

Gert LYON

Zwangdbehandlung und die Behandlung des Zwangs

Manuskript eines Vortrages

im Wiener Arbeitskreis für Tiefenpsychologie

Herbst 1980

Zwangdbehandlung und die Behandlung des Zwangs

Manuskript eines Vortrags im Wiener Arbeitskreis für Tiefenpsychologie, Herbst 1980

Angst vor dem Wahnsinn

Viele Befunde und Beobachtungen weisen darauf hin, daß uns der Wahnsinn Angst macht. Diejenigen, die gemessen an den herrschenden Wert- und Normvorstellungen als wahnsinnig gelten, werden in große Anstalten gesteckt, die meist am Stadtrand liegen, - wo oft, wie auch in Graz, das Gefängnis, der Schlachthof, die Armensiedlungen und Mülldeponien lokalisiert sind.

"Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß", "aus den Augen - aus dem Sinn" - so oder so ähnlich lautet das Motto der Gesellschaft, das an das magische Denken des Zwangsneurotikers erinnert.

Die meisten der sozial Ausgeschlossenen sind unfreiwillig dort, werden gegen ihren Willen festgehalten und zwangdbehandelt. Die von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Mittel liegen weit unter dem, was etwa für die Behandlung weniger Angstmachender Krankheiten ausgegeben wird; die Wahnsinnigen werden praktisch ausgehungert. So gut wie alle Bedürfnisse der Anstaltsinsassen, wie die nach Kleidung, Nahrung und Ausscheidung, nach Schlaf, Bewegung und praktischer, körperlicher und sexueller Betätigung, das Bedürfnis nach akzeptiert-werden, nach Selbstdarstellung und persönlichen Beziehungen, nach Information, Orientierung und Abwechslung; - alle diese Bedürfnisse werden nicht oder mangelhaft erfüllt und zwar vermittelt durch die Dienstleistungen des Personals der Anstalt.

So erscheinen nun Ärzte, Schwestern und Pfleger, und im weiteren Sinn auch das Verwaltungspersonal, als die für die grausam-repressive Behandlung der Insaßen Verantwortlichen und Schuldigen. Tatsächlich hat das Personal aber einen geringen Entscheidungsspielraum, denn die unmenschlichen Verhältnisse sind vor allem einmal das Ergebnis der materiellen und personellen Mängel, sind also Folge sozial- und gesundheitspolitischer Entscheidungen und erst in zweiter Linie auf die Einstellung

des Personals zurückzuführen (- die ja selbst wieder mit als Ergebnis gesellschaftlicher Verhältnisse zu verstehen ist).

Eine Fülle von medizin-soziologischen und Psychiatrie-kritischen Arbeiten hat in den letzten Jahren zumindest zur Infragestellung der Existenzberechtigung dieser Art von Zwangpsychiatrie ermutigt.

Wenn man täglich mit den Ausgeschlossenen umgeht und sie irgendwie behandelt, entsteht eine persönliche Betroffenheit, die eine Palette von Gefühlen und Abwehrmechanismen umfaßt. Sie reicht von Anteilnahme und Vermeidungsverhalten bis zu reformerischen Aktionen und hoffnungsloser Resignation. Ohne theoretisches Verständnis der Verhältnisse und der Dynamik erscheinen die oft jahrzehntelangen Zwangsbehandlungen, die alltäglichen Grausamkeiten und Gewalttätigkeiten und verdinglichten Umgangsformen mit den Patienten und auch des Personals untereinander gleichsam schicksalhaft unveränderbar.

Die Fragen, die mich hier beschäftigen sind die nach dem Beitrag der Psychoanalyse zum Verständnis und zur Veränderung dieser Verhältnisse.

Vier Beispiele

1. Eine Gruppe von Schwesternschülerinnen im ersten Ausbildungsjahrgang, welche zum Stationsdienst eingeteilt werden, wird von einem leitenden und in der Schwesternausbildung tätigen Facharzt bei der Begrüßungsansprache aufgefordert, mit den Patienten keinerlei persönliche Gespräche oder Kontakte aufkommen zu lassen, sondern mit den Patienten immer nur gleichsam wie durch eine gläserne Wand umzugehen.
2. Zwei rivalisierende diplomierte psychiatrische Krankenschwestern tragen ihren Konflikt miteinander aus, indem sie allen 60 Patientinnen einer Station jeweils einige Stunden vor dem Schichtwechsel eine große Dosis Abführmittel verabreichen. Dieser über den Darm der Patientinnen abgeföhrte Krieg wird übrigens erst nach mehreren Monaten zufällig entdeckt, als bei der Überprüfung der Medikamentenkostenrechnungen der unerklärlich hohe Abführmittelbedarf der Station auffällt.
3. Der ängstliche Nachdienstpfleger weckt den als aggressiv geltenden Patienten auf, um ihm die Schlaftabletten zu verabreichen, welche vom Stationsarzt als Disziplinierungsmaßnahme nach einer täglichen Auseinandersetzung zwischen eben diesem Pfleger und diesem Patienten verschrieben worden war.
4. Auf einer Frauenstation mit 60 Patientinnen darf jeweils nur eine der sechs vorhandenen Toiletten und eines der sechs vorhandenen Waschbecken benutzt werden. Die anderen Toiletten sind versperrt bzw. die Waschbecken mit Lein tüchern abgedeckt, - aus Gründen der leichteren Reinigung und Arbeitsersparnis für das Personal.

