



Ich will in der Not dir Zuflucht sein Arbeit in der psychiatrischen Institution in Zeiten der Selbstkontrollgesellschaft

Walter Heuberger (Zürich)

Zusammenfassung: Institutionen werden durch die Gesellschaften geprägt, in denen sie sich entwickeln. Seit der Mitte des letzten Jahrhunderts fand ein gesellschaftlicher Wandel statt, weg von den Disziplinargesellschaften, die auf mechanischem Gehorsam, Konformität und Verboten gründeten, hin zu den auf internalisierter Kontrolle basierenden Selbstkontrollgesellschaften. Der Zugriff geschieht heute sanfter, aber umso durchdringender, direkt auf das psychische Innere. Marketing heisst jetzt das Instrument der sozialen Kontrolle, Selbstoptimierung wurde allgemeine Pflicht. Verbunden mit einer marktradikalen Ökonomie wird ständige Rivalität verbreitet. Verhältnisse permanenter Metastabilität prägen unseren beruflichen wie privaten Alltag. Auch die Psychiatrische Klinik als Institution wurde durch diese Entwicklungen radikal umgestaltet. Aus Asylen entstanden psychiatrische Dienste, gesteuert weniger durch medizinische oder psychologische Fachkräfte als durch Ökonomie und Verwaltung. PatientInnen wurden zu KundInnen, denen Dienstleistungen verkauft werden. Diese Entwicklungen verändern unsere Arbeit als BehandlerInnen in psychiatrischen Institutionen. Ich berichte aus meiner klinischen Arbeit und schlage vor, wie eine Rückbesinnung auf das Asyl gedacht werden könnte.

Schlüsselwörter: Institution, Asyl, Selbstkontrollgesellschaft, Symptom, Konflikt

Auftakt aus vergangenen Zeiten

Ich bin auf dem Land aufgewachsen, in einem sehr kleinen Bauerndorf. Ziemlich in der Dorfmitte stand ein auffallend stattlicher Hof, damals schon in privater Hand, aber in Struktur und Funktion noch auf etwas Vergangenes, Grösseres hinweisend. Beim Spielen mit den Kindern der Bauernfamilie, die den Hof bewirtschaftete, war ich angetan von den, zumindest für meine Erfahrung, etwas zu langen Korridoren, zu grossen Stuben, einem grosszügigeren, robusteren Baustil, der

etwas unheimlich aus vergangenen Zeiten berichtete. An der Hauptfassade stand, in schnörkeliger Schrift gemalt: «Ich will in der Not dir Zuflucht sein, drum heiß ich stolz mich Bürgerheim». Nun führten die in früherer Zeit auf diesem Hof lebenden und arbeitenden Verarmten und Gestrandeten wohl kein wirklich schönes Leben. Ob sie heute ein besseres Los treffen würde, ist auch nicht sicher. Darum soll es hier aber nicht gehen. Es geht mir um eine positiv besetzte Vorstellung, um den Stolz einer Institution, die Schutz und Zuflucht bietet.

Die Psychiatrische Klinik, in der ich heute arbeite, steht nur wenige Kilometer vom beschriebenen Bürgerheim entfernt. Sie wurde bei seiner Eröffnung 1892 offiziell «Asyl Wil» genannt und trug diesen Namen bis 1951. Noch bis vor wenigen Jahren war diese Bezeichnung in der Bevölkerung im Alltag geläufig, auch wenn die Institution inzwischen mit offiziellen, modischer erscheinenden Akronymen bedacht wurde.

Asyle haben spätestens seit Goffman nicht den besten Ruf. Sie gelten als «totale Institutionen», als repressive Verwahrungseinrichtungen, die Neuinsassen beim Eintritt einen «bürgerlichen Tod» sterben lassen (1973, S. 26). Jedoch lohnt es sich, gerade im Hinblick auf aktuelle gesellschaftliche Prozesse, die Rolle von Psychiatrischen Kliniken als soziale Institutionen immer wieder zu analysieren und die sich wandelnden Eigenschaften und Möglichkeiten herauszuarbeiten.

Ich werde versuchen, aus meinen Erfahrungen in Psychiatrischen Institutionen über diese Eigenschaften und Möglichkeiten zu berichten, und hoffe, etwas von meiner weitgehend ungebrochenen Faszination für das etwas zu Grosse, zu Robuste und damit auch immer wieder etwas heimisch Unheimliche der Institution zeigen zu können.

