

Nachdenken über Gewalt – Erfahrungen einer Therapeutin

Vortrag im Rahmen eines Symposiums des Landesverbandes NRW der
Angehörigen psychisch Kranker e.V., Hamm 16.11.02

Grenzüberschreitung

Und bist Du nicht willig ... Zwang und Gewalt in der Psychiatrie,

Renate Schernus, Bielefeld

Verehrte Damen und Herren,

als ich wegen dieses Vortrags angesprochen wurde, dachte ich zunächst, es handele sich um einen Irrtum in der Person, denn ich selbst habe nie auf einer akuten Aufnahmestation gearbeitet. Und ich hatte das Vorurteil, dass das Thema „Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ zu recht von Problemen, wie sie auf psychiatrischen Akutstationen auftreten, dominiert werde.

Man erklärte mir jedoch, dass auch meine Erfahrungen aus dem mittelfristigen klinischen Bereich und aus Bereichen des ambulant und stationär betreuten Wohnens interessiert und in den Blick kommen sollten. Nur dass solche Erfahrungen nachdenklich präsentiert würden, erwarte man.

So werde ich jetzt also mein Bestes versuchen.

Ich hole, da ich ja Erfahrungen erzählen darf, zu Beginn etwas aus. Die für mich eindrücklichsten Erfahrungen mit Gewalt habe ich nicht in der Psychiatrie gemacht, sondern im Bereich Epilepsie und zwar 1962 in einem geschlossenen Haus für anfallskranke Frauen. Solche Häuser gibt es Gott sei Dank nicht mehr. Sie waren eindrückliche Beispiele dafür, wie man durch Strukturen Gewalt steigern, ja sogar erzeugen kann. Z. B. :An jedem Morgen wurde ich, 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 es kam tagtäglich in dieser nackten Vorhölle zu lautem Gebrüll und Tätlichkeiten. In meiner

Wahrnehmung die schlimmste und aggressivste Veranstaltung des Tages und auch die menschenunwürdigste. Ein Lehrstück in struktureller Gewalt. Für mich führten später die Diskussionen, im Mannheimer Kreis und in der DGSP, die rund um den Begriff „Totale Institution“ stattfanden, zu gewissen Erleuchtungserlebnissen, denn mir war damals durchaus nicht klar bewußt, was ablief. Die gängige Interpretation hieß: wir helfen diesen aggressiven Frauen so gut wir können, aber sie bleiben leider so aggressiv. Und aus der Sicht einer armen einzelnen Schwester, die dort arbeitete, war das ja auch so.

Man unterliegt hinsichtlich der Interpretation der einen umgebenden sozialen Wirklichkeit sehr leicht Suggestionen. Eine der negativen Suggestionen, die die Unmittelbarkeit meiner Begegnung mit den Frauen, um die ich mich damals kümmern sollte, ebenfalls von Anfang an störte, war der einzige Satz, der mir zur Einarbeitung mitgegeben wurde. Er lautete: „Erzählen Sie nie etwas Persönliches, das werden die Frauen, wenn sie in Ausnahmezustände kommen, nur gegen Sie wenden.“

Eine etwas andere, aber doch eindruckliche Suggestion in Bezug auf Gewalt widerfuhr mir, als ich 1985 die Leitung einer kleinen Klinik für mittelfristige psychiatrische Behandlung übernahm.

An meinem ersten Tag dort vollzog sich Folgendes: Einer der langjährigen Mitarbeiter fühlte sich berufen, mich auf seine Art einzuführen: Er nahm mich feierlich beiseite und geleitete mich zu einem Schrank. Aufgeschlossen, offenbarte sich dieser als gut gepflegtes Waffenarsenal: Messer, Schlagstöcke und Schlagringe, die eine oder andere Pistole. Angeblich hatte der Kollege alles dies im Laufe seiner Berufsjahre gewalttätigen Patienten abgenommen und an diesem Ort gesammelt. Seine Worte: „Ich wollte dir bloß zeigen, was auf dich zukommt. Ob du als Frau damit zurecht kommst, mußst du selber wissen.“

Nun, der intendierten Angstsuggestion bin ich zu diesem Zeitpunkt nicht mehr erlegen, wohl aber hörte ich die Botschaft, dass eine Frau als Leitung ihm für

den Umgang mit Gewalt, deren häufiges Auftreten er voraussetzte und deren Symbole er pflegte, ziemlich suspekt erschien.

