

# Diplomarbeit

## AKUTPSYCHIATRIE UND BEZIEHUNG - SKIZZE EINER UNMÖGLICHKEIT?

ZUR BEZIEHUNGSGESTALTUNG ZWISCHEN  
PSYCHIATRISCH TÄTIGEN UND PSYCHISCH KRANKEN  
IM INSTITUTIONELLEN GEFÜGE

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fachbereich Sozialpädagogik

- Diplomarbeit -

AKUTPSYCHIATRIE UND BEZIEHUNG -  
SKIZZE EINER UNMÖGLICHKEIT?

ZUR BEZIEHUNGSGESTALTUNG ZWISCHEN  
PSYCHIATRISCH TÄTIGEN UND PSYCHISCH KRANKEN  
IM INSTITUTIONELLEN GEFÜGE

Erstprüfer: Prof. Dr. G. Schürgers  
Zweitprüfer: Prof. Dr. D. Zeichner

Vorgelegt von  
Angela Heuck

im Dezember 2003

Matrikel-Nr. 1534312  
Gerichtstraße 18, 22765 Hamburg

VORWORT	2
1 EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK	5
2 ANNÄHERUNG AN DIE BEGRIFFLICHKEITEN	9
2.1 WAS IST DAS AKUTE IN DER AKUTPSYCHIATRIE?	9
2.2 WER BEZIEHT SICH HIER AUF WEN UND WAS?	12
2.3 ZUM BEGRIFF DER „BEZIEHUNG“ IM PSYCHOANALYTISCHEN DISKURS	16
2.3.1 ZUM KONSTRUKT DER PSYCHOANALYTISCHEN OBJEKTBEZIEHUNG	17
2.3.2 ZUR ÜBERTRAGUNG UND GEGENÜBERTRAGUNG ALS PHÄNOMENE DER BEZIEHUNGSGESTALTUNG	19
2.3.3 ZU DEN BEZIEHUNGEN ZWISCHEN INTRAPSYCHISCHEN UND INTERPERSONELLEN ABWEHRBEDÜRFNISSEN	24
2.4 FOLGERUNGEN FÜR DIE BEZIEHUNG: ANERKENNUNG DER ÜBERTRAGUNGS- UND ABWEHRPHÄNOMENE	26
3 AKUTPSYCHIATRIE IM KONTEXT VON GESELLSCHAFTLICHEM AUFTRAG UND SELBST-AUFTRAG	28
3.1 AKUTPSYCHIATRIE IM KONTEXT VON HILFE UND KONTROLLE DER GEWALT	29
3.1.1 AKUTPSYCHIATRIE IM DILEMMA DER DOPPELFUNKTION IHRES AUFTRAGS	31
3.1.2 DIE STRUKTURELLE ASYMMETRIE IN DEN BEZIEHUNGEN	34
3.1.3 VOM UMGEHEN UND UMGANG MIT GEWALT IN DER AKUTPSYCHIATRIE	37
3.1.3.1 DIE PSYCHIATRISCHE ZWANGSEINWEISUNG	38
3.1.3.2 FIXIERUNG UND ISOLIERUNG ALS INTERAKTIONSMUSTER	42
3.2 AKUTPSYCHIATRIE IM KONTEXT VON ZUFLUCHT UND ASYL	48
3.3 AKUTPSYCHIATRIE ALS ORT FÜR REGRESSION	50
3.4 FOLGERUNGEN FÜR DIE BEZIEHUNG: VERHANDELN STATT BEHANDELN	54
4 KRANKHEITSVERTÄNDNIS UND BEZIEHUNGSGESTALTUNG	60
4.1 ZUR „TRADITIONELLEN PSYCHIATRIE“ UND IHRER INTERAKTION MIT DEM SOZIALEN	60
4.2 IMPLIKATIONEN UND KONSEQUENZEN DES „PSYCHIATRISCH DIAGNOSTISCHEN BLICKS“	68
4.2.1 BEZIEHUNGSASPEKTE DER „COMPLIANCE“ KATEGORIE	71
4.2.2 DER MONOLOG DER PSYCHIATRIE	73
4.3 FOLGERUNGEN FÜR DIE BEZIEHUNG: DAS RINGEN UM DAS DIALOGISCHE PRINZIP	73
5 INSTITUTIONELLE ORDNUNG UND BEZIEHUNGSGESTALTUNG	79
5.1 INSTITUTION ALS GERONNENE INTERAKTIONEN	79
5.2 AKUTPSYCHIATRIE ALS INSTITUTION PSYCHOSOZIALER ABWEHR	81
5.3 PSYCHOSOZIALEN ABWEHRMECHANISMEN ZUR REGELUNG VON BEZIEHUNGEN AM BEISPIEL VON RITUALEN IN DER KLINIK	84
5.4 AKUTPSYCHIATRIE ALS MUTTER	87
5.5 DER STATIONÄRE RAHMEN ALS BEZIEHUNGSREGULIERENDE FUNKTION	90
5.6 FOLGERUNGEN FÜR DIE BEZIEHUNG: HALTEN UND AUSHALTEN IM STATIONÄREN RAHMEN	93
6 RESÜMEE	100
LITERATURVERZEICHNIS	102

„Es war in der Aufbruchstimmung der siebziger Jahre und für eine kleine Weile schien alles möglich. Die Schwangerschaftszeit der Psychiatrie-Enquete hatte begonnen. Die Lebensverhältnisse der Patienten in den Kolossen der Landeskrankenhäuser waren, wie wir alle wissen, katastrophal und menschenunwürdig. Wir alle bemühten uns um den Abbau von hierarchischen Strukturen. In einigen Nächten gelang es uns zumindest auf der Ebene Arzt/Pflege...“

Und es veränderte sich ja auch ungeheuer viel in den nächsten Jahren. Schon rein äußerlich. (...) Nein, ich will bestimmt nicht die Erfolge der Enquete in Frage stellen. Aber irgendwann waren wir an dem Punkt zu überlegen: was ist eigentlich innen passiert, in den Herzen, den Köpfen, was hat sich denn wirklich verändert in den Beziehungen zwischen Patienten und Professionellen? Kurz war ich verblüfft, als H. begeistert behauptete, dass (...) der Therapeut heute nicht mehr der Allwissende sei, der dem unmündigen Patienten erklärte, wie er sein Leben zu leben hat. Meine Verblüffung klärte sich dann schnell auf, als ich ihn ungläubig ansah und fragte: „Tatsächlich? Auch auf der Aufnahme-Station?“

Nein, natürlich nicht, seiner Ansicht hatte sich da tatsächlich außer ein paar neuen Medikamenten in den letzten dreißig Jahren genau gar nicht geändert. (...) Die geschlossene Aufnahme-Station ist auch 2002 kein Ort, um gesund zu werden.“

Auszug aus einem Gespräch auf einer psychiatrischen Aufnahme- und Akutstation, veröffentlicht von U. SCHMALZ (2002, 2).

## VORWORT

Die Erfahrung, dass die traditionelle, also primär biologisch ausgerichtete Akutpsychiatrie auch im einundzwanzigsten Jahrhundert einen Ort darstellt, an dem nicht vorgesehen ist, dass „Begegnung“ und „Beziehung“ zwischen Menschen in akuten Krisen und psychiatrisch Tätigen stattfindet, konnte ich während einer sozialpädagogischen Tätigkeit auf einer geschlossenen Akutstation teilen. Psychisch Kranke, die auf die Akutstation kommen, seien „viel zu krank“ und deswegen „nicht beziehungs-fähig“, folglich „lohne“ eine Beziehungsaufnahme „in vielen Fällen“ gar nicht, waren häufig geäußerte Sätze auf der Station. Was sich anstelle „lohnende“ würde und wie der stationäre Aufenthalt „beziehungslos“ gestaltet werden sollte, blieben in diesem Kontext offene Fragen, die ich in mir bewegte wie auch die Auseinandersetzung mit dem Phänomen, dass in einer extra für akut psychisch Kranke bereitgestellten Institution Menschen aufeinandertreffen, die untereinander und gegenüber Dritten immer wieder betonen, eigentlich nichts miteinander zu tun haben zu wollen, sich vielmehr voneinander zu gestört zu fühlen.

Dabei suchen viele von ihnen diesen Ort immer wieder auf. Ihre Erklärungen leuchten ein: Psychiatrisch Tätige kommen, weil sie in der Akutpsychiatrie arbeiten *müssen*, psychisch Kranke *müssen* kommen, weil „Andere“ und zuweilen auch sie selbst es so wollen. Dieser kurzen Sequenz ist bereits zu entnehmen, dass Begründungen von Beziehungsgestaltung und Beziehungsvermeidung je sinnhaft hergestellt werden, auf der individuellen wie gesellschaftlichen Ebene.

Die sozialwissenschaftliche und psychoanalytische Literatur, auf die sich im Folgenden bezogen wird, betrachtet Formen der Beziehungsgestaltungen und -dynamiken zwischen „Professionellen“ und „Klienten“ in psychiatrischen Institutionen in ihren vielfältigen Facetten. Allerdings ergab die Literaturrecherche wenig Material zur „Beziehungsgestaltung“ explizit in der Akutpsychiatrie. Hier besteht nach meinem Verständnis Nachholbedarf.

So „bohrt“ die vorliegende Arbeit in einem Bereich herum, der längst obsolet scheint. Die Frage, warum dennoch ein quer zu den zeitgenössischen Denkmoden liegendes Thema bearbeitet werden soll, lässt sich aus der Einschätzung herleiten, dass in dem Versuch, Strukturen und Funktionen der Akutpsychiatrie zu beschreiben und genauer zu verstehen, günstigenfalls Ansätze zur Änderung derselben sichtbar werden.

Diese Arbeit beabsichtigt nicht, die hier dargestellten Interaktionsformen, wie sie teilweise von psychiatrisch Tätigen gegenüber psychisch Kranken gewählt werden, zu verurteilen. Eine Verurteilung vermag nicht dem *Verstehen* der sozialen Situation in der Akutpsychiatrie dienlich sein.

