

Opfer, Täter oder was?

Die zentrale Bedeutung der Zumutbarkeit im sozialpsychiatrischen Handeln

Von Bruno Hildenbrand

Zumutbarkeit beschreibt eine sozialpsychiatrische Haltung, in der gemeinsam mit dem Patienten gefragt wird, welches Maß an Selbstverantwortung einem Patienten in einer gegebenen Lebenssituation angemessen ist. Dieses Maß ist nicht ein für alle Mal gegeben, sondern es kann daran im lebensgeschichtlichen und therapeutischen Prozess gearbeitet werden.



Bruno Hildenbrand
Dr., Professor für Sozialisierungstheorie und Mikrosoziologie am Institut für Soziologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Wohlfahrtsstaatliche Handlungsmuster entwickeln sich zickzackförmig: War lange Zeit ein fürsorglich-bevormundendes Handlungsmuster maßgeblich, so gilt heute als neuester Schrei der aktivierende Sozialstaat. Wird die Patientin oder Klientin¹ im fürsorglich-paternalistischen Sozialstaat zum Opfer ernannt, bekommt sie regelmäßig ihre Sozialhilfe und/oder ihr Depotpräparat und hat ansonsten ihren Mund zu halten. Das Anmelden individueller Ansprüche könnte als Renitenz verstanden und müsste entsprechend sanktioniert werden. Als dann die Mode des „aktivierenden Sozialstaats“ aufkam, wurde der Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben. Wo vorher nur Opfer gesehen wurden, sieht man nun ausschließlich Täter. Ich-AGs sollten gegründet, individuelle Budgets sollten ausgehandelt werden.

Egal, ob einer nur Opfer oder nur Täter sieht – in beiden Perspektiven bleibt die Grauzone zwischen Opferschaft und Täterschaft unausgeleuchtet, und unklar ist, wo sich der Patient oder Klient zu einem bestimmten Zeitpunkt gerade befindet (denn man ist nicht immer nur Opfer oder nur Täter, 24 Stunden am Tag).

Für solche Zickzackkurse liefern die Wissenschaften bereitwillig ihre Dienste. Die biologische Psychiatrie sieht den Patienten als jemanden, der seinem Körper ausgeliefert ist. Die

Sozialwissenschaften, namentlich jene ihrer Vertreter, die sich der Erforschung des so genannten Prekariats verschrieben haben, nehmen meist gewohnheitsmäßig erst einmal die Opferperspektive ein, bevor sie weiter denken. Täter sind die gesellschaftlichen Verhältnisse, also der Kapitalismus. Ein Beispiel dafür ist Richard Sennetts Buch „Der flexible Mensch“, ein anderes das Buch von Pierre Bourdieu (u.a.) „Das Elend der Welt“. Beide Werke sind weit über die Soziologie hinaus bekannt geworden. Nicht nur sex sells, sondern auch Elend. Allmählich kommt aber eine kritische Debatte in Gang.

In der psychosozialen Praxis ist die Opferorientierung gängig. Fachleute, die mit dem Bewältigen menschlicher Krisen befasst sind, lernen in ihrer Ausbildung so gut wie ausschließlich Störungen kennen. Diese Störungen gilt es zu beseitigen, darin bestehe die professionelle Kunst. Nehmen wir als Beispiel die Pädagogik: Kommt ein Kind in die Schule, wird es daraufhin eingeschätzt, ob es Störungen aufweist, die es am Lernen hindern. Etiketten für solche Störungen gibt es genug. Eines davon heißt ADHS. Ist ein Kind mit einem solchen Etikett versehen, dann ist es auf einen Weg eingespurt, der ihm eine Sonderbehandlung zuweist – eine Sonderbehandlung abweichenden Verhaltens. Ist diese Etikettierung als Opfer erst

einmal vollzogen, kann trefflich über Integration diskutiert werden, und neue Modelle können entwickelt werden.

Allerdings verzeichnen wir auch Gegenbewegungen. Offenbar ist man es im Sozial- und Gesundheitswesen leid, Klienten und Patienten ausschließlich unter dem Gesichtspunkt ihrer Beschädigung zu sehen. Neue Perspektiven kommen auf, die mit den Begriffen

Salutogenese und Resilienz verbunden sind. Salutogenese heißt, wörtlich übersetzt, Entstehung von Gesundheit. Hier wird also die Optik auf die Klientin umge-

kehrt. Es wird die Frage gestellt, wie ein Mensch es anstellen kann, Gesundheit zu erzeugen. Die Frage findet ihre Antwort: Folgen wir Aron Antonovsky, auf den der Begriff der Salutogenese zurückgeht, dann sind drei Haltungen der Gesundheit förderlich: Verstehbarkeit (einer Situation), Handhabbarkeit (dieser Situation), Sinnhaftigkeit (als Integrierbarkeit eines Geschehens in ein individuelles Leben). Zusammen genommen begründen diese Haltungen einen sense of coherence. Das wird meist mit Kohärenzgefühl übersetzt, gemeint ist aber eine übergreifende Haltung. Sie wird vor allem dann bedeutsam, wenn es um die Bewältigung von Krisen geht.

Die Grundfrage der Salutogenese: Wie kann es einem Menschen gelingen, Gesundheit zu erzeugen?

Während das Salutogenese-Konzept – wenn überhaupt – vor allem in der Medizin verwendet wird, neigen Vertreterinnen sozialer Berufe dem Resilienz-Konzept zu. Das ist nicht weiter verwunderlich, weil die ersten Forschungen zu diesem Konzept mit Fragestellungen befasst waren, die insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe begegnen.

Emmy Werner, eine deutschstämmige Psychologin, die gleich nach dem Zweiten Weltkrieg in die USA auswanderte, sucht nicht nach Schäden in der menschlichen Entwicklung, sondern stellt drei Fragen:

- 1) Wie kann sich ein Kind gut entwickeln, auch wenn es in eine riskante Umwelt hineingeboren wurde? Solche Risiken sind: psychische Krankheit und Alkoholismus der Eltern, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung, Komplikationen bei der Geburt.
- 2) Wie kann das Kind bei auftretenden Krisen in der Entwicklung seine Kompetenzen aufrechterhalten? Ein Beispiel für eine solche Krise ist die Scheidung der Eltern.
- 3) Welches sind die Schutzfaktoren, die helfen, schwere Traumata zu überwinden? Gefunden werden Schutzfaktoren im Bereich des Individuum selbst, der Familie sowie der Nachbarschaft und der Gemeinde.

Diese beiden Beispiele von Sichtweisen auf Menschen in ihrem sozialen Umfeld zeigen, dass Orientierungen, die einseitig den Menschen als Täter oder Opfer etikettieren, überholt und ein Ergebnis schlechter Ausbildung sind.

Die Kategorie der Zumutbarkeit

Genau besehen, ist auch das sogenannte normale Leben nicht durch reine Autonomie gekennzeichnet, sondern dadurch, dass die Akteure mit mehr oder weniger einschränkenden bzw. fördernden Rahmenbedingungen konfrontiert sind, mit denen sie fertig werden müssen. Das fängt schon damit an, dass sie in eine bestimmte Generation hineingeboren und von dieser geprägt sind: Wer 1945 als Deutscher zehn Jahre alt war, konnte für sich die „Gnade der späten Geburt“ gel-

tend machen. Wer zehn Jahre später geboren wurde, konnte vom Bildungsaufschwung in der Bundesrepublik Deutschland ab Mitte der 60er Jahre profitieren. Wer zum Zeitpunkt des Mauerfalls 1989 im Adoleszenzalter stand, dem standen für die weitere biografische Entwicklung Türen offen, die vorher verschlossen waren. Wer zu demselben Zeitpunkt um die 50 war, erlebte das genaue Gegenteil. Denn Menschen gehen mit 18 anders an Neues heran als mit 50, und das Be-

schäftigungssystem sieht für sie andere Möglichkeiten vor.

Es geht mithin nicht um die schlichte Gegenüberstellung von Autonomie und Heteronomie, sondern um die Frage, die Jean Paul Sartre

von Karl Marx übernommen hat und die da lautet: „Was macht der Mensch aus dem, was die Verhältnisse aus ihm gemacht haben?“ Autonomie und Heteronomie stehen, wie diese Frage zeigt, in einem Verhältnis der widersprüchlichen Einheit zueinander. Beide Aspekte in der Arbeit mit Patientinnen oder Klienten in ihren jeweiligen sozialen Bezügen, zum Beispiel der Familie, am Arbeitsplatz aufrecht zu erhalten, ist Kern einer angemessenen fachlichen Haltung. Es geht nicht darum, sie auf Defizite oder Autonomie, auf Opfer oder Täter zu reduzieren. Die Lage ist komplexer: Es gilt, in der Autonomie die Beschädigung und in der Beschädigung die Autonomie zu sehen.

Allgemeine Rezepte helfen da wenig. Im Zentrum steht die Klientin oder der Patient als Einzelfall, den es in seiner historischen Entwicklung zu verstehen gilt. Auf der Grundlage des Fallverstehens gilt es dann immer wieder neu auszuhandeln, welches Maß an Veränderung dem Klienten oder Patienten zumutbar ist. Mit dem Kriterium der Zumutbarkeit verstehen wir das Herausfinden des rechten Maßes zwischen Unterforderung und Überforderung im Sinne eines Auslotens von Möglichkeitsspielräumen. Das hat wenig mit case management und viel mit Fallverstehen in der Begegnung (Rosmarie Welter-Enderlin und Bruno Hildenbrand) zu tun.

Das Ergebnis dessen muss nicht not-

wendig eine Lebenspraxis sein, die dem entspricht, was der „Normalbürger“ oder die Soziologin für „normal“ hält. Es geht nicht darum, die Klienten oder Patienten zu „resozialisieren“, sondern darum, mit ihnen gemeinsam einen passenden, ihnen gemäßen Platz in der Gesellschaft zu finden, der ihnen zumutbar ist.

Zumutbarkeit in der Praxis: Krisen erzeugen, um Wandel zu provozieren

Es wird nun an der Zeit, auf die sozialpsychiatrische Praxis einzugehen. Ich gebe zu, hier mache ich es mir (vermutlich altersbedingt) einfach. Anstatt im Einerlei der real existierenden Sozialpsychiatrie jene Heldinnen und Helden des Alltags aufzuspüren, die gegen die herrschenden Verhältnisse (des Landeswohlfahrtsverbandes, der Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände etc.) um einen angemessenen Umgang mit den Klienten ringen, gehe ich lieber gleich dorthin, wo von jeher unkonventionelle Vorgehensweisen den sozialpsychiatrischen Alltag bestimmen. Drei unkonventionelle Einrichtungen habe ich in den letzten 25 Jahren kennen gelernt: Das ist zum einen La Borde, eine psychiatrische Klinik mit ca. 100 Betten Nähe Blois in Frankreich, die eines der Herzstücke der Psychothérapie Institutionnelle ist. Die Psychothérapie Institutionnelle ist ein Kind der französischen Tradition der Befreiung der psychisch Kranken von ihren Ketten (18./19. Jahrhundert), die sich während der deutschen Besatzung im Zweiten Weltkrieg bewähren konnte und seither ihre Praxis kontinuierlich ausgebaut hat. Die zweite Einrichtung ist die Spring Lake Ranch in Vermont (USA), die von einem finnischen Einwanderersohn gegründet wurde und später fachlich einerseits von der Tradition der in Deutschland in den 1920er Jahren entstandenen Tradition der Erwachsenenbildung, andererseits vom schottischen Zweig der therapeutic community profitiert hat. Konzeptionell eng mit dem Ansatz der Spring Lake Ranch verwandt, was aber erst vor kurzem offenbar wurde, ist die Einrichtung Melchiorgrund im Vogelsberg in Hessen.

Während La Borde Patienten aus dem Gesamtbereich der Psychiatrie behandelt, treffen wir in Spring Lake Ranch

und Melchiorsgrund vorwiegend junge Erwachsene mit psychotisch gefärbten Adoleszenzkrise, mitunter auch durch Drogengebrauch ausgelöst, an. Diese Einrichtungen verbindet ein Ansatz, in dessen Zentrum Zumutbarkeit und beschädigte Autonomie stehen. Diese Kategorien werden im Alltag dadurch in Praxis umgesetzt, dass Krisen provoziert werden. Dadurch unterscheiden sie sich von konventionellen Einrichtungen, in denen das Vermeiden der Krise das Vorgehen der Wahl ist – sei es schlicht, weil man seine Ruhe haben will, sei es, weil man aus einer Opferperspektive heraus handelt.

Die Wege, Krisen zu erzeugen, sind jeweils unterschiedliche. In La Borde heißt es: Wenn in unserer Klinik etwas funktioniert, muss man es zerschlagen. Danach muss die Klinik wieder neu aufgebaut werden, und zwar jeweils um den einzelnen Patienten herum, und das täglich. In Spring Lake Ranch wird die Krisenerzeugung in die Hände des einzelnen Patienten gelegt – ihm wird nahe gelegt, ein Projekt zu formulieren, das ihn während des Aufenthalts beschäftigen soll. Die Klinik, die mitten im Wald liegt und auch einen kleinen Bauernhof bewirtschaftet, dazu im Winter Eis aus dem Spring Lake für Kühlzwecke schneidet und im Herbst Ahornsirup produziert, hält reichhaltige Arbeitsmöglichkeiten bereit. Daher sind Anreize für solche individuellen Projekte ausreichend vorhanden. Anders im Melchiorsgrund. Dort bilden ein Bauernhof mit einer 40 Köpfe zählenden Milchviehherde und weiterem Getier, eine Käserei, Schreinerei etc. sowie ein Theater den Mittelpunkt des alltäglichen Geschehens. Da dies alles nur funktioniert, wenn eine nennenswerte Anzahl von Patienten regelmäßig mitarbeitet, ist die Krise alltäglich und allgegenwärtig. Statt die Routine alltäglich zu zerschlagen, wie in La Borde, muss Tag für Tag um sie gerungen werden.

