

Mitgefühl und Würdeorientierung in der Begegnung mit kranken Menschen¹

Luise Reddemann

Sehr geehrte Damen und Herren, Lieber Gunther, liebe KollegInnen und Kollegen,

Ich bedanke mich für die Möglichkeit, hier sprechen zu dürfen zu einem Thema, das mir sehr am Herzen liegt.

Die Tagung ist angekündigt unter dem Titel Würde und Mitgefühl, mein Vortragstitel drückt die Verbindung anders aus nämlich Mitgefühl zuerst. Ich weiß nicht genau, was zuerst genannt werden sollte, mir scheint beides richtig zu sein. Würdeorientierung hilft mitfühlender sein zu können, aber das Umgekehrte trifft sicher auch zu: Wer mitfühlend ist, kann erkennen, dass es in der Begegnung mit Menschen, zumal mit kranken Menschen, um deren Würde geht. In beiden Fällen geht es auch um eine Orientierung an ethischen Werten, die in der Psychotherapie bisher zu wenig Berücksichtigung finden. Als erster hat m.W. Erich Fromm darauf hingewiesen, dass für die Psychotherapie Ethik wichtig ist. Er sprach schon 1947 davon, dass Psychotherapie ohne Orientierung an Ethik nicht hilfreich sein könne. Das haben ihm viele verübelt.

Ich beginne hier mit Gedanken zum Mitgefühl.

Zunächst und zur Einführung beziehe ich mich auf Johann Sebastian Bach, in dessen Werk ich viel zum Thema Mitgefühl entdeckt habe.

In einer der bedeutendsten und heute noch sehr bekannten und häufig aufgeführten Kantaten von Johann Sebastian Bach „Ich hatte viel Bekümmernis“, BWV 21, erklingt nach einer langen Klage über Bekümmernisse und Verzweiflung und einem Dialog der tief verzweifelten Seele mit dem sie tröstenden Jesus eine Arie mit dem Text „Sei nun wieder zufrieden“. Es gibt – wie so oft bei Bach – eine zweite Melodie, nämlich die von „Wer nur den lieben Gott lässt walten“. Man hört also parallel zu „Sei nun wieder zufrieden“ den Text und die Melodie von zwei Strophen aus dem Lied. Bach verwendet hier den Text:

¹ Vortrag gehalten auf der Tagung „Würde und Mitgefühl“ am 29.9.2017

„Was helfen uns die schweren Sorgen. Was hilft uns unser Weh und Ach? Was hilft es, dass wir alle Morgen beseufzen unser Ungemach? Wir machen unser Kreuz und Leid nur größer durch die Traurigkeit.“

Dieser Teil der Kantate ist für mich eine sehr starke Einladung zur Akzeptanz. Es sei jedoch betont, dass zuvor viel Trauer und Verzweiflung Raum bekommen haben. Bach gibt eine Empfehlung, wie man wieder zufrieden werden kann, indem man nämlich seine Sorgen in Gottes Hand legt. Aber erst, das ist wichtig, wenn Trost bereits gegeben wurde! Nicht einfach so! „Gottes Hand“ ist für mich keine Glaubensaussage, sondern eine Metapher, die darauf verweist, dass wir eingebunden sind in etwas Größeres für das es viele Namen gibt.

Und es geht auch nicht einfach um die rosa Brille, die ja mit Mitgefühl rein gar nichts zu tun hat. Verleugnung des Schmerzes, des Zorns, der Trauer dürfte ein Missverständnis, vielleicht eine massive, wenn nicht verzweifelte Abwehr gegen Trauer und Mitgefühl, sein.

Bach gibt seinem Schmerz und der Klage viel Raum, ich komme gleich darauf zurück!

Sowohl Bachs individuelles Schicksal, wie auch das kollektive bargen viel Kummervolles. Die Menschen brauchten Trost und Ermutigung zum Weiterleben. Deshalb nehme ich an, dass es Bach ein großes Anliegen war, zum einen Kummer und Leid mitfühlend anzuerkennen und auch die Möglichkeit des Trostes zu verdeutlichen. Es geht ihm erst danach darum, dass der Mensch selbst einiges in der Hand hat, indem er dieses Kirchenlied singen oder anklingen lässt. Dieses Lied, das auch heute noch gesungen wird, lädt dazu ein zu erkennen, dass man nicht notwendigerweise immer am „Weh und Ach“, am „Beseufzen und Ungemach“ festhalten muss. Man hat irgendwann die Wahl, „den lieben Gott walten“ zu lassen. Und das fiel den Menschen zu Bachs Zeit vielleicht etwas leichter als uns Heutigen, wir könnten die Worte daher in einer für uns denkbaren Weise als Vertrauen ins Leben beherzigen.