Für die oft nicht rechtzeitig die einzige nicht verschlossene und daher häufig besetzte Toilette aufsuchenden Patienten gibt es drastische Strafen; z.B. durch vermehrte Psychopharmakagaben oder Umstellung von Tabletten auf Injektionen, Ausgangssperren, verordnete Bettruhe oder das Gegenteil, - das Verbot, sich tagsüber niederzulegen trotz hoher Psychopharmakadosierungen.

Obwohl diese Beispiele beliebig fortgesetzt werden könnten, stellen sie doch eine Auswahl dar, die in der Absicht getroffen wurde, mir eine sehr naheliegende Deutung zu versuchen:

die Zwangsbehandlung selbst als Zwangssphänomen, als anamkarstisches Phänomen zu begreifen.

In diesem Deutungsversuch würden die Patienten das abgewehrte Triebhafte repräsentieren; das Chaotische, das ArchaischAngstmachende, das Primärprozeßhafte, vor dem sich zu schützen dem schwachen Ich nur unvollständig gelingt. Und zwar vorwiegend mit Hilfe der für den Zwangsneurotiker typischen Abwehrmechanismen:

mit Reaktionsbildung, Ungeschehenmachen und Isolierung, mit der Regression auf die analsadistische Stufe der Libidoorganisation.

In diesem Bild wäre das Personal in einer dem zwangsneurotischen Ich vergleichbaren Situation:

geschwächt durch die doppelte Frontstellung (bzw. Gegenbesetzung) - einmal gegen die Triebregungen (die beim Zwangsneurotiker aus phallisch-ödipalen, genital-masturbatorischen und analsadistischen zusammengesetzt sind) und andererseits gegen das grausam archaiische Über-Ich.

Dementsprechend herrschen Konflikte vor, die zwischen Aggresivität und Unterwerfung, zwischen Grausamkeit und Zärtlichkeit, zwischen Schmutz und Sauberkeit, zwischen chaotischer Unordnung und pedantischer Ordnung ausgetragen werden. Die Ängste des zwangsneurotischen Ich (- ganz ähnlich wie die des Personals in der psychiatrischen Anstalt) sind analytisch gesehen regressive Entstellungen der Kastrationsangst und auf der narzistischen Ebene solche vor dem Verlust der Selbstachtung (oder sogar Vernichtungsängste). Solche Ängste und die quälenden Schuldgefühle sind auch die Motive der pathologen Abwehr.

Das Denken des zwangsneurotischen Ich erscheint als eine Karikatur des logischen Denkens und ist durchwirkt von Magie und Aberglauben. Die Gestaltwahrnehmung, der Blick fürs Ganze ist getrübt. Es werden eher Summen als Ganzheiten wahrgenommen. Die Erfüllung von Über-Ich-Ansprüchen bringt dem Ich bisweilen ein so hohes Maß an narzistischer Befriedigung, daß autonome Ich-Funktionen wie die Realitätsprüfung und das Denken vorübergehend abgeschwächt oder ganz und gar außer Kraft gesetzt sind.

Die irrationale gesellschaftliche Praxis der Psychiatrie erscheint wie das sadistische Über-Ich des Zwangsneurotikers, das als Abkömmling der Befehle zu verstehen ist, die einst vom Vater gegeben wurden, um Triebansprüche zu unterdrücken. Es arbeitet nach dem Vergeltungsprinzip (im Strafvollzug wird übrigens eine Diskussion über Sühne- oder Behandlungsprinzip geführt). Das Über-Ich stellt an das Ich archaiische Forderungen im Sinne einer automatisch ablaufenden Pseudomoral, die sich beim Zwangsneurotiker etwa in Buß- und Sühnehandlungen und in Symmetriezwängen manifestiert.

Die oft grausamen Methoden der Zwangsbehandlung erden von denjenigen, die sie ausführen, selbst als Ich-fremd empfunden, sie werden häufig gegen die eigene innere Überzeugung durchgeführt, - sozusagen im Dienst höherer, gesellschaftlicher Interessen.

Auch auf der Ebene der Objektbeziehungen finden sich mühelos Analogien von Zwangskranken und dem Personal psychiatrischer Asyle. Beiden fehlen die Ursprünglichkeit und Wärme als Folge der Isolierung von Emotionen, und das Bedürfnis die Objekte zur Erleichterung eigener innerer Konflikte zu benutzen, führt unter anderem dazu, daß die Objekte (Patienten) wie Dinge behandelt, ja verwaltet werden können. Denn die Besetzungen, die der Zwangskranke an die Symptome und die autoerotischen Ersatzbildungen bindet, entfallen, sobald er mit Objekten zu tun hat.