An dieser Stelle sei erwähnt, was in *dieser* Arbeit ausdrücklich *nicht* behandelt wird: Die konkrete Organisation der Akutpsychiatrie als Klinikbetrieb mit ihrer Einbindung in ökonomische Strukturen, verbunden mit den von Kostenträgern und Öffentlichkeit aufgeworfenen Fragen zur Effektivität von psychosozialer „beziehungsorientierter“ Arbeit. M. GASTPAR (1999, 28) weist auf eine Kontroverse in Fachkreisen hin, die unter dem Druck gegenwärtiger ökonomischer Probleme im Gesundheitswesen Behandlungskonzepte auf neurobiologischer Grundlage in der Psychiatrie fordert, in der Erwartung, Zeitaufwand und Kosten zu begrenzen. Psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Konzepte mit ihren je eigenen Dimensionen von Zeit in der und für die Beziehungsaufnahme zum Patienten werden kritisiert, da sie sich weniger auf „harte“ biologische Fakten stützen könnten und hierdurch weniger erfolgsversprechend und finanziell akzeptabel seien.

Die Dominanz des Ökonomischen, des Denkens in Kategorien von Effektivität beschreibt J. HABERMAS (2001, 17) als eine allgemeine gegenwärtige gesellschaftliche Tendenz:

„Die Sprache des Marktes dringt heute in alle Poren ein und presst alle zwischenmenschlichen Beziehungen in das Schema der Orientierung an je eigene Präferenzen. Das soziale Band, das aus gegenseitiger Anerkennung geknüpft wird, geht aber in den Begriffen des Vertrages, der rationalen Wahl und der Nutzenmaximierung nicht auf.“

Die Erfahrung derer, die in der Psychiatrie arbeiten, zeigt jedoch, dass die Begegnung mit psychisch kranken Menschen nicht rundum kalkulierbar ist und sich rein finanzierungstechnischem Denken und Vokabular verweigert. Damit ist die Beziehungsaufnahme mit Menschen in einer psychischen Krise mehr als ein vertraglich zu regelnder Dienstleistungsvorgang, in welchem der psychisch kranke Mensch trotz gravierender Einschränkungen in seinen sozialen Bezügen und seiner Gesundheit als marktgängiger Patient eine „Kundenbeziehung“ eingeht.

Von „Kundenbeziehung“ ist in dieser Arbeit jedoch nicht explizit die Rede. Dies sei Gegenstand einer anderen Arbeit.

Des Weiteren werde ich nicht allgemein über „Beziehung“ in der Psychiatrie schreiben, hierzu ist bereits viel veröffentlicht worden. Mein Anspruch ist beschränkter, die Betrachtung der Beziehungsgestaltung in der Akutpsychiatrie.

# 1 EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK

Anliegen der vorliegenden Arbeit „AKUTPSYCHIATRIE UND BEZIEHUNG – SKIZZE EINER UNMÖGLICHKEIT?“ ist die Auseinandersetzung mit der Frage, wie in der Institution der Akutpsychiatrie und „auf der Station“ im Besonderen Beziehungen zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken gestaltet und wie sie vermieden werden und welche „guten Gründe“<sup>1</sup> es hierfür jeweils geben mag. Dabei spezifiziert der zweite Teil des Titels den ersten Teil: „ZUR BEZIEHUNGSGESTALTUNG ZWISCHEN PSYCHIATRISCH TÄTIGEN UND PSYCHISCH KRANKEN IM INSTITUTIONELLEN GEFÜGE. Das ergänzende „zur“ ist als Hinweis zu betrachten, dass nicht in Anspruch genommen wird, die Thematik in ihrer Komplexität erschöpfend zu bearbeiten.

In der Annahme, dass sich psychisches Geschehen in Beziehungen organisiert und nur darüber überhaupt erkennbar wird, liegt es nahe, die Beziehungsthematik ins Zentrum der Auseinandersetzung in der psychosozialen Arbeit mit psychisch Kranken stellen. Der Fokus ist gerichtet auf Aspekte der für die Motivation des Einzelnen relevanten Handlungs- und Beziehungsmuster und ihrer multiplen Verflechtung mit den Bedingungen der Institution, die das Alltagshandeln in der Akutpsychiatrie konstituieren.

Bei der Bearbeitung dieser Thematik wechseln Blickrichtung und theoretischer Standort mehrfach: Aufgeführt werden soziologische Aspekte, deren Augenmerk auf Macht -und Herrschaftsausübung gerichtet sind, um die gesellschaftliche Einbindung der Psychiatrie zu beschreiben. Die Soziologie berücksichtigt jedoch nicht die unbewussten Dimensionen in den Arbeitsbeziehungen zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken. Hier scheint der Rückgriff auf Teile der psychoanalytischen Theorie hilfreich vor dem Hintergrund ihres Einflusses auf andere Sozialwissenschaften sowie ihrer Aufnahme in das Alltagswissen, wodurch ermöglicht werden kann, psychodynamische Prozesse auch in nicht-analytischen und nicht-therapeutischen *sozialen Situationen* wahrzunehmen und einen verstehenden Zugang zu gewinnen. Die Psychoanalyse als therapeutisches Verfahren wird nicht thematisiert.

---

<sup>1</sup> „Gute Gründe“ wird hier in Anlehnung an K. HOLZKAMPS „Explikation des Subjektstandpunkts“ (1995, 21) genutzt, der meint, dass Menschen *gute Gründe* für ihr Handeln haben, dass sie in ihrem eigenen Interesse vernünftigerweise beabsichtigen, so zu handeln. Oder anders: man kann nicht absichtsvoll gegen seine eigenen Interessen handeln (vgl. 1995: Subjektwissenschaftliche Grundlegung).

Die Gedanken zur Beziehungsgestaltung werden in vier Themenkomplexen dargestellt. An diese schließen sich jeweils entsprechende „Folgerungen für die Beziehungen.“ Dieser Einführung folgend wird im zweiten Kapitel mit einer Annäherung an die in dieser Arbeit relevanten Begrifflichkeiten „Akutpsychiatrie“ und „Beziehung“ begonnen.

Ausgehend von der Annahme, dass die Interaktionen zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken eingebettet sind in übergreifende soziale Strukturen und Prozesse, wird im dritten Kapitel die Akutpsychiatrie aus verschiedenen Blickrichtungen in ihren Kontextbezügen skizziert. Aus der Komplexität der Gesamtheit ihrer gesellschaftlichen Eingebundenheit werden Kontextbetrachtungen herausgegriffen hinsichtlich des gesellschaftlichen Auftrags von Hilfe und Kontrolle, wobei die hiermit verbundenen Formen von institutioneller Gewalt besondere Beachtung finden.

Akutpsychiatrie kann jedoch auch im Kontext eines möglichen Selbst-Auftrags des psychisch Kranken verstanden werden, hier vorgenommen als Betrachtung von Akutpsychiatrie im Kontext von Zuflucht und Asyl sowie als Ort für Regression.

Im vierten Kapitel wird versucht darzustellen, wie die Beziehungen zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken auf der Akutstation durch die herrschenden psychiatrischen Krankheitsverständnisse gestaltet werden. Aufgezeigt werden sollen Implikationen und Konsequenzen des „psychiatrisch diagnostischen Blicks“, wie dieser sich aus der Verwobenheit der psychiatrischen Diagnostik mit dem medizinischen Krankheitsparadigma konstituiert und in der Wahrnehmung psychiatrisch Tätiger zutage tritt. Beleuchtet werden soll hierbei, wie die Wahrnehmung der psychiatrisch Tätigen, ihr „diagnostischer Blick“ eine spezifische institutionelle Ordnung schafft, bzw. durch diese hervorgebracht wird, um mit den Patienten auf der Akutstation umzugehen.

Welche Bedeutung der Stationsrahmen für die Beziehungen zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken hat, findet in Kapitel 5 Bearbeitung durch Darstellung exemplarischer Institutionsstrukturen. Der Blick richtet sich hierbei insbesondere auf die Abwehrprozesse zwischen den Interaktionspartnern und der Verzahnung zwischen den individuellen Bedürfnissen des Einzelnen und bestimmten dazu „komplementären Angeboten“ der Institution Akutpsychiatrie.

Erwähnt sei, dass die zusammengestellten Annahmen kontingent in dem Sinne sind, dass sie nicht notwendig so dastehen, wie sie sich in der Struktur dieser Arbeit gliedern. Es steht die



Bemühung dahinter, jene für die Akutpsychiatrie bedeutsamen Facetten herauszustellen. Das hier Gesagte will ein Denkanstoß, eine Anregung sein und bleibt somit vorläufig und annähernd.

Es seien an dieser Stelle noch Erklärungen zur Lesbarkeit der Arbeit und zur Sprachregelung abgegeben:

Wenn verallgemeinernd von „der“ Akutpsychiatrie die Rede ist, sind grundsätzliche Aspekte gemeint, wie sie in traditionellen, primär auf biologischen Postulaten basierenden akutpsychiatrischen Häusern und Stationen zu finden sind. Wie jede Verallgemeinerung birgt auch diese manche Unschärfe in sich. Sie erscheint jedoch unvermeidbar, wenn nicht Bezug auf eine spezifische Klinik genommen wird.

In Übernahme einer sprachlichen Konvention, die Verständigung zu ermöglichen sucht, sich jedoch nicht auf die nosologischen Implikationen dieser Begrifflichkeiten reduzieren will, wird im Folgenden von „den psychisch Kranken“ bzw. spezifiziert u.a. von „Schizophrenen“, „Borderlinepatienten“ gesprochen. Aufgrund des Bezugs zum klinischen Bereich wird an einigen Stellen nur der Terminus „Patient“ verwendet, gemeint ist stets die Person, auf die sich die berufliche Tätigkeit bezieht.

„Psychiatrisch Tätige“ bzw. „Mitarbeiter“ umfasst hier alle Berufsgruppen, welche in der Regel auf traditionellen akutpsychiatrischen Stationen tätig sind wie Sozialarbeiter, Pflegepersonal und Ärzte, gegebenenfalls auch Ergotherapeuten.

Wird der Begriff *Soziale Arbeit*<sup>2</sup> verwendet, ist dieser als Oberbegriff für Sozialarbeit und Sozialpädagogik gemeint und umfasst alle beruflichen Tätigkeiten der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.

Werden „männliche“ bzw. „väterliche“ oder „weibliche“ bzw. „mütterliche“ Prinzipien und Eigenschaften genannt, sind die in unserer Kultur zugeschriebenen Geschlechtsrollen als ideologische Konstrukte gemeint, welche immer auch abhängig sind von historischen und ökonomischen Faktoren. Dies geschieht in Anlehnung an die feministische und ethnopschoanalytische Betrachtung von M. NADIG (1986, 197), die davon ausgeht,

---

<sup>2</sup> Die Verwendung schließt sich dem Begriffsverständnis von S. STAUB-BERNASCONI an. Der Begriff „Soziale Arbeit“ bezieht sich auf Aktivitäten des Arbeitsalltags wie auch auf andere, die sich aus theoretischen Entwürfen zu Sozialer Arbeit ergeben könnten, wie u.a. alltagsbegleitende, erziehende, beratende, ermächtigende sozial vernetzende, verwaltende, planende, organisierende, auswertende Aktivitäten.