Ich hebe jedoch hervor: Bevor man Schweres akzeptieren kann, brauchen wir Mitgefühl, Hoffnung und Trost. Erst dann kann die Einsicht gelingen, dass es, um zur Akzeptanz zu gelangen, nicht genügt, sich ausschließlich mit dem Schmerzhaften zu beschäftigen. Nur wenn wir uns ausreichend mitfühlend getröstet fühlen können, kann Akzeptanz gelingen. Deshalb beginnt Bach seine Kantate zunächst mit einer

sehr schwermütigen einleitenden Sinfonia, danach kommt der erste Chor, dort wird viele, viele Male gesungen: Ich hatte viel Bekümmernis. Übrigens: nicht zu akzeptieren, sondern zu kämpfen bis zuletzt ist ebenfalls eine Option, auf die Menschen ebenfalls ein Recht haben, das dürfen wir nicht vergessen!

Liebe und Trost sollten bedingungslos sein, ohne mitfühlenden Trost gibt es keine heilsame Wandlung. Und deshalb ist es wichtig, dass der verzweifelte Mensch viele Male sagen darf: Ich hatte viel Bekümmernis.

Später, erst viel später, zeigt sich ein Keim der Hoffnung in der Kantate unter Bezugnahme auf den 42. Psalm:

„Was betrübst du dich, meine Seele...Harre auf Gott; denn ich werde ihm noch danken, dass er meines Angesichtes Hilfe und mein Gott ist.“

Zunächst geht es also darum, dass das Ich Gott „noch danken“ können wird, jedoch „Ich“ es noch nicht kann, weil es immer noch ausharrt in seinem Elend. Dieser Text berührt mich, weil er so genau den Weg vieler meiner traumatisierten PatientInnen beschreibt. Sie wollen unbedingt und bedingungslos gesehen werden in ihrem Leid, im Übermaß ihres Leidens. Sie möchten, dass wir das anerkennen, und sie erfahren Gottverlassenheit, weil Menschen sie verlassen. Das schreibt die Hölle fort. Mir haben PatientInnen häufig erzählt, wie sehr es sie schmerzt, wenn man ihr Leiden nicht anerkennt. Es gibt viele Wege, Leiden wegzuwischen, auch in spirituellen Kreisen, das muss ich hier nicht beschreiben.

Was kann uns Bachs Kantate sagen, für die Arbeit, für uns selbst und in der Begleitung anderer? Es ist u.a. in der Psychotherapie Notwendend, Schmerz mitfühlend zu würdigen und zu trösten, dann erst ist der Mensch offen für das, was Bach als Gott walten zu lassen versteht. Das Schwierige in der Begleitung von Menschen, die viel Bekümmernis haben oder hatten, ist ja, dass wir uns davon berühren lassen und auch davon berühren lassen sollten. Es macht einen großen Unterschied, ob wir die Dinge mit Mitgefühl oder mit bloßer Vernunft betrachten. So zu trösten, dass der andere Mensch sich gesehen fühlt, erfordert Feinfühligkeit und Einstimmung. Aber, je schwerer ein Mensch verletzt ist, desto schwerer kann es uns fallen, uns auf ihn einzustimmen. Und aus meiner Sicht wäre es wichtig, dass wir uns das, wenn es so ist, freundlich zugestehen. Vielleicht verrät uns das dann auch etwas über die Nöte der

PatientInnen, die sich ja meist dafür anklagen, dass sie „nichts gebacken bekommen“.

Stressreduktion erfolgt bei stark unter Stress stehenden Menschen, insbesondere unter traumatischem Stress stehenden, am ehesten, wenn man sich diesen Menschen sanft und liebevoll zuwendet. Um welche wohltuenden Interaktionen es sich da handelt, kann man sich am besten vorstellen, wenn man sich eine Mutter und ihr Baby beim Stillen vorstellt: liebevoller Augenkontakt, beruhigende Worte, Halt, Wärme, Geborgenheit und gesättigt werden, eben auch emotional.

Bei jeder Therapieentscheidung gehe es zuerst darum, die wohlverstandenen Interessen des einzelnen Patienten zu bedenken und Wege zu finden, DEM PATIENTEN DEN VORRANG ZU GEBEN, heißt es im Ethikhandbuch des Weltärztebundes. (2005 by The World Medical Association) Dazu braucht es Mitgefühl.

Mitgefühl, wie es heute gelehrt wird, ist stark vom Buddhismus beeinflusst, und das macht Sinn, weil ja in buddhistischen Lehren Mitgefühl einen zentralen Platz einnimmt und - was vielleicht noch wichtiger ist - weil es hier eine kontemplative Praxis des Sichübens in Mitgefühl gibt, die z.B. für Menschen in helfenden Berufen sehr hilfreich sein kann, so ist meine Erfahrung, ansonsten müsste ich vielleicht sagen, hilfreich sein könnte. In dem Buch „Medizin und Mitgefühl“ schreiben ein westlicher Arzt und ein tibetischer Lehrer, der Heilkundige solle wissen, wie es sich anfühlt, krank zu sein. „Man muss begreifen, wie schmerzhaft, beunruhigend und verunsichernd es sein kann, nicht zu wissen, was mit einem selbst passieren wird,“ oder, ergänze ich, gerade mit einem als Patientin passiert. Und wie ich schon gesagt habe, wenn wir als BehandlerInnen es nicht wissen sollten, brauchen wir Bescheidenheit und die Einsicht, dass der Patient der Expert seiner Beschwerden ist, mehr als wir es sein können.