Die Objektbeziehungen werden häufig nach dem Muster von "Besitz und Geschenk" gehandhabt, weil ihnen einerseits der Wunsch nach Aufrechterhaltung des Selbstgefühls zugrunde liegt und andererseits die unbewußt aggressive Einstellung zu einer ständigen Angst vor Ablehnung führt, sodaß die Objekte immer wieder als vergebend oder anklagend erlebt werden müssen.

Man kann den analogisierenden psychoanalytischen Deutungsversuch fortsetzen und befindet sich dabei in guter Gesellschaft. Freud hat etwa bestimmte Formen individueller Psychopathologie mit sozialen Institutionen in Beziehung gesetzt: die Hysterie mit der Kunst; die Zwangsneurose mit der Religion und den paranoiden Wahn mit der Philosophie.

Bei der Frage nach den Konsequenzen erweist sich aber diese einfache Anwendung des psychoanalytischen Neurosenkonzepts auf soziale Phänomene als unfruchtbar.

Das psychoanalytische Konzept des Charakters geht ursprünglich vom genetischen Gesichtspunkt aus und scheint die Dialektik von Individuum und Gesellschaft besser zu erfassen.

Charakter ist in erster Linie Folge der Umwandlungen von äußeren sozialen Konflikten in innerpsychische. Auch Übertragung und Gegenübertragung können damit als Phänomene gesehen werden, die auf der erneuten Externalisierung dieser Konflikte beruhen.

Abraham bezeichnet die Gesamtheit der triebhaften Reaktionen des Einzelnen auf das Gemeinschaftsleben als Charakter, und Wilhelm Reich sieht in den charakterlichen Strukturen den erstarrten soziologischen Prozeß einer Epoche.

Die klassischen Beschreibungen des Analcharakters durch Freud, Jenes, Abraham, Fenichel und andere als Reaktionsbildungen und Sublimierungen anal-erotischer Handlungsweisen scheinen verblüffend gut auf die Beziehungen und Interaktionsmuster in der Zwangspsychiatrie zu passen:

die oft gigantisch und unmöglich zu erfüllenden Forderungen nach Ordentlichkeit, Sauberkeit, Pünktlichkeit, Gewissenhaftigkeit und Eigentumsbewußtsein an die psychiatrischen Patienten und auch des Personals im Dienst untereinander, werden analytisch als Ausarbeitung des Gehorsams gegenüber Umweltansprüchen (- ursprünglich in Bezug auf die Defäkation) verstanden; trotziger Eigensinn als eine Ausarbeitung der Rebellion dagegen, als passive Aggressivität, die entwickelt wird, wo Aktivität nicht möglich ist.

Eigensinn, der zunächst eine Methode des Kampfes der Schwachen ist, wird später im Kampf um die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des Selbstgefühls zur Gewohnheit. Das gestörte Verhältnis des Analcharakters zur Macht wird durch die Angst vor dem Verlust des Selbstgefühls bestimmt.

Neben kinästhetischen Empfindungen wie Atmung und Puls, die einen inneren biologischen Rhythmus des Körpers wahrnehmbar werden lassen, sind auch anale Erfahrungen von großer Bedeutung für die Zeitmessung und die Entwicklung von Zeigefühlern und als Mittel der Realitätsbewältigung.

Anal-erotiker sind in ihrer Einstellung zur Zeit ebenso gestört wie in ihrer Einstellung zu Geld und Besitz. Geld und Fäzes werden unbewußt gleichgesetzt und haben die gemeinsame Eigenschaft entindividualisierter Besitz zu sein.

French sagt vom Anal-erotiker, daß er in einer unpersönlichen Welt lebt, in der Menschen wie Dinge behandelt werden und alles unpersönlichen Gesetzen unterworfen ist.

Bei der Aufnahme des zwangseingelieferten Patienten in die Anstalt etwa können die ritualisierten Handlungsabläufe beobachtet werden, die den abrupten Eintritt in die totale Institution, die Verwandlung eines Individuums in einen Insaßen symbolisieren:

- von der Registrierung, Entkleidung und Enteignung auch der kleinsten persönlichen Besitztümer (bis zum Gebiß, zum Hörapparat, Uhr, Brillen und Unterwäsche) über ein Reinigungsbad bis zur Uniformierung in die graue Anstaltskleidung, findet eine den bürokratischen Interessen der Anstalt sehr zweckrationale und radikale Entpersönlichung statt.

Der aus der Nazizeit stammende und immer noch defacto in Kraft befindliche Halbierungserlaß (weniger als die Hälfte der Tagessätze für die psychiatrischen Patienten); - weiters die völlige Besitzlosigkeit der Patienten und etwa auch ihre Entlohnung für die Arbeit eines Tages mit etwa 6,- öS scheinen gut in das Bild der gestörten Einstellungen des Analcharakters zu Geld und Besitz zu passen.

