

Und bist du nicht willig ...

Erfahrungen mit Gewalt

Renate Schernus

Die Therapeutin Renate Schernus hat im Laufe ihres Berufslebens in unterschiedlichen Bereichen der Psychiatrie gearbeitet. Dabei ist sie immer wieder mit Gewalt konfrontiert worden, ob in der Klinik, im Heim oder im Betreuten Wohnen. Im Nachdenken über diese Erfahrungen beschreibt sie, wie es gelingen kann, Gewalt den Boden zu entziehen.

Die für mich eindrucklichsten Erfahrungen mit Gewalt habe ich 1962 in einem geschlossenen Haus für epilepsiekranken Frauen gemacht, also gar nicht in der Psychiatrie.

An jedem Morgen wurde ich, damals eine blutjunge, unerfahrene diakonische Helferin, abgeordnet, den Verkehr im Waschsaal zu regeln, 15 nackte Frauen auf einen Schlag, dicht an dicht an den Waschbecken. Natürlich spritzte es nach allen Seiten und täglich kam es zu lautem Gebrüll und Tätlichkeiten. In meiner Wahrnehmung war es die schlimmste und aggressivste Veranstaltung des Tages und auch die menschenunwürdigste: ein Lehrstück in struktureller Gewalt.

gressivste Veranstaltung des Tages und auch die menschenunwürdigste: ein Lehrstück in struktureller Gewalt.

Negative Suggestionen erkennen

Die hauseigene Erklärung lautete allerdings: „Wir helfen diesen aggressiven Frauen, so gut wir können, aber sie bleiben leider so aggressiv.“ Man unterliegt hinsichtlich der Interpretation der einen umgebenden sozialen Wirklichkeit sehr leicht solchen Suggestionen. Eine andere, die die Unmittelbarkeit meiner Begegnung mit den Frauen, um die ich mich damals kümmern sollte, von Anfang an störte, war der einzige Satz, der mir zur Einarbeitung mitgegeben wurde: „Erzählen Sie nie etwas Persönliches. Das werden die Frauen, wenn sie in Ausnahmezustände kommen, nur gegen Sie wenden.“

Eine etwas andere, aber ebenfalls eindrückliche Suggestion in Bezug auf Gewalt widerfuhr mir, als ich 1985 die Leitung einer kleinen psychiatrischen Klinik übernahm. An meinem ersten Tag fühlte sich einer der langjährigen Mitarbeiter berufen, mich auf seine Art einzuführen. Er nahm mich feierlich beiseite und geleitete mich zu einem Schrank. Aufgeschlossen, offenbarte sich dieser als ein gut gepflegtes Waffenarsenal: Messer, Schlagstöcke und Schlagringe, die eine oder andere Pistole. Angeblich hatte der Kollege dies alles im Laufe seiner Berufsjahre gewalttätigen Patienten abgenommen.

Ich bin zu diesem Zeitpunkt der intendierten Angstsuggestion nicht mehr erlegen, wohl aber hörte ich die Botschaft, dass ihm für den Umgang mit Gewalt, deren häufiges Auftreten er voraussetzte und deren Symbole er pflegte, eine Frau als Leitung ziemlich suspekt erschien.

Positive Suggestionen einsetzen

Negative Suggestionen können strukturelle Gewalt zementieren und Beziehungen stören. Umgekehrt kann man durch positive Suggestionen Interesse, wache Neugier und Mitgefühl herstellen und damit von vornherein die Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und Patient positiv strukturieren sowie die Ausgangsbasis für einen kreativen therapeutischen Prozess schaffen.

Ich werde einen völlig anderen Prozess anstoßen, wenn ich sage: „Frau M. hat die ganze Wohnungseinrichtung zum Fenster hinausgeworfen und spinnt auch noch religiös“, als wenn ich sage: „Frau M. hat im Rahmen ihrer Psychose religiöse Erfahrungen gemacht, die sie nach wie vor für wertvoll hält. Dass sie während der akuten Psychose Teile der Wohnungseinrichtung zum Fenster hinausgeworfen hat, ist ihr hingegen im Nachhinein sehr peinlich.“

Wie es dann weitergeht, hängt ebenfalls nicht nur, aber doch erheblich von der Art unserer Kommunikation und unseres Umgangs mit der Patientin ab.