Von der Disziplinar- zur Selbstkontrollgesellschaft mit Kontrollkapitalismus

Institutionen werden durch die Gesellschaften geprägt, in denen sie entstehen und sich entwickeln. Dies gilt für psychiatrische Institutionen wie für die Psychiatrie und die Psychoanalyse als institutionalisierte Wissenschaften und Heilmethoden gleichermaßen. In den letzten Jahrzehnten fand ein gesellschaftlicher Wandel, weg von den Disziplinargesellschaften, hin zur Selbstkontrollgesellschaft statt. Verschiedene Autoren haben diese anfänglich subtile Entwicklung beschrieben (Deleuze, 1993), (Foucault, 1975). Ich wähle hier den Begriff «Selbstkontrollgesellschaft» statt des gebräuchlicheren «Kontrollgesellschaft», um auf den Aspekt einer ins Innere des Subjektes verlagerten Kontrollinstanz hinzuweisen und auf den Umstand, dass wir diese Kontrolle immer wieder selber neu leisten.

Schon lange leben wir nicht mehr in den Gesellschaften, wie sie noch für die Entstehungszeit der klassischen Psychoanalyse typisch waren. Gesellschaftliche Ordnung fusste damals auf Disziplin, mechanischem Gehorsam, Konformität und Verboten. Das Subjekt lebte von einem geschlossenen Milieu zum nächsten, ein jedes mit seinen eigenen Gesetzen, von der Familie über die Schule bis zur Fabrik oder Kaserne. Die Disziplin war von langer Dauer, unausweichlich, aber durch klare Status- und Funktionszuteilung identitätsstiftend. Der Kapitalismus der Disziplinargesellschaft war einer der Konzentration von Eigentum. Er errichtete die Fabrik im Milieu der Einschliessung, der Markt wurde durch Spezialisierung, Arbeitsteilung und Senkung der Produktionskosten durch Rationalisierung und Kolonisierung erobert.

Diese Gesellschaftsform fand nach dem 2. Weltkrieg zu einer neuen Ordnung, der Selbstkontrollgesellschaft. Der Zugriff geschieht heute sanfter, aber umso durchdringender, direkt auf das psychische Innere. Marketing heisst jetzt das Instrument der sozialen Kontrolle, Suggestion und Manipulation sind dessen Werkzeuge. Selbstoptimierung wurde zur allgemeinen Pflicht, die permanente Weiterbildung löst tendenziell die Schule ab und die kontinuierliche Kontrolle das Examen. In den Kontrollgesellschaften wird man nie mit etwas fertig. Die Identitätsentwicklung kommt nie zum Abschluss sondern bleibt anschlussfähig. Verbunden mit einer marktradikalen Ökonomie wird anhaltende Rivalität verbreitet, die Individuen zueinander in Gegensatz bringt, jedes von ihnen durchläuft und in sich selbst spaltet. Verhältnisse permanenter Metastabilität, zu denen Titelkämpfe und Ausleseverfahren gehören, prägen unseren beruflichen wie privaten Alltag.

Immer deutlicher zeigt sich nun eine weitere Ausprägung der Selbstkontrollgesellschaft, der Überwachungskapitalismus, wie ihn die Harvard-Ökonomin Shoshana Zuboff charakterisiert (2018). Die allgegenwärtige Benutzung moderner Kommunikationsmittel, insbesondere der sozialen Medien, schafft die Bedingungen, in denen die bei diesen Transaktionen abgegriffenen Daten als die neuen Rohstoffe gewonnen werden. Durch technische Innovation und Verbreitung entsprechender Geräte werden immer aussagekräftigere Quellen wie unsere Bewegungen, Stimmen, und damit Emotionen und unsere Persönlichkeit erschlossen. Menschliche Erfahrung wird im Namen der Marktdynamik durch Firmen annektiert, analysiert und zur Steuerung unseres Konsumverhaltens eingesetzt. Der Enteignung menschlicher Erfahrung durch den Überwachungskapitalismus werden bisher kaum Grenzen gesetzt.

Das liegt insbesondere daran, dass wir selber diesen Zugriff billigend in Kauf nehmen, ja durch entsprechendes Konsumverhalten erst ermöglichen, indem wir alle unsere Lebensbereiche der Internetkommunikation öffnen, uns selber tracken und quantifizieren lassen. Keineswegs sind also dunkle, geheime Mächte am Werk, vielmehr findet diese Entwicklung mit marktlogischer Konsequenz vor unser aller Augen statt. Historisch gesehen erfolgt nach dem systematisierten Zugriff auf die Ressourcen der Natur und dann der menschlichen Arbeit jetzt der Zugriff auf unser psychisches Inneres mit dem Ziel der Beherrschung des menschlichen Wesens. Es entsteht ein Kapitalismus, der keine Chance auf inklusive politische und ökonomische Institutionen mehr bietet. Zuboff schreibt:

Diese globale Implementierung instrumentärer Macht überwindet und ersetzt die Innerlichkeit des Menschen, die sowohl den Willen zum Wollen als auch unsere Stimme in der ersten Person nährt. Damit trägt sie dazu bei, dass die Demokratie schon an der Wurzel verkümmert. Der Aufstieg der instrumentären Macht ist freilich als unblutiger Putsch geplant; statt gegen unsere Körper gerichteter Gewalt gleicht die instrumentäre Dritte Moderne eher einer Dressur. Ihre Lösung für die immer lauter werdenden Forderungen nach einem effektiven Leben fußt auf dem allmählichen Ausmerzen von Chaos, Ungewissheit, Anomalien und Konflikt zugunsten von Vorhersagbarkeit, automatisierter Regelmäßigkeit, Transparenz, Konfluenz, Überredung und Befriedung. (2018, S. 588)

Der Überwachungskapitalismus wird grenzenlos. Die für uns noch selbstverständlichen Unterscheidungen zwischen Markt, Gesellschaft und Person werden in ihrer sozialen Genese zunehmend ignoriert. Seltsamerweise gelingt es, diesen Zugriff als «Personalisierung» zu etikettieren, obwohl er gerade eine Auflösung von Person, Individuum und Privatheit anstrebt. Dies gelingt, weil der auf Massenkonsum ausgerichtete Kapitalismus dem Individuum gleichzeitig das Gefühl gibt, in allem, besonders aber in Konsumangelegenheiten, kompetent und wichtig zu sein. Vehikel dieser Konzentration auf das Selbst, die für die Selbstkontrolle notwendige Voraussetzung ist, ist die Illusion einer narzisstischen Stärkung, die Betonung von Individualität und individueller Entscheidungskompetenz. Es wird so eine Gesellschaft von Einzelnen geschaffen, weitgehend entsolidarisiert und auf optimierten Konsum hin fokussiert, denen Massenprodukte als Symbol von Individualität und Vehikel zur Identitätsbildung die-

nen sollen. Soziale Widersprüche werden nicht als kritisierbare Entfremdungen, sondern als Herausforderungen begriffen, und Vereinzelung wird nicht als beklagenswerte Entsolidarisierung, sondern als Chance zur Selbstverwirklichung verstanden. Damit wird die ewige Gegenwart des Marktes als scheinbare Natur zementiert. In der Selbstkontrollgesellschaft sind die Unterschiede zwischen den Individuen naturalisiert. Adaptation und Resilienz basieren als Konzepte auf der Annahme, dass Schwierigkeiten und Missstände durch Optimierung an die Gesetze des Marktes zu überwinden sind, in ihnen also ein neues Geschäftsmodell auf seine Entdeckung wartet.

Nun geht es hier nicht um eine Wertung der Gesellschaftsorganisation, sondern es geht darum, die Verhältnisse, besonders in ihren Widersprüchen, zu beschreiben und zu analysieren. Wir müssen uns fragen, welchen Preis wir zahlen für die scheinbare technische Entwicklung und die versprochenen Effizienzgewinne. Wir müssen uns fragen, welche Vorteile es wem bringt, wenn Macht nicht mehr institutionalisiert in geschlossenen Milieus, dafür aber klar erkennbar auftritt, sondern wir zunehmend selbst zu Agenten einer diffus agierenden Beeinflussungstechnik werden. Wir müssen uns fragen, ob die Resultate all der Modulationen in Form von Projekt-, Qualitäts- und Prozessmanagement den gigantischen Aufwand wert sind und ob eine Arbeitswelt, in der Können aus dem Einhalten von Prozeduren und Checklisten besteht, noch unsere Arbeitswelt sein soll.

Psychiatrie heute

Wie wir so weit gekommen sind

Die klinische Psychiatrie steckt in der Krise, das ist nicht neu, besonders US-amerikanische Autoren haben dies ausführlich beschrieben (Frances, 2013; Whitaker, 2010) So kritisierte Frances, ehemaliger Leiter der Taskforce für die Ausarbeitung des DSM-IV, die inflationäre Verordnung von Psychopharmaka als Folge intensiven, oft irreführenden Marketings. Seine eigene Rolle im Lichte der Entwicklungen kritisch reflektierend, bemängelt er die sehr weit gefasste DSM-Definition von Depression und die diagnostische Inflation bei bipolaren Störungen, Autismus und Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörungen. Insgesamt seien keine Fortschritte in der Diagnostik seit Erscheinen des DSM-III 1980 und in der Therapie seit Anfang der Neunzigerjahre zu beobachten. «Wie konnte ein ganzes Feld wissenschaftlichen Bemühens so weit vom Weg abkommen? Der Grund sind schlicht und einfach finanzielle Erwägungen» (Frances, 2013, S. 136). Auch um die Arbeit der PsychiaterInnen sieht es Frances nicht gut bestellt. Aus einer nuancierten Psychiatrie sei eine Checklisten-Psychiatrie geworden, die indi-

viduelle Unterschiede einebnet und massgeschneiderte Therapien vereinheitlicht (2013, S. 54).