Erikson sieht im Hergeben und Festhalten die entscheidende Modalität. Das Festhalten kann zu einem zerstörenden und grausamen Besitz- und Zwangsverhalten aber auch zu einem ausgeprägten Verhalten von Sorge und Überfürsorglichkeit führen. Die für die Patienten oft undurchschaubaren Entlassungskriterien scheinen derartigen Mustern zu folgen. Häufig hängt die Entscheidung über die Entlassung auch vom Bedarf an Arbeitskräften der Station ab bzw. von der handwerklichen Geschicklichkeit und Brauchbarkeit des Patienten (z.B. auch für den privaten Hausbau von Anstalsangestellten).

Die Häufigkeit und Intensität der als typisch anal-erotisch beschriebenen Einstellungen zu Zeit, Geld, Macht und Besitz scheint in der psychiatrischen Anstalt noch ausgeprägter zu sein als in anderen gesellschaftlichen Institutionen. Das dogmatische Festhalten an veralteten Behandlungsmethoden kann analytisch als Kompensation von Zweifel und Ambivalenz verstanden werden. Dogma und Zweifel entbehren beide das Gefühl der Überzeugung und des Interesses für die Realität.

Neue Information wird gemieden, der Zweifel kann so weiter genährt, das Dogma weiter konserviert werden. Aber nicht nur das Personal, das unmittelbar für die Vermittlung der Bedürfnisse der Patienten und deren Behandlung zuständig ist, sondern auch die Verwaltungsinstanzen legen bei allen Reformversuchen ein Ausmaß an Konservativismus an den Tag, das an Trotzkys treffenden Ausspruch vom "bleiernen Arsch der Bürokratie" erinnert.

In Fenichels Beschreibung des Analcharakters findet sich der Hinweis auf das Mißverständnis, den Ursprung des Geldes aus der anal-erotischen Triebbefriedigung zu erklären. Tatsächlich beeinflußt eher umgekehrt die aktuelle Funktion des Geldes die Entwicklung der Analerotik und eher hängt die Triebstruktur selbst, insbesondere die relative Verteilung der Libido zwischen Genitalität und Prägenitalität von sozialen Faktoren ab. Ohne Zweifel dienen die individuellen Strukturen, die durch die Institutionen geschaffen worden sind, der Erhaltung eben dieser Institutionen.

Fenichel, Neurosenlehre, Band 1, Seite 57:

"Jede seelische Erscheinung ist als Ergebnis einer Interaktion von biologischen Strukturen und Umwelteinflüssen zu erklären. In jeder Generation wirken soziale Institutionen als bestimmende Umwelteinflüsse. Die biologische Struktur ist ihrerseits aus dem Zusammenspiel früherer Strukturen und früherer Erfahrungen evolutionär entstanden. Wie aber sind gesellschaftliche Institutionen entstanden? Sind sie nicht in letzter Instanz auf das Verlangen der Menschen nach Bedürfnis befriedigung zurückzuführen? Das ist unleugbar richtig. Die Verhältnisse zwischen den Menschen sind jedoch zu einer äußeren Realität geworden, die von eben diesen Menschen vergleichsweise unabhängig geworden ist. Sie haben die Individuen strukturell geformt, die dann ihrerseits durch ihr Verhalten die Institutionen verändert haben. Dieser Prozeß wechselseitiger Veränderung und Anpassung durchzieht die Geschichte."

Die Vernachlässigung pathogener gesellschaftlicher Bedingungen führt schließlich zur Abkehr vom Feld präventiver Strategien (wie z.B. in einer psychoanalytisch orientierten Pädagogik, Geburtshilfe und Institutionskritik; Sepp Schindler hat zu diesem Punkt während der letzten Ausbildungswoche in Salzburg referiert).

Dazu kommt die Tendenz, daß praktisch jeder Erkenntnisfortschritt der psychoanalytischen Theorie und Technik mit einer Verlängerung der Behandlungsdauer verbunden ist und so das Mißverhältnis von massenhaftem psychischen Elend und luxuriösen psychoanalytischen Kuren immer drastischer wird, sodaß wenig Aussicht zu bestehen scheint, daß die Psychoanalyse auch nur Teilbereiche der psychiatrischen Versorgung abdecken könnte. Die von Anfang an durchgeführten Versuche Kurztherapie und später auch Gruppentherapietechniken zu entwickeln änderten nichts am Grundproblem:

Zitat K. Horn:

"Eine Psychologie, die den Zusammenhang zwischen Lebensgeschichte und Gattungsgeschichte, zwischen irrationalen gesellschaftlichen Verhältnissen und individueller Psychopathologie nicht darstellen kann, ist für eine kritische Kooperation gegen diese Irrationalität nicht geeignet."