Herr G., 24 Jahre alt, war zum Beispiel stets bereit, einen ihm innewohnenden Götterfunken zu verteidigen, und zwar mit einem an seiner Hose sichtbar angebrachten Fahrtenmesser, seinem „Flammenschwert“. Wir sprachen ihn folgendermaßen an: „Wir

fürchten uns vor Ihrem Flammenschwert. Wir bitten Sie, auf unsere Angst Rücksicht zu nehmen. Es könnte der Augenblick kommen, in dem das Messer in Ihrer Hand jemanden verletzt. Wir haben Angst vor dem Messer. Bitte geben Sie es ab.“ Herr G. ging wortlos aus dem Zimmer, wir dachten, diese Partie hätten wir verloren. Er kehrte jedoch zurück, in der Hand das Messer, im Hosensack seine Zahnbürste: „Das ist jetzt mein Flammenschwert“, sagte er und gab das Messer ab.

Nicht selten gelingt es, durch solche oder ähnliche Formen des Gesprächs und des Umgangs, Gewalt zu verhüten, der Versuch dazu sollte aber immer unternommen werden. Übrigens wurde dieses Messer nicht der Sammlung des erwähnten Kollegen hinzugefügt.

Verletzende Situationen nachbesprechen

Sieht man sich gezwungen, einen Patienten in die Akutpsychiatrie einzuweisen, hängt wiederum sehr viel davon ab, wie dies geschieht. Ist der Kontakt genügend distanziert, freundlich und vertrauensvoll, gelingt es häufig, eine Zwangseinweisung zu vermeiden. Ist die einweisende Person jedoch fremd, kommt es immer wieder zu erheblichen Missverständnissen, die sich für den Patienten traumatisierend auswirken können.

Ein Beispiel aus meiner Arbeit in einer Beschwerdestelle: Herr U., ein sehr scheuer junger Mann, der als Kind Missbrauchserfahrungen ausgesetzt war und der in einer ambulant betreuten Wohnung lebt, erzählte von seiner letzten Einweisung: Polizei und Rettungswagen standen vor der Tür, alle Nachbarn sahen zu. Arzt und Sozialarbeiter des Gesundheitsamtes hätten robust und laut seine Türschwelle übertreten. Seine Schwester wäre nicht informiert und ihm wäre verboten worden, vor Verlassen der Wohnung wenigstens noch sein Radio auszustellen. Er wäre auch daran gehindert worden, seiner Türnachbarin Bescheid zu sagen. Er hat den Vorgang als eine so massive Kränkung erlebt, dass er auch nach seiner Entlassung damit nicht fertig wurde und sich an die Beschwerdestelle wandte.

Erfreulicherweise konnten sich er und der einweisende Arzt auf ein klärendes Gespräch einlassen. Es stellte sich he-

raus, dass der Arzt ihn für akut suizidal gehalten hatte. Das Radio dürfe er nicht ausstellen, weil es neben einem offenen Fenster stand und der Arzt befürchtete, er würde hinausspringen. Mit der Nachbarin durfte er nicht reden, weil der Arzt ihre Wichtigkeit für ihn nicht ein-

„Bei Zwangseinweisungen kann es zu Missverständnissen mit traumatisierender Wirkung kommen.“

schätzen konnte. Die Schwester wiederum wurde nicht informiert, weil der Arzt nicht wusste, dass eine Behandlungsvereinbarung bestand, in der dies vorgesehen war. Nachdem die Missverständnisse geklärt waren, wich Herrn U.s anfängliche Wut.

Möglicherweise hätte der Kollege die Einweisung nicht in dieser Art vornehmen müssen, andererseits bin ich mir auch ziemlich sicher, dass es nie ganz ohne Missverständnisse und Kränkungen abgehen wird, wenn unterschiedliche Wirklichkeitswahrnehmungen aufeinander prallen. Ganz wichtig ist deshalb für beide Seiten die Nachbesprechung und die Auswertung solcher Erfahrungen.