Wenn im mittelfristigen klinischen, im ambulanten Bereich oder in Heimen Gewalt zum Thema wird, gibt es immer zwei Möglichkeiten entweder man kommt vor Ort damit klar oder man initiiert eine Verlegung in die Akutpsychiatrie.

So weit so einfach. Zu einfach. Auch bei Aufnahmen in die sogenannten mittelfristigen und komplementären Bereiche ist das Thema Gewalt häufig in bestimmter Weise präsent. Dazu zunächst etwas Unspektakuläres:

Während meines ganzen Berufslebens habe ich immer wieder empfunden, dass man ebenso wie man durch negative Suggestionen strukturelle Gewalt zementieren und Beziehungen stören kann, umgekehrt durch positive Suggestionen Interesse, wache Neugier und Mitgefühl herstellen kann, und damit von vorne herein die Beziehung zwischen Mitarbeitern und Patient positiv strukturieren und die Ausgangsbasis für einen kreativen therapeutischen Prozess schaffen kann.

Ich werde einen völlig anderen Prozess anstoßen, wenn ich ankündige: „Morgen müssen wir einen Patienten aufnehmen, der in der Psychose seinen Vater in gefährlicher Weise geschlagen hat. Hinsichtlich seiner Gewaltneigung muß er beobachtet werden.“ oder wenn ich sage: „Morgen kommt Franz Müller zu uns. Er scheint darunter zu leiden, dass er in der Psychose Dinge getan hat, die er als nicht zu sich passend empfindet, z. B. seinen Vater geschlagen hat. Er und seine Eltern brauchen viel Hilfe dabei, diese Erfahrungen aufzuarbeiten.“

Ich werde einen anderen Prozeß anstoßen, wenn ich sage „Frau Meier hat die ganze Wohnungseinrichtung zum Fenster rausgeworfen und spinnt auch noch religiös“ als wenn ich sage „Frau Meier 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 raus geworfen 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 ab.

Z. B. Herr Gabriel - 24 Jahre alt - ist stets bereit, einen ihm innewohnenden Götterfunken zu verteidigen. Wer diesem Götterfunken zu nahe zu treten droht, hat mit Verteidigungsmaßnahmen von Seiten Herrn Gabriels zu rechnen. Herr Gabriel trägt ein "Flammenschwert" in Form eines Fahrtenmessers sichtbar an seiner Hose angebracht.

Der für Herrn Gabriel zuständige Mitarbeiter und ich, in meiner damaligen Funktion als Leitung, sprechen 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 Gabriel geht wortlos aus dem Dienstzimmer. Wir denken: diese Partie haben wir verloren. Herr Gabriel jedoch kehrt zurück, in der Hand das Messer, im Hosensack seine Zahnbürste. "Das ist jetzt mein Flammenschwert". Er gibt das Messer ab.

Nicht selten gelingt es, durch solche oder ähnliche Formen des Gesprächs und des Umgangs, Gewalt zu verhüten. Versucht sollte es immer werden. Übrigens wurde dieses Messer nicht der Sammlung des erwähnten Kollegen hinzugefügt. Sieht man sich gezwungen, eine Einweisung in die Akutpsychiatrie zu initiieren, hängt sehr viel davon ab, wie dies geschieht. Ist der Kontakt genügend distanziert, freundlich und vertrauensvoll, gelingt häufig ein Überreden auch in hochpsychotischen Situationen noch, und eine Zwangseinweisung kann vermieden werden. Ist die einweisende Person fremd, kommt es immer wieder zu erheblichen Missverständnissen, die sich für den Patienten traumatisierend auswirken. Interessanterweise haben wir in der Beschwerdestelle, in der ich zur Zeit mitarbeite, wenig Beschwerden über die Tatsache einer Einweisung nach