Der andere Ansatz der Psychoanalyse zur Entwicklung einer Sozialpsychologie bestand in der Ausdehnung psychodynamischer Betrachtungsweisen auf Familie und Gruppe und brachte die bedeutenden Erkenntnisse der familialen Sozialisationsvorgänge. Mit der Einführung des Ich-Ideals wird das Problem der Vermittlung kollektiver Werte aufgegriffen. Unter dem Einfluß von Gruppentherapie und Gruppendynamik und der Kommunikations-, Interaktion- und Rollentheorien wurden von Analytikern interaktionelle, psychosoziale und institutionalisierte Abwehrformen beschrieben.

Parin beschreibt das "Gruppen-Ich", das "Clan-Gewissen" und die "Identifizierung mit der Rolle", die alle Abwehr- bzw. Anpassungsmechanismen sind, die das Ich von einer ständig neuen Auseinandersetzung mit der Außenwelt entlasten. Diese Automatismen sind ökonomischer als die klassischen Abwehrformen, weil sie keine oder weniger Gegenbesetzung brauchen.

Heigl und Heigl-Evers haben das Konzept der psychosozialen Kompromißbildung entwickelt und verstehen darunter die relativ zeitstabilen interpersonellen Manifestationen pathogener intrapsychischer Konflikte und Figuren des Miteinanderumgehens der Interaktionspartner im Sinn einer Abwehr gemeinsamer Konflikte.

Richter hat eine Typologie psychosozialer Abwehrmechanismen aufgestellt und hat gezeigt, wie das Kind von der Mutter z.B. als Substitut für einen anderen Partner oder für eigene Selbstaspekte (das eigene Abbild, das ideale Selbst) in Rollen gezwungen wird, die Neurosebildend und Charakterdeformierend sein können. Einen wichtigen Ansatz stellt auch Willi's (1972) Konzept der Kollusion dar. Er versteht darunter "das von den Partnern im heimlichen meist unbewußtem Übereinkommen miteinander inszenierte Zusammenspiel, in dem sie versuchen, miteinander und aneinander ihre neurotischen Störungen zu bewältigen oder zumindest auszuagieren, anderenteils ihre eigene Abwehr zu potenzieren. Die Partner bilden dabei einen meist unbewußt gehaltenen Konsens über die Regeln und Rollen dieses Zusammenspiels".

Von der Vielzahl der Arbeiten möchte ich die von Mentzos über interpersonelle und institutionalisierte Abwehr herausgreifen und auf meine Fragestellung anzuwenden versuchen.

Mentzos Konzept der interpersonellen Abwehrkonstellation ist dadurch gekennzeichnet, "daß der jeweilige Interaktionspartner in Ehe, Familie oder Gruppe nicht nur zum Übertragungsobjekt wird (der Abwehrprozeß bezieht sich in diesem Fall auf Objektrepräsentanzen, auf Vorstellungen früherer, realer Beziehungspersonen), vielmehr übernimmt der jeweilige Interaktionspartner auch eine reale Funktion in der gemeinsamen Bemühung um Abwehr, Kompromißbildung bzw. Bewältigung. Er verhält sich tatsächlich so- wie das Übertragungsobjekt und übernimmt eine bestimmte Teilaufgabe in der auf Abwehr gerichteten Gesamtkonstellation".

Das Anstaltspersonal muß viele Stunden pro Tag mit psychotischen Patienten umgehen. D.h., daß deren Unbewußtes lange Zeiträume hindurch einer Fülle von Projektionen, symbiotischen Wünschen, narzißtisch-aggressiven Strebungen, paranoider Wut, primitiven Idealisierungen und Entwertungen und anderen archaiischen Abwehrformen, Übertragungsangeboten und psychotischprimärprozeßhaften Manifestationen ausgesetzt ist. Ohne eine entsprechende Ausbildung zu haben, praktisch ohne jedes theoretische Verständnis dessen, was täglich auf sie zukommt und was all das in ihnen selbst auslöst, bleibt die Abwehr, die Abgrenzung, der Selbstschutz oft das einzige Ziel.

Auch auf der bewußten Ebene hat das Anstaltspersonal wenig Möglichkeiten eine positive Berufs-Identität zu entwickeln: geringes Sozialprestige, die offensichtliche Hoffnungs- und Erfolglosigkeit dieser Psychiatrie, schlechte Bezahlung, unregelmäßige Dienstzeiten und die hierarchisch-autoritäre Binnenstruktur der

Anstalt, - all das fördert eher die Entwicklung rigider Abwehrmechanismen. Viele der Interaktionen zwischen dem Personal und den Patienten in der Zwangspraxis können als neurotische Pseudolösungen narzisstischer und struktureller Konflikte verstanden werden.

Zitat Mentzos, 1977, S. 67:

"Zu den Zielen der interpersonellen Abwehrkonstellationen gehören außer der Sicherung des Selbstwertgefühls, der Selbstbestätigung und der Prestigeerhöhung auch die kompensatorischen Mechanismen, die eine Gefährdung der Identität, der Ich-Integrität und der Ich-Grenzen vermeiden sollen."

