

Die Angst des Psychiaters

Frank Matakas

1793, im Jahr der Französischen Revolution, entschloss sich der Nervenarzt Philippe Pinel, den Geisteskranken in der Pariser Anstalt Bicêtre, für die er die ärztliche Verantwortung hatte, die Ketten abzunehmen. Es war damals üblich, Menschen, die psychisch schwer gestört waren, in Ketten zu halten. Die Begründung dafür war, dass die Geisteskranken aggressiv seien. Man konnte sie sich anschauen, wie Tiere im Zoo, was die Bewohner der Städte oft taten.

Aber bevor Pinel seinen Plan in die Tat umsetzen konnte, musste er, nicht anders als es heute wäre, die Obrigkeit informieren. Die schickte George Couthon, einen Jakobiner aus Lyon, der wegen einer Querschnittslähmung im Wägelchen kam, zu Pinel. Couthon sollte prüfen, ob in Bicêtre politisch Verdächtige ein Versteck vor der Guillotine gefunden hatten. Couthon war ohne Verständnis für das Ansinnen von Pinel und es wird berichtet, dass er ihn er gefragt haben soll:

„Also, Bürger, bist du selbst irre, oder weshalb willst du solche Tiere von den Ketten befreien?“

„Bürger“, antwortete Pinel, „ich bin der Überzeugung, dass diese Geisteskranken nur deshalb so unzugänglich sind, weil man sie der Luft und Freiheit beraubt.“

Die Geisteskranken waren aggressiv, das konnte man sehen. Sie schrieten, spuckten, waren obszön und drohten. Aber auf den nahe liegenden Gedanken, dass es so war, weil sie in Ketten leben mussten, kam keiner, bis auf Pinel.

Es ist nicht wahrscheinlich, dass Pinel weniger Angst vor der Gewalttätigkeit seiner Schützlinge hatte als andere. Aber er konnte die Frage nach der Ursache und der Wirkung ihrer Aggressivität unbefangen stellen und den Zusammenhang durchschauen. Seine Tat machte Beispiel. Es dauerte nicht lange und die Ketten gehörten an vielen Orten der Geschichte an. Von nun an wurden Häuser, weitab von den Städten, im Grünen gebaut, um die Geisteskranken dort unterzubringen. Es waren die großen psychiatrischen Anstalten, die wir heute noch benutzen. Die Idee, die diesen Anstalten zugrunde lag, verstehen wir als einen großen Fortschritt. An einem Ort der Ruhe sollen die Geisteskranken zur Vernunft kommen.

Aber 100 Jahre nach Pinel ist die neue Lösung längst schon wieder ein Problem. Daniel Paul Schreber, Gerichtspräsident in Dresden, Sohn des Leipziger Orthopäden Dr. Schreber, der die nach ihm benannten Schrebergärten erfunden hat, erkrankt 1893 an einer schizophrenen Psychose. Viele Jahre verbringt er in einer psychiatrischen Anstalt bei Leipzig. Seine Schizophrenie chronifiziert, aber schließlich wird er doch entlassen. Danach, 1902 veröffentlicht er seine Erfahrungen, die er mit sich in der Psychose und mit dem psychiatrischen Krankenhaus gemacht hat, unter dem Titel „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“. Dieses Buch ist besonders durch Freud bekannt geworden. An dem Selbstzeugnis von Schreber hat Freud seine Theorie der Schizophrenie entwickelt.

Schreber schreibt in seinem Buch: „Ich beschloss daher, durch den Hungertod meinem Leben ein Ende zu machen und wies jede Speise zurück ... Die Folge davon war, dass das sogenannte „Fütterungssystem“ eingerichtet wurde, d. h. dass die Wärter... mir die Speisen in den Mund zwangen, was teilweise mit der größten Rohheit geschah. Es ist wiederholt vorgekom-

men, dass der eine ... meine Hände festhielt und der andere, während ich im Bette lag, auf mir *kniete*, um mir die Speisen in den Mund zu schütten oder das Bier in den Mund zu gießen.“

Ozarin, ein amerikanischer Wissenschaftler, hat in den 50iger Jahren 35 psychiatrische Anstalten in den USA besucht und ihre therapeutische Kultur untersucht. Er kam zu dem Schluss, dass die Pathologie der Insassen mehr Folge ihrer Unterbringung war als Ausdruck ihrer psychischen Störung. Einzelheiten dazu kann man bei Goffman, einem amerikanischen Soziologen, in seinem Buch „Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ nachlesen. Dieses Buch, 1961 erstmals in den USA erschienen, sollte immer noch zur Pflichtlektüre eines Psychiaters gehören. Im Grunde war die Situation wieder ähnlich, wie sie Pinel angetroffen hatte. Die Maßnahmen, die den Insassen der psychiatrischen Krankenhäuser helfen sollen, über ihre Nöte hinweg zu kommen, produzieren neue Nöte - wenn auch nicht in der grausamen Weise, wie es zur Zeit von Pinel war. Bis heute ist es nicht anders. Es besteht wohl kein Zweifel, dass die Erfindung und Anwendung der Neuroleptika den Menschen mit einer schizophrenen Psychose sehr oft eine große Erleichterung gebracht haben. Aber sehr bald entgleiste die Behandlung mit Neuroleptika häufig. „Für einige Patienten ist das Elend der Behandlungsfolgen ... so schwerwiegend wie die Symptome der Krankheit selber.“ zitiert Asmus Finzen, der eben emeritierte Professor für Psychiatrie in Basel und einer der wichtigen Vertreter der deutschen Psychiatriereform, die amerikanischen Wissenschaftler Marder und Van Putten.

Dass es immer wieder auf eine ähnliche Situation hinausläuft, muss etwas mit der Psychiatrie, bzw. mit dem zu tun haben, was das eigentliche Thema der Psychiatrie ist. Die Ketten, gedacht zur Verhinderung von Aggressivität, erzeugen Aggressivität. Die großen psychiatrischen Anstalten, die den psychisch Kranken Zuflucht und Heilung ermöglichen sollen, machen selber krank. Die Neuroleptika, gedacht zur Verhinderung von psychischen Symptomen, erzeugen neue quälende Symptome. Sicher waren die Menschen, die mit der Betreuung der psychisch Kranken beauftragt waren, guten Willens. Warum also ist ihnen die Sache immer wieder entgleist? Warum haben sie die Heilmittel so aggressiv eingesetzt?

Meine These ist, dass es sich um unbewältigte Angst handelt. Im Umgang mit den psychisch Kranken entsteht Angst. Wenn diese Angst nicht bewusst werden darf, entsteht Gewalt.

An einem Gespräch zwischen einem Patienten und einer Ärztin will ich mit Ihnen untersuchen, wie diese Angst erscheint. Ein Patient mit einer schizophrenen Psychose kommt in ein psychiatrisches Krankenhaus und wird von der Ärztin interviewt. (Das Gespräch wurde gefilmt und dann transskribiert.)

Ä: *Sie wissen ja, wo Sie hier sind?*

P: *Ja, ich weiß nicht genau.*

Ä: *Ich kann es Ihnen sagen, im Landeskrankenhaus in X. Sie sind hierher gekommen. Sie haben eine Freiwilligkeitserklärung unterschrieben, d.h. Sie sind mit der Aufnahme einverstanden.*

P: *Ich bin mit der Aufnahme (nicht oder hier) einverstanden...*

Ä: *Können Sie mir ganz kurz eben schildern, was zu Hause gewesen ist, weshalb Sie hierher gekommen sind?*

P: *Ja, ich bin geführt worden.*

Ä: *Von wem?*

P: *Ja, von den Fahrern, ... vom ...*

Ä: *Ja.*

P: *Ich antworte jetzt nur noch Ihnen?*

Ä: *Ja, richtig. ..., wem antworten Sie denn sonst?*

P: *Ach, ich bin Musiker. Ich kann also 3 bis 4 Sprachen ziemlich fließend und muss also Malschrift machen ... nicht und so alles mögliche ...* (Er macht malende oder auch dirigierende Bewegungen mit der Hand.)

Ä: *Das ist die Malschrift der Musiker.*

P: (Lacht.) *Also kann ich sagen ... Wodka ... also dieses ... Dann gibt es ...*

Ä: *Was bevorzugen Sie denn in der Musik?*

P: *Ach, meistens trinke ich Wodka ... Ich spreche jetzt deutsch ... Ili ... Französisch ... Ili ... Moskwa.*

Ä: *Wollen wir uns auf Deutsch beschränken?*

P: *Tja, beschränken wir uns auf Deutsch.*

Ä: *Ja, da gibt's keine Probleme, was die Sprache betrifft. Sie sagten, Sie sind geschieden?*

P: *Hm. Moment, ich glaub ... Ich schau nur noch geradeaus.*

Ä: *Bitte?*

P: *Ich schau nur noch gradaus.*

Ä: *Ja, war das eben Ihre geschiedene Frau, die hier war? Haben Sie zuletzt noch mit ihr Kontakt gehabt? Hat sie es veranlasst, dass Sie hierher gekommen sind?*

P: *Ich kann jetzt erst alles anfassen, überall wo Strom drin ist.*

Ä: *Haben Sie das Gefühl, dass das gefährlich ist?*

P: *Könnte sein, dass da irgendwo der Wurm drin sitzt.*

Der Patient will nicht genau wissen, wo er ist. Mit der Aufnahme ist er auch nicht so richtig einverstanden. Wie bzw. warum er gekommen ist, sagt er auch nicht, verstanden fühlt er sich nicht so richtig und benutzt dafür die Malsprache – als ob es damit besser ginge –, dann schaut er nicht rechts, nicht links, und als die Ärztin schließlich das Problem seiner Scheidung anspricht, bekommt er es richtig mit der Angst zu tun, dass in den Wänden Strom ist, der ihm gefährlich werden könnte.

Dass dieser Patient Angst hat, die er aber nicht gut verständlich machen kann, ist nicht zu übersehen, und es ist ja auch nichts besonderes, dass ein psychotischer Patient Angst hat. Aber das ist nicht einfach nur Angst vor dem Krankenhaus, vielleicht Angst davor, dass er länger dort festgehalten wird oder Angst vor Medikamenten, deren Wirkung er nicht kennt. Die Angst geht tiefer, sonst müsste er nicht zu dem psychotischen Symptom Zuflucht nehmen.

Aber auch die Ärztin hat Probleme in dem Gespräch. Sie findet keinen Zugang zu dem Patienten, versucht es immer wieder, mit ihm ins Gespräch zu kommen.

Das Gespräch besteht aus 13 Aussagen des Patienten und 13 der Ärztin. In diesen 13 Aussagen werden von der Ärztin 9 Themen angeschnitten, nämlich der Ort des Gesprächs, die Art der Aufnahme in das Krankenhaus, der Konflikt zu Hause, der Transport ins Krankenhaus, das Gespräch zwischen beiden, der Beruf des Patienten, die Sprache der Verständigung, die geschiedene Ehefrau des Patienten, die Angst des Patienten. Zwei dieser Themen, nämlich „das Gespräch zwischen beiden“ und „die Sprache der Verständigung“ bewegen sich auf einer Metaebene, ein Thema berührt die Gefühle des Patienten.

Die Ärztin sagt zu Anfang: „Sie sind hierher gekommen. Sie haben eine Freiwilligkeitserklärung unterschrieben, d.h. Sie sind mit der Aufnahme einverstanden.“ Warum sagt sie das? Der Patient weiß es doch. Die Antwort kann nur sein: Sie beruhigt sich damit selbst. Wenn der

Patient dann später sagt; „Ich antworte nur noch Ihnen“, antwortet sie: „Ja, richtig, wem antworten Sie denn sonst?“ und missversteht den Sinn seiner Bemerkung. Der Patient meint damit, dass er sie braucht, um verstanden zu werden. Offensichtlich will er, dass er in der Ärztin einen verlässlichen Ansprechpartner hat. Aber der Dialog demonstriert, dass zwischen beiden Missverständnisse herrschen, die sie nur ansatzweise überbrücken können.

Ich habe dieses Beispiel ausgewählt, weil es gut erkennen lässt, wie die Angst in dem Patienten entsteht. Er ist sichtlich psychotisch. Das Psychotische ist nicht nur an dem Wahnphänomen, an seiner Furcht, Strom sei in den Wänden, zu erkennen, sondern vor allem daran, dass es ihm nicht gelingt, seine Wahrnehmungen und seine inneren Empfindungen zu einem sinnvollen Ganzen zu ordnen. Die Scheidung, sein Schmerz, die aktuellen Geschehnisse usw. sind ein Chaos, das er nicht mitteilen kann. Die Fähigkeit des Patienten, innerseelische Prozesse so zu steuern, dass ein Erkenntniszusammenhang entsteht, ist zusammengebrochen. Er kann seine seelischen Prozesse nicht mehr steuern. Es leuchtet ein, dass der Patient in Zusammenhang damit große Angst empfindet.

Die Tatsache, dass es psychotische Zustände gibt, zeigt, dass die Art, wie wir innere Empfindungen und äußere Wahrnehmung ordnen, eine erworbene Fähigkeit ist, die auch wieder verloren gehen kann. Dass wir Phantasie von Wirklichkeit unterscheiden können, dass wir Regeln haben, wie wir miteinander umgehen, in der Familie am Arbeitsplatz, im Krankenhaus, dass wir unsere Triebe zähmen können, all das haben wir in einem mühsamen Erziehungsprozess lernen müssen. Dabei ist auch unser soziales und physisches Weltbild entstanden. Es war nicht ohne Mühe und Verzicht zu erwerben und bleibt auch nur eine antrainierte Fertigkeit. Aber andererseits entsteht erst so unsere Identität.

In der Psychose bricht das alles zusammen. Es gibt keine verlässlichen Beziehungen und keine sichere Identität. Aus dem Zusammenbruch der psychischen Funktionen entsteht die große Angst des Psychotikers. Viele Patienten können, wenn die akute Situation wieder vorüber ist, darüber berichten. Ihr Inneres war Chaos, die Welt geriet aus den Fugen und alle Beziehungen wurden fragwürdig. Die Welt und ihr Ich waren ihnen verloren gegangen.

Aus diesem Sachverhalt ergibt sich klar die Aufgabe der Ärztin. Sie sollte, soweit es möglich ist, dem Patienten diese Angst nehmen. Dafür ist sie ausgebildet, und es gibt Konzepte, wie sie das realisieren kann. Nach der geltenden Schulmeinung der Psychiatrie wären in erster Linie Medikamente für den Patienten angesagt, die ihm die Angst nehmen. Die gibt es in großer Auswahl. Als zweites wäre zu versuchen, ihm auch die psychotischen Symptome durch die Psychopharmaka zu nehmen. Als drittes wäre vielleicht eine berufliche Rehabilitation indiziert. Begleitende Psychotherapie für einen längeren Zeitraum würde das therapeutische Programm abrunden.

Mit solch klaren und eindeutigen Handlungsanweisungen kann die Ärztin sich des Patienten furchtlos annehmen. Die Ängste des Patienten kann sie diagnostisch einordnen, und sie hat ein probates Mittel dagegen. Darüber hinaus kann sie ihm helfen, wieder so Fuß zu fassen, dass er ein mehr oder weniger normales Leben führen kann. Jedenfalls ist die Wahrscheinlichkeit, dass dies alles gelingt, nicht schlecht. Nie in der Vergangenheit gab es so bequeme und schonende Verfahrensweisen, mit psychotischen Menschen umzugehen. Wir könnten die Angelegenheit damit als erledigt betrachten, auf weiteren Fortschritt der Wissenschaften hoffen und davon ausgehen, dass es mehr und mehr gelingen wird, der Psychose den Schrecken zu nehmen.

Aber das würde uns doch nicht befriedigen; denn es kommt offensichtlich nicht nur darauf an, dass die Ärztin die Angst des Patienten beseitigt, sondern auch, dass sie die Angst versteht. Was nun immer die Angst und ihr Grund sein mag, um sie verstehen zu können, muss die Ärztin sie auch selbst irgendwie haben. Das Gespräch zwischen dem Patienten und der Ärztin zeigte, dass sich die Ärztin - etwas hilflos, wie es scheint - auf den Kommunikationsstil des Patienten eingelassen hat. Das kann man als Ausdruck ihrer Angst verstehen. So gesehen hat sie also einen affektiven Kontakt zu dem Patienten gehabt. Die Frage ist nur, was sie damit gemacht hat.

Ich habe meinen Vortrag mit der Geschichte von Pinel begonnen und gezeigt, dass er ein Problem der Psychiatrie lösen wollte, das in der Folge immer wieder neu aufgetreten ist, nämlich dass die Psychiater die Probleme, die sie mit ihren therapeutischen Methoden beiseitigen wollten, teilweise durch eben diese Methoden selbst erzeugt haben. Projektive Abwehr nennt man so etwas. Diesen Umweg über die Geschichte der Psychiatrie habe ich gewählt, weil ich glaube, dass für diese Merkwürdigkeit die uneingestandene Angst der Menschen vor der Psychose verantwortlich ist. Der psychotische Mensch hat Angst, weil er spürt, wie seine Identität zerfällt. Die Menschen um ihn herum haben die gleiche Angst, nicht unbedingt, weil sie fürchten auch psychotisch zu werden, sondern zu erkennen, dass sie im Kern psychotisch sind. Das heißt ja nichts anderes, als dass unser Selbst, d.h. unsere Identität, ein mehr oder weniger zufälliges Ergebnis von Sozialisierungsprozessen ist, die sich unter bestimmten Umständen auch als zerbrechlich erweisen.

Das Problem war ja nicht, dass man psychisch Kranke gefesselt hat, dass man sie in großen, fernab gelegenen Anstalten unterbrachte oder dass sie Neuroleptika erhielten. Menschen im Rausch oder mit einer schizophrenen Psychose toben manchmal, und dann kommt man auch heute unter Umständen nicht umhin, sie vorübergehend zu fesseln, wenn wir das auch heute etwas vornehmer „fixieren“ nennen. Auch die großen Anstalten außerhalb der Ballungsgebiete haben Vorteile und gegen den Gebrauch der Neuroleptika wird man grundsätzlich wenig einwenden können. Das Problem ist ein anderes, nämlich wie wir sicher gehen können, dass den Psychiatern die Situation nicht außer Kontrolle gerät.

Das ist aber nicht ein Problem der Psychiater allein, sondern ein gesellschaftliches Phänomen. Es hat immer schon Menschen wie Pinel gegeben, die die Missstände in der Psychiatrie kritisiert und Alternativen vorgeschlagen haben. Z.B. als Hölderlin psychotisch wurde, hat sich sein Hausarzt energisch dafür eingesetzt, dass er nicht in eine der Anstalten kam, wie Schreber. Er hat dafür gesorgt, dass er privat bei einem Schreinermeister untergebracht wurde, weil er dort besser versorgt war. Die Gesellschaft hört nicht gern auf die Kritik und Vorschläge zur Verbesserung, tut lange nichts oder wenig gegen Missstände. Dafür kann es nur den Grund geben, dass sie ein unbewusstes Interesse am Fortbestehen der Missstände hat. Die eigene Angst wird auf die psychisch Kranken projiziert und in ihnen bekämpft. Je weniger die eigene Angst bewusst werden darf, um so aggressiver muss sie bekämpft werden, was die Symptome der psychisch Kranken verstärkt. Ein besonders trauriges Beispiel dafür ist der Nationalsozialismus. Die auch für Diktaturen ungewöhnliche Angst des Systems vor allen Abweichungen entsprang der Angst, dass sich die nationalsozialistische Idee als Ausdruck einer pathologischen Realitätsverkenning entlarven würde. Da diese Tatsache eigentlich für jeden auf der Hand lag, musste sie in besonders aggressiver Weise abgewehrt werden, und zwar wiederum besonders gegenüber den Menschen, die zeigten, dass es psychische Störungen gibt. Das wird mit dazu beigetragen haben, dass man sie kurzerhand getötet hat.

Nun ist es bestimmt schwierig, wahrscheinlich gar nicht möglich, auf der gesellschaftlichen Ebene die Angst vor der Psychose, die tief verwurzelt ist, lebendig zu erhalten. Wenn überhaupt, kann es nur Aufgabe der Psychiater sein, das zu tun. Sie, die Sie in der Psychiatrie arbeiten, sollten darum Angst nicht als lästige Komplikation der psychiatrischen Arbeit verstehen und auch nicht als Zeichen persönlicher Schwäche, sondern als Zeichen dafür, dass Sie in Kontakt mit der Not des Patienten sind.

Wenn sich die Psychiater auf die Angst des Patienten einlassen, spüren Sie unweigerlich diese Angst auch selbst. Die Angst taucht nicht unbedingt als Angst vor der Psychose auf, sondern vielleicht als Angst vor den Vorgesetzten, vor der Öffentlichkeit, vor der Justiz. Aber oft entsteht auch Angst direkt aus dem Kontakt mit Patienten, etwa weil ein Patient gespannt wirkt, offen Gewalt androht o.ä. Aber wie auch immer, die Angst ist ein Signal, und sie verlangt ziemlich fordernd danach, beseitigt zu werden. Ich meine nun, dass es zwar wichtig ist, die Angst zu spüren, aber dass es darauf ankommt, die Angst auch zu überwinden. Mit Angst können Sie Ihre Arbeit nicht tun. Die Patienten und Sie brauchen ein angstfreies Klima. Im Kontakt mit dieser Angst sein, heißt also, dass Sie zwar offen für die Angst sind, aber nicht ruhen, bis sie die Angst bewältigt haben. Das Suchen nach der Angstfreiheit ist Ihre Kreativität bei der therapeutischen Aufgabe.

Nehmen wir das Beispiel eines gespannten Patienten, der unruhig über die Station läuft. Sie haben Angst, dass der kleinste Konflikt zur Eskalation und Entladung durch Gewalt führt. Wenn Sie nun der Meinung sind, dass Sie diese Angst nicht haben dürfen, dann wird das ganze zu Ihrem Problem. Sie werden versuchen, stark genug zu sein, um die Angst nicht mehr spüren müssen. Damit ist der Weg zur Gewalt frei. Sie werden sich nämlich wappnen. Sie werden Vorsorge treffen, dass der Patient keine Chance hat, Sie unter Druck zu setzen. Das geht aber nur, wenn Sie selbst ausreichend präventive Gewalt anwenden. Der Dialog zwischen dem Patienten und Ihnen bleibt auf der Ebene von Gewalt und Gegengewalt.

Die Alternative ist, die Angst als ein diagnostisches Instrument zu verstehen. Sie haben Angst, weil der Patient gewalttätig werden könnte. Damit haben Sie eine Information über den Patienten bekommen, die Sie zu der nächsten Frage führt, warum er so gespannt ist. Vielleicht ist es seine Angst vor der Station und Sie finden einen sicheren Weg, ihm diese Angst zu nehmen. Vielleicht nützt das aber auch nichts, oder Ihr Urteil – Sie haben schließlich nicht das erste Mal mit einem solchen Patienten zu tun – sagt Ihnen, dass Sie schnell handeln müssen. Dann werden Sie ihn vielleicht fesseln, um Schlimmes zu verhüten. Der Unterschied zur ersten Reaktionsweise ist, dass Sie die Angst zulassen und dem Patienten damit eine Chance geben. Seine Chance ist, dass er Ihnen Angst machen kann und Ihnen dadurch eine Information gibt, die er anders nicht mitteilen kann, nämlich seine Angst, die so überwältigend war, dass er sie nicht mehr beherrschen konnte.

Ein zweites Beispiel: Ein stationärer Patient ist depressiv, nicht besonders tief, aber auch nicht nur leicht, und er ist es schon lange. Er will aber entlassen werden. Was sollen Sie tun? Wenn Sie Angst spüren, werden Sie sich fragen, warum Sie Angst haben. Fürchten Sie einen Suizid? Jedenfalls werden Sie die Sache prüfen, mit Kollegen besprechen, den Patienten befragen, bis Sie entweder Ihre Angst ablegen können oder bis Sie wissen, dass sein Begehren gefährlich ist.

Was immer Sie auch gelernt haben, wie viel Erfahrung Sie auch immer haben mögen, nur der Kontakt zu Ihrer Angst kann Sie daran hindern in eine Routine zu gleiten, die am Ende an den

Bedürfnissen der Patienten vorbei geht; denn nur im Kontakt mit der Angst des Patienten ist zu verstehen, was eigentlich mit ihm los ist.

Die Psychiatrie ist mehr als ein Manual der psychischen Symptome, Störungsmuster und therapeutischen Antworten. Was als Therapie definiert wird, ist abhängig von den sozialen Strukturen, nach denen die Gesellschaft funktioniert. Diese Strukturen sind aber, so wie sich die Gesellschaft verändert, einer ständigen Entwicklung unterworfen. Die Psychiatrie ist nicht nur Wissenschaft. Ihr Selbstverständnis als Wissenschaft ist selbst schon ein Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse.

Als ein Beispiel dafür, zitiere ich aus dem Kölner „Stadt-Anzeiger“ vom Januar 2001. Es ist ein Bericht über ein Fest der traditionellen Hindugesellschaft:

„Kadeshwari Baba steht seit 37 Jahren auf einem Bein. Auch gesprochen hat er seit 1964 nicht mehr. Sein kahl geschorener Kopf ist bunt bemalt, seine Jünger haben einen Baldachin zu seinem Schutz gegen die gleißende Sonne über ihm errichtet, aus safranfarbenen Stoffen und Girlanden. Baba ist einer ihrer Heiligen. Mit mehreren Hunderttausenden anderen Heiligen ist er aus den Wäldern und Höhen, den Wüsten und Weiten Indiens gekommen, um mit Millionen von Gläubigen das heiligste Fest der Hindus zu feiern: die Kumbh Mela.

Amar Bharatji ist ein heiliger Kollege vom stehenden Baba. Seit mehr als 40 Jahren sitzt er in Lotossitz, sein rechter Arm ist ständig zum Himmel gereckt. Die Hand ist nur noch eine Klaue, die Finger verkrüppelt, die Fingernägel hängen wie lange Würmer an den Unterarmen herab. Einen heiligen Schwur hat er getan, eine „sadhana“, zur Läuterung. Sein Haar hat seit Jahrzehnten keinen Kamm mehr geordnet, der Bart hängt ihm wild herab. Auch dieser Heilige spricht nicht mehr. Aber wenn er ein Grunzen von sich gibt, dann wissen seine Jünger schon, was er will. Meist ist es ein frisch gerollter Joint. Die Menschen drängen sich in dichten Scharen um ihn, in der Hoffnung, dass von seiner Heiligkeit etwas auf sie abfärbt.“

Offensichtlich handelt es sich bei den Heiligen um Menschen mit einer katatonen Schizophrenie, jedenfalls in unseren Denkkategorien.

An der Ironie des Artikels spürt man die Angst, die dem Schreiber das Geschehen machte. Aber deswegen habe ich diesen Bericht nicht zitiert, sondern weil er demonstriert, wie sehr die Antwort auf psychische Devianz kulturabhängig ist. Im Grunde gibt es keine Notwendigkeit die Psychiatrie als Wissenschaft zu definieren, wie es in den westlichen Kulturstaaten der Fall ist. Wenn wir es dennoch tun und nach den Gesetzen forschen, die unser seelisches Leben regeln, dann folgen wir dabei oft der Vorstellung, dass das Seelenleben der Menschen kontrollierbar ist und dass es eine scharfe Grenze zwischen psychischer Normalität und psychischer Abweichung gibt. Beides ist aber nicht möglich, weder können wir das Seelenleben der Menschen vollständig kontrollieren, noch kann es ein definierendes Kriterium geben, das psychische Normalität von psychischer Devianz eindeutig trennt (weil wir dafür ein Kriterium bräuchten, das die Wahrheit definiert und das gibt es aus logischen Gründen nicht).

Doch will ich hier die Sache nicht so theoretisch betrachten. Wichtig ist zu verstehen, dass psychiatrische Therapie immer auch die Spiegelung gesellschaftlicher Konventionen ist, und zwar unvermeidbar. Wenn es z.B. inzwischen üblich geworden ist, psychotischen Patienten einen Betreuer, sprich Vormund, vorzusetzen, geschieht das nicht, weil es gesicherte Erkenntnisse darüber gäbe, dass dies den Patienten nützt. Es ist vielmehr Ausdruck der Idee durch Verwaltungsmaßnahmen sicher zu stellen, dass auch psychotische Menschen am nor-

malen gesellschaftlichen Leben teilnehmen sollen, ohne aufzufallen. Nun funktioniert das in vielen Fällen, vielleicht sogar den meisten, nicht. Aber es ist trotzdem keine schlechte Idee. Sie hilft einen Ausgleich zu finden zwischen dem Interesse des Patienten, den Interessen seiner Angehörigen und den Interessen der Gesellschaft.

Der Patient, der unsere Hilfe sucht, findet keine Antwort auf seine Gefühle, seine Gedanken und die sozialen Zwänge, denen er unterworfen ist, weil er all diese Dinge nicht ordnen und sinnvoll zusammenbringen kann. Wir können ihm aber die Antwort nicht geben, sondern ihm allenfalls helfen, sie für sich zu finden. Das schließt ein, seinen Symptomen einen Sinn zu geben. Das geht aber nicht, ohne dass auch die Ängste des Patienten zur Sprache kommen. Für die Therapie braucht man den Kontakt zur Angst des Patienten und damit auch den Kontakt zur eigenen Angst. Diese Angst kann ein Führer und Ratgeber sein.