Vielleicht sollte bei all dem nicht ganz in Vergessenheit geraten, dass Mitgefühl auch ohne Buddhismus möglich ist, weil es im Grunde genommen natürlich ist. Und dass es in der Heilkunde, insbesondere wenn sie Heilkunst ist, schon immer einen Platz hatte, wenn auch eher nicht explizit oder mit anderen Worten beschrieben. So ist die Qualität von Mitgefühl teilweise in unseren Worten Barmherzigkeit und Nächstenliebe enthalten, was vielleicht in meinen Ausführungen über Bachs Kantate deutlich geworden ist.

Jede Begegnung mit PatientInnen kann eine Schule in Mitgefühl sein! Das fordert mich aber keinesfalls dazu auf, mich darauf zu beschränken, etwas für PatientInnen zu lernen, sondern es geht darum, mich selbst besser verstehen zu lernen, um dann auch PatientInnen besser zu verstehen. Mit anderen Worten, psychotherapeutisch tätig zu sein, ohne selbst auf irgendeine Art in der PatientInnenrolle gewesen zu sein, sollte es nicht geben, erscheint mir sogar ethisch fragwürdig.

Die vier ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns, nämlich des Wohltuns, des Nicht-Schadens, des Respekts vor der Autonomie und der Gerechtigkeit (s. Bayerisches Ärzteblatt 9/2013 S.445) sind nur zu verwirklichen, wenn ich mich um Mitgefühl bemühe: Was heißt das konkret? Mich nicht der Besserwisserei zu verschreiben, sondern gemeinsam mit PatientInnen nach Entscheidungen zu suchen. Denn, die Gefahr ist groß, schnell zu meinen, als Ärztin wisse ich, was das Richtige und Gute für die Patientin ist. Ich hatte zu lernen, wie essentiell – vor allem für traumatisierte Menschen – ihre Würde ist, und dass wir sie nicht erneut beschädigen dürfen, indem wir uns über ihre Bedürfnisse nach Autonomie hinwegsetzen. Ich habe gelernt, dass Therapie ein gemeinsamer Prozess des Suchens und Findens ist, und dass es die PatientInnen sind, die am besten wissen, was für sie der richtige Weg ist. Es geht auch darum einzusehen, dass es nicht *den* Weg gibt, dass festgelegte Behandlungspfade und Manuale zwar nützlich sein können, dass sie uns aber niemals die Verantwortung abnehmen können, wenn wir uns auf Komplexität und vorher nicht berechenbare Situationen einzulassen haben.

Der kanadische Psychologe Shaine Sinclair ist m.W. 2016 als erster mit seiner Arbeitsgruppe der Frage nachgegangen, was PatientInnen – mit schweren Krebserkrankungen – unter Mitgefühl verstehen und was sie von ihren ÄrztInnen erwarten. Es wird in der Studie gezeigt, dass PatientInnen beurteilen können, dass es große Unterschiede gibt. Und sehr wohl sagen können, was Mitgefühl für sie bedeutet.

Ein Patient hat es auf den Punkt gebracht: Ärzte, die mitfühlender sind, kümmern sich um den ganzen Menschen und nicht nur um den Krebs. Der ganze Mensch ist ja nicht nur krank, sondern jemand, der mehr von sich versteht als alle, die ihn begleiten. Den ganzen Menschen sehen heißt auch, sich für sein intuitives Wissen zu interessieren. Ich erlebe es nicht selten, dass PatientInnen, obwohl wir sie gut informiert haben, bestimmte Interventionen ablehnen. Wenn wir genauer nachfragen und uns für die Gründe ihrer Ablehnung interessieren, kommt immer heraus, dass dieses Zu-

rückweichen auch vor scheinbar Sinnvollem einen Grund hat. Zu häufig wird außer Acht gelassen, „dass dem kranken Menschen oft eher durch das Verstehen und durch die Beziehung geholfen werden kann“, wie Giovanni Maio schreibt.

Nach buddhistischen Lehren trägt jeder Mensch die Quellen von Weisheit und Heilung in sich. Paracelsus sprach davon, dass die Natur heilt, nicht der Arzt. Natur wird hier als etwas dem Patienten Innewohnendes verstanden. Diese Vorstellungen sind also nahe beieinander. Hilfreiche Wege können von der Ärztin aufgezeigt werden, aber konkrete Hilfe ist etwas, das sich im Dialog mit dem Patienten „herauskristallisiert“. Mitgeföhlübungen können uns im günstigsten Fall offener machen für dieses Dialogische, sie können uns aber nicht den Dialog abnehmen.