Wo die Arbeit im Kern des Geschehens steht, kann niemand auf den Status Patient reduziert werden. Daher heißen die Menschen, die in den skizzierten Einrichtungen wohnen, anders: Pensionnaire (La Borde), Guest (Spring Lake Ranch), Bewohner (Melchiorsgrund).

„Ich war auch schon mal froh, dass eine manische Patientin auf Station endlich fixiert worden ist. Die hatte aber keinem was getan, war auch nicht gefährlich, hat nur unglaublich genervt und gestört. Ich war froh, dass endlich Ruhe war. Aber ob das wirklich ein Grund ist, jemanden zu fixieren?“

Rainer, 49 Jahre, Psychiatriefahrer

Solche Begriffe sind Hilfskonstruktionen. Im Alltag werden die Menschen, die in diesen Einrichtungen leben, situationsgemäß angesprochen: Wer gerade in einer schweren Krise ist, heißt dann im Melchiorsgrund eben Patient. Übergangsweise nimmt er dann seinen Aufenthalt in einem Häuschen auf dem Gelände, welches „Medizin“ heißt. Wer in La Borde gerade eine Aufgabe übernommen hat, heißt entsprechend dieser Aufgabe (z. B. Telefonist). Dieser Gebrauch von Bezeichnungen folgt der Tatsache, dass niemand 24 Stunden am Tag Patientin oder Klientin ist – dass sie noch in anderen Bezügen, auch innerhalb der Einrichtung, steht.

Die Krise als Ort der Veränderung

Die Krise ist der Ort, an welchem das jeweils herrschende Verhältnis von Beschädigung und Autonomie lebenspraktisch konkret ausgehandelt wird. Das kann nicht ein für alle Mal geschehen, sondern braucht Zeit. In der Regel sind etliche Krisenzyklen erforderlich, damit eine „Patientin“ neue Möglichkeiten von Handlungsspielräumen entdecken und erproben kann. Entsprechend weisen sowohl La Borde als auch Melchiorsgrund relativ lange Verweildauern auf. Die Alternative, nämlich eine Drehtürpsychiatrie oder eine Verwahrung im Betreuten Wohnen, erscheint dem gegenüber wenig attraktiv. Spring Lake Ranch macht, was die Verweildauer angeht, eine Ausnahme. Sie hat mit dem US-amerikanischen Gesundheitswesen zu tun. Die Guests sind Selbstzahler, und weil die monatlichen Aufenthaltskosten bei 5.000 \$ liegen, entsteht Druck, den Aufenthalt so kurz wie möglich zu halten. Das spürt diese Einrichtung besonders dann, wenn die Börse in einer Krise steckt, wie ab 2007.

Zusammenfassung

Die Kategorie der Zumutbarkeit im sozialpsychiatrischen Handeln öffnet Perspektivenspielräume:

- Sie eröffnet einen Weg jenseits der Zuschreibung von Opfer oder Täter.
- Sie verweist nicht auf einen einzelnen Akt, sondern auf einen Prozess der Begleitung.
- Sie ist besonders dann fruchtbar, wenn der institutionelle Rahmen reflektiert wird, innerhalb dessen Zuschreibungen von Zumutbarkeit stattfinden.
- Sie dient dazu, die Diskussion um die Therapeutische Gemeinschaft wieder zu beleben, um die es still geworden ist.

Mit der Ausrichtung auf Krisenerzeugung und Krisenbewältigung verliert die therapeutische Gemeinschaft ihre Pseudo-Idylle, in welche sie eher irrtümlich hineingeraten ist. Denn Gemeinschaft meint etwas anderes als community: Im deutschen Sprachverständnis ist die Gemeinschaft der Anonymität der Gesellschaft gegenüber gestellt, ein Hafen in einer herzlosen Welt. Im angelsächsischen Sprachgebrauch meint community eine Assoziation freier Bürger – solcher Bürger, denen im Rahmen der Zumutbarkeit Autonomie abverlangt werden kann. ●

Anmerkung

¹ Wo die weibliche Form verwendet wird, ist die männliche mitzudenken, und umgekehrt. Das gilt für den gesamten Text.

Literatur

Eine ausführliche Literaturliste kann beim Autor angefordert werden: bruno.hildenbrand@uni-jena.de.

Kontakt

Prof. Dr. Bruno Hildenbrand, Institut für Soziologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, 07737 Jena, www.bruno-hildenbrand.de, bruno.hildenbrand@uni-jena.de.