„daß es keineswegs klar ist, was genau »ein Mann« und »eine Frau« sind, dass es keine eindeutige Bestimmung gibt, die das festlegen könnte, (...).“<sup>3</sup>

Um die umständlichen neuen Schreibweisen zu vermeiden, wird in diesem Text in der Regel das generische Maskulinum verwendet („der psychiatrisch Tätige“), das männliche und weibliche Personen einschließt.

In den Anmerkungen der Fußnoten wird auf Literatur aufmerksam gemacht, die präzisiert, unterstreicht oder in Frage stellt, in jedem Fall aber weiterverweist. Dies geschieht in Anerkennung der Konzipierung der vorliegenden Arbeit als Skizze.

---

<sup>3</sup> Auch andere, insbesondere feministische Psychoanalytikerinnen und der Psychoanalyse nahestehende Sozialwissenschaftlerinnen (siehe u.a. J. BENJAMIN, N. CHODOROW, C. ROHDE-DACHSER, C. OLIVER, J. CHASSEGUET SMIRGEL, K. FLAAKE, V. KING) haben das Fundament für einen Paradigmenwechsel in der traditionellen psychoanalytischen Theorie gelegt, indem sie eine Dekonstruktion derselben vorgenommen haben. Sie suchten die unbewussten männlichen Phantasien, Wahrnehmungs- und Denkmuster offen zu legen, welche den Konzepten FREUDS zugrunde liegen, hier insbesondere in der (Geschlechter)Polarität „männlicher“ Vernunft und trieb- und affektbestimmter „Weiblichkeit“ als Aufspaltung zwischen väterlicher Rationalität (Unabhängigkeit) und mütterlicher Fürsorge (Abhängigkeit).

## 2 ANNÄHERUNG AN DIE BEGRIFFLICHKEITEN

Im Folgenden wird zunächst eine Auslegung des Begriffs des *Akuten* vorgenommen, um einen ersten Eindruck davon zu vermitteln, worum es in diesem spezifischen institutionellen Bereich der Psychiatrie geht.

In Kapitel 2.2. findet eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der *Beziehung* statt. Neben alltagssprachlichen, soziologischen und anthropologischen Auslegungen wird *Beziehung* anschließend in Kapitel 2.3 im psychoanalytischen Diskurs betrachtet.

### 2.1 WAS IST DAS AKUTE IN DER AKUTPSYCHIATRIE?

Zur Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung werden zunächst verschiedene Wörterbücher und Lexika bemüht, um sich dem Begriff *des Akuten* in der Akutpsychiatrie zu nähern. So ist im ETYMOLOGISCHEN WÖRTERBUCH (1989, 17) unter „akut“ der lateinische Begriff *acutus* mit seiner deutschen Übersetzung „spitz, scharf“ aufgeführt, der als Attribut plötzlich auftretender, heftiger Krankheiten verwendet wurde und wird. Im „Duden“ (2001, 44, 45) finden sich folgende Ausführungen: „akut“ bedeutet „brennend, dringend, vordringlich, unmittelbar(anrührend) (in Bezug auf etwas, womit sich jmd. sofort beschäftigen muss od. was gerade im Vordergrund des Interesses steht).“

Diese Adjektive können einen Hinweis darauf geben, worum es in diesem spezifischen institutionellen Bereich der Psychiatrie geht: Der in der Literatur teilweise auch synonym für die Akutpsychiatrie verwendete Begriff „Notfallpsychiatrie“ (K. NOUVERTNE 1991, 384; 1998, 442) impliziert die *Dringlichkeit* für psychiatrisches Handeln in einer als „akutes Krankheitsgeschehen mit unmittelbar bedrohlicher Dynamik“ (M. REGUS; R. DEPNER 1998, 13) gekennzeichneten Situation.

Daraus abgeleitet können sich die Fragen stellen: Womit muss jemand sich in der Akutpsychiatrie sofort beschäftigen und warum? Was wird als so „scharf“ und (zuge)“spitz“(t) empfunden und von wem? Wie stellt sich dieses „brennende“ und „vordringliche“ manifest oder in der Phantasie der Beteiligten dar? Die Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen wird in den unterschiedlichen Kapiteln der vorliegenden Arbeit besondere Berücksichtigung finden.

An dieser Stelle soll zum weiteren Verständnis von Akutpsychiatrie auf deren Zuständigkeitsbereich hingewiesen werden.

Je nach Klinikkonzeption handelt es sich bei „der Akutpsychiatrie“ in der Regel um „die“

Aufnahmestation, welche innerhalb der klinischen Psychiatrie primär für Schutz und Kontrollaspekte, also Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung zuständig ist. Die Akutpsychiatrie bleibt Zielgruppen vorbehalten, die noch nicht oder nicht mehr ambulant zu versorgen sind. Hiermit sind weniger nosologische Gruppen gemeint als vielmehr psychisch Kranke, die wegen der Schwere bzw. des Ausprägungsgrads ihrer Erkrankung stationärer akutpsychiatrischer Hilfe bedürfen (vgl. F. REIMER, W. KÖNIG, E. WILLIS 1995, 47 ff.). Dies gilt für besonders selbstgefährdete oder fremdgefährdende, hilflose, desintegrierte Personen im Rahmen einer psychiatrisch einzuordnenden Krise, soweit sie nicht der Justiz, der Fürsorge oder einer anderen medizinischen Disziplin zugewiesen werden. Meist handelt es sich bei der Akutpsychiatrie um die im juristischen Sinne geschlossene Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses, was nicht zwangsläufig bedeuten muss, dass die Tür nach draußen tatsächlich verschlossen ist.<sup>4</sup>

Gewöhnlicherweise stehen unverzügliche (ärztliche) Diagnostik und Pharmakotherapie als kurzfristige Medikamentengabe oder mittelfristige Somatotherapie bis zur Langzeiteinstellung auf Psychopharmaka als Bestandteil des medizinisch naturwissenschaftlichen Paradigmas im Vordergrund der Behandlung des Patienten. Diese Behandlungsform fügt sich in das gängige Modell der *Spezialisierung* vieler psychiatrischer Kliniken, d.h. der Verlegung und Weiterbehandlung des Patienten auf hochspezialisierte Stationen nach rasch erfolgter Diagnostik auf der Akutstation. Begründet wird die Sinnhaftigkeit dieser Behandlungsform von der Medizin mit der Notwendigkeit der Erforschung spezifischer Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden, daher gilt sie besonders an Universitätskliniken als bevorzugtes Modell.

Dies macht deutlich, dass die Akutpsychiatrie von ihrem Selbstverständnis her auf kurzfristige Aufenthalte des Patienten angelegt ist. Charakteristisch für die psychiatrische Arbeit auf der Akutstation sind somit *Beziehungsabbrüche*: Die psychiatrisch Tätigen wenden sich dem psychisch Kranken in seiner *zugespitzten* Lebenssituation nur in einer begrenzten Zeitperspektive zu. Sie reagieren mit ihrer *Behandlung* auf die akute Symptomatik, die sie aus dem psychosozialen Feld herausgreifen, um nach Abklingen des *Akuten* die Entlassung oder Verlegung des Patienten auf andere psychiatrische Stationen vorzunehmen, welche Maßnahmen anbieten, die zudem soziale und psychische Faktoren der Krankheit berücksichtigen. Diese Art des Vorgehens scheint bedeutsam in Anbetracht der

---

<sup>4</sup> Auf der Basis der Erfahrung, dass es die geschlossene Stationstür ist, die Gewalt erzeugend wirkt, wird beispielsweise im „Herner Modell“ die Station zur Gemeinde hin geöffnet durch Ausstellungen, Lesungen, Freizeitgruppen u.a. (vgl. J. CLAUSEN, K.-D. DRESLER, I. EICHENBRENNER 1997, 183).

Beobachtungen psychiatrisch Tätiger, dass im Zusammenhang mit psychiatrischen Krisen auch und besonders die dahinter stehende oder die Krise begleitende, manchmal diese gar auslösende *psychosoziale* Not der psychisch Kranken verstärkt sichtbar wird (vgl. U. RAUCHFLEISCH 1996). Für die Art und Weise, wie bezüglich der Krise des Patienten interveniert wird, gibt es in der Regel keine klar abgrenzbare Methode auf dem Boden einer Theorie der Krisenentstehung. Psychiatrische Behandlung ist vielmehr durch die institutionellen Vorgaben, die Art der Krise und die jeweilige Kompetenz der Mitarbeiter different (R. B. ZIMMERMANN 2001, 112).

Wurde noch vor einigen Jahren die Einschätzung formuliert, dass der Bedarf an stationärer Akutversorgung unter der Voraussetzung, dass das gesamte Hilfesystem für psychisch Kranke wie ein ineinandergreifendes Räderwerk läuft (vgl. hierzu C. HIRSCH 1995, 47), zurückgehen wird, so zeigen neuere Untersuchungen andere Tendenzen auf. Laut einer aktuellen Auswertung der Westfälischen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. hierzu D. RICHTER, TH. REKER 2003, 8,9) wird in verschiedenen Regionen Deutschlands seit mehreren Jahren ein Anstieg der Zwangseinweisungen verzeichnet. Die Autoren ziehen hieraus die Schlussfolgerung, dass dieses Phänomen auf den allmählichen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgungslandschaft *ambulant vor stationär*<sup>5</sup> zurückzuführen ist, welcher sich durch allgemein sinkende stationäre Behandlungsdauer einerseits und steigende Wiederaufnahmen auszeichnet (sogenannter „Drehtüreffekt“). In diesem Sinn stellt sich Akutpsychiatrie als gesellschaftlich gerechtfertigt, gar notwendig dar. Eine Alternative zur stationären „Standardversorgung“ auf einer „traditionellen“ Akutstation scheint es - zumindest für Menschen, die gegen ihren ausdrücklichen Willen in die Akutpsychiatrie eingewiesen werden - nicht zu geben. Jedoch ist die Akutpsychiatrie in ihrer Konzeption durchaus nicht ohne Alternative. Hier ist an die bereits zuvor erwähnte Reformierung der Versorgungsstrukturen zu denken in Form

---

<sup>5</sup> Tatsächlich wird im Zuge des Ausbaus der Gemeindepsychiatrie vermehrt die Notwendigkeit einer organisierten ambulanten Notfallversorgung für psychisch Kranke gesehen und diskutiert. Ansätze hierfür sind u.a. der flächendeckend rund um die Uhr arbeitende Sozialpsychiatrische Dienst in Bremen oder der Ambulante Dienst des Psychosozialen Trägervereins in Solingen. In manchen Städten suchen Ambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern durch die Krisenintervention mobiler Teams die Aufnahme auf der Akutstation zu verhindern. Dass Ambulantisierung auch im Krisenfall möglich ist und von Patienten selbst oft vorgezogen wird, zeigt die weit vorangeschrittene Strukturreform in England. „Keiner wird in eine Klinik eingewiesen, der nicht zuerst vom Hometreatment-Team gesehen wurde,“ so S. Priebe im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Anthropologische Psychiatrie“ im UKE vom 12.11.02.

ambulanter Krisenintervention oder auch an verschiedene milieutherapeutische<sup>6</sup> Konzepte, mit denen gegebenenfalls sogar eine höhere Qualitätsebene erreicht werden kann.