Meine Antwort auf das Thema Trauma sind eine mitfühlende Grundhaltung und Mitgeföhlbasierte Interventionen im Rahmen des Konzeptes der „psychodynamisch imaginativen Traumatherapie“. Hier bezieht sich das Imaginative auf die Fähigkeit, einen Raum zwischen Therapeutin und Patientin zu erschaffen, in dem mitfühlende und tröstende Vorstellungen ihren Platz haben, die wiederum als so genannte Übergangsobjekte von der Patientin verwendet werden (können). Insbesondere die achtsame und mitfühlende Zuwendung der Patientin zu sich selbst also zu Selbstanteilen (oder „ego states“ nach Federn) aufgrund des modellhaften Verhaltens der achtsamen und mitfühlenden Zuwendung der Therapeutin, spielt in diesem Übergangsraum eine bedeutende Rolle. Erinnern, Mitgeföhl und Trost sind wesentliche Komponenten dieser Arbeit, sowie Erkundungen der bereits vorhandenen Ressourcen der PatientInnen und wie sie künftig noch mehr zum eigenen Wohl genutzt werden können.

Es sollte immer um Mitgeföhl mit den PatientInnen und mit uns selbst gehen, und gerade aus diesem Mitgeföhl für uns selbst kann Einsicht in Schwächen und Unzulänglichkeiten erwachsen, die wiederum den PatientInnen zugutekommt:

Mitgeföhl sei hier im psychotherapeutischen Kontext betrachtet als relativ komplexe Haltung und Handlung, verbunden mit freundlicher und offener Einföhlung in Leiden dem Wunsch, Heilsames zu bewirken und das auch zu tun, will sagen, mitfühlende Interventionen anzubieten. Es geht um die unverwechselbare Besonderheit jedes Patienten und deshalb auch um eine unverwechselbare Begegnung; aus dieser kann sich gemeinsames Handeln ergeben, das von Seiten der Therapeutin von Mitgeföhl

getragen sein sollte, so gut es geht. Verstehen ist eine grundlegende Komponente für Mitgefühl.

Und zunächst mag es scheinen, als sei damit alles gesagt. Und doch ist es nicht ganz so einfach. Denn man kann mit meditativen Praktiken vermeiden, sich mit sozialen und sozialpsychologischen Fragen auseinanderzusetzen, obwohl wir gerade in letzter Zeit sehr eingeladen wären, mit Mitgefühl genau hinzusehen und uns zum Handeln zu motivieren. Zu meinem Bedauern gibt es jetzt ein hoch gepriesenes „Allheilmittel“ das im Medizinbetrieb ebenso wie in der Betriebswissenschaft gerne verordnet wird, nämlich die Individualisierung der Probleme. Nimm Du Dein Leben in die Hand, übe dich in Achtsamkeit und Mitgefühl und in einer grundsätzlich positiven Einstellung und Du hast keine Probleme bzw. Du kannst sie alle lösen. Das mag gut klingen und ist auch nicht immer falsch, enthält aber erhebliches Missbrauchspotential. Es handelt sich aus Sicht der Mächtigen ganz klar um ein Unterdrückungsinstrument, aus Sicht der weniger Mächtigen und Abhängigen scheint die Antwort in die Flucht der Innerlichkeit einen gewissen Sinn zu machen. Nur leider verfestigen sich dadurch die Verhältnisse. Darüber hinaus lässt sich ein Mechanismus der Identifikation mit dem Aggressor gut am Sprachgebrauch ablesen. Es werden vor allem von jungen KollegInnen Worte wie Effizienz, Effektivität und Evidenz wie selbstverständlich gebraucht, ohne sie zu hinterfragen und dies, obwohl sie unter Effizienz-Effektivitäts- und Evidenzdruck leiden!

Ich stelle von daher schon seit geraumer Zeit die Frage, wieso wird so vieles hingenommen, nicht zuletzt von Menschen, die sich für spirituell halten.

Damit komme ich zum Nachdenken über Voraussetzungen oder Hindernisse für die Mitgefühlsentwicklung und beginne mit Erkenntnissen, die sich auf unser aller kindliche Entwicklung beziehen. Denn Kindheit hat ja bekanntlich Folgen.

Eine bedeutende Analyse hat Arno Gruen bereits vor 20 Jahren mit seinem Buch „Der Verlust des Mitgefühls- Über die Politik der Gleichgültigkeit“ geleistet. „Am Ende werden in unserer Zivilisation jene idealisiert, die kalt sind und die das Kind - und das Kind in sich selbst - nicht mehr wahrnehmen können. Die politischen Folgen sind katastrophal“, heißt es im Klappentext des Buches. Und Gruen schreibt sehr anschaulich: „Wenn ein Mensch seinen eigenen Schmerz nicht erleben darf und kann, weil er dazu angehalten wurde, ihn als schwach abzutun, wird er ihn in anderen Le-

bewesen suchen müssen. Ein solcher Mensch wird andere erniedrigen, quälen oder verstümmeln, um des eigenen verdrängten und verneinten Schmerzes habhaft zu werden. Zugleich wird er dieses Tun leugnen, um eine seelische Verstümmelung zu verbergen...“

Wir kommen nicht mitgefühllos auf die Welt! Aber es wird uns teilweise relativ rasch wieder abgewöhnt. Die Psychologin Jutta Kienbaum schreibt aufgrund ihrer Forschungen zu Mitgefühl bei Kindern, dass Mitgefühl und Trösten besonders gefördert werden durch ein erzieherisches Verhalten, das sich durch Wärme und Zuwendung auszeichnet. Dazu hat sie Kinder in Langzeitstudien beobachtet.