So können die Patienten etwa unbewußt vom Personal genötigt werden, diesen - nach dem Muster der "Rolle des negativen Selbst" - ihre negative Seite abzunehmen. Die Patienten stellen dann einen Aspekt dar, den das Personal bei sich selbst nur dadurch erfolgreich unterdrücken und verleugnen kann, daß es ihn gewissermaßen auf die Patienten verlagert. Indem die Patienten die Rolle des "Sündenbocks" oder des "schwachen Partners" (Richter) zugewiesen bekommen, kann das Personal die eigene Kleinheit, Ohnmacht und Passivität verleugnen und statt dessen die eigene Größe und Güte unterstreichen. Bezogen auf den Übertragungsaspekt kann man sagen: die Patienten werden dazu benutzt das "grandiose Selbst" per Kontrast zu festigen. Das Streben nach einer "komplementären" Identität ist zwar für jeden Menschen gegeben; es gibt aber auch pathologische, etwa unter bestimmten institutionellen und sozialen Bedingungen erzwungene Bedürfnisse nach einer komplementären Identität; - und dazu dürfte auch diese Rollenvorschrift des negativen Selbst gehören -, die für die Festigung irrealer, pathologischer Selbstkonzepte von größter Wichtigkeit sind.

Auch innerhalb eines anderen Bezugssystems können diese Abwehrkonstellationen verstanden werden. Gemeint ist das Konzept des "Splitting", das vor allem von Kernberg ausführlich beschrieben wurde. Splitting ist ein sehr früher, unreifer interpsychischer Abwehrmechanismus, - Vorläufer der relativ reiferen Abwehrformen, wie Isolierung, Reaktionsbildung und Ungeschehenmachen, also der für die Zwangsnurose typischen Abwehrformen. Das Splitting erfordert weniger Gegenbesetzung als z.B. die Verdrängung und gerade deshalb greift ein schwaches Ich auf diese Abwehrform zurück. Andererseits stellt das Splitting eine der Hauptursachen der Ich-Schwäche dar, indem es im Gegensatz zur Integration bzw. Synthese konträrer Introjektionen und Identifikationen die Neutralisierung verändert und damit diese aus der Legierung libidinöser und aggressiver Triebabkömmlinge stammenden wichtigen Energiequellen für die IchEntwicklung nicht zur Verfügung stellt.

Durch das Splitting werden zwei miteinander unvereinbare Selbst und Objektmagines aktiv auseinandergehalten, sodaß sie nur alternativ oder sukzessiv bewußt werden können. So erlebt man sich selbst und die anderen einmal als "böse" oder "schwach", das andere Mal als "gut" und/oder "stark", jeweils mit Absolutheitscharakter. Man könnte nun die Rolle des "negativen Selbst" und die daraus entstehenden Rollenvorschriften als den versuch begreifen, das zunächst nur intrapsychische Splitting in ein real verankertes interaktionelles Muster mit Abwehrcharakter zu verwandeln (Mentzos).

Nun ist aus der Sozialpsychiatrie bekannt, daß bestimmte gut funktionierende interpersonelle Konstellationen imstande sind, psychotische Patienten lange Zeit vor Rückfällen zu bewahren. Die symptomarmen bis -freien Intervalle dauern umso länger, je besser es gelingt Beziehungen aufzubauen, die den Patienten eine mittlere Position zwischen Nähe und Distanz ermöglichen und so den Desintegrations- und Grenzverlustängsten entgegenwirkt. Durch ein reales Splitting können Strebungen, die aus entgegengesetzten, unvereinbaren Selbst und Objektimagines stammen, bei verschiedenen Partnern konfliktarm befriedigt werden.

Die in der Anstalt vorgefundenen institutionellen Bedingungen sind nun aber kaum geeignet, die hier skizzierten aufeinandertreffenden und ineinander verflochtenen Abwehrkonstellationen und Übertragungsangebote durchschaubar und damit therapeutisch nutzbar zu machen.

Mentzos dehnt sein Konzept auch auf institutionalisierte Formen der psychosozialen Abwehr aus. Er beschreibt, wie Institutionen, die zwar vital wichtige Funktionen zweckrational erfüllen, auch dazu prädestiniert sind, im Dienst neurotischer Abwehr zu stehen. Zwar bietet jedes Sozialsystem die Möglichkeit zu interaktionell aufgebauter Abwehr schon dadurch, daß soziale Systeme Rollensysteme sind, wodurch die Möglichkeit einer neurotischen Ausgestaltung oder Ausnützung der gegenseitigen Rollenerwartungen gegeben ist.

Während jedoch in anderen Systemen diese Rollen vorwiegend auf die Regulierung und Sicherung der Arbeitsverteilung zielgerichtet sind, stellen Institutionen Handlungs- und Beziehungsrauster dar, die vor allem durch die Verankerung der zentralen Ordnungswerte in der Antriebsstruktur der Gesellschaftsmitglieder gekennzeichnet sind.