PsychKG an sich, wohl aber über die Art und Weise. So beschwert sich z. B. Max Urban, ein sehr scheuer junger Mann, der als Kind erheblichen Missbrauchserfahrungen ausgesetzt war, und der in einer ambulant betreuten Wohnung lebt, über seine letzte Einweisung per PsychKG folgendermaßen: Arzt und Sozialarbeiter des Gesundheitsamtes hätten robust und laut seine Türschwelle übertreten. Polizei und Rettungswagen standen vor der Tür, was natürlich zur Folge hatte, dass die Nachbarn an allen Fenstern hingen. Seine Schwester sei nicht informiert worden. Es sei ihm verboten worden vor Verlassen seiner Wohnung wenigstens noch sein Radio auszustellen und er sei daran gehindert worden, der neben ihm wohnenden Frau Bescheid zu sagen. Kurz und gut den ganzen Vorgang hat er als so massive Kränkung erlebt, dass er auch nach Entlassung damit nicht fertig wird und bei der Beschwerdestelle nachfragt, was er tun könne. Auf ein klärendes Gespräch mit dem einweisenden Arzt kann er sich einlassen und dieser erfreulicher Weise auch. Es stellt sich heraus, dass der Arzt den Patienten für akut suizidal gehalten hat. Er hat ihn das Radio nicht ausstellen lassen, weil es neben einem offenen Fenster stand und er den Sprung hinaus fürchtete. Mit der Nachbarin hat er ihn nicht reden lassen, weil er deren Wichtigkeit für den Patienten nicht einschätzen konnte. Die Schwester wurde nicht informiert, weil der Arzt nicht wußte, dass eine Behandlungsvereinbarung besteht, in der dies vorgesehen ist. Max Urban ist über die Art, wie der Psychiater ihn wahr genommen hat, und über dessen Informationsstand höchst erstaunt und kann ihm u.a. glaubhaft deutlich machen, dass er zwar unter extremer Angst vor Vergiftung gelitten habe, aber keineswegs vorgehabt hatte, sich das Leben zu nehmen. Er kann dem Arzt vermitteln, dass die laute energische Art des Eindringens in seinen privaten Rückzugsraum, seine Ängste bis zur Panik gesteigert habe, da er dieses Überrolltwerden von männlich-väterlicher Macht wie eine Reinszenierung seiner frühen traumatischen Erfahrungen erlebte.

Seine anfängliche Wut: „Wenn ich noch mal eingewiesen werden muß, dann nie wieder von diesem Unmenschen“, weicht der nachdenklichen Bemerkung, „Falls ich wieder eingewiesen werden muß, dann vielleicht doch besser von Ihnen, da Sie jetzt mehr davon wissen, was für mich wichtig ist, als ein mir unbekannter Arzt.“

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

Manchmal gelingt es allerdings auch in der Einweisungssituation Brücken in die psychotische Welt zu schlagen. Herr Wilhelm war überzeugt der Cheforganisator der deutschen Geheimdienstkontakte zum FBI und 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, die Art seiner 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, wo nicht jeder wie er wolle raus und rein könne. Auch das bejahte er. Sichtlich entspannt, ließ er sich dann von der herbeigerufenen Polizei in die Akutklinik bringen.