Entwertung der gesammelten Erfahrung und des akkumulierten Wissens

Die aktuelle Krise entstand aus meiner Sicht aus einem doppelten Verlust und Besetzung der entstandenen Leerstelle durch den Markt. Das Alte ist entwertet, das Neue trägt nicht. In die Lücke springt, ganz im Sinne der Selbstkontrollgesellschaft, die Ökonomie. Der breite Erfahrungshorizont der vorangegangenen 150 Jahre Psychiatrie in all ihrer Mannigfaltigkeit, historischen Entwicklungen und Konflikthaftigkeit, voll von klinischer Erfahrung und präziser Beobachtung, wurde mit den Reformen des DSM-III 1980 in Frage gestellt und letztlich entwertet. Nur 40 Jahre sind seit der Einführung des DSM-III, dessen Struktur und Ideologie später weitgehend vom ICD-9 und folgenden Editionen übernommen wurden, vergangen. Die neu aufgerichtete «Lehre» des DSM-III mit ihrer selbst deklarierten Theoriefreiheit, der Anschlussfähigkeit an neurobiologische Konzepte aber, – ohne Not – weitgehendem Verzicht auf soziale und gesellschaftliche Dimensionen psychischen Leidens, hat alle anderen Krankheitslehren verdrängt, trägt aber als Grundlage für unsere Arbeit nicht.

Die Haltung, dass viele ICD-10 Diagnosen nicht «wahre» Krankheiten beschreiben, sondern vielmehr durch Expertenkonsens in die Welt gebracht wurden, wohl keine biologische Grundlage besitzen und dass historische Konzepte ähnlicher Leiden, von Melancholie über Hysterie bis zur reaktiven Depression, oft besseren Erklärungswert haben können, ist fast nicht mehr zu vermitteln. Nicht offiziell codiertes, klinisches Wissen und Traditionen gehen zunehmend verloren.

Nachdem die Antipsychiatrie-Bewegung der 1960er-Jahre mit ihrer Kritik berechnete Zweifel am Status der Psychiatrie als medizinische Disziplin geweckt hatte, war eine grosse Hoffnung der Biologisierungsbewegung der 1970er und 1980er-Jahre, dass die Psychiatrie sich damit den Status einer echten medizinischen Disziplin mit biologisch definierten Krankheiten und den PsychiaterInnen den von «echten» ÄrztInnen, die mit potenten Medikamenten «echte» Krankheiten behandeln, geben könnte. Diese Hoffnung hat sich auf ernüchternde Weise nicht erfüllt. Der Biologismus als «starke neurobiologische Erklärung» (Ehrenberg, 2019, S. 329) verliert zunehmend seine Strahlkraft, besonders im Bereich der Psychopharmakologie. Weder konnten die postulierten biologischen Theorien, z. B. die Dopaminhypothese der Schizophrenie oder die Serotoninhypothese der Depression, wissenschaftlich verifiziert werden, noch zeigen die mit diesen Theo-

rien scheinbar rational begründeten Pharmaka wie Antidepressiva oder Neuroleptika die erwünschten Wirkungen (Kirsch, 2008).

Interessanterweise führen diese Befunde in der Psychiatrie kaum zu einer breiten kritischen Auseinandersetzung. Sie werden, wenn überhaupt, zur Kenntnis genommen, bleiben aber weitgehend ohne Einfluss auf die klinische Arbeit. Immerhin scheint die pharmazeutische Industrie selber mittlerweile das Interesse an der sich störrisch einer biologischen Fundierung entziehenden Psyche verloren zu haben und kehrt dem Feld der Psychopharmakologie zunehmend den Rücken zu.

Wir operieren zunehmend mit Checklisten, oft sogar von den Patienten selbstständig ausgefüllt. Mit den Resultaten täuschen wir Objektivität vor (es wurde ja gemessen), und glauben, den Gegenstand so zu beherrschen und in Schranken zu weisen. PatientInnen werden gemanagt oder noch besser, darin angeleitet, ihre eigenen Symptome zu managen. Weder die Diagnoseinstrumente noch die PsychiaterInnen interessieren sich noch näher für die Geschichten der PatientInnen. Da scheint es nur logisch dass, wie es im Medizinstudium zunehmend geschieht, für Übungen in Gesprächsführung und Diagnostik statt echter PatientInnen SchauspielerInnen eingesetzt werden, die standardisiert vorspielen, was gewisse Exponenten des Faches als Essenz einer psychischen Störung ansehen. Bei dieser Arbeit, wenn man denn für das Abwickeln solcher Prozesse diesen Begriff überhaupt noch verwenden kann, wird kaum noch Erfahrung und Wissen über die Kranken und das Handwerk gesammelt.