Da diese bisher noch wenig wissenschaftlich evaluiert worden sind und zudem bundesweit lediglich in Modellprojekten Anwendung finden, wurde von einer näheren Betrachtung im Rahmen dieser Arbeit abgesehen. Dieses wäre an anderer Stelle zu bearbeiten.

## 2.2 WER BEZIEHT SICH HIER AUF WEN UND WAS?

Wenn von *Beziehung* die Rede ist, so bedarf es zunächst einer Annäherung an die Begrifflichkeit. Diese soll dort beginnen, wo ihre Gestaltung beheimatet ist: Die Soziologie betrachtet aus ihrem spezifischen Fokus den Gegenstand der *Beziehung*, welcher in der vorliegenden Arbeit die zentrale Rolle einnimmt.

Das LEXIKON ZUR SOZIOLOGIE (1973, 99, 100) meint *Beziehung* als die „Bezeichnung für die aktuellen wie potentiellen Vorgänge (Erwartungen, Wahrnehmungen, Kommunikationen, soziales Handeln) zwischen zwei oder mehreren Individuen und zwar unabhängig von der zeitlichen Dauer dieser Wechselbeziehung.“

Besonders an diesen Ausführungen erscheinen zwei Aspekte: Zum Einen werden hierunter in Abgrenzung zum alltagssprachlichen Verständnis bereits die denkbaren oder auch wahrscheinlichen Abläufe, darunter auch die *Erwartungen* gefasst, die in der Beziehungsgestaltung zwischen psychisch Kranken und psychiatrisch Tätigen, wie im Folgenden thematisiert wird, von Bedeutung sind. Zum Anderen wird verwiesen auf den Aspekt der *Zeit*. Während - erneut alltagssprachig - *Beziehungen* in diesem Kontext eher so gedacht sein könnten, dass sie eine lange „Anlaufzeit“ haben, dadurch erst die Qualität der Tiefe erreichen, spricht die Soziologie unabhängig von zeitlicher Dauer bereits von *Beziehung*.

Hieraus wird deutlich, dass das Wort *Beziehung* selbst zunächst keinen Qualitätsaspekt hat<sup>7</sup>,

<sup>6</sup> Theoretische und praktische Beschäftigungen mit alternativen Behandlungsprojekten weisen Erfahrungswerte für das Durchleben einer Psychose mit intensiver Begleitung/Beziehung von (Laien-) Helfern ohne bzw. mit eingeschränkter Einnahme von Neuroleptika auf. Hier sei vor allem das von L. Mosher und A. Menn aufgebaute Soteria-Projekt in San Francisco erwähnt. Angeregt durch die Erfahrungen der Soteria-Projekt in Kalifornien und in der Schweiz (Luc Ciompi) haben sich auch in Deutschland Initiativen gebildet, welche sich mit der Soteria-Idee („Dabei Sein“) als Alternative zur herkömmlichen Akutpsychiatrie befassen und Konzepte für eine Begleitung von Menschen während und nach psychotischen Phasen entwickeln. An dieser Stelle sei verwiesen auf Soteriaprojekte wie sie u.a. die Medizinische Hochschule Hannover in ihrem Milieukonzept zur Akutbehandlung von Menschen in schweren seelischen Krisen realisiert. Diese Projekte werden auch evaluiert. Die „Widerstände auf dem Weg zu einer Soteria“ in der Region um Hamburg beschreibt V. ADERHOLD (in: Soziale Psychiatrie 4/97).

<sup>7</sup> Der in der Sozialpädagogik und in der Psychotherapie einen ganz anderen Qualitätswert besitzt, Beziehungen langfristig und „intensiv“ gestaltet wissen will. (Siehe hierzu auch: R. Rauchfleisch 1997: Menschen in psychosozialer Not).

sondern, wie bereits in der Überschrift dieses Kapitels angemerkt, die *Bezogenheit* in den Vordergrund stellt. Ausgehend von dem anthropologischen Axiom, dass alles „Sein“ Mit-Sein, *Koexistenz* ist, wird *Beziehung* als ein Korrespondenzprozess gesehen, als Begegnung und Auseinandersetzung, als ein *Sich-in-Beziehung-setzen*. Im Konzept der *Bezogenheit*<sup>8</sup> geht es um das Verbindende, das Korrelationale, das, was durch die Präpositionen *mit*, *zwischen*, *zusammen* angesprochen wird sowie um die Verbindungsglieder mit *inter*: *Inter-esse*, *Inter-aktion*, *Inter-subjektivität*, *Inter-vention*.

Sie zeigen nicht nur schon bestehende *Verbundenheit* auf, sondern überhöhen diese, indem sie „eine Qualität von »Übersummarität« konstituieren“ (H. PETZOLD 1980, 228) – das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.

Das Konzept der *Bezogenheit*, wie es sich zudem in den Begriffen *Ko-existenz*, *Kon-text*, *Kon-tinuum*, *Kon-sens*, *Korrespondenz* und *Kommunikation*<sup>9</sup> ausdrückt, hat seine Gültigkeit nicht nur im Bereich der natürlichen Gegebenheiten, mit denen sich die Naturwissenschaften befassen, sondern auch im Bereich der sozialen Wirklichkeit, im sozialen Gefüge. Sind Menschen nach dieser Auffassung nur aus ihrer *Bezogenheit* definierbar und verstehbar, können sie sich selbst in dieser Matrix der *Koexistenz* verstehen lernen. Wenn die *Koexistenz* mit dem ökologischen und sozialen Raum und den Mitmenschen die Grundverfasstheit menschlichen Wesens ist, so können Störungen und Defizite ihre Wurzeln nur im Bereich des *Bezogenseins* haben und Entwicklung von Ressourcen sich nur im Miteinander realisieren.

In diesem Zusammenhang darf die Frage gestellt werden, wie die Akutpsychiatrie *Bezogenheit* und „Miteinander“ herstellt. Ein Blick in die für die (Akut)Psychiatrie geltenden (*Ver*)*Ordnungen* lässt erkennen, dass die Beziehungsgestaltung berufsspezifisch geregelt wird.

In der PSYCHIATRIE-PERSONAL-VERORDNUNG (1990) (PSYCHPV) wird Beziehung in der Akutpsychiatrie wesentlich als *Behandlung*<sup>10</sup>, vornehmlich mit den Mitteln der psychiatrischen Diagnostik und Psychopharmakotherapie verstanden. In diesem Rahmen

<sup>8</sup> vgl. hierzu systemtheoretische und strukturalistische Annahmen von u.a. M. FOUCAULT, N. LUHMANN, J. DERRIDA

<sup>9</sup> Für die Zwecke dieser Arbeit wird *Kommunikation* auf den Zeichengebrauch zur Bildung einer Signifikationsgemeinde begrenzt (vgl. hierzu Ch. W. Morris 1973: Zeichen, Sprache und Verhalten).

<sup>10</sup> Auszug aus dem Verordnungstext (1990): Spezifisch für den Akutbereich ist laut Psychiatrie-Personalverordnung die „Intensivbehandlung“ mit ihren Mitteln der „Diagnostik, Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich Psychopharmakotherapie“. Die „sozialpädagogische Grundversorgung“ meint die Mitwirkung bei Anamnese -und Befunderhebung sowie der Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern, „sozialpädagogische Behandlung“ impliziert u.a. sozialtherapeutische Einzelhilfe.

finden sich weder gestaltende Aspekte noch die *Bezogenheit*, welche für Beziehung bezeichnend sein können, wieder. Für angehende Diplom-Sozialpädagogen/Arbeiter mit dem Schwerpunkt „Klinische Sozialarbeit“ wird in der PRÜFUNGSORDNUNG, STUDIENORDNUNG UND STUDIENPLAN DES FACHBEREICH SOZIALPÄDAGOGIK (1999) die helfende „Beziehung“ neben anderen Faktoren als *Arbeit* verstanden: „Sozialarbeit wird als Beziehungsarbeit verstanden oder anders: Sozialarbeit ist in erster Linie Arbeit mit und in Beziehungen“ (ebd., 116). Von Aufbau und der Aufrechterhaltung einer personalen *Arbeitsbeziehung* als *Kontrakt* ist die Rede in der sozialarbeiterischen Literatur zur Arbeit mit psychisch Kranken (vgl. hierzu A. MÜHLUM 1997, 126 ff.; K. KINKELBUR; T. PIEGLER 1999, 13).

Will man den Charakter von *Arbeit* in der Beziehung betonen, könnte sich die Frage stellen, wer die Arbeit leistet. Wenn mit Arbeit, wie üblicherweise, „Mühe“<sup>11</sup> verbunden wird, so darf die Frage aufgeworfen werden, wie sich diese auf die Beteiligten verteilt. Dass beide, also psychiatrisch Tätiger und psychisch Kranker, es sein können, die *Beziehungsarbeit* leisten, impliziert möglicherweise der Begriff der *Beziehungsgestaltung*, wie beispielsweise von W. KISTNER (1992, 3f.) für die psychiatrische Krankenpflege skizziert. Jedoch verweist W. KISTNER (ebd.) zunächst einmal darauf, dass das Pflegepersonal die gestaltende Haltung einnehmen soll und überlässt *ihr* damit möglicherweise die *Arbeit* der *Beziehungsgestaltung*.

