

Psychisch kranke Menschen
- wie und was sie uns angehen

(ausführliches Vortragsmanuskript)

1. Vorspiel: Der ‚Besessene von Gerasa‘ und unser befremdetes Wir

Vermutlich sind nicht wenige über die Themenformulierung dieses Vortrages irritiert; irritiert besonders über die befremdliche, ja sogar ärgerliche Gegenüberstellung im Untertitel; die Gegenüberstellung von ‚ihnen‘, nämlich den psychisch kranken Menschen und ‚uns‘, den (mutmaßlich) psychisch Gesunden. Missachtet diese schroffe Gegenüberstellung nicht den Umstand, dass wir alle im Verlauf unseres Lebens – mal mehr, mal weniger – mindestens in die Nähe solcher Situationen und persönlicher ‚Dünnhäutigkeiten‘ geraten, die uns außergewöhnlich belasten und außergewöhnlich schmerzhaft unsere persönlichen Erlebnis- und Handlungsspielräume eingrenzen? Situationen, in denen wir nicht nur trauern, sondern *ohne Ausweg verzweifelt* traurig, also *depressiv* sind; in denen wir nicht nur glücklich sind, sondern *aus Ohnmacht verzweifelt* Glück suchen, also *manisch* werden?¹

Dennoch: Ich nutze diese provokante Gegenüberstellung von ‚psychisch Kranken‘ und ‚psychisch Gesunden‘, um unser Augenmerk *auf uns* zu lenken; auf uns, weil unsere Reaktionen und unsere Blicke auf andere, gerade auch auf psychisch erkrankte Menschen ganz wesentlich deren Lebenslagen bestimmen und damit deren Genesungschancen sowohl unterstützen, aber auch verhindern können. Ich will dies an einer kleinen Bildgeschichte erläutern, die zwar aus vergangenen Zeiten stammt, in ihrer Aussagekraft über die zwischenmenschlichen Reaktionen auf psychisch Erkrankte aber keinesfalls überholt ist. Ich meine die biblische Heilungsgeschichte des ‚Besessenen von Gerasa‘ (Mk 5,1-20).²

Diese Heilungsgeschichte ist schnell erzählt: Nahe des Sees Genezareth, so berichtet das Markus-Evangelium, lebte weitab von der normalen Zivilisation und peinlich gemieden vom gewöhnlichen Volk ein von unreinen Geistern zerrissener Mann. „Bei Tag und bei Nacht“, so wurde beobachtet, „schrie er unaufhörlich in den Grabhöhlen und auf den Bergen und schlug sich mit Steinen.“ Als nun Jesus von Nazaret in seine Nähe kam, stürmte er auf ihn zu und

¹ Vgl. Thomas Bock u.a. (Hg.): „Es ist normal, verschieden zu sein!“ Verständnis und Behandlung von Psychosen. Erstellt von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Wissenschaftlern in der Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare. Hamburg o.J. S.4

² In unserem Kontext kommt es mir nicht auf die religiöse bzw. theologische Dimension dieser biblischen Heilungsgeschichte, sondern auf die Beziehungsdimension zwischen ‚Gesunden‘ und ‚Kranken‘ an. Die religiöse Dimension habe ich mit Blick auf die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Praxis an anderer Stelle ausführlicher entfaltet: Andreas Lob-Hüdepohl, Gott in Welt. Heilsames und Unheilvolles im Umgang mit psychisch verehrten Menschen. In: Erik Boehlke/Andreas Heinz/Manfred P.Heuser (Hg.): Über Gott und die Welt = Schriftenreihe der deutschsprachigen Gesellschaft für Kunst und Psychopathologie des Ausdrucks e.V. (DGPA) Bd. 24, Berlin 2005, 23 – 31

flehte ihn an, rasch weiterzugehen, um seine innere Zerrissenheit durch dessen Gegenwart nicht noch weiter anzufachen. Der Nazarener aber hielt an, ging auf ihn zu und befahl den unreinen Geistern, den Körper des geplagten Mannes zu verlassen. Diese verließen ihn und fuhren in eine Schweineherde, die in der Nähe weidete. Die tausend Schweine aber stürzten sich, nun selbst von diesen Dämonen besessen, in den nahe gelegenen See und ertranken.

Ich gebe zu: eine schwierige Erzählung, deren Bilder ausführlicher zu erläutern jetzt nicht die Zeit reicht. Ich möchte nur auf einen zentralen Aspekt aufmerksam machen: Ob der besessene Mann an etwas litt, was wir heute als psychische Erkrankung diagnostizieren würden, wissen wir nicht. Was wir aus der Erzählung ausschließlich kennen, sind die Reaktionen und Sichtweisen seiner durchschnittlich lebenden und in diesem Sinne ‚normalen‘ Umwelt. Und diese Reaktionen und Sichtweisen spiegeln jene soziokulturellen Deutungsmuster von psychischen Erkrankungen wider, die für die Gesellschaft der damaligen Zeit typisch und selbstverständlich waren. Noch stärker als körperlich Kranke und Behinderte galten Menschen mit psychischen Auffälligkeiten als von Gott bestraft. Für das, was wir heute als Psychosen, Neurosen oder andere Psychopathologien bezeichnen, gab es im jüdisch-antiken Denken keinerlei Erklärungen. Und weil sie so unheimlich befremdlich waren und das eigene Selbstbild eines normalen Menschen so in Frage stellten, wurden psychische Erkrankungen kurzerhand als Ausdruck einer Besessenheit durch ‚fremde Mächte und Gewalten‘, also durch ‚Dämonen‘ gedeutet.