In andauernder, umfassender Projektarbeit wird immer wieder vorgegeben, die Psychiatrie neu zu erfinden, meist mit dem Resultat, dass in den Wochenplänen der PatientInnen immer mehr fachfremde Methoden wie Sport, Komplementärmedizin und Wellness anzutreffen sind. Wieso sollten wir versuchen, gesellschaftliche Missstände zu beheben und dazu ein politisches Bewusstsein pflegen, wenn vermittelt wird, dass psychisches Leiden sich mit Homöopathie und Körperübungen konfliktfrei beheben lässt?

PatientInnen als KonsumentInnen

Ich erlebe in meiner täglichen Arbeit in der Grundversorgung, dass immer mehr Patienten darauf bestehen, ihre psychischen Probleme und Symptome mit Störungen in der Hirnchemie oder Ungleichgewichten irgendwelcher Transmitter zu erklären, die umgehend mit geeigneten Medikamenten zu beheben seien. Dies gerade in therapeutischen Situationen, in denen eine libidinöse Beteiligung an der Symptomatik sichtbar oder eine persönliche Veränderung nötig wäre. So dient der Biologismus bei vielen PatientInnen als willkommene Abwehr. Es ist schwierig,

PatientInnen dafür zu gewinnen, eigene Anteile und damit möglichen Sinngehalt einer Erkrankung kritisch zu reflektieren, wenn publikumswirksam suggeriert wird, ein gestörtes Neurotransmittergleichgewicht könne durch die Einnahme eines Medikamentes ausgeglichen und das Problem so an der biologischen Wurzel gelöst werden. Haben sie sich das Statussymbol der Psychiatrie der 1980er-Jahre, das Postulat, dass psychische Krankheiten biologisch begründete, «echte» Krankheiten seien, erfolgreich selber angeeignet?

Auch die diagnostische Deutungshoheit scheint zunehmend bei den durch Marketing entsprechend beeinflussten PatientInnen zu liegen. Eine klare Rangordnung, um nicht zu sagen Hitparade, der erwünschten oder zumindest akzeptablen, zur Behandlung angebotenen Diagnosen wird vorgetragen. Burnout, allenfalls Depression, gerne auch ADHD und PTBS. Nancy Andreasen, Leiterin der Arbeitsgruppe des DSM-III, die die Posttraumatische Belastungsstörung PTSD konzeptualisierte, schrieb schon 1995: «It is rare to find a psychiatric diagnosis that anyone likes to have, but PTSD seems to be one of them» (S. 964). PatientInnen mit schwerwiegenderen Diagnosen und mit ernster Prognose stehen als die Verlierer da, bei denen eine schlechtere Versorgung droht, da ihre Behandlung ökonomisch weniger attraktiv, die Erkrankung sozial ohne Anerkennung und auch für uns Professionelle die Arbeit mit diesen PatientInnen weniger prestigeträchtig ist. Dazu zählen insbesondere Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Die Ideale von Autonomie und Selbstverantwortung zerbrechen rasch im Falle schwerer Psychopathologie.

Insgesamt hat sich das Bild grundlegend verändert: PatientInnen treten heute eher in Form von KundInnen auf. Aus meiner Sicht die tauglichste Erklärung für diesen Wandel gelingt, wenn wir uns den Wechsel von der Disziplinar- in die Selbstkontrollgesellschaft vor Augen halten. Im neuen Bewusstsein psychologischer Individualität haben wir nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, unseren Lebensweg, und damit auch unsere Diagnosen und Behandlungen, selbst zu wählen. Wenn medizinische Leistungen nicht mehr nach fachlich begründeter Indikation, sondern als Dienstleistungen entsprechend Wunsch und Nachfrage durch KonsumentInnen dosiert werden, blüht sicher das Geschäft. Ob PatientInnen davon profitieren, ist fraglich.

Entprofessionalisierung

Dieser Entwertung des Wissens und Willkür des Konsums hat die Psychiatrie in ihrer Krise nur wenig entgegensetzen. Sie hat Attribute der Professionalisierung, wie sie noch in der Disziplinargesellschaft Tradition hatten, weit-

gehend verloren. Unser historisch und kulturwissenschaftlich fundiertes Sonderwissen haben wir zugunsten der Hoffnung auf ein erfolgreicherer naturwissenschaftliches Modell verspielt. Durch diese Verflachung sind wir immer weniger fähig, exklusive Handlungskompetenz in Tätigkeiten, die aus komplexen Aufgaben von grundlegender Bedeutung bestehen, auszuführen. Wir können scheinbar nicht mehr viel, was andere nicht auch, und obendrein noch billiger, machen. Wir büßen zunehmend unsere durch Fach- und Sachautorität zu begründende berufliche Autonomie ein, das wenige, das noch bleibt, muss verwaltet und zertifiziert werden. Dass es eine Tradition zur Selbstkontrolle durch Berufsverbände mit berufsständischen Normen gab, die Eigeninteressen gesetzlich beschränkten, den Markt also weitgehend vom Krankenbett fernhalten wollten, ist anachronistisch geworden. Wenn aber Handeln kein wissenschaftliches Fundament hat und keine komplexen Aufgaben erfüllt, ist es nicht professionell. Wenn sich eine Berufsgruppe zunehmend auf nicht ernst zu nehmende Praktiken konzentriert, macht sie sich in methodischer Hinsicht angreifbar und als Berufsgruppe langfristig entbehrlich. Performance und Event drohen ernsthafte Arbeit zu verdrängen.

Es muss sich etwas ändern

Fassen wir zusammen: Die Psychiatrie als Fach hat ihr über mehr als 150 Jahre akkumuliertes Wissen und Erfahrung verspielt, indem sie dem Biologismus erlegen ist. Aus PatientInnen wurden KundInnen gemacht, denen aus marktlogischen Gründen mechanistische Krankheitskonzepte verkauft werden, statt bei ihnen ein Verständnis für den Sinngehalt und die emanzipatorische Potenz von Symptomen zu fördern. Die Arbeit in der Psychiatrie wird zunehmend von dem geprägt, was sich verkaufen lässt und was von KundInnen nachgefragt wird. Dabei übernimmt sie unverändert auch Aufgaben die scheinbar aus Zeiten der Disziplinargesellschaft stammen, indem sie schwer kranke Patienten, zumindest in Zeiten schwerer Psychopathologie, interniert und nach bestem Wissen und mit viel Engagement behandelt. Dafür stehen aber immer weniger Ressourcen, ökonomisch wie ideell, zur Verfügung.

Es muss sich etwas ändern: In der Behandlung

Wenn uns die Geschichte der Psychiatrie eines lehrt, dann die Wandelbarkeit der Konzepte. Wenn für psychiatrische Diagnosen eines charakteristisch ist, dann ihre Abhängigkeit von Zeit und Gesellschaft. Das Bewusstsein für diese Dynamiken sollten wir wieder fördern und mit ihm die Kreativität der PatientInnen in der Ausbildung der Symptome. Die Eroberung unseres Innersten und das unserer

PatientInnen und damit unsere Entmündigung scheint durch die Entwicklungen des Kontrollkapitalismus in vollem Gange zu sein. Wir sollten nicht den Fehler machen, uns gegen diesen Angriff abhärten zu wollen. Die Einsicht, dass der Mensch nicht Herr im eigenen Haus ist, ist nicht bloss Kränkung (Freud, 1917, S. 295), ist nicht nur Zeichen einer Schwäche, die uns angreifbar machen kann, sie gibt uns auch Raum für Entwicklung und Selbstdistanzierung. Wir sollten uns diesem Angriff des Kontrollkapitalismus stellen, indem wir unsere Verletzlichkeit verteidigen. Wir finden nicht mit Selbstoptimierung zu uns, sondern indem wir uns unserer inhärenten Konflikthaftigkeit stellen.

Die Arbeit am Konflikt ist eine etwas aus der Mode geratene Kernkompetenz der Psychoanalyse. Konflikte sind für den Aufbau von Strukturen nötig, das Individuum konstituiert sich in Konflikten. Im Modell des Entwicklungskonfliktes, in dem das Symptom als Folge eines innerpsychischen Konfliktes gesehen wird, zeigt sich das Revolutionäre am Freudschen Konzept. Nicht eine angeborene oder erworbene Unzulänglichkeit oder Minderwertigkeit begründet die Symptomatik, sondern der psychische Konflikt. Wenn das Symptom als Resultat eines Defektes, eines Entwicklungsschadens gesehen wird, verliert es seine Brisanz, aber auch das ihm innewohnende, emanzipatorische Potenzial. Die Wertschätzung für das Symptom, für das Widerständige, den Umweg, das nicht Funktionsorientierte, für das, was sich einer Prozessierung verweigert, läuft den Regeln der Selbstkontrollgesellschaft entgegen.

Diesen psychoanalytisch begründeten Sprung aus der Selbstkontrollgesellschaft sollten wir uns trauen. Und diesen Sprung zu wagen, ist auch den PatientInnen zuzumuten. Auch sie müssen ihren Anteil leisten. Sie können nicht erwarten, so gesehen zu werden und so verstanden zu werden, wie sie sich selber sehen oder sehen wollen. Wir können von ihnen verlangen, zu versuchen, sich auch so zu sehen, wie sie nicht wollen, aber sich doch immer wieder zeigen: in ihren Handlungen, in ihren Inszenierungen, in ihren Symptomen. Es ist nicht anzunehmen, dass unsere NeurotikerInnen, die durch die Verhältnisse der Selbstkontrollgesellschaft symptomatisch wurden, durch die Anwendung von Methoden, die eben jener Ideologie folgen, gebessert werden können.