Brücken bauen

Manchmal gelingt es aber auch in einer Einweisungssituation, Brücken in die psychotische Welt zu schlagen. Herr W. war überzeugt, der Cheforganisator der deutschen Geheimdienstkontakte zum FBI und der CIA zu sein. In dieser Rolle fühlte er sich in hohem Maße von den Mitarbeitern des Heims, die er als verbrecherische Elemente ansah, bedroht und reagierte entsprechend angespannt und selbst bedrohlich.

Eine ärztliche Kollegin nahm sich Zeit, seine Weltsicht zu erkunden. Danach gelang es ihr, ihn behutsam zu fragen, ob er als Cheforganisator zu den deutschen Ordnungskräften ein gutes Verhältnis habe. Er bejahte. Ob es ihm helfen würde, wenn er von der Polizei an einen sicheren Ort gebracht werden würde. Auch das bejahte er. Sichtlich entspannt, ließ er sich dann von der

herbeigerufenen Polizei in die Akutklinik bringen.

Alltägliche „Zugriffe“ vermeiden

Eigentümlicher Weise habe ich in der zu Beginn genannten Klinik, die mir der erwähnte Kollege als ausgeprägtes Gewalteldorado nahebringen wollte, relativ wenig Gewalt erlebt. Allerdings hatte ich anfangs Mühe, einige der erfahrenen männlichen Kollegen von den gewohnten „Zugriffen“ abzubringen. Herrn H., der dringend zum Zahnarzt gehörte, aber nicht freiwillig zur Behandlung gehen wollte, hätten sie einfach gern rechts und links gepackt und hingebacht. Er ist aber nach einem viertel Jahr selbst hingegangen, mit weiblicher Begleitung übrigens. Eine Mitarbeiterin hatte es mit Geduld geschafft, ihn zu überreden.

Dieses Vorgehen unterbrach die bis dahin herrschende Routine. Dass die Mitarbeiterin über lange Zeit geduldig „dran“ blieb, wurde aber zunächst als betuliches „Eiapoepia“ disqualifiziert. Erst allmählich lernten die Kollegen, in unterschiedlichen Situationen differenziert vorzugehen. Im Zusammenhang damit nahm die Gewalt von beiden Seiten, von MitarbeiterInnen und PatientInnen, deutlich ab. Als Erfolg galten schließlich nicht mehr die „Siege“ der starken Männer, sondern wenn es gelungen war, bedrohliche Situationen ohne Eskalation zu meistern.

Von Routinen abweichen und gegenseitige Botschaften beachten

Während es also einerseits richtig sein kann, in verunsichernden Situationen Halt in Routinen zu suchen, sollte man andererseits in der Lage sein, ihren relativen Stellenwert zu erkennen und immer wieder von ihnen abweichen zu können. In der psychiatrischen Arbeit kann man nämlich, glaube ich, nur gerecht handeln, wenn man sehr ungleich handelt. Das gilt allgemein, hinsichtlich Zwang und Gewalt aber in besonderem Maße.

Wäre es so, dass ein entgleister biochemischer Prozess schön kausal immer die gleiche Aggressionshandlung hervorriefe, könnten wir einen der in heutiger Zeit so beliebten Standards für Mitarbeiterreaktionen entwickeln. Aber so ist es nicht. Was für eine biochemische Grundmelodie auch immer mitspielen mag, es ist eindeutig, dass jedes gewalt-

tätige Handeln einen höchst individuellen Ausdruckscharakter hat – von Angst, Verzweiflung, in die Enge getrieben Sein, Rache, Freiheitsdurst, Größenfantasie, exzessivem Erlösungsdrang, Wunsch nach Anerkennung und Liebe und so weiter. Je mehr ich von diesen Inhalten erahnen und in meine Reaktion einbeziehen kann, je besser es gelingt, meine eigenen Botschaften darauf abzustimmen, desto therapeutischer lassen sich kritische Situationen nutzen.