Was aber meint nun *Beziehungsgestaltung*? Nach W. KISTNER (ebd.) beruht eine hilfreiche Beziehungsgestaltung durch das psychiatrische Pflegepersonal auf deren *Grundhaltung* zum psychisch Kranken. Über eine im *jeweiligen Kontext* für wünschenswert gehaltene Grundhaltung zu verfügen, bedeutet umgangssprachlich, die „richtige Einstellung“ zu haben. Bezogen auf die Grundhaltung in der Psychiatrie stellt sich die Frage, was von wem für richtig gehalten wird und wessen Auffassung sich jeweils durchsetzt. Spezifische Anforderungen an die Grundhaltungen psychiatrischer Pflege, von W. KISTNER benannt in Begrifflichkeiten wie „Warmherzigkeit“ (ebd., 7), „Fürsorglichkeit“ (ebd.) sowie der Zuständigkeit der Professionellen für ein „angenehmes zwischenmenschliches Klima“ (ebd.) mögen eine Privatheit von Beziehungen assoziieren oder aber auch einem Muster „guter Mütterlichkeit“ folgen. Mit letzterem ist ein Ensemble von Fähigkeiten in der Beziehungsgestaltung gemeint, welches auf der Grundlage primär der weiblichen

---

<sup>11</sup> Von „Mühsal“ in der Arbeit sprach K. Marx, siehe hierzu HISTORISCH-KRITISCHES WÖRTERBUCH DES MARXISMUS. Bd. 1, 2, Hamburg Berlin 1996, 4. Von dem „Bemühen“ der Sozialarbeit, die „Beziehungsarbeit und Konfliktarbeit“ sein will, spricht u.a. A. MÜHLUM (1997, 126,127).



Sozialisation in engen Beziehungen, paradigmatisch in der Mutter-Kind-Interaktion ausgelöst und aktualisiert wird (vgl. N. CHODOROW 1994). Eine Reduzierung auf diese Art von Grundhaltung droht den Aspekt von professioneller *Arbeit* zu vernachlässigen.

Zusammengefasst lässt sich demnach feststellen, dass Interaktionsstrukturen<sup>12</sup> wie sie in der Akutpsychiatrie stattfinden, durch die Paradoxien „Professionalität“ versus „Menschlichkeit“ gekennzeichnet sind. Hierin ist die strukturelle Antinomie formuliert, dass *Beziehungsarbeit* in der Psychiatrie also einerseits expertenhafte Wissensbestände einbringen soll, andererseits auf die Voraussetzung einer fürsorglichen Grundhaltung in der *Kommunikation* zurückgreift. Somit stellen sich in der Beziehungsgestaltung Widersprüchlichkeiten dar, von denen jede Gültigkeit beanspruchen kann. Wird sich jedoch einseitig auf „die Menschlichkeit“ (die keineswegs unterschätzt werden soll, hat sie doch wesentlich beigetragen zur Überwindung von pathogenen Auswirkungen des repressiven Anstaltsmilieus) in der Arbeit mit psychisch Kranken bezogen, wie tendenziell vielen sozialpsychiatrischen Ansätzen immanent ist, hier sei exemplarisch die allgemein „menschlich“ begründete „Begegnungslehre“ für psychiatrisch Tätige von K. DÖRNER/ U. PLOG („IRREN IST MENSCHLICH“) genannt, bleibt die *Beziehungsarbeit* mit psychisch Kranken unspezifisch.<sup>13</sup> Die sozialpsychiatrische Überzeugung von der „heilenden Kraft des Guten im Menschen“ (G. BRUNS 1988, 155), verbunden mit dem Appell an eine idealistische Grundhaltung und Einsatzbereitschaft, entspricht nicht der kruden Praxis in der Akutpsychiatrie, so dass die Frage aufgeworfen werden darf, welche „guten Gründe“ Mitarbeiter haben, sich den moralischen Attributen zur Beziehungsqualität zu verweigern beziehungsweise sich nicht auf diese reduzieren zu wollen.

Diese Frage soll in der vorliegenden Arbeit an verschiedenen Stellen erörtert werden. Hier sei die Annahme vorweggenommen, dass psychiatrisch Tätige in ihrer Arbeit mit psychisch Kranken spüren, dass selbst bei Anerkennung der gewünschten menschlichen Grundhaltung diese ganz offensichtlich nicht ausreicht, um mit psychisch Kranken, ihrem von der Norm abgerücktem Verhalten und Erleben, umzugehen.

<sup>12</sup> Der soziologische Terminus „Interaktion“ (lat. agere, actus, treiben, bewegen) meint hier jede Form von Austausch zwischen Personen. Bezogen auf die Psychiatrie meint dies z. B auch den Austausch von behördlichen und Patientenschriftstücken, Hinweisschildern auf der Station, ist also nicht nur auf face – to – face – Situationen beschränkt. Immanent ist der Interaktion als einer wechselseitigen Orientierung auch immer das Element des Spontanen und Unvorhersehbaren in der Begegnung.

<sup>13</sup> Siehe hierzu auch „Die neue Einfachheit oder die Entprofessionalisierung der Psychiatrie. Gegen den moralischen Pietismus in der DGSP“ (SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1981, Nr. 11)

Alltagssprachlich gesagt haben psychiatrisch Tätige es mit Menschen zu tun, die ihre Beziehungsstörungen<sup>14</sup> „mit in die Psychiatrie bringen.“ Die psychiatrisch Tätigen sind demzufolge konfrontiert mit dem *interaktionellen* Anteil der Störung des jeweiligen psychisch Kranken und den Auswirkungen auf die Kommunikation, die Erwartungen, die Interessen und die Interventionen. Wie sich der interaktionelle Anteil von psychischen Störungen aus psychoanalytischer Sicht darstellt, soll in den folgenden Kapiteln skizziert werden.

### 2.3 ZUM BEGRIFF DER „BEZIEHUNG“ IM PSYCHOANALYTISCHEN DISKURS

Wie in der Einführung bereits erwähnt, erscheint der psychoanalytische Diskurs hilfreich bei der Betrachtung von „Beziehung“<sup>15</sup> und ihrer Gestaltung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken in ihren unbewussten Dimensionen<sup>16</sup> so wie in ihrer Konflikthaftigkeit.

Werden zwischenmenschliche (Arbeits-)Beziehungen im Bezugsrahmen von Konflikthaftigkeit verstanden, sind im psychoanalytischen Diskurs nicht wie im alltagssprachlichen Verständnis „Kampf“ oder „Streit“ gemeint. Der Begriff „konflikthaft“ bezieht sich hier grundsätzlich auf das Zusammentreffen unterschiedlicher Menschen mit ihren je unterschiedlichen Gefühlen, Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen, (T. BAURIEDL 2002, 55). Die Betrachtung dieses Zusammenspiels zwischen unbewusster und konflikthafter Dynamik in Beziehungen findet sich in der Objektbeziehungstheorie und im Konzept Übertragung-Gegenübertragung, so dass aus diesen theoretischen Annahmen im Folgenden jene für die Akutpsychiatrie relevant erscheinenden Aspekte herausgegriffen werden. Um die Besonderheit in der Beziehungsdynamik zwischen den Interaktionspartnern zu verdeutlichen, werden anschließend intrapsychische und interpersonelle Abwehrbedürfnisse von psychisch Kranken und psychiatrisch Tätigen skizziert.

---

<sup>14</sup> „Beziehungsstörung“ meint zum Einen die unzureichende emotionale Entwicklung eines Kindes durch Fehlen hinreichender Beziehungen zu Beziehungspersonen, zum Anderen die Störung der Beziehung zwischen zwei Partnern, die miteinander in Beziehung stehen (vgl. Wörterbuch der Psychiatrie, Psychotherapie und medizinischen Psychologie, U.H. PETERS 1999).

<sup>15</sup> Bemerkenswerterweise taucht der Terminus *Beziehung* weder in den Werken S. FREUDS noch im „Vokabular der Psychoanalyse“ von J. LAPLANCHE und J.-B. PONTALIS (1967/1972) auf. Im PSYCHREMBEL (2002) wird lediglich die therapeutische Beziehung benannt, welche die Interaktion zwischen Psychotherapeut und Patient benennt. Wie W. BRÄUTGAM (1983, 127) expliziert, zwingen alle neueren Konzepte jedoch zu der Annahme, die Beziehung als wesentlichen Teil des therapeutischen Prozesses, hier des Interaktionsprozesses zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken, zu betrachten.

<sup>16</sup> Wer nur die Interaktion im Blick hat, unterschätzt potentiell die Bedeutung der unbewussten Prozesse, wie z.B. in der Theorie des Interaktionismus.

### 2.3.1 ZUM KONSTRUKT DER PSYCHOANALYTISCHEN OBJEKTBEZIEHUNG

„Der Mensch wird am Du zum Ich.“ Dieser philosophische Grundgedanke von M. BUBER findet sich auch in der Objektbeziehungstheorie wieder. Jene betrachtet nicht die Dominanz sexueller und aggressiver Triebe als ausschlaggebend für das Verstehen des Menschlichen, sondern seine zutiefst *soziale* Natur. Dass Objektbeziehungen Triebwünsche befriedigen, mindestens in gleichem Maße aber auch Bedürfnisse nach Sicherheit und Bestätigung der eigenen Identität, betont u.a. J. SANDLER (1983, 592). So sieht es auch D. W. WINNICOTT (1973, 1990), der die Bedeutsamkeit von Objektbeziehungen für die Selbstwerdung und den hiermit verbundenen Konflikten hervorhebt, wie sie bezüglich Autonomie und Abhängigkeit, Bindung und Selbstbehauptung erlebt werden. Aspekte des Selbst, so D.W. WINNICOTT (1966, 15), werden dabei in Beziehung zu verinnerlichten Repräsentationen erlebter hinreichender Fürsorge definiert. Die Internalisierung des Objekts als der/ dem signifikant Anderen sowie die mit dieser/ m verbundenen Interaktionsszenen, deren Verzerrungen durch *Wunschphantasien* und *Abwehrmaßnahmen* und die *Repräsentationen von Beziehungen* werden von den Objektbeziehungstheorien als maßgeblich für die auszubildenden Ich-Funktionen betrachtet.

Das Objekt kann als das aus der Begegnung mit einem Realobjekt (wie es für das Kind die ersten Bezugspersonen waren) im Inneren des Subjekts Gewordene verstanden werden. Somit beinhaltet das Objekt die *Struktur einer Beziehung* mit einem spezifischen affektiven Gehalt, welcher eine zentrale Rolle für die Gedächtnisspeicherung spielt. Das Objekt ist also immer in irgendeiner Form durch die Aktivierung der unbewussten Phantasien und später der sprachlichen Veranlagung Gestaltetes.