Eigentümlicher Weise habe ich in der anfangs erwähnten kleinen Klinik, die mir der erwähnte Kollege als ausgeprägtes Gewalteldorado nahe bringen wollte, relativ wenig Gewalt erlebt. Allerdings hatte ich anfangs Mühe, einige der erfahrenen männlichen Kollegen von den gewohnten Zugriffen abzubringen. Der Patient H., dringend zahnarztbedürftig, geht nicht freiwillig zur Behandlung? Was man da macht? Zwei starke Männer packen ihn rechts und

links und ab geht's. Was da abgehen würde, konnte ich mir bei Herrn H. lebhaft vorstellen. Herr H. ist erst nach einem viertel Jahr zum Zahnarzt gegangen, mit weiblicher Begleitung übrigens. Eine Mitarbeiterin hatte es mit Geduld und Spucke geschafft, ihn zu überreden. Dieses Vorgehen unterbrach die bisher herrschende Routine. Dass die Mitarbeiterin über lange Zeit geduldig „dran blieb“, wurde zunächst als betuliches „eiapopeia“ disqualifiziert. Erst allmählich konnte sich ein zwischen unterschiedlichen Situationen stärker differenzierender Stil durchsetzen. Im Zusammenhang damit nahm Gewalt von beiden Seiten, Mitarbeitern und Patienten, deutlich ab. Als Erfolg galten schließlich nicht mehr die „Siege“ der starken Männer, sondern, wenn es gelungen war, bedrohliche Situationen ohne Eskalation gemeistert zu haben.

Ich erwähnte das Stichwort Routine. Routinen entstehen, weil wir sie brauchen, weil wir als Mitarbeiter Halt in verunsichernden Situationen suchen. Als Mitarbeiter sollte man in der Lage sein, diesen wichtigen, aber relativen Stellenwert von Routine zu erkennen, um situationsentsprechend in der Lage zu sein, immer wieder auch von Routine abzuweichen.

Sehr ängstliche Menschen oder Menschen, die kompensatorisch, wofür auch immer, es als cool und zu ihrem Selbstbild passend empfinden, eine vorgegebene Ordnung nach unumstößlichen Regeln, mit eisernem Zugriff wieder herzustellen, beharren in Fallgesprächen häufig auf Gerechtigkeit. Weil wir es bei X so gemacht haben müssen wir es bei Y genauso halten. Hier liegt aber eine Verwechslung zwischen Gleichbehandlung und gerechter Behandlung vor. In der psychiatrischen Arbeit kann man, glaube ich, gerecht nur handeln, wenn man sehr ungleich handelt. Das gilt allgemein, hinsichtlich unseres heutigen Themas 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, eindeutig ist vielmehr,

dass jedes gewalttätige Handeln einen höchst individuellen Ausdruckscharakter hat – Ausdruck von Angst, Verzweiflung, in die Enge getrieben sein, Rache, Freiheitsdurst, Größenfantasie, exsivem Erlösungsdrang, Wunsch nach Anerkennung und Liebe oder was auch immer.

Je mehr ich von diesen Inhalten erahnen und in meine Reaktion einbeziehen kann, je mehr es gelingt meine eigenen Botschaften darauf abzustimmen, desto therapeutischer lassen sich kritische Situationen nutzen. In jeder Art von Kommunikation, natürlich 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 zu sein, bzw. bereit, im Nachhinein eigenes Verhalten auf solche Botschaften hin zu be- und hinterfragen, gehört nicht zur Kür, sondern zur Pflicht von Professionellen.

Erfahrungen einer Therapeutin waren angefragt. Bin ich nur Therapeutin in der wöchentlichen Therapiestunde? Diese halte ich auch für wichtig, aber sie allein ist viel zu wenig.

In Kliniken, in Heimen, in ambulanten Diensten, in Tagesstätten oder wo auch immer, kommt es darauf an, an der Gestaltung eines bekömmlichen Klimas oder Milieus mitzuarbeiten.

Für bekömmlich könnten wir auch sagen „therapeutisch im erweiterte Sinne“. Niemand, welcher Profession auch immer, würde ja auf die Idee kommen zu sagen. Ich arbeite untherapeutisch.

Es gibt Milieus, die Gewalt provozieren und solche, die sie minimieren.

Leztere nenne ich therapeutische Milieus. Das Wissen von Spezialtherapeuten, z. B. den sogenannten Psychotherapeuten, sollte in die Gestaltung solcher Milieus eingebracht werden.