Ich gehe in der Geschichte bis ins 19. Jahrhundert zurück, um zu zeigen, dass bestimmte Methoden der Erziehung über mehr als ein Jahrhundert traumatisierend für viele waren und damit weder an Würde noch an Mitgefühl orientiert.

Man nehme z.B. den immensen Erfolg des "Struwwelpeter" (übrigens auch in anderen Ländern, aber das soll uns hier nicht interessieren), der schon 1925 500 Auflagen erreicht hatte. Diese außerordentlich grausamen Geschichten für Kinder werden nicht dadurch besser, wenn man weiß, dass sie von ihrem Autor, übrigens einem Psychiater, auch ironisch und sozialkritisch gemeint waren. Das Buch spiegelt einen Zeitgeist der Angst, der Unterdrückung und - aus traumatherapeutischer Sicht - der Vernachlässigung und massiver Gewalt wieder. Vernachlässigung ist der zentrale traumatogene Faktor der frühen Kindheit. Es besteht die Gefahr, dass qua Verinnerlichung der Erziehungspraktiken der Eltern diese wieder an die nächste Generation weitergegeben werden. Denn, wie sollte ein vernachlässigtes Kind Mitgefühl lernen?

Über Generationen weitergegebene traumatisierende Erziehungspraktiken können zu einem nicht geringen Teil Gefühllosigkeit, Mangel an Mitgefühl und Kälte, Phänomene also, die uns jetzt immer noch beschäftigen, erklären. Und hier ginge es darum, zunächst jene Komponenten unseres Lebens - und ich ergänze: unserer Geschichte-, die wir für inakzeptabel - oder sogar für verachtenswert - halten anzuschauen, auszuhalten, sie nicht zuzudecken, sondern zu betrauern. Betrauern als ein erster Schritt in Richtung aufrichtiges Mitgefühl im Umgang mit unserer deutschen Geschichte, die fast jeden in diesem Land auf die eine oder andere Weise geprägt haben mag.

Wie finden wir zum Mitgefühl, wenn wir nicht das Glück hatten in einer warmherzigen Umgebung groß geworden zu sein? Es kann sich lohnen, Meditation mit Psychotherapie zu ergänzen und umgekehrt. Im Fall von psychisch kranken Menschen scheint mir dies unerlässlich ebenso wie die kritische Überprüfung aller Angebote im Hinblick auf ihre Tauglichkeit für Patienten. Dazu ist es erforderlich, mehr auf die Patienten zu hören:

Forscher benutzen nach Sinclair meist Definitionen von Mitgefühl, die von Gelehrten formuliert worden sind, indem die Perspektive des Helfers eingenommen wurde, ohne den Empfänger, also die Patienten, zu berücksichtigen.

Es sollte für ÄrztInnen und TherapeutInnen daher immer darum gehen, das, was sie für mitfühlend halten, mit den PatientInnen abzugleichen. Praktisch auf den Punkt gebracht: Nicht alle Menschen schätzen es, wenn man sie umarmt, auch wenn sie in noch so großer Not sind. Mitgefühl ohne Feingefühl und die Bereitschaft sich abzustimmen mag eine schöne Idee sein, bewirkt in der Praxis wenig und riskiert sogar zu kränken.

Was die Psychotherapie angeht, so kann eine Arbeit, in der auf haltgebende, warmherzige, freundliche und mitfühlende Weise jemand Raum erhält, seine dunklen Seiten und seinen Schmerz zu erkunden und dafür nicht bestraft oder abgelehnt zu werden, sondern begleitet, so dass das Leiden hinter den dunklen Seiten erkannt werden kann, hilfreich sein. « Qui cherche la vérité de l'homme, doit s'emparer de sa douleur » schrieb Georges Bernanos. Wer die Wahrheit über den Menschen erfahren will, muss tief in seinen Schmerz eindringen. Dafür braucht es häufig viel Zeit. Vielen Menschen, mit denen ich psychotherapeutisch gearbeitet habe, war es nicht möglich, sich alsbald dem Licht zuzuwenden, sie wollten in ihrem Schmerz und in ihrem Leid gesehen und anerkannt werden. Und sie wollten mit mir darüber sprechen und benötigten meine Bereitschaft zuzuhören, ohne dass ich sogleich ein Rezept hatte, das darüber hinausgegangen wäre. Auch aus diesem Grund empfiehlt es sich, dass TherapeutInnen intensive Eigenerfahrung mit unterschiedlichen (Übungs-)Ansätzen machen. Und dass wir uns immer wieder fragen, ob wir dem Schmerz unserer PatientInnen mit dem, was wir anbieten, auszuweichen versuchen, weil wir unserem eigenen ausweichen möchten.