In der bedeutungsvollen *Beziehung* zu den Primärobjekten entwickelt sich die menschliche Kommunikation. Diese frühen Lebenserfahrungen schaffen offenbar die Voraussetzung für die Fähigkeit, sich kommunikativ mit einem anderen Menschen zu synchronisieren<sup>17</sup>. Dabei sichert die Fähigkeit zur Symbolisierung die Möglichkeit zur Teilnahme an sozialer Kommunikation. Möglicherweise entstehen spezifische Kommunikationsprobleme zwischen erwachsenen Personen auf der Grundlage einer mangelhaften Fähigkeit zur kommunikativen Einschwingung (vgl. R. RUDOLF 1993, 76). Viele psychische Störungen werden im Bereich der Repräsentanzen und der Symbolisierungsfähigkeit betrachtet (vgl. A. GREEN 1977). Es geht um den psychischen Bereich, der *zwischen* Selbst und Objekt liegt,

---

<sup>17</sup> Insbesondere die neuere Säuglingsforschung (vgl. hierzu M. DORNES, D. STERN) hat sich mit dem reziproken Zusammenspiel und frühen Formen von Intersubjektivität zwischen dem Säugling und der signifikant Anderen befasst.

also jenen Bereich, welcher sowohl *Verbindung* als auch *Trennung* von Subjekt und Objekt ermöglicht, ohne die Gefahr der Verschmelzung oder des totalen Verlustes.

Verschiedene Autoren haben sich mit den Mangel- und Verlusterfahrungen in den frühkindlichen Objektbeziehungen in ihren vielfältigen Erscheinungen und (pathologischen) Auswirkungen befasst (vgl. hierzu u.a. R. SPITZ 1965, M. MAHLER 1952, 1985, E. BALINT 1963). Beschrieben wurden in solchen Zusammenhängen z.B. scheinbar „objektlose“ und „ungebundene“ Menschen, deren „symbiotische Psychosen“ auf eine mangelhafte Trennung zwischen dem Selbst und der Mutter zurückgeführt wurden (M. MAHLER) oder „anaklitische Objektbeziehungen“, in welchen die andere Person nur als Mittel zur unmittelbaren Triebbefriedigung gebraucht wird (L. BELLAK/ L. SMALL 1965, 1972).

Aber um vermeintlich ursächliche Erklärungen von Beziehungsstörungen soll es hier nicht gehen. Bedeutsam für diesen Kontext ist die Annahme, dass psychische Störungen neben anderen Determinanten *auch* Ausdruck von frühkindlichen Bindungs- und Beziehungserfahrungen sein können, die sich als Störung im Kontakt zur eigenen Person und zur Welt äußern, was nicht bedeutet, dass der Grad der Störung in den Objektbeziehungen mit dem Schweregrad der manifesten Psychopathologie gleichzusetzen ist.<sup>18</sup>

Einen psychodynamischen Zugang zur Qualität der Objektbeziehungen und einer „Störung“ eines Menschen könnte man gewinnen, wenn man sich anschaut, wie ein Mensch mit anderen *in Beziehung* tritt und dessen Nähe-Distanz-Bedürfnis im Kontakt spürbar wird, so L. BELLAK/ L. SMALL (1972, 62). Durch physische oder affektive Absenz von Beziehungen in frühkindlichen sensiblen Entwicklungsphasen waren viele psychisch Kranke mit dem Verlust des „guten Objekts“ konfrontiert. Aus den zugrunde liegenden zentralen Beziehungserfahrungen, die ein Mensch macht, entsteht ein Gesamteindruck, wie die eigenen Bedürfnisse und Beziehungswünsche von den wichtigen Anderen angenommen oder zurückgewiesen werden, inwieweit man vertrauen kann oder misstrauen muss, wie viel Schutz, Unterstützung und Anerkennung die Anderen erwarten lassen und wie viel Bedrohung, Kränkung, Beschämung, Verletzung von Anderen ausgehen kann. Die zentrale Beziehungserfahrung wird im psychoanalytischen Verständnis als Grundlage späterer Übertragungsbereitschaften verstanden (G. RUDOLF 1993, 78). Nachfolgende Objektbeziehungen können sich daher durch Ambivalenzen auszeichnen, von BURNHAM (1969) als „Sehnsucht-Angst-Dilemma“ beschrieben: Einerseits besteht ein unstillbarer

---

<sup>18</sup> So berichten L. BELLAK/ L. SMALL (1972, 63), dass Menschen mit neurotischen Störungen eher narzisstisch besetzte Objektbeziehungen haben können, als psychotisch Erkrankte, welche teilweise über lange Zeit stabile Objektbeziehungen führen können.

Hunger nach Zuwendung, Bestätigung und dem verzweifelten Bemühen, sich andere Menschen zu sichern. Zugleich wird jedoch genau die hiermit verbundene Nähe und Verbindlichkeit befürchtet, in Ängstlichkeit, das Objekt wieder zu verlieren. Wird dieser Beziehungskonflikt aktualisiert, ist der psychisch kranke Mensch unentwegt damit beschäftigt, die Konstanz des aktuellen Objekts zu sichern. Die Beziehungen zu anderen Menschen sind nach psychoanalytischer Theorie bei Menschen mit schweren psychosozialen Problemen häufig nicht objektaler Art, bei der das Gegenüber als Individuum mit je eigenen Gefühlen und Bedürfnissen wahrgenommen und respektiert wird. Vielmehr können die Beziehungen von einer ausgeprägten Funktionalität mit narzisstischem Muster gekennzeichnet sein (U. RAUCHFLEISCH 1996, 16), in dem Sinne, dass das fragile Selbstwertgefühl ungebrochener Bestätigung und Stärkung von außen bedarf. Verweigert die andere Person diese Funktion und erfüllt die Grandiositätsvorstellungen nicht, mag sie für den psychisch Kranken unbedeutend werden oder aber auch eine Projektionsfigur für Gefühle der Enttäuschung und des Hasses. Latente paranoide Verarbeitungstendenzen können aktiviert werden und der psychisch Kranke erlebt sich „hilflos im Räderwerk“ (ebd., 42) einer von ihm feindlich und undurchschaubar empfundenen Welt. Wie G. BRUNS (1998) formuliert, ist die Einlassung auf eine Beziehung mit psychisch Kranken, hier vornehmlich Psychotikern und Patienten im Grenzbereich „ein anstrengendes Unterfangen,“ (ebd. 11) da diese Menschen, wenn überhaupt, nur zögernd auf ein Beziehungsangebot eingehen und zudem die Fähigkeit besitzen, andere Menschen in „strapaziöse und verwirrende Beziehungen“ (ebd.) zu verstricken, wie an verschiedenen Stellen dieser Arbeit noch thematisiert wird. Die Begegnungen zwischen psychisch Kranken und psychiatrisch Tätigen scheinen somit in erheblichem Maße bestimmt von intrapsychischen wie interaktionell-szenischen Aktualisierungen von Beziehungskonflikten. Hier wird die Notwendigkeit für die psychiatrisch Tätigen deutlich, um diese Dilemmata zu wissen und in der Akutpsychiatrie eine angemessene Antwort in der Beziehungsgestaltung zu finden.

### 2.3.2 ZUR ÜBERTRAGUNG UND GEGENÜBERTRAGUNG ALS PHÄNOMENE DER BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Bezugnehmend auf die im vorigen Kapitel skizzierten Beziehungskonflikte des psychisch Kranken mit den hiermit verbundenen Ambivalenzen, welche der Patient „mit auf die Akutstation bringt,“ kann von einer *Übertragung* des Patienten auf den psychiatrisch

Tätigen gesprochen werden. Was aber wird übertragen?

Dem Grunde nach treten Menschen mit ihren „Urerfahrungen“ (W. WINKLER 1971, 15), vorgeprägten Erwartungshaltungen, Einstellungen, Gefühls- und Handlungsbereitschaften in eine neue Beziehungssituation.

Verschiedene Autoren explizieren jedoch, dass es nicht ausschließlich die infantilen Gefühle und Einstellungen zu den vergangenen Objekten allein sind, die das Verhalten des psychisch Kranken bestimmen (vgl. R. KRAUSE 1997, W. WINKLER 1973).

Da auch psychisch Kranke lediglich in Teilen kindlich sind und zudem erwachsene Anteile haben, muss die Übertragung, ehe sie wirksam wird, „getarnt“ werden (R. KRAUSE 1997, 79), wie dies in Form von Inszenierungen geschehen kann.

In dem Ansatz der Tiefenhermeneutik<sup>19</sup> (A. LORENZER) wird davon ausgegangen, dass im seelischen Konflikt versprachtlichte Intentionen aus der Kommunikation ausgeschlossen werden im Sinne von Verdrängung. Durch den Verlust ihres lebendigen (wort)sprachlichen Charakters werden sie zu sogenannten desymbolisierten Klischees oder Zeichen, die sich vor allem körperlich mimisch-gestisch als Stereotype manifestieren können (vgl. M. Wolf 2001, 701). Dies bedeutet, dass in einer verstehenden Haltung die körpersprachliche Dimension des psychisch Kranken einbezogen werden muss, um dem folgen zu können, was er mitteilen will und was durch Verdrängung aus der Normalsprache exkommuniziert wurde. Die Übertragung intrapsychischer (pathogener) Kommunikations- und Handlungsmuster auf die spezifische Gestaltung der Situation durch den psychisch Kranken und psychiatrisch Tätigen wird auch als „Szene“ (A. LORENZER 1974)<sup>20</sup> bezeichnet. Die „Szene“ besteht in diesem Verständnis aus reproduzierten infantilen und/ oder traumatisch bedingten Vorerfahrungen der Interaktionspartner. Je nach der Relation von kreativ problemlösenden und konfliktabwehrenden Anteilen ist die „Szene“ eine flexible Gestaltung der Situation oder eine nicht adäquate Reproduktion von internalisierten früher erlebten Szenen (vgl. M. WOLF 2001, 705). Damit verweist die aktuelle „Szene“ zwischen