Eben weil sie von ‚fremden Mächten und Gewalten‘ in Besitz genommen waren, mussten psychisch Kranke – so die übliche Vorstellung – von der ‚Normalgesellschaft‘ ausgeschlossen werden, um nicht andere zu kontaminieren. Dass diese soziale Quarantäne die Situation des betroffenen nur verschärfte; dass die Dämonisierung der psychisch Auffälligen lediglich die Projektion jener war, die das Irritierende, das abstoßend Fremde eines psychisch auffälligen Menschen nur nicht an sich heranlassen wollten; dass Dämonisierung und soziale Quarantäne genau zu dem beiträgt, was wir heute die soziale Inszenierung von Krankheit und Behinderung nennen können; das alles wurde nicht nur in Kauf genommen; das alles war vor allem als gerechte Strafe Gottes für das persönliche Verschulden des Betroffenen religiös legitimiert.

Die unheilvollen Auswirkungen solcher Sichtweisen normaler Menschen unterstreichen, dass wir uns mit diesen soziokulturellen Deutungsmustern beschäftigen müssen, wenn wir uns der Frage widmen, wie und was uns psychisch kranke Menschen heute angehen. Das ist der erste Schritt, den eine sozialetische Reflexion unserer Beziehungen zu psychisch erkrankten Menschen gegen muss, bevor wir uns dann mit den Zieloptionen, den Grundhaltungen und den sozialetischen Grundprinzipien unserer Hilfen für psychisch erkrankte Menschen beschäftigen können.

2. Soziale Inszenierungen: Unsere Blicke auf psychisch kranke Menschen

Wir wissen heute, dass nicht schon jede Störung, die die gewohnten Reaktionen unserer Psyche auf die vielfältigen Belastungssituationen unseres Alltags unterbricht, krankhaft ist. Erst schwerwiegende oder gar chronisch wiederkehrende Störungsverläufe machen eine gezielte diagnostische und therapeutische Intervention erforderlich.³ Wir wissen – nach langwierigen Klärungsbemühungen in der noch recht jungen Geschichte der Psychiatrie⁴ - heute auch, dass die vielfältigen psychiatrischen Krankheitsbilder wie Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen durch ein komplexes Ursachenbündel ausgelöst werden, in denen endogene wie exogene Wirkursachen *multifaktorell* zusammenspielen.⁵ Und wir wissen, dass in Folge ihrer multifaktorellen Verursachung außergewöhnliche Störungen unserer Psyche angemessen eben auch nur *multiperspektivisch*, also nur im Verbund von Sozialpsychiatern, Psychopharmakologen, Psychotherapeuten oder ggf. auch Neurochirurgen usw. therapiert werden können – auch wenn Außenstehenden wie einem Ethiker manch sorgenvolle Beobachtungen nicht verborgen bleiben können, die innerhalb der psychiatrischen Fachdiskussion die Tendenzen zu monokausalen und insbesondere rein hirnganischen Erklärungsmustern psychischer Erkrankungen und zu rein psychopharmakologischen oder gar neurochirurgischen Therapieformen beklagen.⁶

Wir wissen heute freilich auch, dass psychische Erkrankungen durch das soziale Umfeld des Erkrankten erheblich mitbestimmt werden. Die Art und Weise, wie Verwandte und Freunde, wie die Nachbarschaft und die Berufsgemeinschaft, wie Mediziner und Therapeuten oder wie die Gesellschaft insgesamt auf psychisch versehrte Menschen reagiert, wie sie sie wahrnehmen, wie sie sie sehen und behandeln, mit welchen Blickkontakten sie ihnen begegnen, dieses alles beeinflusst die Lebenswirklichkeit versehrter Menschen, verstärkt oder lindert deren Krankheitsbild. Deshalb kann man durchaus von einer *sozialen Inszenierung* psychischer Erkrankungen sprechen, in der die soziale Umwelt des Erkrankten über ihre Reaktionen und Wahrnehmungsgewohnheiten („Blickkontakte“) zur Co-Akteurin im Verlauf einer psychischen Erkrankung wird.

³ Vgl. zur hilfreichen Unterscheidung zwischen subklinischen, klinischen und metaklinischen Störungsverläufen Klaus Dörner, Nutzen und Schaden des medizinischen Krankheitsbegriffs, in: Thomas Bock u.a.(Hg.): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn 2004, 18 – 26

⁴ Vgl. Karl Peter Kisker: Psychiatrie in dieser Zeit, in: Sozialpsychiatrische Informationen 29 (1999), 56 – 66

⁵ Vgl. Josef Vliegen, Moderne Psychiatrie und ihr Bild vom Menschen = Medizinethische Materialien 87, hrsg. von Klaus Hinrichsen u.a., Bochum 1993

⁶ Vgl. Ralf-Bruno Zimmermann: Sorgenvolle Anmerkungen zur Entwicklung der Gemeindepsychiatrie und Folgen für die Forschung „Möglichkeitsträume“, in:???