Wir sollten sehr achtsam sein, dass wir uns von bestimmten Dingen des industrialisierten Medizinbetriebs nicht anstecken lassen oder zumindest die Ansteckung erkennen. Warum lassen wir es uns gefallen, dass das Nichtmessbare total entwertet wird und klammern uns an Studien, die doch über einzelne Menschen so gut wie nichts aussagen?

Mich unterstützt auch der Gedanke, dass Mitgefühl im Buddhismus nicht alleine empfohlen wird, sondern gemeinsam mit Freundlichkeit, Mitfreude und Gleichmut. Die so genannten "himmlischen Verweilungen oder die Unermeßlichen". Und dass dem Mitgefühl ein Wunsch nach Veränderung in Richtung auf heilsames Tun innewohnt, selbst wenn wir daran scheitern.

Wenn Rupert Neudeck gefragt wurde, warum er all das mache, was er machte, sagte er "Ich möchte nicht alleine glücklich sein."

Und damit komme ich zu einigen Überlegungen die Würdeorientierung betreffend. Einiges klang im Übrigen schon an, ohne dass ich von Würde gesprochen habe. So z.B. das Thema Besserwisserei von Fachleuten, die aufgrund von so genannter Evidenzbasierung meinen zu wissen, was gut für jede Patientin/ jeden Patienten ist. Aber auch die vorschnelle Orientierung an Ressourcen, eher das für die Patientin stimmt.

Vorannahmen tun so, als seien alle Menschen gleich, leugnen also die Individualität und Autonomie der einzelnen Person. Ich erinnere nochmals an die vier ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns, also des Wohltuns, des Nicht Schadens, des Respekts vor der Autonomie und der Gerechtigkeit. Aus meiner Sicht kann nur die Patientin oder der Patient letztlich eine Entscheidung treffen, ob eine Intervention wohltut, wir können das allenfalls ahnen. Selbstverständlich rede ich nicht von Notfallsituationen, die es ja zum Glück in der Psychotherapie gar nicht gibt. Somit haben wir als PsychotherapeutInnen diesbezüglich keine Rechtfertigung dafür, wenn wir PatientInnen bedrängen, sie müssten irgendetwas, was wir für richtig halten, akzeptieren. Damit ist klar, dass PsychotherapeutInnen möglicherweise noch mehr als andere Heilberufe die Autonomie der PatientInnen an erster Stelle achten sollten. Die Anerkennung der Autonomie der PatientInnen heißt, ihre Würde zu achten.

Zunächst ist mir wichtig zu erkennen, dass, Würde nicht eine einzige Sache (ist), sondern viele. Es kommt darauf an zu verstehen, wie diese vielen Sachen im Leben

eines Menschen zusammenhängen.“ Das schreibt Peter Bieri in seinem wichtigen Buch zur Würde. In der Psychotherapie bedeutet das, dass wir bereit sind, das was Bieri „viele Sachen“ nennt erst einmal herauszufinden und nicht vorschnell irgendwelchen Konzepten zu folgen.

Man kann sich natürlich mit Schopenhauer leicht herausreden, denn der meinte, Würde gehöre „zu den hohlen Redensarten, den Hirngespinsten und Seifenblasen der Schulen, zu Prinzipien, denen die Erfahrung bei jedem Schritt hohnspricht und von welchen außerhalb der Hörsäle kein Mensch etwas weiß noch jemals empfunden hat.“ Inzwischen denke ich über diesen Satz, dass Schopenhauer deutlich machen wollte, dass über Würde viel geredet, aber nicht danach gehandelt wurde. Und das ist heute immer noch so.

Worum also geht es: Wir wollen als ein Subjekt und als UrheberInnen unseres Verhaltens anerkannt sein, also selbstbestimmt sein. Wir wollen, um mit Kant zu sprechen, für uns ein Selbstzweck sein und als solche behandelt werden, will sagen, ich bestimme den Zweck meines Seins und Lebens und sonst niemand!

Kant hat das so ausgedrückt: „Nun sage ich: der Mensch, und überhaupt jedes vernünftige Wesen, existiert als Zweck an sich selbst, nicht bloß als Mittel zum beliebigen Gebrauch für diesen oder jenen Willen, sondern muß in allen seinen, sowohl auf sich selbst, als auch auf andere vernünftige Wesen gerichteten Handlungen jederzeit zugleich als Zweck betrachtet werden.“

„Denn vernünftige Wesen stehen alle unter dem Gesetz, daß jedes derselben sich selbst und alle andere niemals bloß als Mittel, sondern jederzeit zugleich als Zweck an sich selbst behandeln solle.“

Vermutlich mache ich mich nicht beliebt, wenn ich hier über Würdeverletzungen spreche. Ich halte es aber für notwendig, gerade diese Dinge auszusprechen! Wie sieht das also im medizinischen Bereich und auch in der Psychotherapie aus:

Ich beziehe mich auf Paul Verhaeghe, Ordinarius für klinische Psychologie und Psychoanalytiker, der meint „Messung und Messbarkeit bestimmen beinahe allein, was Qualität ist. So entsteht ein Tunnelblick: Was nicht vom Messsystem erfasst werden kann, liefert keine Ergebnisse, weshalb es sich nicht lohnt, Zeit zu opfern. Und „Man glaubt tatsächlich, die Qualität psychologischer und sozialer Hilfeleistung mit Metho-

den messen zu können, die aus der pharmakologischen Forschung herübergeweht sind.“ Die Schlußfolgerung daraus ist, dass nur die begrenzte Gruppe von Behandlungsmöglichkeiten wirksam sei...dass die übrigen Therapiemodelle ihre Existenzberechtigung...einbüßen und sogar aus dem Studienangebot verschwinden...“

Wenn therapeutisches Handeln geprägt ist vom Machenwollen, besteht stets die Gefahr, Würde zu verletzen. Der Patient kann zum Mittel zur Erreichung von Zwecken werden, wobei das meist nicht bewusst geschieht. Auch können Diagnosen Würde verletzend sein, da sie einen Menschen daran hindern können, sich als Zweck seiner selbst zu erleben; er kann sich als entmündigt und entwürdigt erleben.

Wenn wir das durchdenken, merken wir, dass Würde im Kant'schen Licht betrachtet eine große Herausforderung ist. Denn genau genommen dürfte dann in dem, was therapeutisch getan wird, nichts anderes gewollt werden als dem anderen Menschen zu begegnen, *ihm zu dienen*, es dürften Ziele nicht immer festgelegt werden, nur weil Heilkundige sie für richtig und sinnvoll halten, und Interventionen müssten daraufhin überprüft werden, ob sie die Patienten als „Zweck an sich“ anerkennen.

Was aber bedeutet es für die Würde der Patienten? Ihr Mitbestimmungsrecht, ihre Zweifel an einer Behandlung, ihre Ablehnung bestimmter Behandlungen, wenn ihre Individualität und ihre autonomen Entscheidungen nicht oder kaum mehr gefragt sind? Ich höre leider laufend Klagen von PatientInnen, die darauf hinweisen, wie häufig über sie hinweg entschieden wird, statt mit ihnen.

Was kann Würde im Fall von schwerer Erkrankung bedeuten? Häufig verbrämen Behandelnde ihre eigenen Ängste, z.B. vor Versagen, und nennen sie dann Fürsorge oder gar Fürsorgepflicht.

Helfende befinden sich unter Würdegesichtspunkten auf einer Gratwanderung zwischen „Fürsorge ohne Mitgefühl“ und dem Zufügen von „Mildtätigkeitswunden“, meint Richard Sennett. In der Psychotherapie von traumatisierten Menschen schwanken wir immer wieder zwischen diesen beiden extremen Haltungen. Böte da der Würdebegriff als fester Bestandteil unserer Metaüberlegungen Orientierung?

Ich empfinde es als problematisch, dass der Begriff „Würde“ in den gängigen psychotherapeutischen Lehrbüchern und Fallberichten sowie in den mainstream Schu-

len z.T. überhaupt nicht und z.T. nur beiläufig verwendet wird. Ich meine, wir sollten uns ähnlich wie die Philosophen angewöhnen, darüber zu diskutieren.

PsychotherapeutInnen, die überwiegend mit Traumaopfern arbeiten, befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen Helfenwollen und Respekt vor der Würde von Kranken. Ein Flüchtling drückt es deutlich aus: er bitte um Verstehen, nicht um Hilfe, Hilfe mache ihn klein. Und in Gunther Schmidt Praxis hängt ja bekanntlich der Spruch, bitte nicht helfen, es ist auch so schon schwer genug!

Für viele Menschen in helfenden Berufen also auch bei PsychotherapeutInnen treten besonders leidvolle Erfahrungen immer dann auf, wenn Erkrankungen der PatientInnen „hoffnungslos“ erscheinen, wenn das Leid überwältigend erscheint, wenn wir nicht mehr weiter wissen. Dann entsteht der Impuls, unbedingt etwas machen zu sollen. Dieser Impuls kann zu Würdeverlust führen und bei Helfenden zu einem Verlust der Anerkennung der Würde der Hilfebedürftigen.

Und was ist das dann für eine Erfahrung für die Hilfeempfänger?