Wir brauchen die Vielfalt der Methoden im Umgang mit menschlichem Leiden und besonders die aufklärenden, verstehenden, diejenigen, die Selbsterkenntnis fördern. Die Wertschätzung der Psychoanalyse für das Symptom ist genau das, was es ihr ermöglicht, mehr als nur Resilienz oder Stabilität zu erreichen. Die Psychoanalyse ist keine Hygienetechnik zur Säuberung der Seele. Das Resiliente widersteht Belastungen, aber bleibt sich gleich; die Psychoanalyse der

Konflikte ermöglicht, Veränderung anzustossen. Die Symptome der PatientInnen sind eben jener Überschuss, der zuerst stabilisierend wirkt und aus denen, wenn sie verstanden werden, Wachstum und Entwicklung entstehen. Dieses widerspenstige, ungezähmte, unheimliche «Kapital» müssen wir wieder mehr zum Einsatz bringen. Wir brauchen Störgefühle und Störimpulse eher als Achtsamkeit und Fitness. Wie es Deleuze etwas martialisch formulierte: «Weder zur Furcht noch zur Hoffnung besteht Grund, sondern nur dazu, neue Waffen zu suchen» (1993, S. 256). Vielleicht brauchen wir wirklich mehr Bewegung und Sport, aber in einem psychischen Inneren, indem wir PsychiaterInnen uns den Tendenzen zur Verflachung entgegenzusetzen, der sanften Dressur und dem richtigen Weg entsagen und wieder da arbeiten, wo es schwierig ist, wieder mit den PatientInnen und ihren Konflikten ringen, damit die schwierigen Therapien wieder die guten Therapien sind.

Es muss sich etwas ändern: In der Institution

Für die psychiatrische Institution würde das vorher Gesagte heissen, weniger existierende gesellschaftliche Strukturen zu reproduzieren, als diese kritisch zu analysieren. Der heute omnipräsente Managerismus beansprucht, mit objektivierenden Methoden und Instrumenten den bestmöglichen Weg zur Durchführung einer Aufgabe bis ins Detail festzulegen. Ziele und Methoden seien definierbar, Prozesse würden beherrscht und könnten auf minimal notwendigen Aufwand reduziert werden. Der Rationalismus dieser Prozessorientierung vertritt eine altertümliche und naive Form des technischen Reduktionismus, in dem es der Mechanismus der Intervention ist, der wirken soll und nicht die Interaktion und das Setting. Prozeduren oder Prozesse aber sind nicht intelligent. Auch der Markt, der den Einsatz der Mittel optimieren soll, ist nicht intelligent. Intelligent sind nur Menschen und Wahrheit ist keine Eigenschaft von Dingen, sondern eine Eigenschaft von Aussagen über Dinge.

Die Kraft einer Klinik steckt nicht in ihren Prozessen oder Projekten. Und schon gar nicht darin, diese im Streben nach Effizienz auf den kleinst möglichen Aufwand zu reduzieren. Es ist vielmehr die tätige Behandlung, die im Psychischen etwas in Bewegung bringt. Wie wir gesehen haben, ist das Symptom, scheinbar ineffizient und voller unbeabsichtigter Redundanz, gerade das, was zugunsten von psychischer Stabilisierung und Entwicklung arbeiten kann. Darum sollten Institutionen Platz bieten für diese Umwege, für den Umweg des Symptoms, für dessen Verständnis als Träger von Bedeutung. Darum soll die Institution auch heute immer etwas zu gross und zu robust sein. Und sich etwas Unheimlichkeit bewahren, weil «das Unheimliche das Heimliche-Heimische ist, das eine Verdrängung

erfahren hat und aus ihr wiedergekehrt ist» (Freud, 1919h, S. 259). Unheimlichkeit als Zeichen, dass die Institution der Ort ist, an dem das Verdrängte wieder bewusst werden kann.

Die Wiedergewinnung des Asyls

Oft lohnt es sich, zu den Begriffen selbst zurückzukehren. Asyl meinte im Altgriechischen ursprünglich nicht so sehr Zuflucht wie Schutz vor Entwendung. Asyl aus altgriechisch ἄστυλον bzw. ἄστυλος «unberaubt», «sicher» zusammengesetzt aus dem ἄ-privativum – mit der Bedeutung «un-», «nicht-» – und dem Substantiv σῦλον «Raub», «Beschlagnahmung». Das Asyl der Selbstkontrollgesellschaft könnte Individuen unberaubt lassen und vor dem Raub an ihrem psychischen Inneren schützen. Raum dazu bieten, dass Identität erhalten, oder wo verloren, wieder gefunden oder aufgebaut werden kann. Identität wird sozial konstruiert. Durch die tiefgreifenden Veränderungen in der Entwicklung von der Disziplinargesellschaft zur Selbstkontrollgesellschaft wurden traditionelle Rollen weitgehend aufgelöst und dem Individuum grössere Gestaltungskompetenzen gegeben.

Die Vorstellung einer substanzialistischen Identität, die, einmal erworben, fester Besitz des Individuums bleibt, ist veraltet. In der Kontrollgesellschaft ist jedes Individuum nur eines von vielen, eine Stichprobe in der Statistik einer grossen Population. Das Individuum ist zerlegbar geworden, «dividuell», in Motive, Ideen und Wünsche, die alle auch getrennt angesprochen werden können. Unbegrenzte Flexibilität ohne soziale Strukturen bieten keine Grundlagen für eine Identitätsbildung. Wir müssen uns sputen, damit die Imperative von Selbstoptimierung, Prozessorientierung und (in)dividueller Verantwortung nicht bald das Einzige sind, was wir den Patienten mitgeben können.

Dieses neue Asyl würde sich als Denkraum und als realer Raum eignen. Und dieser wäre, auch hier ist die Analogie zum Altertum zu bevorzugen, nicht als Almosen oder Zuteilung, sondern als ein Ehrentitel anzusehen. Denn wir brauchen die Symptome und die Umwege. Wir können uns und die Institution nicht aus der Selbstkontrollgesellschaft nehmen, wir sind selber Teil davon, ja wir produzieren sie, ganz universelle Zwangsneurotiker, jeden Tag neu. Aber wir können die gesellschaftlichen Verhältnisse wieder vermehrt reflektieren und benennen und auch Äusserungen der Selbstkontrollgesellschaft als Symptom erkennen. Wenn wir genau hinsehen, so beobachten wir solche Wiederaneignungsphänomene schon heute. Phänomene, wie sie wohl nur in einer Institution mit ihrer «Totalität» denkbar sind, und in denen sich gerade das zeigt, was nur in einer Institution in dieser Dichte möglich ist.

Ein Beispiel: Ein Patient mit einer Onlinespielsucht will gegen Ende der, glaube ich, recht gut geglückten Behandlung seine Krankengeschichte einsehen, also die Daten, die wir in unserem Klinikinformationssystem über ihn gesammelt haben. Er erhält einen Ausdruck unserer Verlaufseinträge ausgehändigt. An einem der nächsten Abende liest er gemeinsam mit einigen MitpatientInnen, die miteinander in sehr enger Zusammenarbeit und konstruktivem Austausch waren, Teile unserer Dokumentation laut. Es sei eine Riesengaudi gewesen. In einer Art szenischer Lesung hebt der Patient so die von uns über ihn gesammelten Daten auf eine ganz neue Erkenntnis- und Humorebene. Es gelingt ihm so, sich seine über ihn gesammelten Daten und seine Geschichte wieder anzueignen. Ich habe die Show leider verpasst, was wohl auch Voraussetzung für den Genuss der PatientInnen war. Wie allgemein die wirklich wichtigen Dinge in einer Institution nicht während der Bürozeiten sondern an den Rändern und in den Lücken passieren – auf dem Spaziergang, beim Einschlafen, am Rauchertisch, beim Kuchenbacken oder an den Weihnachtsfeiern. Und zumindest gegen diesen archaischen Genuss unserer Kranken kommt hoffentlich kein Überwachungskapitalismus mit seinem Optimierungsdruck an.

Danksagung

Nicole Burgermeister und Irene Klaasen van Husen möchte ich für die kritische Durchsicht des Manuskripts und viele Anregungen danken.

Literatur

- Andreasen, N. (1995). Posttraumatic Stress Disorder: Psychology, Biology, and the Manichean Warfare between False Dichotomies. *American Journal of Psychiatry*, 152, 963–965.
- Deleuze, G. (1993). Postskriptum über die Kontrollgesellschaften. In ders., *Unterhandlungen 1972–1990* (S. 254–262). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Ehrenberg, A. (2019). *Die Mechanik der Leidenschaften. Gehirn, Verhalten, Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2008). Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. 9. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Freud, S. (1916–17). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. 18. Vorlesung: Die Fixierung an das Trauma, das Unbewusste. *GW XI*, S. 282–295.
- Freud, S. (1919h). Das Unheimliche. *GW XII*, S. 229–268.
- Frances, A. (2013). *Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMont.

- Goffman E. (1973). *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Edition suhrkamp 678.
- Kirsch, I. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, Feb, 5(2).
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown Publishers.
- Zuboff, S. (2018). *Das Zeitalter des Überwachungskapitalismus*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.

Angaben zum Autor

Walter Heuberger, Dr. med, Jahrgang 1967, Studium der Pharmazie an der ETH Zürich, der Medizin an der Universität Zürich. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Teilnehmer am PSZ.