Mit Blick auf die Wahrnehmungsgewohnheiten von psychisch erkrankten Menschen möchte ich sechs durchaus unterschiedlich gerichtete Deutungsmuster („Blickkontakte“) wie folgt (idealtypisch) charakterisieren:

- Der **dämonisierende Blick** auf psychisch erkrankte Menschen identifiziert in ihnen lediglich die Wirkung ‚fremder Mächte und Gewalten‘ und ist versucht, das Irritierende und befremdlich, ja unheimlich Andersartige, das die gewohnten Weisen menschlicher Kommunikation und Beziehungen verstört, auf Abstand zu halten.
- Der **medizinisierte Blick** auf psychisch erkrankte Menschen entzaubert zwar den dämonisierenden Blick, da seine wissenschaftliche Nüchternheit die tatsächlichen Ursachen psychischer Erkrankungen diagnostizieren und Ansatzpunkte einer hilfreichen Therapie erkunden will. Freilich steht er in der Gefahr, die Lebensweise des psychisch Erkrankten auf physiologische bzw. hirngorganische Fehlfunktionen zu reduzieren – bis hin zur ambitionierten These eines biologisch-naturwissenschaftlich ausgerichteten ‚Somatikers‘ wie *Wilhelm Griesinger*, der jede psychische Erkrankung als physiologische Erkrankung des Gehirns interpretiert.⁷
- Der **genetisierte Blick** auf psychisch erkrankte Menschen unterstellt nicht nur eine wesentliche Vererbung psychischer Erkrankungen, sondern wertet bereits ein erblich bedingtes *Risiko* einer (möglichen) Erkrankung als pathologischen Tatbestand, der nach Diagnose und Therapie – wenn nötig auch nach prophylaktischer Ausschaltung des Trägers einer genetischen Anomalie – verlangt.⁸
- Der **pathologisierende Blick** wertet nicht erst außergewöhnlich intensive und besonders schmerzhaft Störungen seelischer Verarbeitungsprozesse eines Menschen, sondern letztlich jede nichtstörungsfrei verlaufende Lebensführung als krankhaft und als defizitäre Abweichung von einer Idealnorm psychischer Gesundheit. Damit gilt jede Form von Störung als *Minusvariante* vollgültigen und gelingenden Lebens, deren Lebensqualität fast schon automatisch beeinträchtigt und von minderer Güte ist.
- Der **rehabilitierende Blick** im eigentlichen Sinn des Wortes leitet demgegenüber einen wichtigen Paradigmenwechsel ein. Rehabilitation heißt von der ursprünglichen Wortbedeutung her: Wieder-Bewürdigung („re“ = Wieder, „habilitas“ =

⁷ Vgl. Kurt Heinrich: Art. Psychiatrie, in: Lexikon der Bioethik III, Gütersloh 2000, 76 – 94

⁸ Vgl. Barbara Duden/Beate Zimmermann: Aspekte des Wandels des Verständnisses von Gesundheit/Krankheit/Behinderung als Folge moderner Medizin. Gutachten für die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“. Berlin 2001, 25ff

Würde). Im 19. Jahrhundert nutzte *Ritter von Buß* den Begriff der Rehabilitierung im Zusammenhang seiner sozialpolitischen Forderung, den missachteten und an den Rand gedrängten Armen durch entsprechende gesellschaftspolitische Maßnahmen wieder in den Stand der gleichen Würde als Mensch einzusetzen. So besehen ist der rehabilitierende Blick auf einen psychisch erkrankten Menschen – abweichend von unserer Gewohnheit – in erster Linie keine *therapeutischer*, sondern ein sehr gehaltvoll *moralischer* Blick. Er signalisiert die gleichen Rechte und Ansprüche eines jeden Menschen auf selbstbestimmtes Leben wie – bei Bedarf – auf notwendige Unterstützung – und zwar unabhängig davon, ob er momentan leistungsstark ist oder nur mit Einschränkungen und versehrt sein Leben führen kann.

- Der **achtsam-differenzierende Blick** geht in einer Hinsicht über den rehabilitierenden Blick hinaus. Er signalisiert die Gleichheit aller Menschen in einem spezifischen Sinne: Menschen sind nicht gleich im Sinne ihrer *Gleichartigkeit*, sondern hinsichtlich der *Gleichwertigkeit* ihrer je unterschiedlichen Lebensformen und Lebensmöglichkeiten. Der achtsam-differenzierende Blick begegnet einem Anderen nicht mit dem Interesse, ihn gleich zu machen, sondern ihn in seinem *Anderssein* zu achten, zu respektieren und – so es für den Anderen sinnvoll ist – auch zu befördern. Er verzichtet auf alle Einteilungen in ‚besser‘ oder ‚schlechter‘. Er bemisst die Güte und Qualität einer Lebensführung nicht an einem Einheitsmaßstab, der für alle gleichermaßen gilt, sondern daran, wie sich die einzelnen Menschen im Rahmen der ihnen zuhandenen Möglichkeiten und Lebensformen für sie zufriedenstellend bewegen und ihren Alltag gestalten können. In diesem Sinne versteht er (psychische) Gesundheit als die jeweils individuelle Kraft zur glückenden Lebensführung und nicht einfach als störungsfrei verlaufende physische oder psychische Funktionalität.