Psycho-Therapie ist übrigens ein irreführender Begriff, denn niemand kann eine isolierte Psyche therapieren. Auch der Psychotherapeut kann ebenso wie der Arzt, der Sozialarbeiter, die Krankenschwester nur den ganzen leib-seelisch-geistigen Menschen in den Blick nehmen. Er nutzt lediglich schwerpunktmäßig eine spezielle Zugangsweise.

Ich bin auch der altmodischen Meinung, dass Einrichtungsleitungen, von welchen Einrichtungen auch immer, in hohem Maße verantwortlich für diese Gestaltung zeichnen.

Und das geht nicht, wie in bestimmten Managementideologien gepredigt wird, durch strategisches Management am Schreibtisch, von dem das sogenannte operante Management getrennt wird, sondern nur mit ausreichender Kenntnis der Lebenswelten, des Alltags der Betroffenen auch der betroffenen Mitarbeiter. In therapeutisch günstigen Milieus hat Psychotherapie mit einzelnen Menschen oder Gruppen dann allerdings auch seine wichtige Bedeutung. In unbekömmlichen Milieus wirkt sie höchstens beschwichtigend oder wie der berühmte Tropfen auf dem heißen Stein.

Eine in ein therapeutisches Milieu eingebettete Psychotherapie kann bei Menschen, die zu gewalttätigen Handlungen neigen, zusätzlich hilfreich sein. Sie kann dann Fragen, die nach Möglichkeit geklärt werden sollten, in Ruhe und Sorgfalt nachgehen. Z. B.: „Damit, was du in gewalttätiger Weise gesagt oder getan hast, was wolltest du damit eigentlich ausdrücken? Was könntest du in einer ähnlichen Situation das nächste mal statt dessen tun? Wie kannst du nach dem, was passiert ist weiter leben, ohne dich von Schuld- und Schamgefühlen ganz blockieren zu lassen.“

Ich will nicht schön färben. Gewaltfreie Kommunikation mit Menschen, die sich bedroht fühlen oder eine bedrohliche angespannte Stimmung ausstrahlen kann nicht immer gelingen. Aber ohne Zeit und Raum - Raum im Sinne von genügend zwischenmenschlicher Distanz, die ein genaues Hinsehen ermöglicht - mißlingt sie mit Sicherheit.

Zeit geben, das bedeutet nicht nichts tun, sondern auf den nach menschlichem Ermessen richtigen Moment warten. Raum geben bedeutet nicht Spielraum für alles und jedes, sondern verhandeln, vielleicht auch zurückweichen und aus dem Wege gehen, Skurilitäten zulassen, Alternativen bieten und bisweilen begründet Grenzen setzen.

Die traurigste Erfahrung mit Gewalt, die von Menschen in akuten Psychosen ausgehen kann, habe ich übrigens hinsichtlich zweier Menschen gemacht, die im Vorfeld selbst Hilfe suchten, aber von den jeweilig zuständigen Vertretern der psychiatrischen Versorgung abgewiesen worden waren, weil sie als nicht krank genug eingeschätzt wurden. Beides sind Menschen von freundlicher Wesensart. Tragischer Weise kam es bei beiden nach der Hilfeverweigerung durch Professionelle zur Eskalation des psychotischen Erlebens und unter entsprechenden Wahnideen zu Tötungen im familiären Umfeld. Hilfe wurde in einem Fall bei einer niedergelassenen Psychiaterin, im anderen bei einer Klinik im Ausland gesucht. Da Tötungen sehr selten sind, hätte kein Mensch diesen tragischen Ausgang voraussehen können. Aber Vertreter des psychiatrischen Hilfesystems neigen manchmal zu sehr dazu, Uneinsichtigkeit zur Voraussetzung der Diagnose einer behandlungsbedürftigen Psychose zu machen und sind damit in Gefahr, die häufig mindestens zu Beginn einer Psychose noch gegebene Einsicht in die eigene Gefährdung, nicht ernst genug zu nehmen.