Dass ihnen ihre die Würde genommen wird mit der Folge von Ohnmachtserleben, Willkürerleben, Beschämung und Scham

Rechte sind auch unter diesen Gesichtspunkt ein Bollwerk gegen Abhängigkeit und Willkür, und deshalb ist es sehr gut, dass es ein Patientenrechtegesetz gibt. Danach dürfen wir nichts tun, dem PatientInnen nicht zugestimmt haben. Und wir müssen detailliert erklären, was wir vorhaben. Das gilt übrigens auch für so genannt paradoxe Interventionen. Darüber wurde im Journal for Medical Ethics schon 1990 nachgedacht. Forman schreibt dort: Paradoxe Interventionen seien gedacht für widerständige Patienten. Sie erfordern aber dennoch Zustimmung. Die Inhalte der Interventionen sollten mit allgemeinen ethischen Prinzipien konsistent sein insbesondere in Bezug auf Wohltun und Schaden. Nicht paradoxen Interventionen solle der Vorzug gegeben werden. Ich erinnere mich an Zeiten, in denen wirklich ohne Rücksicht auf Verluste paradox interveniert wurde mit sehr wenig Mitgefühl für die PatientInnen. Heute gilt das Patientenrechtegesetz in Deutschland, das fordert, dass PatientInnen umfassend aufgeklärt werden über geplante Behandlungsmaßnahmen und wir sie nur anwenden dürfen, wenn die PatientInnen zugestimmt haben. Wenn Sie mir jetzt sagen, dass paradoxe Interventionen dann nicht mehr gehen, dann müssen wir sie eben lassen, die Welt geht davon bestimmt nicht unter. Und vielleicht waren sie

schon immer auch Ausdruck von nicht ausgehaltener Hilflosigkeit der TherapeutInnen und Mangel an Geduld, die Gründe für so genannten Widerstand genauestens zu erforschen. Peter Fürstenau meinte schon in den 80er Jahren der Widerstandsbegriff bringe zum Ausdruck, dass TherapeutInnen ihre PatientInnen nicht verstehen.

Patienten- Rechte sind ein Schutzwall gegen Ohnmacht. Wir wollen uns als mündige Wesen erleben und respektiert werden, wir wollen verstehen und nachvollziehen können, und nicht zuletzt wollen wir uns mit unserer Individualität respektiert wissen. Glauben die Vertreter einer Evidenzbasierten Medizin im Ernst, dass jeder Mensch das Gleiche braucht wie Millionen anderer? Kürzlich las ich dazu erfreulicherweise eine Verlautbarung des Deutschen Ärztetags, wonach die Individualität zu respektieren sei. Aber wie sieht die Praxis aus?

„Entscheidungen (dürfen) nicht die Stimmen jener ersticken, deren Interessen vielleicht nicht in das Korsett der offiziellen Sprachregelungen passen... und: wir sollten uns für unterschiedliche Selbstverständnisse, Bedürfnisse und Denkweisen sensibilisieren“ mahnt die Diskursethikerin Seyla Benhabib.

Können wir behaupten, dass „in der diskursiven Rechtfertigung und Einschätzung von Wahrheitsansprüchen kein Moment das Privileg“ hat, „eine Gegebenheit, ein endgültig bewiesenes, nicht mehr hinterfragbares Gefüge zu sein.“

Des Weiteren geschehen Würdeverletzungen durch verschleierte Machtinteressen.

Die Soziologen Maddux, Snyder und Lopez verweisen an dieser Stelle auf die Macht von Interessengruppen im Kontext der Modelle von Krankheit und Gesundheit, die das therapeutische Handeln bestimmen. Eine umgekehrte „Wirtschaftsethik“ und deren Definition eines Menschenbildes führt zur Verhöhnung von „Gutmenschen“, Altruismus, uneigennützigem Helfen, Versorgen anderer, Verantwortungsübernahme.

Einfühlung in und Mitgefühl mit sich und anderen bewirkt, Würde als Grundbedürfnis zu erkennen und anzuerkennen. Und wer dieses Grundbedürfnis anerkennt, verspürt das Bedürfnis Würde zu achten. (s.Baumann)

Dazu benötigen wir auch ein Wissen über soziale Verhältnisse und Diskurse, die Hintergrunds Folien für Demütigung sein können.

Was sollten wir berücksichtigen:

1. Respekt vor der Autonomie der anderen, also anderen Sichtweisen als unsere eigenen ist gefragt. Und weiter
2. Ist die Anerkennung der Würde der Verletzlichkeit und des Scheiterns gefragt
3. Sowie Respekt vor den Wünschen nach Verbundenheit neben autonomen Bedürfnissen
4. Würde der Individualität und Verschiedenheit sind zu achten
5. Sowie last but not least die Würde der Intimität.

Dies alles gelingt m.E. am leichtesten, wenn wir uns immer wieder an der so genannten goldenen Regel orientieren, die einfach und klar ist. Tu einem anderen nichts an, von dem du möchtest, dass man es dir nicht antut. Von daher halte ich für PsychotherapeutInnen Selbsterfahrung in allem, was wir den PatientInnen anbieten, für unerlässlich. Haben Sie alles, was Sie mit PatientInnen tun, selbst erfahren und es für sich selbst gut geheißen? Das wäre ein erster wichtiger Schritt. Der erspart ihnen natürlich nicht, dass sie dann immer noch fragen müssen, ob die PatientInnen Ihr Angebotenes wirklich möchten.

Ich glaube übrigens, und damit komme ich zum Schluss, dass es einem viel besser geht, wenn man Mitgefühl für andere und sich selbst aufbringt und sich am Würdeprinzip orientiert. Letztlich wird dadurch die Arbeit nämlich leichter.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit