

Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der
Katholischen Sozialwissenschaftlichen
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 398

Mathias Wirth

Psychiatrie und Freiheit

Geschichte und Ethik
einer
Menschheitsfrage

J.P. BACHEM MEDIEN

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ thematisiert aktuelle soziale Fragen aus der Perspektive der kirchlichen Soziallehre und der Christlichen Sozialethik.

THEMEN DER ZULETZT ERSCHIENENEN HEFTE:

Dezember 2012, Nr. 395: Elmar Nass

Das Menschenbild des Christentums. Programm für den Sozialen Humanismus.

Januar 2013, Nr. 396: Peter Schallenberg / Arnd Küppers

Zeichen der Zeit. 50 Jahre *Pacem in Terris* –

Kontinuität und Wandel der katholischen Soziallehre

Februar 2013, Nr. 397: Marianne Heimbach-Steins

Religionsfreiheit oder: Die Gretchenfrage des Umgangs mit den Menschenrechten

VORSCHAU:

April 2013, Nr. 399:

Johannes Frühbauer zum Themenbereich „Wirtschaftsdemokratie“

Mai 2013, Nr. 400:

Lothar Roos zum Themenbereich „Die Soziallehre der Kirche in der Verkündigung Papst Benedikt XVI.“

Juni 2013, Nr. 401:

Joachim Wiemeyer zum Themenbereich „Unternehmensethik“

Die Hefte eignen sich als Material für Schule und Bildungszwecke.

Bestellungen

sind zu richten an:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Brandenberger Straße 33

41065 Mönchengladbach

Tel. 0 21 61/8 15 96-0 · Fax 0 21 61/8 15 96-21

Internet: <http://www.ksz.de>

E-mail: kige@ksz.de

Redaktion:

Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle

Mönchengladbach

Erscheinungsweise: Jährlich 10 Hefte, 160 Seiten

2013

© J.P. Bachem Medien GmbH, Köln

ISBN 978-3-7616-2683-2

Geistige Behinderungen und psychische Erkrankungen zwischen Faszination und Verachtung, Grauen und Schande, Angst und Hilflosigkeit. Und dahinter stehen Menschen, denen gerade das abhanden gekommen scheint, was nicht erst in aufklärerischen Vernunftepochen zur Signatur des Menschen geworden ist. In ihrer oft lauthalsen Sprachlosigkeit, in ihrem finsternen Wahn, in ihrer atemraubenden Phantasie, in ihren schrillen und schreienden Emotionen, in ihrer vielleicht ganz verständlichen Wut, bitteren Trauer und düsteren Lebensangst artikulieren psychisch Kranke allzu Menschliches in der Überschreitung eines Maßes, das sie zu Gängern an Grenzen macht. Hier aber sind sie gefährdet durch voyeuristische Faszination und tödlich-hassende Verachtung, denen gemeinsam ist, dass sie hinter dem, was sie verächtlich Wahnsinn nennen, sich selbst und den Menschen an der Grenze nicht erkennen wollen. Der Kranke, egal ob er das Stigma Krebs, Aids oder das psychischer Erkrankung trägt, gehört in diese Welt. Verletzlichkeit und Krankheit, das hat besonders Naphta in Thomas Manns *Zauberberg* betont, sind wesentlich menschlich. Das bedeutet nicht Krankheit zu verharmlosen. Aber sie artikuliert eine Wahrheit über den Menschen, die ihn davor schützt, im Kranksein zum Unmenschen erklärt zu werden. Keine Erkrankung erschüttert in ihrem Hineinragen in die Tiefe des Menschen so sehr wie die Psychische. So Erkrankte oder Behinderte stehen notorisch in der Gefahr, für Unmenschen gehalten zu werden. Dehumanisiert werden sie zu Opfern von Aussonderung, Gewalt und Ausrottung.

Der humanisierende Umgang Jesu mit psychisch Erkrankten

Zum humanisierenden Impetus des Christentums gehört seit seinen Anfängen eine deutliche Abkehr von der heidnischen Hochschätzung des jungen, geistig hochbegabten Denkers (Philosoph) und körperlich besonders Vitalen (Athleten). Das Christentum wersetzt sich in jüdischer Tradition einer „Ethik des Stärkeren“ und macht samaritanisches Handeln zur Signatur eines „Ethos der Barmherzigkeit“.¹ Im Mittelpunkt steht der Mensch in seiner Angewiesenheit und Hinfälligkeit. Jesu Wirken galt nie nur materiellen, sondern in gleichem Maß auch geistigen Leiden. Während des öffentlichen Wirkens ist es mehrfach zu Kontakt mit Menschen gekommen, die im Palästina Jesu aufgrund devianten, also von der Norm abweichenden Verhaltens an den Rand gedrängt waren. Der „Verrückte“ von Gerasa ist einer von ihnen (Mk

5,1-20). Er ist mehrfach malträtiert worden, doch von allen Fesseln, die man ihm anlegte, konnte er sich wieder befreien (5.3). In der Sprache der Zeit und mit Hilfe ihrer Denkmuster formuliert Markus die Linderung der psychischen Leiden des Mannes als Besessenheitswunder. Doch Jesu eigentlicher Punkt war ein Plädoyer für Freiheit und Integration des Verhaltensgestörten. Denn Jesus fordert den Geraser auf, in seine Familie zurückzukehren, um dort, und nicht in den Höhlen am Rand der Gesellschaft, sein Leben zu leben. Auf dieses fürsorgliche Handeln Jesu gegenüber einem psychisch Erkrankten muss eine theologische Ethik zurückkommen. Leiden, Leben und Stigma des psychisch Erkrankten gehören ebenso in die Mitte einer theologischen Ethik wie sie in der Mitte der Botschaft des Evangeliums stehen. Im Heilshandeln Jesu wird Gottes besondere Fürsorge für Menschen in psychischer Krise und Krankheit epiphan. Nur um den Preis der Beschränkung der Reich-Gottes-Botschaft des Evangeliums können Christentum, Kirche und Theologie die Not von Geisteskranken beschwichtigen. Sowie Kinder, Witwen, Alte, Bettler und Kranke als die *anawim* (Hebr. die Armen) in die unverrückbare Mitte des Evangeliums gehören, so steht dort auch der Mensch mit geistiger Behinderung oder Krankheit.

Befreiung der „Irren“ aus Ketten, Käfigen und Kellerverließen

Es ist, neben anderen zeitgenössischen Ärzten in ganz Europa, der französische Arzt Philippe Pinel (1745 – 1826), der die epochale Wende im Umgang mit „Geisteskranken“ herbeiführt. Jürgen von Scheidt behauptet sogar, Pinels Gang in die Verließe der Irrenhäuser sei der eigentliche Sturm auf die Bastille gewesen. Als verantwortlicher Arzt der psychiatrischen Krankenhäuser Bicêtre und Salpêtrière nimmt er gemeinsam mit Jean-Baptiste Pussin im Jahr 1794/95 vielen der manchmal über Jahrzehnte gefesselten Kranken die Ketten ab und vertritt die Auffassung, dass erst das Leben an der Kette, ohne Licht und Luft, Menschen zu tobsüchtigen Tieren mache. Pinel wird so zum Vater der Psychiatrie, indem er die „Irren“ als Kranke und nicht als Kriminelle versteht und zum Kronzeugen einer Kritik an allem Zwang und jeder Bitterkeit gegen psychisches Leiden wird. Wie im Palästina zur Zeit römischer Fremdherrschaft Jesus von Nazareth den Besessenen von Gerasa aus der Höhle und vom Rand der Gesellschaft holt, so folgt Pinel, der Priester werden wollte, dieser Exodus-Bewegung, indem er im Frankreich der Revolutionszeit psychisch Kranke aus dunk-

len, von Kot verdreckten Kellerlöchern an die Sonne einer Fürsorge holt, die neben ihrer rousseauschen und englisch-philantropischen Ligatur christlich motiviert war; das zeigt nicht nur die Bewunderung und Verehrung durch den Begründer der Britischen Reformanstalt York Retreat, den Quäker William Tuke, sondern auch die Annahme Pinels, im Kern und ihrem Wesen nach seien psychisch Kranke nicht radikal verloren. Auf das stets verbleibende wesenhaft Gute sprach Pinel seine Kranken therapeutisch an. Seine Psychiatrie war deswegen keine „Irrenanstalt“, kein „Zuchthaus“ und kein „Narrenturm“.² Dadurch hörte Pinel aber nicht auf, Irrenanstaltspsychiater zu sein. Zwar bricht mit ihm ein neues Freiheitskapitel der Psychiatrie an. Auf die äußere Stabilisierung der „Anstalt als Therapie“ gegen die innere Unordnung seiner Patientinnen und Patienten verzichtet er aber nicht (Schmiedebach). Pinel gehört zu den Exponenten einer exodus-sensiblen Interpretation von Freiheit, die ebenso konkrete Gestalt hat wie das Verlassen des Sklavenhauses Ägypten konkret war. Pinels Psychiatrie bedeutet Anklage gegen alle Anstalten – auch unter christlicher Flagge –, die Freiheit und Würde psychisch Kranker missachtet und verhöhnt haben, und bis heute die Wehrlosigkeit psychiatrischer Patienten missbrauchen.

Zur Entstehung der Psychiatrie im 19. Jahrhundert und die Frage nach der Freiheit der „Irren“

Im 19. Jahrhundert kommt es durch Professionalisierungstendenzen, Vernunftdiskurse und den humanen Schub der Französischen Revolution zu einem erwachten Interesse am „Irren“ in Europa. Es etabliert sich zunehmend die Einsicht, dass Wahnsinn (auch) organische Ursachen hat. Die Patienten des sich entwickelnden Anstaltswesens sehen sich sehr verschiedenen Behandlungsformen ausgesetzt: Behandlung mit Zwangsjacken und Drehstühlen sind sehr verbreitet, neben Therapien, die auf Schock, Ekel, aber auch Beruhigung setzten, um so den Gemütszustand der psychiatrischen Patienten zu korrigieren.³ Es gibt aber auch weniger invasive Behandlungsmethoden, Spaziergänge an der frischen Luft, Theateraufführungen und psychologische Behandlungsversuche (*traitement moral*). Zunehmend wird die Psychiatrie in Deutschland durch den somatischen Ansatz bestimmt. Man sucht das Verständnis von Geistesstörungen durch Experimente, Beobachtungen und Sektionen am Gehirn zu vergrößern. Doch auch der somatische Dogmatismus der Psychiatrie und ihr kompromissloser Anschluss an

die Naturwissenschaften kann das Problem des „Wahnsinns“ nicht lösen. Am Ende des 19. Jahrhunderts hatten sich alle Utopien zerschlagen, die die psychiatrische Aufbruchsstimmung zu Beginn des Jahrhunderts bestimmt hatten. Zum Ende des Jahrhunderts waren die Irrenanstalten voller Patienten; die meisten galten als unheilbar. Im Kontext der frustrierenden Asylpsychiatrie kommt es dann zu verschiedenen Reaktionen und Neuansätzen, der therapeutische Einsatz der Hypnose ist ein Beispiel. Auch die Psychoanalyse kann man als Reaktion auf die ernüchternde Situation der Psychiatrie verstehen.⁴

Was bedeutet psychisch krank?

Die Psyche ist kein Gegenstand. Und genau das führt zu einer gewissen Verlegenheit bei der Beantwortung der Frage, was überhaupt das Psychische ist. Im Grunde ist die Definition des Aristoteles noch in Geltung, bei dem Psyche Lebendigkeit ist, also kein Objekt, sondern „Quelle“.⁵ Schon deshalb ist die Abgrenzung zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit schwer, immer situationsverhaftet, fehleranfällig, umstritten. Solange Menschen anders fühlen und denken und dabei sie selbst sein können, soziale Beziehungen eingehen und eigenständig ihr Leben führen, besteht kein Anlass, Andersheit zu normieren oder zu therapieren.⁶

Die Frage nach Krankheit und Therapie bricht erst dort auf, wo es zu individuellen oder sozialen Leiden kommt, die nicht mehr mit der Bitterkeit der Daseinsnot des Menschen beruhigt und erklärt werden können. So ist nicht jede Phase der Trauer oder Niedergeschlagenheit pathologisch, sondern nur ein „Zuviel“ (Intensität) und „Zulang“ (Dauer). Aufgrund von Personalität, Sozialität, Situativität, Kulturalität, Historizität und Komplexität, auf die besonders eine transkulturelle Psychiatrie aufmerksam macht, unterscheiden sich die meisten psychischen Erkrankungen deutlich von organischen Leiden. Das trifft, folgt man der Psychiatriekritik von Michel Foucault, besonders auf die neuzeitliche Betonung eines Vernunftideals zu, das Grund für bemächtigende Aussonderung wurde.⁷ Nicht zuletzt die moralische Komponente des psychischen Krankheitsbegriffs, die Frage also, welches Verhalten gut und angemessen genannt werden kann, unterscheidet die Psychopathologie von der organischen Pathologie und ihrem Kriterium physiologischer Funktionalität. Psychische Krankheiten können nicht wie ein organischer Morbus als Einheiten beschrieben werden, wobei ein präziser klinischer Befund, Genese, Prognose und Ursache benenn-

bar sein müssen. Psychiatrische Patienten haben nicht einmal Symptome, sondern machen bestimmte Erfahrungen, die von der allgemeinen Norm abweichen können. Dabei ist ihr gesamtes Tun aber nicht schlichtweg unsinnig.⁸ Letztlich kann Fremdpsychisches nicht in der Weise beobachtet werden wie somatoforme (körperliche) Erkrankungen.⁹

Der österreichische Philosoph Ivan Illich (1926 – 2002) hat auf das Problem der Medikalisierung und Pathologisierung (alltäglicher) Daseinsnöte hingewiesen. Besonders die Pathologisierung im Umfeld von Geburt und Tod ist unübersehbar wie der Ruf nach dem Psychopathologen und Therapeuten zur Analgesie (Schmerzunterbrechung) und Therapie menschlicher Angst und Verzweiflung, die vielfach die Wahrheit menschlicher Existenz ist. Es besteht die psychiatrisch-psychotherapeutische Gefahr, das Menschsein der existentiellen Krise, des Andersseins und der Devianz vorschnell krank zu nennen, um dabei zu vergessen, dass der Krankheitsbegriff ein Kulturbegriff ist.¹⁰ Vor dem doppelten Auftrag der Psychiatrie, dem Wohl der Patienten, aber auch der Sicherheit der Gesellschaft zu dienen, kann besonders die Medizingeschichte auf die Gefahr aufmerksam machen, in dieser Spannung lediglich eine bürgerliche Moral mit ihrer Vorliebe für das „Man“ und Übliche und ihrem tendenziellen Groll gegen Andersheit und Fremdheit zu sanktionieren. Gerade das kritische und ausgesprochen anti-elitäre Anliegen der Reich Gottes Botschaft des Jesus im Evangelium kann gegen eine bürgerlich-moralisierende Formatierung des Krankheitsbegriffs geltend gemacht werden.