Verehrte Damen und Herren, über Gewalterfahrungen, die im Rahmen von akuten Psychosen von den unterschiedlich Beteiligten gemacht werden, wird am meisten geredet 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. Es handelt sich um Menschen, bei denen man manchmal das Gefühl bekommen kann, dass sie ihre Rolle als Kranke dafür instrumentalisieren, Grenzen zu übertreten, bzw. sich in ihren Handlungen an ihrer Umwelt für ihr

Schicksal zu rächen. Das eine oder andere Mal auch im ambulanten Bereich, vorwiegend aber in den Heimen, für die ich zuständig war, habe ich bisweilen Menschen erlebt, bei denen extrem schwer auszumachen war, was im direkten Zusammenhang mit einer Krankheit und was als, zum Teil habituell gewordener, Ausdruck von Verzweiflung und Überdruß über die eigene, wenig zufriedenstellende Lebenssituation anzusehen war.

Anders als bei Menschen mit eindeutigen akuten Psychosen, die außerhalb dieser überhaupt nicht zu Gewalttätigkeit neigen, entsteht rund um diese Personen eine sich Tag für Tag erneut aufbauende, unterschwellig oder auch sehr direkt aggressive Kommunikation. Alles Mögliche kommt dabei vor. Z. B.: rücksichtslose Lärmstörung, erpresserische Drohungen gegenüber Schwächeren, ständige Verdächtigungen anderer, Erzeugung von Dreck z. B.

Zigarettengekrümel in jeder nur möglichen Weise, Klauen, 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.

Der Stress, dem Mitbewohner und Mitarbeiter, insbesondere, wenn mehrere Personen zu solcher Art Beeinflussung des kommunikativen Klimas neigen, ausgesetzt sind, hat einen nicht zu unterschätzenden Zermürbungscharakter, zumal wenn man nicht, wie in der Klinik, auf ein baldiges Ende dieser Situation hoffen kann.

Natürlich gilt auch hinsichtlich solcher Personen irgendwie alles bisher Gesagte, z. B. dass die Gestaltung des Milieus wichtig ist, die Reaktionen der Mitarbeiter, der Ausdruckscharakter der Handlungen überdacht werden müssen usw.

Sicher bin ich mir jedoch auch, dass es unabdingbar zur Milieugestaltung dazugehört, dass im Zusammenleben Gewaltanwendungen gegenüber Patienten

und Mitarbeitern nicht akzeptiert werden dürfen und klare Grenzen gesetzt werden müssen.

Wichtig ist auch, dass Patienten und Mitarbeiter, die zu Opfern von gewalttätigen Handlungen werden von der Leitung und vom Team her solidarische Unterstützung bekommen. Auch wenn es sicherlich richtig ist, Gewalt als eine „verzweifelte Form von Kommunikation“ (Hubschmid) zu verstehen, darf die Suche nach Verständnis nicht unter der Hand zu einer Beschuldigung der Opfer, z. B. eines in einer Auseinandersetzung geschlagenen Mitarbeiters geraten. Die Verzweiflung des Patienten zu verstehen, darf nicht dazu führen, seine aggressiven Handlungen zu entschuldigen oder gar die Schuld immer bei seinem Gegenüber zu suchen.

So wenig wie dies in der Familie hilfreich ist, genau so wenig ist es dies auch in institutionellen Bezügen. Die Rolle als Patient, darf nicht zum Freibrief für dissoziale Kommunikation werden.

Ein Beispiel: Yvonne Fiedler, 32 Jahre alt, wohnt in dem kleinen Wohnheim Z. mit etwa neun Mitbewohnerinnen und Bewohnern zusammen. Yvonne war eine begabte Schülerin und wollte nach dem Abitur Kunst studieren.