3. Zieloptionen: die eigenständige Lebensführung versehrter Menschen und die Grundmuster unseres Helfens

Erst die beiden letztgenannten Wahrnehmungsmuster können vor dem sozialetischen Fundament bestehen, das – etwa in der Tradition einer modernen Menschenrechtsethik⁹ - alle Beziehungs- und Unterstützungsmuster zwischen Menschen aller Art, zwischen Kranken und Gesunden ebenso wie zwischen Erwachsenen und Kindern oder Frauen und Männern, in der absolut gleichen Würde eines jeden Menschen gründen lässt. Der Würde eines jeden

⁹ Vgl. Andreas Lob-Hüdepohl: Ethik Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession. In: Soziale Arbeit 52 (2003), S.42 – 48

Menschen entspricht es, um seiner selbst willen da zu sein und nicht als bloßes Mittel zur Erfüllung irgendeines außerhalb seines Selbst liegenden Zwecks missbraucht zu werden. Der große Philosoph der Aufklärung, *Immanuel Kant*, hat diese Grundidee unseres modernen Denkens und Handelns auf die sprachlich vielleicht nicht ganz einfache, dennoch aber prägnante Formel des *Kategorischen Imperativs* gebracht: „Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als auch in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.“¹⁰

- **„Um seiner selbst Willen da sein“**

Dieses ‚Um-seiner-selbst-willen-da-zu-sein‘, diese unberührbare Selbstzwecklichkeit gilt für jeden Menschen – unabhängig davon, ob er sich in der gewöhnlichen Lebenslage eines Durchschnittsmenschen befindet oder aber in den außergewöhnlich prekären Lebensumständen eines physisch oder psychisch Erkrankten; unabhängig davon, ob er über eine durchschnittliche Empfindsamkeit oder Verletzlichkeit („Vulnerabilität“) verfügt oder aber in seiner psychischen Konstitution extrem dünnhäutig sein und werden kann; unabhängig auch davon, ob er in seiner Lebensführung der gewöhnlichen Hilfe anderer bedarf oder zumindest zeitweise Unterstützung in einem außergewöhnlichem Umfang nötig hat. Denn für jeden gilt mal mehr, mal weniger: Wir alle sind aufeinander angewiesen und bedürfen wechselseitiger Unterstützung¹¹.

Aus diesem ‚Um-seiner-selbst-willen-da-sein‘ folgt unmittelbar die Zieloption aller zwischenmenschlicher Unterstützungsleistungen: Immer geht es um den Schutz, die Förderung oder die Wiederherstellung einer möglichst eigenständigen, selbstverantworteten, allseits geachteten Lebensführung jeder und jedes Einzelnen – und zwar (logischerweise!) möglichst inmitten ihrer bzw. seiner ursprünglichen, angestammten, vertrauten, bevorzugten und – wenn man so will – heimatlichen Lebenswelt. Diese Zieloption gilt selbstverständlich auch für außergewöhnliche Unterstützungsbedarfe, die etwa in Zeiten schwerwiegender Erkrankungen für einen Patienten erforderlich werden: „Wie jede ärztliche Hilfe“, konstatiert *Hans Bochnik*, „dient auch die psychiatrische letzten Endes der Sicherung, Wiedergewinnung, Eröffnung und Entdeckung von persönlichen Freiheitsmöglichkeiten.“¹²

- **autonom, nicht autark**

Für die eigenständige und selbstverantwortliche Lebensführung hat sich in unserer Zeit die Bezeichnung *autonom* und *authentisch* eingebürgert. Autonom und authentisch ist unsere

¹⁰ Immanuel Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, BA 52

¹¹ Vgl. zu diesem normativ gehaltenen anthropologischen Grunddatum Wilhelm Kamlah, *Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik*. Mannheim 1973

¹² Hans Bochnik, Art. *Psychiatrie I. (Medizin)*, in: *Lexikon Medizin – Ethik – Recht*, hrsg. von Albin Eser u.a., Freiburg/Brsg. 1989, 833 – 842, hier: 835

Lebensführung dann, wenn wir unser Leben in Übereinstimmung mit jenem Entwurf eines guten und sinnvollen Lebens gestalten können, zu dem wir selbst Ja sagen können und der unserem eigenen Leben ein unverwechselbares, eben authentisches Profil verleiht. Freilich dürfen authentisch und autonom keineswegs mit beliebig oder bindingslos verwechselt werden. Beliebig und bindingslos hieße *autark*, nicht autonom. Die autonome Lebensführung eines Menschen vollzieht sich inmitten all jener Beziehungen zu anderen, zu Freunden und Lebensgefährten, zu Nachbarschaften und zu größeren Gemeinschaften, die das persönliche Leben überhaupt erst möglich und vor allem lustvoll und lebensfroh machen. Autonomie heißt ‚eigenständig in Beziehungsgeflechten‘ und nicht ‚alleinständig in Beziehungslosigkeiten‘.