Erster Freiheitsdiskurs: Das Problem der Normativität

Wie sehr die Psychiatrie sich auch als rein medizinisches Fach bestimmt, sie ist als die anthropologischste Disziplin im medizinischen Fächerkanon vor Krankheiten als Beziehungsgeschehen gestellt und in ihrem normativen Charakter beeinflusst von dem, was Hanfried Helmchen „Zeitgeist“ nennt. Sobald sie ansetzt, zwischen Krankheit und Gesundheit zu unterscheiden, unterscheidet sie die Norm von der Abweichung und belegt nicht selten die Abweichung mit dem Signum des Übels. Dabei prägen Norm und Abweichung konstitutiv menschliches Leben. Normabweichungen sind dabei nicht notorisch Übel. Sie können ebenso „abnorm“ wie „enorm“ sein (Wessel). Genauso anormal und anders sind „Perverse“, „Verbrecher“ und „Kranke“, aber auch Heilige und Revolutionäre. Damit ist bereits die Neigung angespro-

chen, mit Blick auf das Verhältnis von Norm und Abweichung vom Seins-Urteil umstandslos zum Werturteil überzugehen. In der Medizin fällt das Werturteil über Devianz meist negativ aus.¹¹ Das Problem dabei ist das von Thomas von Aquin beschriebene „Gesetz der abnehmenden Treffsicherheit“ (Holderegger): Je allgemeiner ein sittlicher Wert, desto einfacher seine Beurteilung. Je konkreter Handlungen werden, desto schwieriger wird die Applikation im Dialog mit der konkreten Komplexität von Leben. Daraus folgt eine erhebliche Irritation des Normbegriffs, denn man wird sagen müssen, dass Normabweichungen auch Indikator für psychische Gesundheit sind. Psychische Störungen manifestieren sich nicht selten in rigidem und starrem Verhalten, das der Singularität und Einzigkeit des Momentes nicht gerecht werden kann (Glatzel). Obwohl Normbildungen übliche Prozesse von Denken und Vergesellschaftung sind, sie aber in ihrer Allgemeinheit von der Wirklichkeit abstrahieren und der Wirklichkeit, die immer Besonderes ist, nicht gerecht werden können, besonders dem Menschen nicht, der nie bloß Fall einer Idee ist, deshalb bedarf es Elastizitäten, wie Karl-Friedrich Wessel betont. Nur so kann besonders dem Menschen, auch in seiner Devianz, überhaupt Gerechtigkeit widerfahren, der nur unwiederholbare Ichhaftigkeit ist. Das Selbst des Menschen ist immer eine Varianz des „Man“. Dabei gibt es das „Man“ überhaupt nicht, obwohl unser Denken und Urteilen die Man-Instanz zu benötigen scheint. Menschen sind nie norm-identisch. Jede und jeder ist eine „Normvariante“. Wo aber wird die Varianz zur Devianz? Dort, wo „Verhalten am Rand“ (Hess; Schmiedebach) disqualifiziert und stigmatisiert wird.

Zweiter Freiheitsdiskurs: Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

Die „gefesselte und ohnmächtige Freiheit“ (Eibach) gehört zum Alltag der Psychiatrie. Es soll hier nicht die Bedrohung verharmlost werden, die bei z. B. psychotischen Patienten durch aggressiv-zerstörendes, bizarres und unangemessenes Verhalten ausgelöst wird. Und so ist die Bilanz auch der offen geführten Psychiatrie, dass sie nicht gänzlich ohne den Zwang der Isolation, der Fixierung und der Medikation auszukommen glaubt.¹² Immer aber, wenn es zu Gewalt und Zwang gegen psychisch Erkrankte kommt, die oft aus Ohnmacht und Gewöhnung erfolgt, wie Aart Jan Vrijlandt beobachtet hat, verwickelt sich die Psychiatrie in den Widerspruch, einerseits Freiheit und Autonomie fördern zu wollen, sie andererseits aber meint in bestimmten Situatio-

nen hemmen zu müssen, obwohl alle Arten des psychiatrischen Zwangs (re-)traumatisierendes Potential haben; bei suizidalen Patienten etwa steigt der Todeswunsch durch Zwangsbehandlungen noch an. Folgt man den Empfehlungen der Weltorganisation für geistige Gesundheit (WFMH) und der Resolution der Vereinten Nationen (UN) zum Schutz für Geisteskranke und zur Verbesserung der Gesundheitsfürsorge vom 17. Dezember 1991 (UN-Resolution 46/119), dann verbieten sich alle Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus therapeutischen oder pädagogischen Gründen. Einzig zum Schutz des Patienten sind Zwangsmaßnahmen überhaupt denkbar, hier gilt aber auch die Warnung, dass Zwangsmaßnahmen Schaden auch vergrößern können. Dass hier bedauernswerter Weise keine Selbstverständlichkeiten feierlich ausgedrückt werden, belegt das Beispiel Tilmann Steinert, der unumwunden für seinen psychiatrischen Tätigkeitsbereich angibt, Zwangsmaßnahmen auch dann zu gebrauchen, wenn es nicht um akute Fremd- und Selbstgefährdung geht, sondern um Störung und das Begehen kleinerer Delikte durch Psychiatriepatienten, wie das nächtliche Betreten fremder Patientenzimmer, um dort Zigaretten zu suchen.¹³ Auf diese Weise missachtete Steinert die Empfehlungen der WFMH. Es ist zu hoffen, dass die Neuregelung des Bundestages zur Zwangsbehandlung von Anfang 2013 einen Beitrag zur Humanisierung leistet.