---

<sup>19</sup> J. KÖRNER (1980, 777) weist darauf hin, dass die Suche nach dem Sinn in der Entstellung und an der Entstellung der Sprache die Psychoanalyse seither als eine hermeneutische sinnkritische Wissenschaft kennzeichnet. Der hermeneutischen Betrachtungsweise liegt die Annahme zugrunde, dass sich nicht alle Wissenschaften auf ein Einheitsmodell zurückführen lassen, da spezifisch menschliches wie Sprache, also Rede oder Text interpretiert werden können. Somit geht es darum, wie der Interpret in der Lage ist, Gesprochenes oder Geschriebenes zu verstehen (vgl. A. SCHÖPF 2001, 278)

<sup>20</sup> Das „szenische Verstehen“ wird von A. LORENZER als intuitiver Gestaltschluss unterschiedlicher zuvor wahrgenommener Gestaltelelemente des Unbewussten bzw. unbewusster Übertragungsangebote durch den Psychoanalytiker angesehen. Auf dieser Grundlage gewinnt der Psychoanalytiker Hypothesen über die intrapsychischen Strukturen. Die „Szene“ meint in strengem Sinne die Gesamtheit der Aspekte der spezifischen psychoanalytischen Situation zwischen Analysand und Analytiker. Jenseits von der Psychoanalyse ist die Gestaltung einer „Szene“ als literarisches Konzept (als Schauspiel/ Theater) eine gestalthaft abgegrenzte, herausgehobene Handlungssequenz zwischen mehreren Personen.

psychiatrisch Tätigem und psychisch Krankem stets auf ein vorheriges Geschehen, welches wohl einmal real erlebt wurde, in der gegenwärtigen Situation aber als nachträglich gebildete Sinngestalt existiert. Der psychiatrisch Tätige nimmt diesen Aspekt des Patientenerlebens (unbewusst) in der *Gegenübertragung* wahr: Er mag sich vom Patienten manipuliert und gezwungen fühlen und reagiert darauf möglicherweise beziehungsunwillig und abwehrend.

Übertragung und Gegenübertragung sind alltägliche interpsychische Vorgänge, die in allen Kommunikationen erscheinen und ihre Bedeutung haben können.

Da sie jedoch im Kontext des Umgangs mit psychischer Erkrankung ein besonderes Gewicht erhalten, wird an dieser Stelle ausdrücklich hierauf eingegangen.

Unter *Übertragung* werden seit S. FREUD<sup>21</sup> (1985d, 1900a) im weitesten Sinne alle Phänomene der subjektiven Bedeutungszuschreibung innerhalb einer Begegnung mindestens zweier Personen verstanden. Ursprünglich systematisch im Kontext von Analytiker-Patient-Beziehung betrachtet, in welcher die *unbewusste Objektbeziehung*<sup>22</sup> vom Patienten in Szene gesetzt wird, sind Übertragungsphänomene in der gegenwärtigen psychodynamischen Betrachtungsweise nicht mehr an den analytischen Prozess gebunden (vgl. R. HEROLD, H. WEIB 2002, 758, 759) und zudem nicht mehr ausschließlich autonom im Patienten anzusiedeln.

Gegen die Simplifizierung der Ein-Personen-Psychologie wandte sich bereits M. BALINT (1956, 177; 1968, 172), der ausführte, dass Übertragungsphänomene durch die *Interaktion* von Subjekt und Objekt bestimmt seien.

Übertragungen können somit als allgemein menschliche Fähigkeiten verstanden werden, mit anderen *in Beziehung zu treten*. In dieser objektbeziehungstheoretischen Betrachtung rückt die Interaktion zwischen den Kommunikationspartnern als wechselseitiger und selbstbezüglicher Prozess in das Blickfeld: Therapeut und Patient sind Beobachter, die sich gegenseitig beim Beobachten beobachten und sich fortwährend im Prozess der wechselseitigen Beschreibung verändern. Was die Beteiligten tun oder äußern, wird wieder Bestandteil der Interaktion und reflektierenden Bedeutungszuschreibung (R. HEROLD;

<sup>21</sup> S. Freud konzeptualisierte die Übertragung des Patienten (als Wiederholung der Vergangenheit in der Gegenwart und Verzerrung der Realität und kurativen Faktor des Erinnerns) zunächst als scheinbar unabhängig vom Analytiker („Chirurgen- und Spiegelmetapher“, vgl. R. HEROLD; H. WEIB 2002), damit wurde die Übertragung positivistisch als intrapsychisches Konzept zur Rekonstruktion und Veränderung seelischer Krankheiten verstanden.

<sup>22</sup> Mit einer Analogie zur Kleinkindentwicklung lässt sich illustrieren, wie eine Übertragungssituation verstanden werden kann: als eine Objektverwendung analog der Beziehung in welcher das Kind seine Bezugsperson „verwendet.“

H. WEIß 2002, 767). Dabei besitzt eine situativ gefundene Interpretation der Beziehung allerdings keinen objektiv-deterministischen Realitätsgehalt, sondern eine Konstruktion von Wirklichkeit. Diese wird als *Konsenswirklichkeit* zwischen den Beteiligten durch Aushandlungsprozesse und Beschreiben der Regeln der Interaktion hergestellt und kann jederzeit zugunsten „einer besser passenden Konsens-Wirklichkeit“ (ebd.) aufgegeben werden.

Das Konzept *Gegenübertragung* beschreibt die korrespondierenden Prozesse im Therapeuten, mit denen dieser unmittelbar auf die Übertragungen des Patienten reagiert und meint damit die Gesamtheit der vor allem unbewussten aber auch bewussten Reaktionen<sup>23</sup> des Therapeuten. Jene können sich beispielsweise manifestieren in Phantasien, Stimmungen, Impulsen, Verhaltensweisen und Einstellungen (M. ERMANN 2002, 226, 227). Behielt die Gegenübertragung in der klassischen Auffassung S. FREUDS noch eine negative Konnotation mit der impliziten Aufforderung an den Therapeuten, seine Gegenübertragung in einer abstinenter Haltung<sup>24</sup> vollständig zu überwinden, wurde die umfassende Bedeutung dieses Phänomens im *Beziehungskontext* in der darauffolgenden Zeit von verschiedenen psychoanalytischen Schulen zunehmend erkannt.

Die *Kommunikationsfunktion* dieses Phänomens und die Verleugnung von Menschlichkeit in der *Abwehr von Gegenübertragungsgefühlen* beschrieb P. HEIMANN (1964, 483) im Kontext der von ihr betreuten Kontrollanalysen, bei denen deutlich wurde, dass psychiatrisch Tätigen unangenehm sein kann, wenn sie Gefühle für ihre Patienten entwickeln:

„Sie (die Ausbildungskandidaten, A.H.) waren so erschrocken und schuldbewusst, wenn sie irgendetwas für ihre Patienten empfanden, dass sie diese Gefühle durch Verdrängung und verschiedene Verleugnungstechniken abwehrten, zum Schaden ihrer Arbeit. Nicht nur gingen ihnen die feinere Wahrnehmung dessen verloren, was sich in der analytischen Situation ereignete, weil sie so sehr mit sich selbst beschäftigt, im Kampf mit sich selbst waren, sie griffen auch zu Abwehrmaßnahmen gegen den Patienten, verschanzten sich hinter der Theorie, (...). Daß ein großer Teil der Feindseligkeit, auf die sie sich konzentrierten, die Reaktion des Patienten auf diese Zurückweisung war, entging ihnen.“

P. HEIMANN (ebd.) stellte fest, dass die Gegenübertragung eine Inszenierung des Patienten im Therapeuten ist und insofern als ein Spiegel im Innern des Therapeuten betrachtet

<sup>23</sup> In der klassischen Auffassung zentrierte der Begriff der *Gegenübertragung* vor allem auf die unbewussten Reaktionen des Therapeuten, heute wird der Begriff meist „ganzheitlich“ gebraucht, also auch die bewussten Vorgänge erfassend, wie u.a. von H. RACKER (1997) vertreten.

<sup>24</sup> Hier merkt P. HEIMANN (1964, 490) an, dass sich der Therapeut gar nicht gänzlich abstinenter verhalten kann, da sich die Persönlichkeit des Therapeuten unvermeidlich durch seine Erscheinung, Gestik, Sprechweise, Einrichtung des Sprechzimmers usw. enthülle, dies biete dem Patienten Anhaltspunkte, an die er seine Gedankengänge und Phantasien knüpft.



werden kann. Somit lassen sich aus der Gegenübertragung Rückschlüsse auf die Übertragung ziehen, d.h. die Gegenübertragung kann als Manifestation dessen betrachtet werden, was der Patient nicht verarbeiten kann. Dies beschreibt den Mechanismus der projektiven Identifizierung. Folgt man der Idee der Indikatorfunktion der Gegenübertragung, stellt sich die Frage, wie zutreffend die Wahrnehmung bzw. die Interpretation durch den Therapeuten ist. P. HEIMANN thematisiert in diesem Zusammenhang die „irrationalen Erlebnisse“ (ebd., 492) des Therapeuten vor dem Hintergrund, dass jener „immer neurotische Reste“ (ebd.) zurückbehält und folglich die spezifischen Reaktionen des Patienten beeinträchtigen kann. Hier wird deutlich, dass der Therapeut den therapeutischen Prozess durch vielfältige subjektive Faktoren mitgestaltet.

Was P. HEIMANN für den psychoanalytischen Prozess expliziert, ist auch für die psychiatrisch Tätigen relevant. Sind die Beziehungen in der Akutpsychiatrie in der Regel auch nur von der kurzen Verweildauer der Patienten charakterisiert, erleben die Mitarbeiter die Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung in jeder Begegnung mit dem psychisch Kranken, ob sie dies wollen oder nicht. Sie haben in diesem Zusammenhang oftmals mit heftigen Affekten umzugehen, seien es solche der Ablehnung oder gelegentlich auch jene der Zuneigung, die, P. HEIMANN hat es beschrieben, den Therapeuten bzw. psychiatrisch Tätigen unangenehm sein können und abgewehrt werden.

Dem bewussten Erleben der Beteiligten gewöhnlich verborgen, spielen sich Übertragung und Gegenübertragung jedoch nicht nur zwischen psychisch Kranken und psychiatrisch Tätigen ab, sondern zudem in den Arbeiterteams sowie zwischen allen Beteiligten und der psychiatrischen Institution. T. POLLAK (1995, 58) spricht daher von der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung als einer „unbewussten Beziehung“.

Vereinfacht gesagt kann die Gegenübertragung von psychiatrisch Tätigen als eine vom Patienten induzierte, für ihn charakteristische Reaktion betrachtet werden.