Das impliziert, daß die Strukturen und Prinzipien einer Institution nicht nur zweckrational aufgebaut sind, sondern darüber hinaus sich auf gemeinsame Werte, Einstellungen und gefühlsmäßige, oft nicht klar erkennbare und definierte Motivationen stützen. Aus diesem Grund sind Institutionen geradezu prädestiniert neben anderen Funktionen auch psycho-soziale AbwehrAufgaben zu übernehmen.

Die psychiatrischen Anstalten arbeiten kaum mehr zweckrational, geschweige denn human. Was vor 100 Jahren zur Zeit der Gründung der meisten Großanstalten fortschrittlich war, stellt heute auf Grund des Festhaltens an den Organisationsprinzipien des vorigen Jahrhunderts ein Symbol des Anachronismus und der Inhumanität dar.

Daß sich Anstalten dieses Typs immer noch halten können, liegt vielleicht daran, daß sie unter anderem auch wichtige psychosoziale Abwehrfunktionen haben:

1. gliedern sie unproduktive Kranke aus dem Produktionsprozeß aus, wie einen Störfaktor, und zugleich scheinen sie die Gesellschaft vor dem angstmachenden Wahnsinn zu schützen.

Der kollektive Kampf gegen die Angst kann als eine der Ursachen sozialer Institutionen gesehen werden. Die psychiatrische Anstalt ermöglicht die Verstärkung der individuellen Abwehrmechanismen gegen die Angst vor den Psychotikern und gegen die eigene psychotische Angst. Sie erfüllt eine unbewußte Abwehrfunktion, die zur bewußten Funktion rationaler sozialer Interessen hinzukommt.

2. bieten die Anstalten dem Personal Arbeit, Sicherheit und Autoritäten, welche sich als Übertragungsobjekte anbieten und Verantwortung abnehmen.

Die autoritäre Binnenstruktur der Anstalt hat die Funktion, dem Personal Gestalten anzubieten, in die es sich entfremden, mit denen es sich identifizieren kann. Letztlich ist die Funktion der Autoritätsbeziehung in ihrer Gesamtheit eine Funktion kollektiver Abwehr von Trennungsangst, die kollektiv von den Mitgliedern der Institution erlebt wird.

3. sosehr die Veränderung bzw. Auflösung der derzeitigen psychiatrischen Institution ein positives Ziel darstellt, muß auch bedacht werden, daß dabei viele Ängste frei werden. Das geschieht, - wie z.B. bei den Reformversuchen in Richtung gemeindenaher Psychiatrie gut beobachtbar -, bezeichnenderweise nicht nur bei denjenigen, die bis dahin größere Machtvorteile hatten, sondern gerade bei jenen Ich-schwachen Untergebenen, die ihre neugewonnenen Freiheiten nicht angstfrei und konfliktlos nutzen können.

Um einem Mißverständnis vorzubeugen, müssen wir klarstellen, daß Institutionen wie die psychiatrische Anstalt sicher nicht aus der Sorge der Gesellschaft um die individuelle neurotische Abwehr des einzelnen Angestellten entstanden ist, sondern unter dem Einfluß politisch-ökonomischer Notwendigkeiten. Es ist aber wahrscheinlich, daß diese sich individuell neurotischer Bedürfnisse bedienen und deren Aufrechterhaltung und eventuell auch Entstehung fördern, indem sie "Lösungen" anbieten, und eine Art Prämie darstellen, die zu einer besonderen Motivation der Beteiligten beiträgt.

Zum Abschluß möchte ich an die erst vor kurzem veröffentlichte historische Auseinandersetzung zwischen Freud und Wagner-Jauregg erinnern, in der sich die unüberbrückbar scheinende Kluft zwischen der traditionellen Zwangspräziation und der Psychoanalyse zeigt.

Im Herbst 1920 hatte sich Wagner-Jauregg wegen brutaler Behandlungsmethoden an der von ihm geführten Klinik vor einer "Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen" zu verantworten. Sogenannte Kriegsneurotiker wurden mit Faradisierungen an den Extremitäten und den Genitalien, mehr monatiger einzelhaftartiger Unterbringung mit monotoner Kost, durch Anwendung von Asa fötida - einem ekelregenden Geruchsstoff -, Apomorphininjektionen - einem Mittel, das heftiges Erbrechen, raschen Blutdruckabfall und Kollaps hervor ruft und übrigens auch heute noch in der Psychiatrie zur Disziplinierung in Gebrauch ist -, "behandelt". Sigmund Freud sagte als Sachverständiger vor der Kommission aus und verfaßte ein Gutachten. Dabei kam es zur Auseinandersetzung zwischen der Zwangspräziation und der Psychoanalyse. Eine Psychiatrie, die normalisieren und disziplinieren will und eine Psychoanalyse, die verstehen will, standen - und wie ich meine - stehen einander gegenüber.

Die mir entscheidend scheinende Stelle der Aussage vor der Kommission ist jene, in der Freud vom ärztlichen Rollenkonflikt spricht.

Zitat: "Alle diese Neurotiker sind in unserem Sinn Kriegsflüchtige gewesen Aber ebenso ist es richtig, daß wir ein Volksheer hatten, daß der Mann zum Kriegsdienst gezwungen war, daß er nicht gefragt wurde, ob er gern in den Krieg geht; und man muß darauf gefaßt sein, daß die Leute flüchten wollten und den Ärzten ist sowas wie

die Rolle von Maschinengewehren hinter der Front zugefallen, die Rolle, die Flüchtigen zurückzutreiben.

Das lag bestimmt in der Absicht der Kriegsverwaltung. Wie sich die Ärzte in diese Rolle gefunden haben, mag verschieden gewesen sein. Für den ärztlichen Stand war es eigentlich eine Aufgabe, die sich nicht recht damit verträgt.

Der Arzt soll in erster Linie der Anwalt der Kranken sein, nicht der eines anderen. Wie der Arzt in den Dienst eines anderen tritt ist seine Funktion gestört und in dem Momenten, wo der Auftrag käme, die Leute möglichst bald für den Kriegsdienst wieder tüchtig zu machen, müßte sich ein Konflikt ergeben, für den man den ärztlichen Stand unmöglich verantwortlich machen kann. Zwischen der Unterordnung unter die Humanität und der allgemeinen Wehrpflicht läßt sich ein Kompromiß nicht herstellen."

An diesem von Freud klar formulierten Grundwiderspruch zwischen Zweckrationalität und Humanität hat sich bis heute nichts geändert, - auch nicht durch die auch in Österreich langsam in Gang kommende Psychiatriereform in Richtung

Gemeindenähe. Wenn wir die Gefahren nicht im Auge behalten, wird die Reform von der offenrepressiven Zwangsbehandlung zur Sektorpsychiatrie nicht nur nichts zur Humanisierung beitragen, sondern die Behandlungskette, an der die Reformer schmieden, wird unsere Umwelt in ein Überwachungskontinuum verwandeln.

Die Entmündigung, Verwahrung und Verwaltung der Patienten wird zwar geschmeidiger und beweglicher, leichter und vor allem diskreter vor sich gehen, aber der Grundwiderspruch bleibt bestehen und wird noch schwerer durchschaubar. Freud will alle Verantwortung für den beschriebenen Rollenkonflikt und die inhumanen Behandlungsmethoden der Kriegsverwaltung anlasten und den Ärztestand davon völlig ausnehmen. Ganz ähnlich scheinen sich die in der heutigen Zwangspräpsychiatrie Arbeitenden selbst als Opfer höherer, mächtigerer Instanzen zu fühlen; und sie sind weder in der Lage die Folgen der von ihnen übernommenen Rollen abzuwägen noch schaffen sie es, sich mit den Opfern, den Insaßen zu identifizieren.

In dieser durch eine doppelte Frontstellung geschwächten Position stellen Ritualisierungen, starres Rollenverhalten, Reaktionsbildung und Isolierung naheliegende Abwehrmaßnahmen dar.

Zitat Klaus Horn:

"Die Rolle dient als Ritual und zugleich als Erfüllung gesellschaftlicher Aufgaben. Sie wird als natürliche Verhaltensweise verstanden, weil jede Infragestellung des reaktiven Verhaltens sowohl soziale Ängste als auch Angst vor Triebüberflutung auslösen kann. Das Subjekt hat in diesem Fall seine potentielle Autonomie an gesellschaftliche Mechanismen abgetreten, die sich seiner Kontrolle entziehen und als Rollenanforderung auf ihn zukommen. Insofern diese Verselbständigung eines Rituals die wichtige psychische Funktion erfüllt, das Gefährliche dem Bewußtsein fernzuhalten, wird Rollenverhalten und Gesellschaft überhaupt zum quasi-Naturgeschehen. Durch Isolierung kann die emotionale Besetzung vom Objekt abgespalten werden. Das nicht mehr libidinös besetzte Objekt, zu dem auch keine aggressive Beziehung mehr besteht wird damit für das Subjekt bedeutungslos. Das Objekt scheidet damit aus dem moralischen Bezugssystem aus. Menschen können dann behandelt werden, wie Sachen, sie werden zum bloßen "Menschenmaterial". Die von den menschlichen Objekten abgezogene Besetzungsenergie wird frei für die Besetzung der geschilderten Rituale. Die sekundäre Affektlosigkeit hindert den

Exekutor an der Identifizierung mit dem Opfer, das für ihn versachlicht, zum bloßen Gegenstand technischen Interesses wird, während das Ritual selber durch die ihm unbewußt zugeführte Energie belebt wird und wichtiger ist, als die mit seiner Hilfe Mißhandelten. "

Psychiatrie kann so zur Sache gewissenhafter Verwalter werden.