Ebenso wie der oben vorgestellte Philippe Pinel bereits im Frankreich des 18. Jahrhunderts auf die übliche Zwangsbehandlung mit Anketten, Zwangsjacke, Brech- und Abführmittel verzichtete, so folgen seinem Beispiel etwa der italienische Psychiater Franco Basaglia. An den Mauern seiner Klinik, dem Ospedale Psichiatrico Provinciale (San Giovanni) in Trieste, stand „Freiheit heilt“. Alle Zwangsmaßnahmen hatte Basaglia in den 1970er und 1980er aufgehoben und die geschlossenen Abteilungen nach und nach geöffnet, damit sich alle Psychiatriepatienten frei auf dem Areal der Klinik und in der Stadt bewegen konnten, um so die Psychiatrie in ihrem engen Sinn aufzugeben.¹⁴ Ein anderes Beispiel: das St. Marien-Hospital Eickel in Herne, das seinen auch stationären Psychiatriepatienten, sogar solchen mit Aggressionsstörungen, das Angebot einer Pilgerreise machte. Matthias Krisor und Harald Pannkuch berichten vom Erfolg dieses Versuchs, psychisch kranke Menschen in außerklinischen Zusammenhängen und bei anderen gruppensoziologischen Bedingungen ein neues Verhaltens- und Wahrnehmungsspektrum zu erschließen, fernab von Zwang und Pateralismus.¹⁵

Auch die enormen innereuropäischen Unterschiede in der Zwangsbehandlung Geisteskranker muss eine allzu fraglose Praxis des Gebrauchs von Zwangsmitteln in der Psychiatrie irritieren.¹⁶ So entsetzen sich Psychiater etwa aus Großbritannien darüber, dass in deutschen Psychiatrien immer noch Fixierungen üblich sind, wohingegen dort sogenannte Netzbetten gebraucht werden, die exaltierten Patienten mehr Bewegungsfreiheit lassen. Psychiater und Ethiker betonen vielfach, dass Zwang dort ausgeübt wird, wo es keine gute Zusammenarbeit in der stationären Psychiatrie gibt, wo eine schlechte Kommunikationskultur herrscht und wo gewalttätigen oder sehr verwirrten Patienten keine intensive Betreuung, Zuwendung und Begleitung gewährt wird. Daraus folgt, nicht ein bestimmtes psychiatrisches Krankheitsbild macht eine Zwangsmaßnahme erforderlich, sondern die konkreten (psychosozialen) Umstände der Betreuung.¹⁷

In der Streitfrage um Gewalt und Zwang in der Psychiatrie kann vor dieser Expertise keinesfalls von einer theologisch-ethischen Unbedenklichkeit ausgegangen werden. Kann Gewalt und Zwang durch bessere Kommunikation und Zuwendung sowohl physisch als auch psychopharmakologisch vermieden werden, dann ist es ein Skandalon, wenn dies mit Verweis auf Üblichkeiten oder Personalmangel unterbleibt. Auf empörend-unsittliche Weise wird so die unantastbare Würde von Kranken verletzt. Ist eine invasive Körpermodifikation zum Schutz eines Patienten oder einer Patientin einmal kurzzeitig geboten, weil Umstehende sich sonst der unterlassenen Hilfeleistung schuldig machen oder andere Rechtsgüter massiv gefährdet sind, dann kann dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich um eine Szene des Grauens handelt. Deren Bitterkeit ist dadurch zu mildern, dass medizinisches Personal sich jede Aggressivität und allen Groll gegen Kranke untersagt und gerade im Zwang als Helfer transparent ist. Insgesamt gilt es, eine selbstsichere und selbstverständliche psychiatrische Praxis der Gewalt zu unterbrechen und die antiquarische Kiste voller Zwangsmaßnahmen ohne Impulse und neue Ideen durch die immer wieder gezeigte Kunst zu ersetzen, gewaltfrei (*non restraint*) oder lediglich mit minimal-invasivem Zwang für psychiatrische Versorgung zu sorgen. Einfacher gesagt: Zwang ist niemals eine gute Lösung.¹⁸

Dritter Freiheitsdiskurs: Das Problem der Reduzierung von Geisteskrankheiten auf Hirnkrankheiten

In Psychiatrie und Psychotherapie herrscht vielfach die Überzeugung, die Person sei enträtselbar. Vielfach unhinterfragt bleibt dabei das Dogma, Verhalten sei einfach rückführbar, entweder auf Episoden der eigenen Biographie, oder auf Einfluss durch Drogen, Diät, Schlaf, den Mond etc. Hier liegt zwar Erkenntnisgewinn. Aber es handelt sich besonders bei komplexer Fragestellung nach dem Sosein der Person immer nur um Theorie, nie um Erklärung. Weder das Fremd- noch das Eigenpsychische sind decodierbar wie die Zeichen einer Sprache.¹⁹

Das neu in den USA initiierte Projekt *Brain-Archiving-Map* oder das Europäische *Human-Brain-Project* allerdings suggerieren die Entschlüsselbarkeit geistiger Aktivität. Das Anliegen, mit dem besseren Verstehen des Gehirns dem Menschen, seiner Freiheit und Kognition auf die Spur zu kommen, ist aber schon einige Jahrhunderte alt. Ab dem 17. Jahrhundert ist die Tendenz einer zunehmenden Anatomisierung der Anthropologie auffällig. Maßgeblich wird René Descartes. In seiner anthropologischen Arbeit *De homine* (1632) behandelt er zwei völlig nebeneinander liegende Seinsbereiche, den Leib und die Seele. Er erklärt den Körper ganz aus sich, so wie ein Uhrwerk auch deshalb funktioniert, weil verschiedene Gewichte in ihm arbeiten. Die behauptete Alleinursächlichkeit der Physiologie für die Funktionen des menschlichen Körpers ist in weiten Teilen, auch später in der Psychiatrie, zum Allgemeinplatz geworden. So formulierte der Arzt und Philosoph Pierre Cabanis (1757 – 1808) mit Blick auf das Gehirn, dessen Verbindung zu nicht-materiellen Regungen unglaublich geworden scheint, dass das Gehirn Gedanken erzeuge wie die Niere Urin. Der cartesianische Dualismus findet psychiatriehistorisch seinen Höhepunkt in der Losung Wilhelm Griesingers (1817 – 1868): Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten. Diese somatische Reduzierung psychischer Störung auf das Gehirn wird prägend für die Zeit ab 1850. Nach dem Vorbild der Inneren Medizin suchte man im Fall der Geisteskrankheit ein krankes Organ. Naheliegend war das alte „Seelenorgan“, das Hirn. Griesinger führt „Beweise“ dafür an, dass Geisteskrankheiten Hirnkrankheiten sind. Es wird etwa darauf verwiesen, dass das Denken durch Hirnschädigungen nicht unberührt bleibt. Die naturwissenschaftliche Forschung ab dem 19. Jahrhundert, vor allem in Physiologie und (Hirn-)Pathologie, konnte zeigen, dass ohne das Funktionieren von Gehirn und Sinnesorganen die geistigen Fähigkeiten

ten des Menschen stark eingeschränkt sind oder ganz verschwinden. Umgekehrt konnte aber aus diesen Einsichten in hirnorganische Funktionszusammenhänge kein Einblick in das Funktionieren der geistig-seelischen Tätigkeit gewonnen werden, wie man in weiten Teilen der Naturforschung des 19. Jahrhunderts noch hoffte. Denn offenbar ist das Gehirn Grund, aber nicht Ursache von Freiheit, Ichhaftigkeit und Kognition. Das Gehirn ist notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Freiheit. Das bedeutet, das Geistige bleibt ein Rätsel. Und so hat sich faktisch seit Augustinus nicht viel getan, der die Einheit von Geistseele und Leib größtes Rätsel genannt hat. Daraus folgt für die aktuelle Freiheitsdebatte, die das Gehirn zum Organ der Freiheit erhebt, dass man Freiheit, auch die bei psychischer Erkrankung, nicht als empirischen Gegenstand betrachten kann. Zwar können Menschen ihre Freiheit abnorm gebrauchen, und es gibt Zustände der Verwirrung, der Erregung oder endgradige psychotische oder dementielle Erkrankungen, wo Freiheit nicht mehr aktualisiert werden kann. Daraus falsche Schlüsse ziehen bedeutet sagen, Menschen mit psychischen Erkrankungen hätten aufgrund eingeschränkter Freiheitsgrade oder aufgrund abnormer Erlebnisweisen keine Persönlichkeit. Sie mag Ausdruck einer völlig anderen Erlebniswelt sein, aber sie ist individuelle und eigene Erlebniswelt. Das Gehirn als Organ ist nicht die Freiheit. Weder im physiologischen noch im pathologischen Zustand kann mit Rekurs auf das Hirn eine fundamentale Bestimmung über das Wesen der Freiheit vorgenommen werden. Psychisch Kranke mit eingeschränkter oder eingetrübter Freiheit sind nicht Kronzeugen für die hirnmonistische These in den Neurowissenschaften, Freiheit, Ich-Haftigkeit und Kognition seien lediglich Aktivität neuronaler Netze. Selbst bei nachweislich eingeschränkter Freiheit ist der Verweis auf hirnphysiologische Dysfunktionen nur ein Aspekt des Komplexes von Psychopathologien.

Aspekte einer philosophisch-theologischen Psychiatrie-Ethik (Fazit)

Es sind Fragen des Alltags, die Menschen als ethische Herausforderung empfinden: Ob man die Katze nachts draußen lassen, Bettlern Geld oder ein gefundenes Portemonnaie zurückgeben soll. Oder ob man Menschen einem Pflege- oder Altersheim übergeben darf (Barker). Ebenso bedrängend ist die Frage nach dem richtigen Umgang mit psychisch Erkrankten. Eine Ethik, die nach Wohl und Bitternis psychiatrischer Patienten fragt, betreibt Medizinethik als Bereichsethik an ei-

nem Ort der radikalen Gefährdung des *humanum*.²⁰ Dies hängt wesentlich mit dem anthropologischen Charakter der Psychiatrie zusammen, in der es nicht um Brüche und Entzündung geht, sondern oft genug um Innerlichkeit und Persönlichkeit.

Den Grad der Intimität der Psychiatrie hat Michel Foucault herausgearbeitet: Dem anti-theologischen Bestreben der Psychiatrie muss es wie ein Schock vorkommen, wenn er die gesamte Psychiatrie, besonders ihre Weise der Anamnese und Fallskizze, als eine neue Variante der (sakramentalen) Beichte enttarnt, zu der wesentlich die Offenlegung von Sünde und Fehlverhalten gehört, genauso die Artikulation von Scham und persönlichem Abgrund. Foucault charakterisiert den Menschen im Kontext psychiatrischer Untersuchung als „*confessing animal*“. Teilt man nicht die hyper-reduktionistischen Anthropologien vom Menschen als bloße Begleiterscheinung (Epiphänomen) seiner Neurone und Gene, dann erscheint die anthropologische Rede vom Menschen als *confessing animal* nicht von vornherein wie verwegener Dogmatismus. Ein anthropologischer Sinn der Rede vom Menschen als dem notorischen Bekenner, der nur um den Preis von Einsamkeit und (psychischer) Verelendung das grausame Geheimnis seines Lebens für sich behalten kann (*confessing animal*) und dessen Freiheit nicht anders als schuldige Freiheit („Ersünde“) ansprechbar ist, kann kaum geleugnet werden. Das Hineingreifen der psychiatrischen Frage in die Privatheit des Menschen ist unverkennbar. Eine der ersten Aufgaben einer Ethik der Psychiatrie ist der Verweis auf solche fundamentalen Zusammenhänge, die das „Objekt“ und so auch die Theorie der Psychiatrie im Vergleich zu anderen medizinischen Fächern deutlich abheben.

Weiter sollte eine Psychiatrieethik die Annahme irritieren, ein psychisch erkrankter Mensch unterscheide sich fundamental von einem psychisch gesunden Menschen. Abgesehen davon, dass alle Menschen selbst schon in psychische Krisen involviert waren, unterscheiden sich Menschen mit signifikanten psychischen Abweichungen nur in bestimmten Situationen vom gesunden Zustand. Sie sind nicht die ganz Anderen und Fremden und schlicht krank wie jemand krank ist, der am Influenza-Virus leidet. Die populäre binäre Logik, die nur den Unterschied zwischen reich und arm, dick und dünn, klug und dumm kennt, aber auch zwischen gesund und (geistes)krank, erfasst in solchen Vereinfachungen das Übergängige ebenso wenig wie Individualität und reduziert die Pluriformität des Vielen und Anderen in das platte Sche-

ma von Schwärze und Weiße. Nicht dem Wesen, nur dem Grad nach, unterscheiden sich organisch und psychisch Kranke von Gesunden. Wer behauptet, in Krankheit ginge die Autonomie verloren, und in der Bedürftigkeit der Krankheit verliere der Mensch Wesenhaftes, der hat ein hyperbolisches Verständnis von Freiheit und Autonomie des Menschen und vergisst dabei die Abhängigkeit, in die menschliches Leben durch Geburt (Nativität) und Tod (Mortalität) gestellt ist. Ulrich Eibach hat besonders betont, dass der Mensch nicht wesentlich autark, sondern zeitlebens auf Beziehungen angewiesen ist; nicht erst im Fall von Krankheit und Eintrübung. Psychische Krankheiten sind damit keineswegs Sonderfall, sondern Ernstfall menschlichen Existierens in ihrer Ausgerichtetheit auf Beziehung und Hilfe. Fragt man Menschen, ob ihnen die Durchsetzung autonomer Wünsche oder die Integration in liebende, nicht-schädliche Beziehungen wichtiger erscheint – wobei letztere immer auch partielle Einschränkung autonomen Agierens bedeuten – dann scheinen die meisten Menschen der Liebe den Vorrang zu geben.²¹ Auch vor diesem Befund erscheint psychische Krankheit wiederum als Ernstfall und nicht Herausfall aus der menschlichen Weise des Existierens.

Der Umgang mit psychisch Kranken wird nicht selten zum Testfall für den Grad der Menschlichkeit einer Gesellschaft erhoben. Obwohl bei schweren psychischen Erkrankungen und Behinderungen geistige Fähigkeiten so ausfallen können, dass gewohnte menschliche Regungen ausbleiben, führt dies nur bei gehirn-monistischer Gesinnung zur Frage nach der Menschlichkeit etwa dementer Personen. Nicht zuletzt die Rede von der Gottebenbildlichkeit (*imago Dei*) einer jüdischen und christlichen Theologie macht darauf aufmerksam, dass die Würde des Menschen nicht mit Teilen seines Organismus, etwa des Gehirns und entsprechenden autonomen und kognitiven Fähigkeiten zusammenfällt. Auch im Zustand schwerer psychischer Ausfallsyndrome degeneriert der Mensch niemals zum Tier, auch weil anthropologische Zuschreibungen weiterhin möglich bleiben, selbst wenn von Intelligenz, Emotion, Ich-Haftigkeit und Freiheit möglicherweise nur *potentialiter* oder bezogen auf die Vergangenheit die Rede sein kann; eine Zuschreibungsmatrix, die in anderem Zusammenhang der Bonner Philosoph Dieter Sturma vorschlägt.

Am Ende gilt für den Umgang mit psychisch leidenden Menschen und dem Wissen um ihre Gefährdung: Dem elementaren Gebot der Menschlichkeit so unbedingt zu folgen, wie es etwa eine Ethik der

Weltgerichtsrede (Mt 25) mit ihrer kompromisslosen Solidarität und Identifikation mit den Gebeugten und Schwachen tut. Der „*Fragilität gesellschaftlicher Solidarität mit psychisch Kranken und Behinderten*“ (Finzen) widerstehen ist eine der wichtigsten (advokatorischen) Aufgaben einer theologischen Ethik.