Nach einem Auslandsaufenthalt im Anschluß an das erste Semester kehrte sie psychotisch zurück, erholte sich nur langsam, kam mit dem Studium nicht mehr zurecht, begann in Kreisen zu verkehren, in denen Hasch geraucht wurde, wurde mehrfach rückfällig und nach Aufhalten in einer Rehabilitationsklinik sowie einer kleinen Wohngruppe in der Stadt wurde sie nach einem erneuten Klinikaufenthalt in das Wohnheim Z. innerhalb Bethels vermittelt. Obgleich Yvonne von einem kompetenten Team betreut wurde, dass sonst keineswegs dazu neigte, sich dauernd bei der Leitung zu melden, liefen hinsichtlich Yvonne immer wieder Klagen bei mir ein. Die Mitarbeiter waren ratlos. Yvonne machte in diesem Wohnheim nichts, was sich irgendwie konstruktiv für sie und andere auswirken konnte. Sie schlief nicht im Bett, sondern auf einer unbezogenen Matratze, sie wusch sich nicht, sie reinigte ihr Zimmer nicht, sie

nahm die obligatorischen Spüldienste nicht war. Gespräche über die mögliche Aufnahme einer Arbeit nahm sie zwar gerne an, boykottierte aber jeden konkreten Umsetzungsschritt. Mit den höheren Chargen, Ärztin, Psychologe, diskutierte sie gern über den Sinn des Lebens im allgemeinen, weniger über ihren eigenen Weg. Sie kommandierte die Mitarbeiter herum mit aufbauenden Bemerkungen wie: „Wozu seid ihr eigentlich da, wenn ihr zu nichts zu gebrauchen seid.“ Sie bedrohte die Nachtbereitschaft verbal und indem sie ihr den Weg verstellte Sie demolierte mit einem Taschenmesser die Autos der Mitarbeiter. Schließlich kam es zu Schlägereien zwischen ihr und Mitbewohnern, wenn sie ihr z.B. keine Zigaretten mehr geben wollten. Dies war jetzt natürlich eine extrem geraffte Darstellung, selbstverständlich war zwischenzeitlich in vielen Gesprächen mit ihr, den Mitarbeitern und den Eltern alles versucht worden, was einem in solchen Situationen so einfällt. Nach der letzten Eskalation vereinbarte ich mit den Mitarbeitern, Yvonne Fiedler feierlich zu mir vorzuladen. Sie kam äußerst nervös und viel zu devot, schien sich anfangs nicht auf das Gespräch konzentrieren zu können. Wie der zuständige Mitarbeiter mir vorher gesagt hatte, befürchtete sie wegen ihres Verhaltens einen Rausschmiß, verbunden mit der Verlegung in ein größeres Heim einer entfernteren Zweiganstalt. Entsprechend dramatisch begann ich mit dem Satz: „In diesem Raum ist allen Anwesenden klar, dass Sie in Haus Z. nicht bleiben werden. Sie haben deutlich gezeigt, dass Sie keinen Wert darauf legen und die Mitarbeiter werden ihr Verhalten nicht länger akzeptieren.“ Nach einer Pause fuhr ich fort: „Deshalb haben wir uns überlegt, dass für Sie eine eigene Wohnung in Bielefeld am geeignetsen wäre. Yvonne wirkte zunächst wie im Schockzustand. „Sie trauen mir eine eigene Wohnung zu? Ich antwortete so lakonisch wie möglich: „Ja, wir haben Sie in diesem Sinne verstanden.“ Auf den Rest des Gespräches konnte sich Yvonne sehr gut konzentrieren. Nachdem zunächst geklärt wurde, dass eine Entschuldigung bei dem Besitzer des zuletzt demolierten Wagens und eine

finanzielle Beteiligung bei der Wiederherstellung desselben unumgänglich war, drehte sich das weitere Gespräch um den Stadtteil, in dem sie wohnen wolle, um den Betreuungsdienst, den sie wählen wolle, sowie um einen voraussichtlichen Umzugszeitpunkt. So konzentriert hatte ich Yvonne noch nie erlebt. Wir verzichteten auf Absprachen, die zur Veränderung ihres Verhaltens in den vorausgegangenen Gesprächen immer wieder versucht worden waren .