In jeder Kommunikation, auch in einer, bei der Gewalt im Spiel ist, geht es um den Austausch von Botschaften. Auch die Art und Weise, in der Professionelle die für notwendig gehaltene Gewalt, die für notwendig gehaltenen Zwangsmaßnahmen inszenieren, ist voller Botschaften. Sich dessen bewusst bzw. bereit zu sein, im Nachhinein eigenes Verhalten auf solche Botschaften hin zu be- und hinterfragen, gehört nicht zur Kür, sondern zur Pflicht von Professionellen.

Hinter die Krankheit blicken

Über Gewalterfahrungen, die im Rahmen von akuten Psychosen gemacht werden, wird viel gesprochen und geschrieben. Weniger erfährt man darüber, wie Menschen leben und begleitet werden, die im Rahmen einer dauerhaft bestehenden, oft schwer einzuordnenden Verrücktheit zu verbaler oder körperlicher Aggressivität neigen. Bei ihnen ist es oft extrem schwer auszumachen, was im direkten Zusammenhang mit der Krankheit steht und was als – zum Teil habituell gewordener – Ausdruck von Verzweiflung und Überdruß über die eigene Lebenssituation anzusehen ist.

Anders als bei Menschen mit akuten Psychosen, die außerhalb dieser nicht zu Gewalttätigkeit neigen, entsteht rund um solche Personen eine sich Tag für Tag neu aufbauende, unterschwellig oder auch sehr direkt aggressive Kommunikation. Alles Mögliche kommt dabei vor: Lärmstörung, erpresserische Drohungen gegenüber Schwächeren, ständige Verdächtigungen anderer, Erzeugung von Dreck, Diebstahl, Zündeln, Demolieren von Autos, Handgreiflichkeiten, manchmal noch gerade unterhalb der Schwelle schwerer Gewalttätigkeit, manchmal bereits darüber. Hasch und Alkohol steigern häufig die aggressive Stimmung. Medikamente helfen meist nicht.

In solchen Fällen scheitern oft alle pädagogischen und verhaltenstherapeutischen Bemühungen, weil auf die hinter dem Verhalten stehende grundlegende Verzweiflung am Leben nicht eingegangen wird.

Verantwortung übernehmen

Gewaltfreie Kommunikation mit Menschen, die sich bedroht fühlen oder eine bedrohliche, angespannte Stimmung ausstrahlen, kann nicht immer gelingen. Aber: Es gibt Milieus, die Gewalt provozieren, und solche, die sie minimieren. Letztere sind therapeutische Milieus – und diese zu gestalten, liegt in hohem Maße in der Verantwortung der Einrichtungsleitungen.

Dennoch gibt es auch heute noch, wenn auch nicht mehr so wie 1962, Elemente in der psychiatrischen Arbeit, die von manchen Menschen als strukturelle Gewalt oder zumindest als diskriminierend und nicht zu ihrer Identität passend erlebt werden. Da ein Hilferahmen bei den extrem unterschiedlichen Persönlichkeiten, mit denen wir es zu tun haben, nie für alle passend sein kann, ist ein gewisses Maß an struktureller Gewalt vermutlich nie ganz zu vermeiden.

Neben aller Bereitschaft, auf Kommunikation und Milieugestaltung zu achten, sollte man diesen Aspekt immer mitbedenken. Seine Berücksichtigung führt bisweilen aus kommunikativen Sackgassen heraus und lässt neue Wege finden. Diesen letztgenannten Aspekt meinte wohl auch Bertolt Brecht, als er schrieb: „Der Fluss wird gewalttätig genannt. Aber das Flussbett, das ihn einengt, nennt niemand gewalttätig.“ ■

Was bereitet Ihnen Freude bei der Arbeit in der Psychiatrie?

„Es sind die vielen originellen Menschen und die gemeinsame Erarbeitung von Sichtweisen zwischen den Beteiligten.“



Renate Schernus

geb. 1942, ist Psychologische Psychotherapeutin. Tätigkeitsfelder u.a.: Psychotherapie, Supervision, Mitarbeit in der Beschwerdestelle Psychiatrie Bielefeld (seit 2002 in Rente, davor Fachbereichsleitung Psychiatrie, Bethel).
renate.schernus@t-online.de