Anmerkungen und Literaturhinweise

- 1 Vgl. Ulrich Eibach: Autonomie, Menschenwürde und Lebensschutz in der Geriatrie und Psychiatrie, Münster 2005, S. 12.
- 2 Vgl. Heinz-Peter Schmiedebach: Erziehung, Emanzipation und Absonderung. Zur Entwicklung der Irrenanstalten in Europa im 19. Jahrhundert. In: Heinz Schott (Hg.): Meilensteine der Medizin, Dortmund 1996, S. 326 – 332, hier 327 – 331; Fritz Hartmann: Philippe Pinel (1745 – 1826). In: Dietrich v. Engelhardt; Fritz Hartmann (Hg.): Klassiker der Medizin II, München 1991.
- 3 Vgl. Emil Kraepelin: Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung, Berlin 1918.
- 4 Vgl. Roy Porter: Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute, Heidelberg 2003, S. 509 – 515.
- 5 Vgl. Hinderk Emrich: Was heißt „psychisch“? In: Hinderk Emrich; Udo Schneider (Hg.): Geist, Psyche und Gehirn. Aktuelle Aspekte der Kognitionsforschung, Philosophie und Psychopathologie, Frankfurt a. M. 2005, S. 9 – 16, hier S. 9.
- 6 Vgl. Giovanni Maio: Ethische Reflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. In: Wulf Rössler; Paul Hoff (Hg.): Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang, Heidelberg 2005, S. 147 – 163, hier S. 155.
- 7 Vgl. Thomas Schramme: Patient und Person. Zum Begriff der psychischen Krankheit, Frankfurt a. M. 2000, S. 30 – 31; H.-P. Schmiedebach: Erziehung, Emanzipation und Absonderung. A. a. O., S. 326.
- 8 Vgl. Christian Scharfetter: Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung, Stuttgart 2002 (5. Aufl.), S. 2 – 3; Jochen Vollmann: Die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten in der sozialpsychiatrischen Praxis. Ein medizinisches Modell und seine praktische Umsetzung. In: Psychiatrische Praxis 24 (1997) S.181 – 184.
- 9 Vgl. Th. Schramme: Patient und Person. A. a. O., S. 18.
- 10 Dabei darf die positive Bedeutung der Psychopharmakologie nicht ungeachtet bleiben, vgl. Wolfgang Wagner: Ethische Grundlagen und Probleme der klinischen Psychopharmakologie. In: Walter Pödlinger; Wolfgang Wagner (Hg.): Ethik in der Psychiatrie, Berlin 1991, S. 175 – 189, hier S. 175.
- 11 Heinz Schott; Rainer Tölle: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 103.
- 12 Vgl. Johann Kebbel: Zwischen Gewalt und Zwang und der Unantastbarkeit der Person in der Psychiatrie. In: Ders. (Hg.): Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie, Köln 1998, S. 22 – 35, hier S. 22/32.

-
- 13 Vgl. Tilmann Steinert: Indikation von Zwangsmaßnahmen in psychischen Kliniken. In: Regine Ketelsen (Hg.): Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang, Bonn 2004, S. 44 – 53, hier S. 50 – 52. Michael Schulz und Christian Zechert bringen dagegen noch einmal im Sinne der entsprechenden Erklärung der WFMH gegen Steinert auf den Punkt [vgl. Michael Schulz; Christian Zechert: Die fremdaggressive Notfallsituation – Maßnahmen zur sekundären Prävention. In: R. Ketelsen (Hg.): Seelische Krise und Aggressivität. A. a. O., S. 54 – 66, hier S. 62]: „Sowohl die Fixierung als auch die anderen Zwangsmaßnahmen sind keine unmittelbaren therapeutischen oder gar pädagogischen Maßnahmen, sondern stets das ‚Mittel der letzten Wahl‘.“
 - 14 Vgl. Sil Schmid: Freiheit heilt. Bericht über die demokratische Psychiatrie in Italien, Berlin 1977.
 - 15 Vgl. Matthias Krisor; Harald Pfannkuch: Aspekte zur Theorie und Praxis einer gewaltfreien Psychiatrie. In: J. Kebbel (Hg.): Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. A. a. O., S. 202 – 227, hier S. 216.
 - 16 Vgl. Harald Dreßling; Hans J. Salize: Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Ein innereuropäischer Vergleich. In: W. Rössler; P. Hoff (Hg.): Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. A. a. O., S. 121 – 143.
 - 17 Vgl. Aart J. Vrijlandt: Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich. In: J. Kebbel (Hg.): Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. A. a. O., S. 49 – 57, hier S. 49 und 54 – 56.
 - 18 Vgl. G. Maio: Ethische Reflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. A. a. O., S 161.
 - 19 Vgl. Mathias Wirth: Der (un)durchsichtige Mensch der life sciences. Wie valide ist Karl Rahners ängstlicher Mensch nach Gen-Sequenzierung und Neuro-Imaging? In: Theologische Zeitschrift 68 (2012), S. 335 – 354, hier 346 – 351.
 - 20 Vgl. Jochen Vollmann: Ethische Probleme in der Psychiatrie. In: Mathias Berger (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie, München 1999, S. 993 – 1000.
 - 21 Vgl. U. Eibach: Autonomie, Menschenwürde und Lebensschutz in der Geriatrie und Psychiatrie. A. a. O., S. 19 – 20 und 25.

Zur Person des Verfassers:

Mathias Wirth, Dipl. Theol., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin (Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Heinz-Peter Schmiedebach). Zu seinen Arbeitsschwerpunkten in Forschung und Lehre gehören neben philosophisch-theologischen Grenzfragen der Medizin (u. a. Ursprung des Bösen, Mitleid, Anthropologie von Krankheit, Freiheitsdebatte) die interdisziplinäre Forschung über sexuellen Missbrauch sowie medizinethische Fragestellungen, besonders die der Psychiatrie.