltung oder, um es mit moderner Terminologie auszudrücken, zum Selbstmanagement, will darauf hinaus, die Lebensvollzüge der Menschen einer immer weiter durchgreifenden Kontrolle und Rationalisierung zu unterwerfen. Da die Selbstgestaltung zugleich als Selbstverwirklichung dargestellt wird, wird der Zwangscharakter der Veranstaltung tendenziell unsichtbar gemacht. Er kommt nur dort zum Vorschein, wo das Unternehmen misslingt. Dann wird der Gestaltungswille mit seinen Grenzen konfrontiert, und es wird deutlich, dass Autonomie und Rationalität nicht das Ganze der menschlichen Erfahrung ausmachen.

Von jenen Phänomenen, in denen das Andere der Vernunft in Erscheinung tritt, geht nach wie vor eine beträchtliche Faszination aus. Sie versetzen uns zum einen in Angst und Schrecken, zum anderen verfügen sie jedoch unzweifelbar über eine Sogkraft, die uns zu ihnen hinzieht. Dieser Sog muss abgewehrt werden, denn er bedroht unsere Funktionstüchtigkeit in der Welt. In der Abwehr jedoch bedroht das Selbst eine Quelle seiner Glücksmöglichkeiten und damit paradoxerweise auch sich selbst, nur auf eine andere Art und Weise.

### Die Ambivalenz der Psychiatrie

Es liegt an der fundamentalen Ambivalenz der Konstruktion des Selbst, dass auch die Psychiatrie in ihrem Wesen ambivalent ist. Die Psychiatrie hat es mit dem gerade angesprochenen Misslingen zu tun. Von der Seite der Rationalität aus gesehen, ist sie für diejenigen zuständig, die den komplexen und widersprüchlichen Anforderungen der Identitätsbildung bzw. der Aufrechterhaltung des Selbst nicht gewachsen sind (1). Von der Seite des Anderen der Vernunft aus gesehen, treibt sie das Projekt der Rationalisierung unerbittlich weiter voran. Das heißt, von hier aus gesehen, sorgt sie für eine Perfektionierung des Disziplinarsystems, indem sie es an die jeweilig aktuellen gesellschaftlichen Normorientierungen anpasst (2). ad 1. Was die erste Perspektive anbelangt, besteht der Auftrag der Psychiatrie darin, die nicht vorhandenen oder verloren gegangenen Regulierungsfunktionen des Selbst wiederherzustellen oder zumindest zu kompensieren. Dabei übernimmt sie den widersprüchlichen Charakter, der diesen Regulierungsfunktionen eigen ist, d. h. sie ist sowohl repressiv als auch schützend. Wir sollten uns nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese beiden Merkmale nur schwerlich miteinander zu vermitteln sind. Die Regulierung ist wirklich repressiv, und man kann ihren Zwangscharakter nicht dadurch relativieren oder auflösen, dass man sie der therapeutischen Schutzfunktion subsumiert. Sie hat aber auch wirklich eine Schutzfunktion, denn ohne sie wäre das Individuum seinen eigenen und vielleicht

mehr noch den destruktiven Kräften anderer hilflos ausgeliefert. Ein guter Teil der ethischen Dilemmata, in die der in der Psychiatrie Tätige sich verstrickt sieht, geht auf die Unmöglichkeit zurück, diese beiden Aspekte zu synthetisieren.

Der therapeutische Diskurs neigt dazu, den Widerspruch zwischen Repression und Schutzfunktion aufzuheben, indem er die Repression in den Dienst der Schutzfunktion stellt. Der Zwang wird dieser Logik zufolge zum Wohle des Patienten ausgeübt, und dies von der sicheren Bastion eines Wissens her, das weiß, was das Beste für ihn ist. Eine paternalistische Haltung in dem beschriebenen Sinne gilt dann als legitim, wenn davon ausgegangen werden kann, dass das betroffene Individuum die für es getroffenen Entscheidungen später – etwa bei Wiederkehr seiner rationalen Fähigkeiten – akzeptieren würde.<sup>27</sup> Als Grundlage für die stellvertretende Entscheidung dient in diesem Zusammenhang der mutmaßliche Wille des gesunden Individuums. Zwangsmaßnahmen werden dann damit gerechtfertigt, dass sie mit der Absicht durchgeführt werden, den Patienten wieder gesund zu machen, wobei unterstellt wird, dass dieser Wunsch beim Patienten vorhanden ist und ihm bloß selbst aus welchen Gründen auch immer verstellt ist. Kranksein bedeutet in unserem Kontext, seine Autonomie verloren zu haben. Diese wird mit der Fähigkeit zur Selbstregulation identifiziert und muss, da sie nicht mehr vorhanden ist, so lange durch eine externe Regulierungsinstanz ersetzt werden, bis das erkrankte Individuum wieder dazu in der Lage ist, sich selbst zu regulieren.<sup>28</sup>

Aus der therapeutischen Perspektive betrachtet, kann der Verzicht auf Zwang sogar einer Unterlassung von lebensnotwendigen Hilfeleistungen entsprechen. Das wird uns besonders drastisch im Fall der Suizidverhütung vor Augen geführt, aber auch bei Fällen schwerer Verwahrlosung infolge von psychischer Krankheit. Der in der Psychiatrie Tätige macht sich in diesen Fällen nicht durch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen schuldig, sondern gerade dann, wenn er sie unterlässt.<sup>29</sup>

Allerdings betreten wir hier einen Bereich, in dem die Grenzen zwischen Fürsorge und sozialer Kontrolle fließend sind. Wenn man die de facto verordneten Zwangsmaßnahmen genauer untersucht, stellt sich heraus, dass sie oft genug anderen Zwecken dienen als dem Schutz des Betroffenen. Sie werden unter anderen auch durchgeführt, um dem Bedürfnis des sozialen Kontextes zu entsprechen, in seinen Ordnungsvorstellungen nicht irritiert zu werden. So macht Bruns in der eingangs bereits erwähnten Studie darauf aufmerksam, dass sich der Tatbestand der Selbst- oder der Fremdgefährdung bei Zwangsunterbringungen nur in etwa einem Drittel der von ihm untersuchten Fälle zweifelsfrei nachweisen ließ.<sup>30</sup> Des Weiteren wurden von 396 Unterbringungen, die er in Bremen untersucht hat, immerhin 32 in ärztlichen, polizeilichen und gerichtlichen Schriftstücken ausschließlich mit solchen Handlungen oder Äußerungen der betroffenen Patienten begründet, die eine Ablehnung der Kooperation mit der Behandlungsinstanz zum Ausdruck brachten. Der Unterbringungsgrund bestand in die-

sen Fällen also nicht in einer Selbst- oder Fremdgefährdung, sondern in der Ablehnung der Behandlung.<sup>31</sup>

Befunde wie diese zeigen uns die Notwendigkeit an, die Binnenperspektive des therapeutischen Diskurses zu verlassen und ihn mit einer Außenperspektive zu konfrontieren, die ihn in seinem gesellschaftlichen Kontext situiert. Denn wir erhalten ein nur unvollständiges Bild psychiatrischen Handelns, wenn wir die im Selbstverständnis des therapeutischen Diskurses oftmals ausgeblendet bleibende gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie nicht zur Kenntnis nehmen. Damit kämen wir zu der zweiten Perspektive, die eben angesprochen wurde, nämlich zum Verhältnis unserer auf Rationalität ausgerichteten Gesellschaft zu dem, was man als das Andere der Vernunft bezeichnen kann.

ad 2. Zur Vergegenwärtigung: Wie wir vor allem dank Foucault wissen, stand am Geburtsort der Psychiatrie eine staatliche Institution sozialer Kontrolle, die sich zu Beginn des bürgerlichen Zeitalters neben dem Justizapparat etabliert hatte.<sup>32</sup> Im Unterschied zur Justiz, die bei ihren Verfahren dazu verpflichtet war, ein komplexes Regelwerk von Gesetzen und Vorschriften zu beachten, war es den Instanzen der Internierung möglich, direkt und ohne Verfahren auf all jene Elemente zuzugreifen, die die Ordnungs- und Moralvorstellungen der sich gerade konstituierenden bürgerlichen Gesellschaft zu bedrohen schienen. Ihr Auftrag war es zum einen, diese Elemente vom öffentlichen Leben fern zu halten, zum anderen, eine Sanktionsmöglichkeit der Gesellschaft zu symbolisieren für den Fall, dass Individuen auf die Idee kommen sollten, gegen die Moral- und Ordnungsvorstellungen der Zeit zu verstoßen. Der in einem durch und durch ethischen Universum entstandene Raum der Internierung wurde erst später in einen therapeutischen Raum transformiert, allerdings ohne jemals seine Herkunft gänzlich abgestreift zu haben.

Ungeachtet der Intentionen der therapeutisch Tätigen stellt die Psychiatrie neben dem Polizei/Justizapparat auch heute noch die bedeutendste Institution gesellschaftlicher Kontrolle dar. Zudem sind ihre Zuständigkeiten mit denen von Polizei und Justiz untrennbar verschweißt, wie die Einrichtung der Forensik oder auch die Unterbringungsgesetze deutlich machen. Im Bedarfsfall hat die Justiz immer das Recht, die Psychiatrie für ihre Zwecke zu funktionalisieren. Das zeigt sich unter anderem in der in jüngster Zeit sich verbreitenden Praktik der Unterbringung von Straftätern per PsychKG in psychiatrischen Kliniken.

Aus dem Blickwinkel dieser gesellschaftlichen Funktion betrachtet, hat die Psychiatrie-Reform die gesetzlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine Ausweitung der sozialen Kontrolle geschaffen.<sup>33</sup> Parallel zur Einrichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste kam es zu einer deutlichen Zunahme der Zwangseinweisungshäufigkeit.<sup>34</sup> Umgekehrt gab es in Gegenden, wo besonders wenige Sozialpsychiatrische Dienste tätig waren, signifikant niedrigere Zahlen als in der Gesamtheit des untersuchten Gebietes.<sup>35</sup>

Diese Befunde können auf verschiedene Weise interpretiert

werden. Die Verdichtung der ambulanten psychiatrischen Versorgung führt möglicherweise dazu, dass die Professionellen es im Falle von psychiatrischen Krisen vorziehen, die Betroffenen aus ihrem sozialen Kontext herauszunehmen statt andere Möglichkeiten wie etwa den Rekurs auf Selbsthilfepotenziale in Erwägung zu ziehen. Eine derartige Interpretation geht davon aus, dass es eine objektive Wirklichkeit psychiatrischer Krisen gibt. Mit Foucault kann man allerdings die Frage in den Raum stellen, ob es sich dabei tatsächlich um Leidenswirklichkeiten handelt, die nur darauf warten, entdeckt zu werden, um Therapieprogrammen zugeführt zu werden. Foucault würde die Möglichkeit zu bedenken geben, dass diese Wirklichkeiten Produkte eines Diskurses sein könnten, dem es darum geht, neue Zugriffsmöglichkeiten für die soziale Kontrolle zu schaffen. Die Verdichtung der psychiatrischen Versorgung entspräche dann einer Intensivierung der Überwachung der Lebensvollzüge von Bürgern, die sich in das Gewand von Hilfeleistungen kleidet und sich damit als das, was sie ist, tendenziell unsichtbar macht.

Beziehen wir dies auf die weiter vorne angeführten Bemerkungen zur Verfasstheit der fortgeschrittenen Moderne, so würde die gegenwärtige Gestalt der psychiatrischen Versorgung perfekt zur individualisierten Gesellschaft passen. In dem Maße, wie diese Gesellschaft die Individualisierung fördert, schwächt sie die informellen sozialen Regulierungen. Dadurch erhöht sie zugleich den Bedarf an einer formalisierten sozialen Kontrolle. Die moderne Psychiatrie in der ihrerseits individualisierten und diversifizierten Gestalt kommt dem nach, indem sie Störungen und Auffälligkeiten mit einem immer feinmaschiger werdenden Netz registriert und immer effektiver verwaltet.

Gleichwohl wollen wir nicht darüber hinwegsehen, dass es einen tatsächlichen Bedarf nach einer externen Regulierung gibt. Viele sind dem Individualisierungsdruck mit seinen Erfordernissen der Selbstregulation nicht gewachsen. Auch wenn darin nicht nur ein individuelles Versagen zum Ausdruck kommt, sondern in mindestens demselben Maße die Überforderungspotenziale der rationalen Kultur sichtbar werden, so entlastet das nicht von der Pflicht, für jene Opfer oder Gescheiterten einen Raum zu schaffen, in dem sie existieren können. Die Frage ist nur, wie dieser Raum beschaffen sein soll. Soll er als Rückzugsgebiet angelegt sein, und Schutz vor den Überforderungen der Umwelt bieten, oder soll er eine Art Trainingscamp sein, das für die Bewährung in dieser Umwelt wieder fit macht?

Die Ambivalenz des psychiatrischen Projektes zeigt sich auch hier. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Psychiatrie nicht nur ein Ort ist, an dem Menschen zwangsweise untergebracht werden. Es ist auch ein Ort, der von Menschen freiwillig aufgesucht wird. Sie suchen hier Schutz vor den Überforderungen einer Welt, die sich dem Wahn eines verabsolutierten Gestaltungswillens verschrieben hat. Aus diesem Grunde sollten die in der Psychiatrie Tätigen sich davor hüten, die hier Schutz Suchenden hektisch mit Aktivierungsprogrammen einzude-

cken, um damit womöglich ihre Angst vor den eigenen regressiven Bedürfnissen abzuwehren. Denn dann verhalten sie sich nicht, wie sie meinen, als Anwalt der Patienten gegenüber der Gesellschaft, sondern vertreten umgekehrt die Partei der Gesellschaft anwaltschaftlich gegenüber den Patienten. Das sozialpsychiatrische Projekt der Reintegration der Verrückten in die Gesellschaft wird dann scheitern, wenn es von dem Bemühen getragen wird, die Verrücktheit des Verrückten zum Verschwinden zu bringen.

### Anmerkungen

- 1 Vgl. M. FOUCAULT, *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1969
- 2 Vgl. a. a. O., S. 8
- 3 Vgl. G. BRUNS, *Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisungen als soziale Kontrolle*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1993, S. 9
- 4 Vgl. E. GOLLMER, *Zwangseinweisungen und psychiatrische Versorgungsstruktur*. In: *Das Gesundheitswesen*, 11, 1998, S. 694–700
- 5 Vgl. Th. R. PAYK, *Freiheit und Zwang in der Psychiatrie*. In: *Perspektiven psychiatrischer Ethik*. Stuttgart, New York: Thieme, 1996, S. 12f.
- 6 Vgl., BRUNS, a. a. O., S. 32
- 7 Vgl. H. T. ENGELHARDT, *Autonomie und Selbstbestimmung: Grundlegende Konzepte der Bioethik in der Psychiatrie*. In: W. PÖLDINGER, W. WAGNER (Hg.) *Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung – Wertedurchsetzung*. Berlin u. a.: Springer, 1991
- 8 Vgl. J. VOLLMANN, *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin*. Darmstadt: Steinkopff, 2000, S. 43
- 9 Vgl. ebd.
- 10 Vgl. B. IRRGANG, M. KUNZ, *Krankenhauspsychiatrie und Ethik*. In: DONHAUSER, K.; IRRGANG, B.; KLAWITTER, J. (ed.) *Krankenhauspsychiatrie und Ethik; (Forum für interdisziplinäre Forschung; 10); 103–120*, 1993, S. 108
- 11 Vgl. VOLLMANN, a. a. O., S. 43
- 12 Vgl. ENGELHARDT et al., a. a. O., S. 67
- 13 Vgl. ZUTT, *Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung*. Berlin, Heidelberg, New York, 1970
- 14 ZUTT, ebd.
- 15 ZUTT, ebd.
- 16 Vgl. LUNGERSHAUSEN, *Freiheit und Psychiatrie*, S. 54
- 17 Vgl. G. CANGUILHEM, *Das Normale und das Pathologische*. München: Hanser, 1974, S. 19 ff.
- 18 Vgl. E. LUNGERSHAUSEN, *Freiheit und Psychiatrie*. In: DONHAUSER, K.; IRRGANG, B.; KLAWITTER, J. (ed.) *Krankenhauspsychiatrie und Ethik; (Forum für interdisziplinäre Forschung; 10, 1993)*, S. 49–58
- 19 Vgl. A. PIEPER, *Anthropologische Aspekte*. In: W. PÖLDINGER, W. WAGNER (Hg.), *Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung – Wertedurchsetzung*. Berlin u. a.: Springer, 1991, S. 18
- 20 Vgl. U. BECK, E. BECK-GERNSHEIM, *Individualisierung in modernen Gesellschaften – Perspektiven und Kontroversen einer*

- subjektorientierten Soziologie. In: DIES. (Hg.), *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1994, S. 14
- 21 Vgl. BECK et al., ebd.
- 22 Vgl. N. ELIAS, *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1981–1982
- 23 M. HORKHEIMER, T.W. ADORNO, *Dialektik der Aufklärung*. Frankfurt/Main: Fischer, 1969, S. 33
- 24 Vgl. M. FOUCAULT, *Sexualität und Wahrheit 2, Der Gebrauch der Lüste*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1986, S. 11 f.
- 25 Vgl. M. FOUCAULT, *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1976, S. 173 ff.
- 26 Vgl. M. HORKHEIMER, T.W. ADORNO, *Odysseus oder Mythos und Aufklärung*. In: *Dialektik der Aufklärung*. Frankfurt/Main: Fischer, 1969, S. 42ff.
- 27 Vgl. E. LUNGERSHAUSEN, *Paternalismus und Autonomie in bezug auf den suizidalen alten Menschen*. In: *Perspektiven psychiatrischer Ethik*. Stuttgart, New York: Thieme, 1996, S. 19
- 28 Vgl. A. PIEPER, *Anthropologische Aspekte*. In: W. PÖLDINGER, W. WAGNER (Hg.), *Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung – Wertedurchsetzung*. Berlin u. a.: Springer, 1991, S. 18
- 29 B. IRRGANG, M. KUNZ, *Krankenhauspsychiatrie und Ethik*. In: DONHAUSER, K.; IRRGANG, B.; KLAWITTER, J. (ed.) *Krankenhauspsychiatrie und Ethik*; (Forum für interdisziplinäre Forschung; 10); 103–120, 1993
- 30 Vgl. BRUNS, a. a. O., S. 39 f.
- 31 Vgl. BRUNS, a. a. O., S. 43
- 32 Vgl. FOUCAULT, *Wahnsinn und Gesellschaft*, a. a. O., S. 68 ff.
- 33 Vgl. BRUNS, a. a. O., S. 227
- 34 Vgl. BRUNS, a. a. O., S. 87
- 35 Vgl. ebd.

### Literatur

- BECK U, BECK-GERNSHEIM E (1994) *Individualisierung in modernen Gesellschaften – Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie*. In DIES. (Hrsg) *Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- CANGUILHEM G (1974) *Das Normale und das Pathologische*. München: Hanser
- ELIAS N (1981/1982) *Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- ENGELHARDT H (1991) *Autonomie und Selbstbestimmung: Grundlegende Konzepte der Bioethik in der Psychiatrie*. In PÖLDINGER W, WAGNER W (Hrsg) *Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung – Wertedurchsetzung*. Berlin u. a.: Springer
- FOUCAULT M (1986) *Sexualität und Wahrheit 2, Der Gebrauch der Lüste*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- FOUCAULT M (1976) *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- FOUCAULT M (1969) *Wahnsinn und Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- BRUNS G (1993) *Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische*

*Zwangseinweisungen als soziale Kontrolle*. Opladen: Westdeutscher Verlag

- GOLLMER E (1998) *Zwangseinweisungen und psychiatrische Versorgungsstruktur*. In *Das Gesundheitswesen* 11, 694–700
- HORKHEIMER M, ADORNO TW (1969) *Dialektik der Aufklärung*. Frankfurt/Main: Fischer
- HORKHEIMER M, ADORNO TW (1969) *Odysseus oder Mythos und Aufklärung*. In *Dialektik der Aufklärung*. Frankfurt/Main: Fischer
- IRRGANG B, KUNZ M (1993) *Krankenhauspsychiatrie und Ethik*. In DONHAUSER K, IRRGANG B, KLAWITTER J (Hrsg) *Krankenhauspsychiatrie und Ethik* (Forum für interdisziplinäre Forschung 10), 103–120
- LUNGERSHAUSEN E (1993) *Freiheit und Psychiatrie*. In DONHAUSER K, IRRGANG B, KLAWITTER J (Hrsg) *Krankenhauspsychiatrie und Ethik* (Forum für interdisziplinäre Forschung 10), 49–58
- LUNGERSHAUSEN E (1996) *Paternalismus und Autonomie in bezug auf den suizidalen alten Menschen*. In *Perspektiven psychiatrischer Ethik*. Stuttgart, New York: Thieme
- PAYK Th (1996) *Freiheit und Zwang in der Psychiatrie*. In *Perspektiven psychiatrischer Ethik*. Stuttgart, New York: Thieme
- PIEPER A (1991) *Anthropologische Aspekte*. In PÖLDINGER W, WAGNER W (Hrsg) *Ethik in der Psychiatrie. Wertebegründung – Wertedurchsetzung*. Berlin u. a.: Springer
- VOLLMANN J (2000) *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin*. Darmstadt: Steinkopff
- ZUTT J (1970) *Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer

### Anschrift der Verfasserin

*Angelika Pillen  
Gotenstr. 22  
10829 Berlin*