

## Umgang mit Wahnsinn – Alltag, Institutionen, Philosophien



Die Grenze von Sinn und Wahnsinn scheint willkürlich gezogen.

Der Code Vernunft/Unvernunft ist nichts als ein Instrument der Selbstvergewisserung einer gesellschaftlichen Mehrheit.

Der Umgang mit Wahnsinn kleidet seit jeher die Ausübung von Macht in den Deckmantel der Medizin.

Gedanken wie diese standen am Beginn unserer Projektarbeit. Wir lasen die sozialphilosophischen Abhandlungen der 1960er-Jahre – Foucault, Goffman, Szasz – sprachen mit Philosophen und Psychiatern und waren be-seelt von dem Gedanken, »Wahnsinn« anders zu denken, alle menschlichen Verhaltensweisen als ein Kontinuum der Vernunft zu verstehen oder sogar die Vorzeichen zu vertauschen und die vermeintlich »Irren« als die wahrhaft Vernünftigen zu begreifen.

Wir suchten die Gegenprobe im Feld. Wohin aber gehen? Mit wem sprechen? Durch die Auswahl unserer Gesprächspartner würden wir bestehende Muster reproduzieren, würden den einen als Arzt und den anderen als Betroffenen befragen und uns unvermittelt wieder entlang der Grenze von Vernunft und Unvernunft bewegen, die wir zuvor lesend überwunden hatten.



Andererseits: Uns interessierte ja gerade, wie die Gesellschaft sich zu dem verhält, was sie als »Wahnsinn« identifiziert hat, und insofern schien uns der einzige Weg, den vorgefundenen Kategorien zu folgen. So führten wir die ersten Gespräche.

Mit einem Mal änderte sich unser Blickwinkel. Unsere Gesprächspartner berichteten von ihren Krisen: von Antriebsverlust und Aggression; sie erzählten von Phasen, in denen sie sich selbst nicht begreifen, von Angstzuständen und fahrigem Erregung, von exzentrischen Ausbrüchen und innerem Verstummen. Davon, dass ihnen mitunter nur Medikamente das Leben retten konnten.

Angesichts dieser Eindrücke schienen unsere philosophischen Vorüberlegungen plötzlich sehr fern. Nicht, dass wir ihnen die Berechtigung absprachen. Auch angesichts solcher empirischen Befunde hätten sich normative Überlegungen aufrechterhalten lassen. Ausschlaggebend für die Verschiebung unseres Blickwinkels war ein Gefühl: Der Eindruck, mit der Fokussierung auf (zudem landläufig für längst überholt befundene) antipsychiatrische Diskurse die eigentlich Betroffenen aus dem Blick zu verlieren. Menschen, denen nach eigenem Bekunden phasenweise nur medizinisch geholfen werden kann. So entschieden wir uns, den Abstraktionsgrad eine Ebene zu senken und nicht länger zu hinterfragen, ob die Pathologisierung bestimmter psychischer Zustände sinnvoll ist, sondern zu untersuchen, wie mit solchen in unserer medizinischen Tradition für krankhaft befundenen Erscheinungen umgegangen wird.

Hinzukommt: Man muss nicht auf Reisen gehen, um die Frage zu beantworten, ob »Sinn« und »Wahnsinn« eine an sich sinnvolle Unterscheidung ist. Reisen muss man aber, wenn man erfahren will, wie es in verschiedenen Ländern tatsächlich um die steht, die wir fortan »Betroffene psychischer Erkrankung« nennen. Reisen muss man, um zu erleben, welche Einrichtungen ihnen zur Verfügung stehen, welche Betreuungsangebote es gibt, wie die Öffentlichkeit zu ihnen steht. So gelangten wir zu unserer Fragestellung: Der Frage nach unterschiedlichen Arten des Umgangs mit psychischer Erkrankung. Genauer: mit psychotischen Störungen. Die in den vergangenen Jahren immer häufiger thematisierten Phänomene Burn-out und Alltagsdepression ließen wir bewusst außen vor.

*Die Bilder auf dieser und den folgenden Seiten sind im Rahmen eines Projekts des Bukarester Centre for Judicial Resources (CJR) entstanden. Das CJR setzt sich in Rumänien seit Jahren für die Rechte psychisch erkrankter Menschen ein und vertritt derzeit in mehreren Verfahren die Interessen von Betroffenen vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte. Im Rahmen eines Fotoprojekts stattete das CJR die Patienten rumänischer Psychiatriekrankenhäuser mit Einwegkameras aus und bat sie, ihren Alltag zu dokumentieren. Die so entstandenen Bilder zeigen ganz unterschiedliche Perspektiven. Sie bilden nicht nur das Leben in der Klinik ab, sondern stellen zugleich die Frage nach den Bedingungen ihrer Entstehung und danach, wie frei die Betroffenen in der Wahl ihrer Motive waren. Sichere Antworten darauf weiß auch das CJR nicht.*

Wir fragten uns: Wie entstehen Praktiken des Umgangs mit Psychosen historisch? Wie wandeln sie sich? Aber auch: Was läuft falsch? Welche Ansätze scheinen uns richtig?

Wir haben dazu an drei Orten innerhalb der Europäischen Union Gespräche mit Betroffenen und Aktivisten, Ärzten und Wissenschaftlern geführt: in **Berlin**, **Helsinki** und **Bukarest**. Grund für diese Dreiteilung waren erste Ergebnisse unserer Recherchen. So stießen wir auf eine lange westeuropäische Psychiatrietradition mit teils intensivem Austausch zwischen England und Frankreich, Italien und Deutschland, deren Erbe wir in Berlin nachspürten. In den nordischen Ländern, für die Helsinki stand, sind diese Traditionen ebenfalls von Bedeutung – hinzukommen jedoch wohlfahrtsstaatliche Ansätze, die sich von Westeuropa deutlich unterscheiden. Bukarest schließlich untersuchten wir als Stadt in einem ehemals sozialistischen Land, in dem die einst erfolgte politische Instrumentalisierung psychiatrischer Diagnosen die gesellschaftliche Haltung gegenüber Betroffenen womöglich bis heute beeinflusst.

Auf den folgenden Seiten stellen wir Ausschnitte unserer Beobachtungen vor, die unseren Blick auf den »Umgang mit Wahnsinn« über das Jahr hinweg besonders geprägt haben.

## Unsere Beobachtungen

### Zwangmaßnahmen

In allen von uns untersuchten Ländern sind Zwangsmaßnahmen gegen Betroffene psychischer Krankheit rechtlich erlaubt. Die Unterschiede in den gesetzlichen Regelungen möchten wir am Beispiel von Zwangsunterbringungen darstellen. Dabei fällt zunächst Folgendes auf: In Finnland sind die Anforderungen für eine Zwangseinweisung eher gering. Es genügen das Vorliegen einer psychischen Störung und ein ärztlich diagnostizierter Behandlungsbedarf. In Deutschland und Rumänien fallen die Vorschriften strenger aus. Hier muss zur psychischen Störung eine Gefahr für den Betroffenen selbst oder andere Personen hinzukommen. In Deutschland werden die Regelungen zudem noch einmal dadurch verschärft, dass nicht ein Arzt, sondern im Regelfall ein Richter über die Einweisung befinden muss.

Die Absichten hinter diesen strengen Vorschriften sind klar: Eine möglichst restriktive Handhabung von Zwangseinweisungen.

In den Statistiken über Zwangsunterbringungen schlägt sich diese Absicht indes kaum nieder. Deutschland und Finnland kommen trotz entgegengesetzter gesetzlicher Regelungen auf etwa gleich hohe Unterbringungsraten von etwa 200 pro 100 000 Einwohnern im Jahr.

In unseren Gesprächen mit Ärzten, Wissenschaftlern und Sozialarbeitern suchten wir nach Erklärungen für die begrenzte Aussagekraft rechtlicher Vorschriften für die tatsächliche Handhabung von Zwangseinweisungen.

In Finnland erfuhren wir, dass Zwangsunterbringungen als eher unproblematisch gesehen werden. Wir gewannen den Eindruck, dass etwa Maßnahmen, die der Betroffene im Moment ihrer Anwendung nicht wünscht, die er aber im Nachhinein – nach Ende der akuten Krise – als sinnvoll erkennt, nicht als oktroyierter Zwang, sondern eher paternalistisch als Hilfe an einen vorübergehend Hilflosen begriffen werden. Auch von Patientenvertretern wurden Zwangseinweisungen für unproblematisch erachtet. Problematisch sei vielmehr die begrenzte Anzahl von Klinikplätzen und die Ungewissheit, ob im Falle einer Krise wirklich ein Klinikplatz zur Verfügung stehe, so der Dachverband der finnischen Betroffenenvereine. Dies dürfte unmittelbar mit den historischen Bedingungen zusammenhängen. In Finnland gab es zu keiner Zeit eine Antipsychiatriebewegung westeuropäischer Art – Psychiater sind in den Augen der meisten Betroffenen willkommene Helfer.



Die restriktiven deutschen Regelungen hingegen zeugen von einer größeren Skepsis gegenüber psychiatrischer Bevormundung, die auch im Gespräch mit Betroffenen häufig zum Ausdruck kam – nach Ansicht vieler Gesprächspartner ein Erbe der Antipsychiatriebewegung. Insgesamt scheint sich die Haltung zu Zwangsmaßnahmen in Deutschland jedoch infolge der überwiegend für sehr gelungen befundenen Psychiatriereform seit den 1990er-Jahren stark gewandelt zu haben, sodass heutzutage selbst klassischerweise psychiatriekritische Vertreter reformorientierter Organisationen die Sinnhaftigkeit von Zwangsunterbringungen anerkennen.

So sprachen wir etwa mit Bernd Gander, dem Geschäftsführer der Berliner Pinel-Gesellschaft, die sich in humanistischer Tradition versteht und zahlreiche offene Betreuungsangebote unterhält. Er erklärte uns, dass Zwangseinweisungen selbst aus seiner klinikkritischen Perspektive unter Umständen äußerst sinnvoll seien, »denn sie verhindern oft Schlimmeres, indem sie vorübergehend eine reizarme Umgebung, Ruhe und Erleichterung bieten«.

Im Zuge unserer Untersuchungen in Deutschland wurde auch deutlich, wie sehr das »gelebte Recht« von informellen Strukturen und der Haltung einzelner Akteure abhängt. Ein Beispiel:

Während eines Hausbesuchs in Begleitung von Vertretern des sozialpsychiatrischen Dienstes bei einem jungen Betroffenen, etwa Mitte zwanzig, wurden wir Zeuge einer Zwangsunterbringung, die in keiner Statistik auftauchen wird. Die Amtsärztin, die wir begleiteten, hatte dank langjähriger

Berufserfahrung hervorragende Kontakte zum entscheidungsbefugten Richter. Durch ein resolutes Auftreten gegenüber der rechtlichen Betreuerin des Betroffenen erreichte sie, dass diese eine Unterbringung beantragte, welcher der inzwischen telefonisch informierte Richter umgehend zustimmte – und dies, obwohl der Betroffene ausdrücklich nicht wieder eingewiesen werden wollte und die Betreuerin dies ohne amtliches Einschreiten auch nicht veranlasst hätte.

Noch weitaus geringer fällt die steuernde Kraft des Rechts nach Aussagen unserer Gesprächspartner in Rumänien aus. Die aus dem Jahr 2002 stammende moderne Formulierung der Unterbringungskriterien zielt im Wesentlichen auf eine Beruhigung europäischer Kontrolleure. Auf die tatsächliche Handhabung von Zwangsunterbringungen habe das Gesetz hingegen kaum Einfluss. Nicht nur willkürliche Unterbringungen von ärztlicher Seite seien gängig. Noch immer komme es zudem vor, dass Familien Zwangsunterbringungen unliebsamer, störender Familienmitglieder ärztlich »bestellen«, ggf. mithilfe von Bestechung.

So sind die unterschiedlichen rechtlichen Vorschriften, vor allem aber ihr Stellenwert in der tatsächlichen Rechtsanwendung, eindrucksvolle Indikatoren für den Umgang mit psychischer Krankheit in den drei untersuchten Ländern.





## Menschenrechtsverletzungen

Der Umgang mit psychischer Krankheit, so wie er in den von uns untersuchten Ländern gehandhabt wird, legt Menschenrechtsverletzungen in vielfacher Hinsicht nahe. Wo

etwa Zwangsmaßnahmen praktiziert werden, ist die Wahrscheinlichkeit recht hoch, dass im Einzelfall Menschenrechtsverletzungen vorkommen, indem sich über den geäußerten Willen eines fehldiagnostizierten Betroffenen hinweggesetzt wird.

Während unserer Untersuchungen haben wir jedoch vornehmlich eine andere Kategorie von Menschenrechtsverletzungen in den Blick genommen, die nicht das »Ob« einer Zwangsbehandlung,

sondern das »Wie« der Klinikunterbringung betreffen. In Rumänien sind wir diesbezüglich auf verheerende Zustände gestoßen. Immer wieder sterben Patienten infolge von Unterernährung und Kälte, oft werden sie sich selbst überlassen.

Nur eine Patientenvereinigung tritt in Rumänien für die Rechte Betroffener psychischer Erkrankung ein. Ihr gelingt es kaum, öffentlichen Druck aufzubauen, der eine Reform der Psychiatrielandschaft anzustoßen vermag. Etwas öffentlichkeitswirksamer agiert das Center for judicial Resources (CjR), eine NGO, die die Zustände in rumänischen Kliniken durch regelmäßige Kontrollbesuche beobachtet und den Opfern

von Menschenrechtsverletzungen bzw. ihren Angehörigen juristischen Beistand anbietet. So sind derzeit mehrere Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in Straßburg anhängig, die auf Initiative des CjR zurückgehen.

Die meisten dieser Fälle stehen in engem Zusammenhang mit einem Skandal, den die CjR-Mitarbeiterin Georgiana Pascu 2004 aufdeckte. Im Krankenhaus von Poiana Mare waren innerhalb weniger Wochen 18 Menschen einen Kälte- oder Hungertod gestorben. Im Interview mit uns erinnerte sie sich daran, wie sie bei ihrem Kontrollbesuch neben zahlreichen Todesfällen auf einen Fall stieß, der ihr besonders nahe ging. Am Ende ihres Rundgangs entdeckte sie einen todkranken jungen Mann zufällig in einer Abstellkammer:

»I saw the young man alive, one day before he died. (...) At the end of our visit in the hospital we asked ›Is this all?‹ (...) And they said yes.

When we said: ›Okay, goodbye!‹, we saw a room. And we asked: ›What is there?‹ They said: ›Nothing, we just have some furniture there that we don't need.‹ (...) but when we opened the room, there was a bed in the left part of the room where this young man was placed.

We asked them: ›So what about this, why is he here?‹ He was really in a very bad situation. They said: ›Please, please don't touch him, he has AIDS.‹ And we said: ›Come on, this is a hospital! Let's touch him and see what is happening‹, because I assumed he was in a coma. We asked them to urgently send him to a general hospital.

We came back to Bucharest during that night and in the morning they told us he had not survived.«

Im Rahmen der EU-Beitrittsverhandlungen wurde der Fall von Poiana Mare zu einem Politikum. Über Absichtsbekundungen und die Einsetzung einer Kommission zur Verbesserung der Psychiatrielandschaft hinaus folgte daraus jedoch nichts. Reformen erhofften sich die Mitarbeiter des CjR nun überwiegend durch Urteile des EGMR.

## Europäische Dimension

Während die Maßnahmen einer Europäisierung »von oben« im rumänischen Menschenrechtsschutz bislang also wenig Früchte tragen, gibt es einige Beispiele einer Europäisierung »von unten«, die zukunftsweisend sind. Zwei Beispiele:

Die größte psychiatrische Reformstiftung Rumäniens, die Estuar-Stiftung, wurde 1992 von einem schottischen Verein gegründet. Die Gehälter der Mitarbeiter der Tageseinrichtungen der Estuar-Stiftung stammen hauptsächlich aus europäischen Fördermitteln, die regelmäßig programmabhängig beantragt werden müssen. Die Schwerpunkte der Arbeit verlagern sich dementsprechend und es ist schwer, eine nachhaltige Arbeit aufzubauen. Ohne EU-Gelder können Stiftungen wie Estuar ihre Tätigkeiten nicht aufrechterhalten.

Stefan Bandol, Vorsitzender des ersten und bisher einzigen Betroffenenvereins, entwickelte seine Idee, einen solchen Verein zu gründen, in einem Workshop der englischen Hamlet Trust Foundation in Budapest.

Insgesamt offenbaren diese und weitere Beispiele eine enorme finanzielle Bedeutung der EU für all diejenigen, die versuchen, in Rumänien reformpsychiatrische Strukturen einzuführen.

Einzigste Ausnahme ist das staatlich unterhaltene Pilotprojekt Trepte, das an einem großen Bukarester Krankenhaus angesiedelt ist und völlig auf EU-Hilfe verzichtet. Der Grund dafür verweist auf die Schattenseite der Abhängigkeit von EU-Geldern: Korruption. So berichtete Radu Teodorescu, Arzt und Leiter von Trepte, dass viele Staatsbeamte unverhohlen zehn Prozent von zweckgebundenen EU-Mitteln einbehielten.

Während der EU in Rumänien insgesamt eine große Rolle in der Förderung reformpsychiatrischer Initiativen zukommt, ist sie in Deutschland und Finnland von weit geringerer Bedeutung.

In Deutschland ist die Reformpsychiatrie gesetzlich verankert. Ihre Leistungen können die Trägervereine nach Sozialgesetzbuch abrechnen. Auch Vertreter finnischer Vereine sagten uns, dass sie keine EU-Gelder in Anspruch nähmen. Sie hatten schlicht noch nicht darüber nachgedacht – der Staat stelle ausreichend Geld bereit.



## Behandlungsansätze

In allen drei untersuchten Ländern verfolgen Ärzte generell ähnliche Ansätze zur Behandlung von Psychosen. Im Falle einer akuten Krise wird der Betroffene in der Regel zunächst mithilfe von Psychopharmaka ruhiggestellt, um dadurch überhaupt erst seine Therapiefähigkeit herzustellen. Hauptsächlich kommen hierbei Neuroleptika zum Einsatz. Die Art der Medikation, die verabreichten Dosen sowie die Dauer der Behandlung variieren jedoch stark von Land zu Land bzw. Arzt zu Arzt.

In vielen der Interviews, die wir zu Beginn unseres Projektes in Berlin führten, hörten wir jedoch von einem sogenannten »finnischen Behandlungsmodell«, an dem sich deutsche Institutionen nun zunehmend orientierten. Diesen Hinweisen gingen wir nach und fanden tatsächlich einen höchst interessanten Ansatz, der zwar nicht in ganz Finnland praktiziert wird, mit dem aber seit Jahren im Norden des Landes hervorragende Erfolge in der Heilung von Psychosen erzielt werden: der Open Dialogue.

Dieser Ansatz folgt einer Reihe von Prinzipien, die ihn teils mehr, teils weniger von klassischen Therapieansätzen unterscheiden – zusammengenommen aber ein einzigartiges Behandlungsmodell bilden. Eine der auffälligsten Besonderheiten liegt wohl in der Tatsache, dass die Betroffenen in ihrem sozialen Umfeld verbleiben und ihre Familien am Therapieprozess beteiligt werden.

Professor Seikkula, der in den letzten 25 Jahren als einer der zentralen Akteure maßgeblich an der Entwicklung und Verbreitung dieses Ansatzes beteiligt war, zählte uns im Interview die wichtigsten Prinzipien auf. Ein besonderes Augenmerk legte er dabei auf die Bemühungen, Hilfe binnen der ersten 48 Stunden nach Auftreten psychischer Probleme zu gewähren. Wer bei sich Symptome einer Psychose verspüre, entwickle schnell Strategien, um die merkwürdigen Erfahrungen in seine Weltsicht zu integrieren, so Seikkula. Wenn innerhalb der ersten 48 Stunden professionelle Hilfe bereitgestellt werde, habe der Patient diese Strategien jedoch noch nicht verinnerlicht und ein therapeutischer Ansatz ist erfolgversprechend.

Stärker noch als hinsichtlich der Geschwindigkeit der Intervention unterscheidet sich der Open Dialogue jedoch durch die Behandlungsmethoden von schulmedizinischen Verfahren: Im Mittelpunkt steht ein offener Austausch von Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfern. So werden Therapiesitzungen stets von einem Team von drei bis fünf Therapeuten geleitet, das sich je nach den Bedürfnissen des Patienten individuell zusammensetzt. Dazu gehören Psychiater, Psychotherapeuten und Pflegepersonal. Einmal zusammengesetzte Therapeutenteams bleiben so lang wie möglich bestehen, um größtmögliche Behandlungskontinuität zu erreichen. Dabei wird nicht nur dem Betroffenen, sondern auch den Therapeuten selbst ein hohes Maß



an Unsicherheit zugemutet, indem nicht die Diagnose einer Krankheit, sondern vielmehr ein umfassendes Verständnis der psychischen Verfassung des Patienten angestrebt wird. Unterschiedliche Auffassungen diskutieren die Therapeuten offen im Beisein des Patienten und vermitteln ihm so das Gefühl, mit ihm gemeinsam den Ursachen seiner Symptome auf den Grund zu gehen – anstatt den Patienten durch die Einordnung in diagnostische Schubladen der Gefahr auszusetzen, das ihm zugeschriebene Krankheitsbild zu reproduzieren.

Der Einsatz von Neuroleptika soll bei Ersterkrankten in den ersten Wochen generell vermieden werden. Wenn sie dennoch Anwendung finden, dann nur in sehr geringen Dosen und stets in Absprache mit den Betroffenen. 40 bis 70 Prozent der Patienten kommen während der gesamten Behandlungsdauer ohne neuroleptische Medikation aus.

In Westlappland werden mit dem Open Dialogue auf diese Weise hervorragende Heilungsergebnisse erzielt. Fünf Jahre nach ihrer ersten Krise sind 80 Prozent der Psychotiker symptomfrei. Folgerichtig fallen auch die Chronifizierungsraten deutlich geringer aus und die Entwicklung jahrelanger Psychiatriekarrieren der Betroffenen wird eingedämmt.

Trotz dieser beeindruckenden Zahlen stellt sich allerdings die Frage nach der Exportfähigkeit dieses Modells, das auf starke soziale Bindungen und eine reizarme, länd-

liche Umgebung setzt. Wir glauben, dass der Open Dialogue in einem urbanen Umfeld mit entsprechend schwächeren sozialen Bindungen und einer größeren Intensität äußerer Reize nicht in derselben Weise funktionieren kann wie in Westlappland.

## Eine neue Perspektive

Wir sahen während unserer Projektarbeit ein enges Versorgungsnetz in Deutschland und den Einfluss individueller Akteure, sahen teils verheerende Zustände in rumänischen Kliniken, aber auch einige Akteure, die sich seit Jahren unermüdlich für eine Reformierung der Psychiatrielandschaft einsetzen, und lernten schließlich einen sehr verheißungsvollen Ansatz aus Nordfinland kennen.

Allein die soeben bereits umrissene Frage, inwiefern dieser Ansatz auch andernorts funktionieren könnte, ließe sich in langen Auseinandersetzungen erörtern. So erging es uns das ganze Jahr über immer wieder. Die Beschäftigung mit den verschiedenen Dimensionen des Umgangs mit Wahnsinn hat uns mit einem ungeheuer komplexen Bereich vertraut gemacht, der unter sehr vielen Gesichtspunkten betrachtet werden kann.

In allen untersuchten Ländern hörten wir Klagen über anhaltende Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen. Ausmaß und Art der Diffamierung sind von Land zu Land sehr unterschiedlich, in Deutschland etwa fallen sie jüngsten Studien zufolge weit geringer aus, als landläufig angenommen. Dennoch: Im Rahmen unserer Projektarbeit haben wir selbst gespürt, wie stark die Zwei-





teilung von »psychisch gesund« und »psychisch krank« in den Köpfen verankert ist. Das begann schon im Studienkolleg selbst. Mehrfach wurden wir gefragt: Weshalb gerade dieses Thema, warum »psychisch Kranke«? Mitunter schwang dabei ein Vorwurf mit, ein unterschwelliges »Verschont die Kranken mit Eurem Projekt«. Ein Vorwurf, den wir zunächst verstehen konnten, mit dem wir uns selbst konfrontierten – etwa als es darum ging, mithilfe welchen Mediums wir unsere Gespräche dokumentieren würden. Wir wollten einen Film drehen und entschieden uns dann dagegen. Wir entschieden uns dagegen, aus Furcht, den Betroffenen mit der Videokamera zu nahe zu treten, zu tief in ihre

Lebens- und Gefühlswelt einzudringen; aus Angst, der kalte Blick durchs Objektiv habe etwas Voyeuristisches, gar Anrüchiges.

Rückblickend würden wir uns anders entscheiden.

Im Verzicht auf den Film aus Vorsicht, aus Behutsamkeit, haben wir selbst Zeugnis einer Haltung abgelegt, die uns heute falsch erscheint. Psychische Gesundheit und ihre Beeinträchtigungen gehören nicht in die Peripherie unserer Wahrnehmung, sie gehören ins Zentrum.

In zahlreichen Gesprächen haben uns Betroffene ihre Leidensgeschichten erzählt. Unser Eindruck war: Oft hatten wir es mit äußerst sensiblen Menschen zu tun, die ein besonderes Gespür für soziale Bindungen, aber auch für soziale Kälte, sozialen Druck, für fehlende Anteilnahme, fehlgehende Kommunikation zeigten. Wir wollen daraus keine vorschnellen Schlüsse ziehen, wollen die kategoriale Trennung von »Bürgern« und »Irren« nicht durch die Hintertür wieder einführen, indem wir den Betroffenen psychischer Krankheit besondere Eigenschaften

zuschreiben. Möglich ist auch, dass der Eindruck besonderer Sensibilität der Auswahl unserer Gesprächspartner geschuldet ist. Dies verweist zugleich auf die Schwierigkeiten eines induktiven Vorgehens, das – wie in unserem Fall – so sehr von Zufälligkeiten geprägt war: Wir waren froh um jeden Betroffenen, der mit uns zu sprechen bereit war. Trotz dieser methodischen Unwägbarkeiten möchten wir an dieser Stelle die Schlüsse, die wir für uns gezogen haben, nicht vorenthalten.

Wir glauben, dass das Auftreten von Psychosen zu einem wesentlichen Teil sozial bedingt ist. Soweit scheint allerdings wissenschaftlicher Konsens zu herrschen. Wir glauben aber auch, dass Behandlungsstrategien dem so weit wie möglich Rechnung tragen sollten und dies heute in Rumänien und Deutschland, aber auch Teilen Finnlands nicht ausreichend berücksichtigt wird. Wie sonst sollte es zu erklären sein, dass ausgerechnet jenes Modell die weltweit höchsten Erfolgsquoten in der Heilung von Psychosen vorweist, das zuallererst das soziale Umfeld des Betroffenen in den Blick nimmt? Aus dieser Einsicht folgt für uns eine zweite, wesentlichere, die uns mittlerweile selbstverständlich erscheint, die aber jedes Mitglied unserer Gesellschaft unmittelbar betrifft:



Psychische Gesundheit hat ein jeder von uns. Die binäre Logik von »normal« und »verrückt«, von »Bürgern« und »Irren«, die jahrhundertlang die Wahrnehmung psychischer Krankheit bestimmt hat, sollten wir überwinden.

Von psychischer Gesundheit zu sprechen, schließt indes die Möglichkeit psychischer Erkrankung mit ein. Antipsychiatrische Verklärung krisenhafter Zustände, Theorien, die noch angesichts heftigster psychotischer Schübe das Bestehen pathologischer Zustände leugnen, erscheinen uns genauso verfehlt wie der strikte Dualismus von normal und verrückt. Psychosen als Warn-

melder für soziale Missstände zu begreifen, heißt nicht, dass dem Betroffenen nicht geholfen werden muss. Im Gegenteil: Erforderlich sind Behandlungsansätze, die sich in Finnland und teils auch in Deutschland durchgesetzt zu haben scheinen. Ansätze, die auch die sozialen Faktoren bei der Entstehung von Psychosen mit einschließen.

Ein monistisches Verständnis von psychischer Gesundheit als etwas, das jeder hat, dass durch Krankheit beeinträchtigt werden kann und dadurch dennoch nicht verloren geht, sollte ein jeder von uns verinnerlichen. Denn die Art und Weise, wie wir Betroffenen gegenüber treten, wie wir an ihrem Schicksal Anteil nehmen und somit auch, inwiefern das soziale Umfeld im Heilungsprozess als förder- oder hinderlich empfunden wird, hängt entscheidend davon ab, wie wir psychische Gesundheit und ihre Beeinträchtigungen denken.

Solches zu fordern, auf diesen Aspekt in unserer Rückschau den Schwerpunkt zu legen, heißt nicht, von den Menschenrechtsverletzungen in Rumänien zu schweigen. Die desolaten Zustände in ländlichen Kliniken haben in Westeuropa bislang wenig mediale Aufmerksamkeit erfahren. Die These scheint wenig gewagt, dass sich dies ändern würde, wenn man den Blick auf Betroffene psychischer Krankheit nicht mehr als Blick an den Rand der Gesellschaft oder über den Rand der Gesellschaft hinaus wahrnehme, sondern ihn als Blick nach innen begriffe. Die Frage dürfte dann nicht mehr nach dem »Umgang mit Wahnsinn« lauten, sondern schlichter nach dem »Umgang mit psychischer Gesundheit und den Menschen, deren psychische Gesundheit beeinträchtigt ist«.

Als Projekttitle wäre das zu sperrig gewesen. Als Perspektive ist es womöglich die einzig richtige.

Alexander Brödner Deutschland;  
Physik und Philosophie

Felix Förster Deutschland;  
Physikalische Ingenieurwissenschaft

Andreas Leidingger Deutschland; Jura

Leyla Safta-Zecheria Rumänien;  
Europäische Ethnologie