Interessanter Weise liefen danach keine weiteren Klagen mehr bei mir ein. Auf Nachfrage hörte ich, dass Yvonne Fiedler in einer für sie ungewöhnlichen Weise an der Verwirklichung des abgesprochenen Plans mitarbeite.

Ein Lehrstück dafür, dass pädagogische und verhaltenstherapeutische Bemühungen immer dann scheitern müssen, wenn auf eine dahinter stehende grundlegende Verzweiflung am Leben nicht eingegangen wird.

Ich habe diese Geschichte zu schön enden lassen. Die Eltern Yvonne Fiedlers waren sowohl mit den davor liegenden Bemühungen der Mitarbeiter höchst unzufrieden, als auch mit der nunmehr gewählten Lösung. Zudem hatte Yvonne darauf bestanden, die Entscheidung ohne ihre Eltern zu treffen. Ich konnte die Eltern verstehen. Yvonne war in dem Sinne, dass sie wieder genauso wurde, wie ihre Eltern sie aus den Jahren vor der Erkrankung kannten natürlich keineswegs geheilt. Sie nahm übrigens regelmäßig ihre Depotspritze entgegen, weigerte sich aber die neuen Neuroleptika auszuprobieren. Letzteres wiederum wünschten die Eltern dringend, da sie der Meinung waren, alle Verhaltensweisen ihrer Tochter seien auf jene geheimnisvolle Krankheit, die von den Professionellen mal Schizophrenie, mal Psychose genannt wird, zurückzuführen und nur das geeignete Medikament sei noch nicht gefunden worden, um ihre sehnsüchtige Hoffnung auf Heilung zu erfüllen..

Wir fanden, dass es um Yvonne seit dem neuen Horizont „eigene Wohnung“ und noch deutlicher, als sie umgezogen war, sehr viel besser stand. Auch von ihrer Grundstimmung her war ihr anzumerken, dass sie begann ihr Leben zu akzeptieren. Zu gewalttätigen Handlungen kam es nicht mehr. Den Eltern

allerdings war die Hoffnung, an die sie sich seit Jahren geklammert hatten, gerade dadurch, dass ihre Tochter begann, ihr jetziges Leben zu akzeptieren, endgültig genommen worden, die Hoffnung auf Heilung im Sinne von Wiederherstellung des Zustands vor der Krankheit. Ich glaube zur Zeit geht es den Eltern schlechter als der Tochter. Aber das ist ein ganz anderes Problem und weicht zu sehr von unserem heutigen Thema ab.

Mit unserem Thema zu tun hat allerdings die Tatsache, dass das Wohnen in einer eigenen Wohnung meiner Erfahrung nach, für eine ganze Anzahl von Patienten, die sich in der Atmosphäre eines Heimes, mochte es noch so gut geführt sein, aggressiv und gewalttätig verhielten, eine besser lesbare Möglichkeit und sogar eine Alternative zur geschlossenen Unterbringung, wie sie früher üblich war, darstellen konnte.

Womit wir wieder bei dem Anfangsthema meines Vortrags sind.

Auch heute noch, wenn auch nicht mehr in so krasser Form wie 1962, gibt es Elemente unserer Arbeit, die von manchen Menschen als „strukturelle Gewalt“ erlebt werden oder zumindest als diskriminierend und nicht zu ihrer Identität passend.

Da ein Hilferahmen bei den extrem unterschiedlichen Persönlichkeiten, mit denen wir es zu tun haben, sowieso 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, ist dieser Aspekt immer mit zu bedenken. Seine Berücksichtigung führt bisweilen aus kommunikativen Sackgasen heraus und läßt neue Wege finden, die weniger den Charakter einer Zwangsbeglückung haben.

Diesen letztgenannten Aspekt meinte wohl Brecht als er formulierte: „Der Fluß wird gewalttätig genannt. Aber das Flußbett, das ihn einengt, nennt niemand gewalttätig.“