Nochmals: Was für alle Menschen gilt, gilt eben auch für psychisch Erkrankte: der Anspruch auf eine möglichst eigenständige, selbstverantwortete, geachtete Lebensführung. Bedürfen sie besonderer Unterstützung und Hilfe etwa durch professionelle psychiatrische Interventionen oder nur durch die alltägliche Begleitung ihrer Familie oder Nachbarn, so lässt sich diese Zieloption in unterschiedliche *Grundmuster unseres Helfens* ausbuchstabieren, von denen ich drei knapp skizzieren will:

- **achtsam, nicht fixierend**

Um es zugespitzt zu formulieren: Eine der wichtigsten Grundtugenden alltäglicher und vor allem professioneller Hilfe ist die Beachtung des *Bilderverbots*. Manchem von uns ist das Bilderverbot noch aus dem alttestamentlichen Dekalog vertraut. Es verbietet allen Israeliten, sich ein Bild bzw. wörtlich genommen: ein ‚Geschnitzwerk‘ ihres Gottes zu machen in der Absicht, dieses Bild zwar zu verehren, es aber auch in der Hand zu haben und damit über die Gottheit verfügen zu können. Der Gott der Bibel wollte sich nicht auf ein Bild zurückstutzen lassen und so für die Menschen verfügbar werden. Diese Grundidee des Bilderverbotes hat die biblische Tradition auch auf zwischenmenschliche Beziehungen übertragen. Auch hier gilt: Mache dir kein Bild vom anderen in der Absicht, mit diesem vermeintlich exakt ausgeleuchteten Wissen seiner Person über ihn verfügen zu können.

Unabhängig davon, ob wir uns selbst zur biblischen Tradition bekennen oder nicht, das Bilderverbot ist gerade im medizinischen oder sozialprofessionellen Kontext auch heute noch höchst bedeutsam. Damit kein Missverständnis entsteht: Natürlich bedürfen wir einer möglichst genauen Kenntnis der Lebensgeschichte und der Lebensumstände eines Menschen, um angemessen therapeutisch oder sozialprofessionell intervenieren zu können. Aber das meint die Forderung nach einem Bilderverbot gerade nicht; es untersagt keine behutsame Anamnese und Diagnose. Das Bilderverbot fordert von uns nur die Einsicht, dass jeder Kranke immer erheblich mehr ist als sein diagnostizierter Unterstützungsbedarf. Es verbietet uns alle reduktionistischen Bilder, die etwa den psychisch Erkrankten auf einen

‚hirnorganisch Funktionsgestörten‘, auf einen ‚Transmittermangelerscheinungsträger‘ oder auf einen ‚frühkindlich Traumatisierten‘ zurückstutzen und so für uns fixieren und verfügbar machen wollen.

Das Bilderverbot fordert von uns stattdessen *Achtsamkeit*; eine Achtsamkeit für die überraschend neuen Entwicklungen, mit denen wir auf Grund der Verblüffungsfestigkeit unserer durchmedizinierten Alltagswelt kaum mehr rechnen und die sich dennoch aber selbst bei einem psychisch schwer versehrten Menschen einstellen (können).

- **assistierend, nicht fürsorgend**

Es ist zweifellos ein erhabenes Zeichen unseres Menschseins, dass wir einander mit Fürsorge und Verantwortung begegnen. Wir sind nicht nur faktisch aufeinander angewiesen, sondern wir sind – entgegen der Mutmaßung unseres berühmten Vorfahren *Kain* – tatsächlich auch der ‚Hüter unseres Bruders‘, also die Hüter grundsätzlich aller unserer Mitmenschen.¹³ Dennoch nimmt diese Fürsorge gegenüber Unterstützungsbedürftigen nicht selten eine Gestalt an, die den Behüteten überversorgt, die ihn einengt, die ihn gelegentlich sogar aus der Verantwortung für seine eigene Lebensführung herausdrängt. Diese Gefahr besteht besonders in professionellen Hilfebeziehungen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken – egal ob der Hilfeempfänger von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen, hochbetagt oder psychisch erkrankt ist. Solche überbehütende Fürsorge verfolgt vielleicht hehre Motive, deaktiviert aber faktisch die noch vorfindlichen Eigenressourcen des Hilfeempfängers bzw. des Patienten. Sie nimmt die Unterstützungsbedürftigen lediglich in ihrer Hilfsbedürftigkeit und damit in ihren Defiziten wahr. Sie schiebt allzu schnell jene Ressourcen beiseite, die der Hilfsbedürftige oder der Patient selbst in seiner prekären Lebenssituation noch für seine Problembewältigung aktivieren könnte.

Die Grundhaltung der Assistenz weiß um die mitunter äußerst knapp bemessenen Spielräume, die psychisch erkrankten Menschen für ihre eigenständige und selbstverantwortete Lebensgestaltung zur Verfügung stehen. Sie verschafft ihnen in den wiederkehrenden Krisenzeiten durchaus auch geschützte Räume, die – um es in einem Bild auszudrücken – ihrem schmerzverzerrten Seelenleben Asyle in der Nacht gewähren. Gleichwohl geht es der Assistenz aber nicht um eine stellvertretende Lebensführung – sozusagen ersatzweise für den Patienten. Sie konzentriert sich auch noch in den Krisenzeiten auf jene Ressourcen, die für die selbstgetätigte Lebensführung noch aktivierbar sind und ergänzt sie mit dem Ziel, die (wieder-)erstarkende Lebensführungskompetenz des psychisch Erkrankten zu unterstützen.

¹³ Auf diesen moralisch bedeutsamen Sachverhalt aufmerksam zu machen ist das große Anliegen des Philosophen Emanuel Levinas.

- ***anwaltlich, nicht bevormundend***

Es wäre unredlich, ja sogar zynisch, wollte man verschweigen, dass in bestimmten außergewöhnlichen Lebenskrisen für jeden von uns und damit auch für psychisch Erkrankte andere stellvertretend Entscheidungen treffen müssen. Freilich können solche stellvertretenden Entscheidungen entweder *paternalistisch* bevormunden oder aber im eigentlichen Wortsinn *anwaltlich* sein. Um es zuzuspitzen: Eine paternalistische Stellvertretung, die das Wohl des Patienten letztlich *nach eigenem Gutdünken* veranschlagen und auf Dauer selbst über dessen eigene Willensbekundungen stellen will, ist mit der Würde des Betreuten und dessen Anspruch auf eigenständige, selbstverantwortete, auch in seiner Fremdheit zu achtende Lebensführung schwerlich zu vereinbaren.

Das im Medizinrecht wie in der Medizinethik unumstritten gültige Prinzip der Patientenautonomie, dem zufolge jede diagnostische wie therapeutische Intervention als Eingriff in die leiblich-seelische Integrität des Patienten auf der Grundlage eines informierten Einverständnisses zustimmungspflichtig ist, gilt grundsätzlich auch im Bereich psychischer Erkrankung. Gelegentlich wird eingewendet, dass ein konkret vorliegendes Krankheitsbild das privatautonome Einverständnis in eine psychiatrisch indizierte Maßnahme gerade unmöglich mache und der Patient schon aus Selbstschutzinteressen einer zwangsweisen Therapie oder Unterbringung zugeführt werden müsse. Um diese Insuffizienz aktueller Selbstbestimmungsmöglichkeiten des Patienten zu kompensieren, sei ein aufgeklärter Paternalismus um des Wohls des Patienten willen sogar notwendig.¹⁴

Ich kann hier das zugegeben äußerst schwierige Verhältnis von Freiheit und Zwang in der Psychiatrie nicht angemessen diskutieren.¹⁵ Gleichwohl will ich hier wenigstens auf zwei Grundsätze aufmerksam machen, die bei dieser Güterabwägung unter ethischer Rücksicht beachtet werden müssen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Autonomie eines Patienten – wie die Autonomie eines Menschen insgesamt – sich nicht auf die Fähigkeit zur aktuellen Selbstbestimmung beschränkt, sondern eine zeitliche Dimension besitzt, die sich über den gesamten Lebenslauf erstreckt.¹⁶ Solche *biographische Autonomie* eines Menschen wird in den großen Linien und vor allem in entscheidenden Knotenpunkten der eigenen Lebensgeschichte als Vollzug des authentischen, höchstpersönlichen Lebensentwurfs sichtbar. Auf solche biographische Autonomie kann und muss Bezug

¹⁴ Vgl. Erich Lungershausen: Paternalismus und Autonomie in Bezug auf den suizidalen Menschen. In: Theo R. Payk (Hg.), Perspektiven psychiatrischer Ethik, 17ff

¹⁵ Zur schwierigen Güterabwägung zwischen Freiheit und Zwang und zur Reichweite des Informed-consent-Prinzip in der Psychiatrie vgl. Jochen Vollmann, Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie. Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin. Darmstadt 2000, bes. 99ff

¹⁶ Ich habe die unterschiedlichen Dimensionen einer (Patienten-)Autonomie an anderer Stelle ausführlicher vorgestellt: Andreas Lob-Hüdepohl, Patientenverfügung und würdevolles Sterben = Arbeitspapiere des ICEP 3/2005, Berlin 2005, 4ff

genommen werden, wenn im Falle einer aus welchen Gründen auch immer aktuell vorliegenden Entscheidungsunfähigkeit andere, wie etwa das medizinische Personal, stellvertretend eine Entscheidung im Interesse des Patienten treffen müssen. Jede dieser dann unausweichlich stellvertretenden Entscheidung muss in dem Bewusstsein erfolgen, dass sie nachträglich vom Betroffenen entweder gutgeheißen oder missbilligt und wenn möglich revidiert werden kann.

Solche stellvertretende Entscheidungsvollmacht ist nicht paternalistisch, sondern anwaltlich. Sie versteht sich lediglich als treuhänderische Interessenwahrnehmung, die auf eine ausgesprochene (in Notfällen ausnahmsweise auch unausgesprochene) Mandatierung seitens Patienten zurückgeht. Sie ist vom betreuten Patienten prinzipiell nur geliehen und kann von ihm grundsätzlich zurückgenommen werden. Das gilt im Grundsatz auch für die Garantenpflicht, auf Grund derer das medizinische Personal mit besonderer Sorgfalt für das Wohl des Patienten einzutreten hat. Die Garantenpflicht besteht nämlich primär gegenüber dem Patienten, der durch die Inanspruchnahme einer medizinischen Versorgungsleistung die Ärztin oder den Krankenpfleger mandatiert und in diesem Sinne als Garanten in die Pflicht nimmt. Von dieser Garantenpflicht kann ein Patient aber das medizinische Personal auch wieder befreien.¹⁷

¹⁷ Auf diesen rechtlichen Sachverhalt gerade auch mit Blick auf die Problematik eines sogenannten Bilanzsuizides macht aufmerksam Heinz Holzhauer, Patientenautonomie, Patientenverfügung und Selbsthilfe, in: FamRZ 2006, 518 – 528, hier: 524

4. Rahmenbedingungen: Sozialethische Prinzipien unserer Hilfen

Unsere Hilfen für psychisch erkrankte Menschen haben immer eine gesellschaftliche Dimension – nicht zuletzt dann, wenn sie sich auf den ersten Blick nur auf die face-to-face-Beziehung konzentrieren. Psychisch erkrankte Menschen gehen uns nicht nur als einzelne Individuen, sondern auch als Gesellschaft etwas an. Die unabdingbar gesellschaftliche Dimension unserer Hilfen wird schon daran erkennbar, dass sie auf die eigenständige und selbstverantwortliche Lebensführung des Patienten hinauslaufen, die ja erst inmitten der sozialen Beziehungen und gesellschaftlichen Bezüge seiner Alltagswelt voll zur Entfaltung kommen kann. In diesem Sinne möchte ich kurz die Relevanz dreier sozialethischer Gestaltungsprinzipien skizzieren.

- **gerechtes Helfen**

Das Prinzip der Gerechtigkeit hat für unseren Zusammenhang zwei wichtige Dimensionen: *Zum einen* gewähren wir (als einzelne wie als Gesellschaft) psychisch erkrankten Menschen den besonderen Unterstützungsbedarf nicht aus Gründen *ungeschuldeter Barmherzigkeit*, sondern aus Gründen einer *Gerechtigkeit*, die der gleichen Würde jedes einzelnen Menschen *geschuldet* ist. *Zum anderen* zielen unsere Hilfen darauf, psychisch erkrankte Menschen auch in ihrer prekären Lebenssituation an den sozioökonomischen wie kulturellen Lebenschancen unserer Gesellschaft (wieder) gerecht zu beteiligen.

Wir wissen, dass die Lebenslagen vieler psychisch erkrankter Menschen durch kumulierende Faktoren außergewöhnlich prekär sind; mit der psychischen Erkrankung gehen nicht selten der Verlust des Arbeitsplatzes, des angestammten Lebensumfeldes, wichtiger sozialer Beziehungen im Familien- und Freundeskreis usw. einher, die sie verstärken oder sogar mit verursachen. Deshalb ist es ein elementares Erfordernis der geschuldeten Beteiligungsgerechtigkeit, durch geeignete sozialpolitische Strategien wenigstens die oftmals drohenden armutsnahen Lebenslagen¹⁸ psychisch erkrankter Menschen zu vermeiden.

- **nachhaltiges Helfen**

Das sozialethische Prinzip der Nachhaltigkeit steht für das Erfordernis, dass persönliche Lebenskompetenzen dauerhaft tragfähig und belastbar sind. Nachhaltige Hilfen sind infolgedessen daran interessiert, solche personennahen Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sich verlässliche und belastbare Lebenskompetenzen etablieren können. Das gelingt auch bei psychisch erkrankten Menschen nur, wenn sie möglichst nah zur alltäglichen

¹⁸ Vgl. zum Verständnis armutsnaher Lebenslagen und zur sozialethischen Relevanz des Lebenslagenkonzeptes im Überblick Andreas Lob-Hüdepohl, *Armut heute = icep Arbeitspapier*, Berlin 2005

Lebenswelt angesiedelt sind. Deshalb sind lebensweltorientierte Hilfen¹⁹ etwa durch eine gemeindepsychiatrische Versorgung nicht nur fachlich erwünscht, sondern auch *moralisch* geboten.

Ich möchte in diesem Zusammenhang auf ein Merkmal des sozialprofessionellen Lebenslagenkonzeptes hinweisen, das für die Nachhaltigkeit des Helfens besonders relevant ist: Die Lebenslage eines Menschen ist nicht nur durch objektive Befunde wie verfügbarer Wohnraum, Freizeit- und Erholungschancen, Erkrankungsrisiken, Arbeitsmöglichkeit usw. gekennzeichnet. Die Lebenslage spiegelt auch die subjektive Sicht der Betroffenen; ob sie beispielsweise bestimmte Handlungsoptionen und Lebensmöglichkeiten, die ihnen objektiv zur Verfügung stehen, als für sie relevant und attraktiv wahrnehmen oder nicht. Nachhaltiges Helfen darf sich deshalb nicht darauf beschränken, den Betroffenen etwa einen bestimmten Wohnraum zur Verfügung zu stellen oder eine Arbeitsmöglichkeit anzubieten. Vielmehr müssen die Betroffenen oftmals erst darin unterstützt werden, die objektiv ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten für sich sinnvoll zu nutzen – oder auch aus bestimmten Gründen abzulehnen. Erst hier wird die Grundlage eigenständiger und selbstverantworteter Lebensführung erreicht.

- **solidarisches Helfen**

Aus Gründen der geschuldeten Gerechtigkeit anderen Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen, ist immer ein Ausdruck von Solidarität. Ich möchte hier aber auf eine andere, in der Regel wenig beachtete Dimension solidarischer Hilfe aufmerksam machen, die nochmals den weiter oben schon erläuterten Gedanken der sozialen Inszenierung psychischer Erkrankungen und damit auch der *Eigenanteile* ‚normaler‘ und ‚gesunder‘ Menschen an der Lebenslage psychisch erkrankter Menschen aufgreift.²⁰

Solidarität heißt soviel wie ‚dem einen Wohl aller gemeinsam verpflichtet‘ (in solidum obligari) oder auch einfach ‚Gemeinsame-Sache-machen‘. Dieses ‚Gemeinsame-Sache-machen‘ bedeutet freilich nicht nur, dass ich mich allein für die Veränderung und Verbesserung der Lebenslage eines Anderen einsetze. Das ‚Gemeinsame-Sache-machen‘ bedeutet überdies, dass mein Einsatz auch die eigene Lebenswelt und die eigenen Lebensgewohnheiten verändert. Solidarische Hilfe im eigentlichen Sinne des Wortes initiiert und bündelt Veränderungsprozesse auf allen beteiligten Seiten – im Dienst an der gemeinsamen Sache: dem respektvollen Zusammenleben aller Beteiligten. Dieser Sachverhalt wird gerade im Bereich wohnortnaher gemeindepsychiatrischer Versorgung deutlich. Die Integration psychischer erkrankter Menschen in die gewöhnlichen Wohnwelten erfordert immer auch

¹⁹ Vgl. Hans Thiersch, Wohnwelten – Lebenswelten. Zur Lebensweltorientierung in der psychosozialen Arbeit. In: Soziale Psychiatrie 2003 H. 2, 4-7

²⁰ vgl. weiter oben Punkt 1 und 2.

Entgegenkommen, Beweglichkeit und Veränderung der ‚gewöhnlichen‘, ‚normalen‘ Nachbarn – auch wenn sie diese Veränderungsnotwendigkeit gelegentlich als Zumutung erfahren.

5. Nachspiel: Die Zumutung von Gratwanderungen

Ursprünglich hatte ich vor, dem Thema meines Vortrages die Fassung zu geben: „Psychisch kranke Menschen – wie und was sie uns *zumuten*“. Ich habe aber davon schnell Abstand genommen, weil die Gefahr von Missverständnissen zu groß schien. Denn in unserer Alltagssprache ist der Begriff des *Zumutens* bzw. der *Zumutung* überwiegend negativ besetzt. Eine Zumutung signalisiert die Zuweisung einer Last oder einer Verantwortung, die überfordert, die eine unverhältnismäßige Belastung darstellt und die eigentlich nicht zu zurechtfordern ist. Meine bisherigen Ausführungen würden genau diesem Verständnis einer Zumutung widersprechen.

Natürlich sind manche Herausforderungen unbequem und verlangen von uns den Mut zum Risiko. Risikoreich sind nicht nur manche Diagnosen und Therapien, weil gerade im Bereich psychischer Erkrankungen manche Aussicht auf Erfolg im Ungewissen und im Unsicheren verbleibt. Der psychisch erkrankte Mensch, seine soziale Umwelt und wir selbst sind eben keine Maschinen, deren Funktionieren prognostiziert und einjustiert werden könnte. Risikoreich sind schon viele Entscheidungen und Güterabwägungen, die wir bereits im Vorfeld konkreter psychiatrischer Interventionen vornehmen müssen. Ich denke da besonders an die Grundsatzentscheidung über die Breite dessen, was wir als psychische Krankheit bezeichnen.²¹ Fassen wir den Krankheitsbegriff eng, so vermeiden wir zwar eine vorschnelle Pathologisierung aller ungewöhnlichen Reaktions- und Handlungsformen und belassen den betroffenen Menschen ein hohes Maß persönlicher Verantwortung. Andererseits könnte ihn genau diese Zuweisung persönlicher Verantwortung überfordern. Fassen wir den Krankheitsbegriff deshalb weit, dann gewähren wir den Betroffenen zwar schnelle Hilfe und überführen seine persönliche Verantwortung in die Zuständigkeiten des medizinischen Personals. Die Gefahren dieser weiten Fassung sind aber wiederum unverkennbar: seine vorschnelle Entmündigung und die Deaktivierung seiner vorfindlichen Eigenressourcen.

Solchen und ähnliche (Vor-)Entscheidungen sind oftmals Wanderungen auf einem schmalen Grat. Diese Gratwanderungen sind vermutlich unvermeidlich. Sie sollten deshalb von allen Beteiligten behutsam beschritten werden mit einem hohen Maß an Sensibilität wie Zutrauen – zu sich und zu anderen. Für solche zugemuteten Gratwanderungen könnte das ‚Zu-Muten‘ von seinem ursprünglichen Wortsinn her etwas ganz anderes bedeuten: nämlich etwas bzw.

²¹ vgl. Hanfried Helmchen, Ethische Fragen in der Psychiatrie, in: Karl-Peter Kisker u.a. (Hg.), Krisenintervention – Suizid – Konsiliarpsychiatrie = Psychiatrie der Gegenwart 2, Berlin 1986, 306 – 386

eine Aufgabe unserem Mut und unserer Tatkraft überantworten und anvertrauen. So besehen könnte die Zumutung seitens psychisch erkrankter Menschen auf uns hin gerade im (womöglich nur stillschweigend vorausgesetzten) Vertrauen und in der Zuversicht bestehen, dass wir in den entscheidenden Krisensituationen ihres Lebens mit unserem Alltagsverstand und Professionsvermögen einfach da, einfach anwesend sind – auch wenn dies uns selbst zuweilen erhebliche Kraft und Anstrengung abnötigt.