Unter diesem Gesichtspunkt gibt die Gegenübertragung Aufschluss über die Übertragung und die unbewusste Erlebniswelt des psychisch Kranken. Die Gegenübertragung kann jedoch auch als eine vom Arbeiterteam charakteristische Reaktion auf einen Patienten aufgefasst werden. Unter diesem Aspekt gibt sie Aufschluss über das Unbewusste im Team.

### 2.3.3 ZU DEN BEZIEHUNGEN ZWISCHEN INTRAPSYCHISCHEN UND INTERPERSONELLEN ABWEHRBEDÜRFNISSEN

Folgt man der zuvor dargestellten Annahme, dass Übertragung und Gegenübertragung in ihrer inszenierten Form nicht nur eine Neuauflage einer historischen Beziehungserfahrung ist, (weil sie dann in ihrer Infantilität unmittelbar erscheinen würden und „durchschaubar“ wären, folglich ihre manipulative verführerische Kraft verlören), werden *Abwehrmechanismen* benötigt. Die intrapsychischen und interpersonellen Abwehrbedürfnisse, die in diesem Kapitel näher betrachtet werden sollen, sind nicht nur deshalb von Relevanz, weil sie ein Phänomen psychischer Erkrankung darstellen. Angenommen werden darf, dass auch die psychiatrisch Tätigen „gute Gründe“ haben, Abwehrmechanismen zu entwickeln. Hieraus kann der Schluss gezogen werden, dass dieses Phänomen die Beziehung gestaltet. Jedoch zunächst einmal, zum besseren Verständnis, eine Erläuterung zu den „Abwehrmechanismen.“

A. FREUD (1936) befasste sich mit dem Terminus der Abwehr<sup>25</sup> in der dynamischen Auffassung der Theorie der Psychoanalyse. Die Abwehr wird A. FREUD zufolge „für das Sträuben des Ichs gegen peinliche oder unerträgliche Vorstellungen und Affekte“ (ebd., 49) verwendet. Dabei haben bestimmte Neurosen feste Beziehungen zu bestimmten Abwehrtechniken. (ebd., 42). Die aus den Abwehrmechanismen resultierenden Verhaltensweisen der Person werden von ihr meist erfolgreich rationalisiert (W. MERTENS 1997, 55). Vermögen Abwehrmechanismen zunächst für eine indirekte Abfuhr und Entladung sorgen und somit regressive Teilbefriedigungen oder wenigstens Entspannung zu implizieren (S. MENTZOS 1996, 31), stellen sie als Problembewältigung jedoch „zweideutige Pseudolösungen“ (S. MENTZOS 1996, 15) dar, die auf Dauer zu Komplikationen führen und damit „per definitionem »suboptimal«“ (S.O. HOFFMANN, G. HOCHAPFEL 1999, 7) sind. Je nachdem „welche »Aufgaben« sie speziell zu bewältigen haben,“ (S. MENTZOS 1996, 58) können Abwehrprozesse vorwiegend bei Konflikten libidinöser und/oder aggressiver Triebregungen in Gang gesetzt werden oder aber auch zur Sicherung der Ich-Integrität und Identität gewählt werden wie dies bei Schutzmechanismen vor Scham oder Depressionsgefühlen infolge narzisstischer Kränkungen der Fall sein kann.

---

<sup>25</sup> Der Begriff der Abwehr wird später durch den der Verdrängung ersetzt, noch später wird wieder der Begriff der Abwehr verwandt und die Verdrängung wird in ihrer Bedeutung zu einem Unterfall der Abwehr als eine spezielle Form derselben (vgl. A. FREUD 1936: Das Ich und die Abwehrmechanismen, S. 50).

Zur Erhaltung eines psychoökonomischen Gleichgewichts und des Schutzes vor der bewussten Wahrnehmung potentiell unlustvoller Gefühle haben Abwehrmechanismen somit eine bedeutungsvolle Funktion für das Ich.

S. MENTZOS (1989, 1993) zufolge lassen sich neben den neurotischen auch psychotische Erlebens- und Verhaltensweisen als Versuche der Kompensation von Spannungen, Ängsten, Schuldgefühlen und existentiellen Verunsicherungen auffassen. Als Bestandteil von psychotischen Wahnhaltungen oder Sinnestäuschungen können Abwehrmechanismen als Bewältigungsversuche des psychisch Kranken verstanden werden, eine möglicherweise als unerträglich empfundene Leere und Einsamkeit in seinem Leben durch Ersatzbefriedigung auszugleichen – das produktive Symptom kann als *Beziehungersatz* dienen.<sup>26</sup>

Nach diesem Verständnis können auch sehr bizarr wirkende Verhaltensweisen von psychisch Kranken als für ihre Existenz und ihr Überleben sinnhaft hergestellte notwendige Bedeutungen haben.

Wie erkennbar ist, sind Abwehrmechanismen potentiell nützlich für *jede* Psyche.

Bedeutsam in den Begegnungen in der Akutpsychiatrie sind jedoch das gehäufte Auftreten und die besondere *interaktionale* Form bei psychisch kranken, insbesondere psychotischen Menschen. Sie bringen ihr „Anliegen“, wie im vorigen Kapitel bereits beschrieben, häufig verschlüsselt und in ausgestalteten „Szenen“ hervor, wobei das soziale Umfeld, wie hier „die Station“ szenisch einbezogen wird. Werden in den intrapsychischen Abwehrmechanismen die anderen Beziehungspersonen lediglich als psychische Repräsentanzen im Abwehrmechanismus lokalisiert und entsprechend manipuliert - wie beispielsweise im Erleben psychisch Kranker in einem projektiven Wahn von einer bestimmten Person schikaniert oder verfolgt zu werden - wählen Patienten, die ihre Projektion durch eine interpersonale Abwehrkonstellation ersetzen, hingegen real (unbewusst) andere Personen, die sie *tatsächlich* zu schikanieren suchen oder die (unbewusst) dazu veranlasst werden, den Patienten in irgendeiner Form „Schlechtes zu tun.“ Charakteristisch für die interaktional organisierten Formen der Abwehr ist, dass die Beteiligten nicht nur als psychische Repräsentanten, sondern zudem als reale Beziehungspersonen (oder auch „Objekte“) mit ihren realen Verhaltensweisen,

---

<sup>26</sup> Mentzos (1996, 67) weist darauf hin, dass interpersonelle Abwehrformen nicht den sonstigen psychotischen Abwehrformen gleichgesetzt werden sollten, da es sich offenbar um Abwehrformen handelt, welche vor psychotischer Fragmentierung schützen sollen. In diesem Verständnis vermag eine gut funktionierende interpersonelle Abwehr über einen bestimmten Zeitraum vor psychotischer Desintegration zu schützen (ebd.). Nach sozialpsychiatrischer Erfahrung haben psychotische Patienten weniger manifeste psychotische Episoden, wenn es ihnen gelingt, Beziehungen aufzubauen, in welchen Nähe/ Distanzbedürfnisse durch ein äußeres Arrangements oder auch einen Rahmens reguliert werden bei Anerkennung der psychotischen Angst vor Grenzverlusten und Fragmentierung durch zu große Nähe.

Eigenschaften und Handlungen zur (neurotischen) kompromisshaften Befriedigung von Bedürfnissen gewählt werden. Durch entsprechende unbewusst manipulative Verführungen, Rollenzuweisungen usw. kann durch die Beteiligten durchaus eine Komplementarität neurotischer Verhaltensweisen hergestellt werden, d.h. in einem reziproken Verhältnis wird die Abwehr des Einen (psychisch Kranken) durch den Anderen (psychiatrisch Tätigen) stabilisiert. Dabei scheint die *Externalisierung* ihrer innerseelischer Prozesse psychisch Kranken vielfach notwendig, um mit Hilfe der Außenwelt eine „drohende innere Katastrophe“ (R. HELTZEL 1994, 5) zu verhindern. R. HELTZEL (ebd.) zitiert den Psychoanalytiker P. C. RACAMIER, der die spezifisch psychotische Eigenschaft beschrieben hat, sich durch *Ausstoßung* von Teilen der eigenen Psyche existentiell zu versichern: „Die Psychotiker können die Außenwelt nicht entbehren, da sie diese nicht zu ihrem Vergnügen, sondern zu ihrer Abwehr brauchen. Die verschiedenen schizophrenen Beziehungsarten beruhen auf der Veräußerlichung (...).“

Der psychotische Mensch wirkt nach diesem Verständnis agierend auf die Psyche des Anderen ein, das „Hauptwerkzeug“ (ebd.) der „gegenseitigen Durchdringung“ stellt hierbei die *projektive Identifizierung* dar. Bei diesem Abwehrmechanismus manipuliert der psychisch Kranke zur Ausstoßung unerträglicher Selbst-Anteile seine Umgebung so lange, bis diese den eigenen Projektionsbedürfnissen entspricht (vgl. W. TRIMBORN 1983, 208). Die Betrachtung dieses Beziehungsaspekts wirft zwingend die Frage nach dem Umgang psychiatrisch Tätiger mit diesen Abwehrphänomenen auf. Dass sie ebenfalls mit je ihren Abwehrmechanismen agieren und reagieren, formuliert S. MENTZOS (1996,53):

“(Dabei, A.H.) sind es nicht nur die Patienten, die die Ärzte und das Pflegepersonal (und die Sozialarbeiter, A.H.) zu einem bestimmten komplementären Verhalten verführen; auch die Ärzte zwingen die Patienten zu einem bestimmten stereotypen Krankenverhalten, was der Abwehr eigener Ängste dient.“

## 2.4 FOLGERUNGEN FÜR DIE BEZIEHUNG: ANERKENNUNG DER ÜBERTRAGUNGS- UND ABWEHRPHÄNOMENE

In der Akutpsychiatrie treffen psychisch Kranke und psychiatrisch Tätige aufeinander in einer Situation, die von einer dramatischen Zuspitzung einer innerpersonalen, interpersonalen und somatischen Notlage des psychisch Kranken gekennzeichnet ist. Die psychiatrisch Tätigen sind hier gefordert, zu entscheiden, *was die Dringlichkeit* für psychiatrisches Handeln ausmacht, *womit* sie sich sofort *wie* beschäftigen müssen.

Im Bemühen, herauszufinden, worum es hier eigentlich geht und was getan werden muss, erscheint es - nach den bis hierhin aufgeführten Erkenntnissen - sinnvoll, dass die psychiatrisch Tätigen mit Aufnahme des Patienten eine *Beziehung* zum psychisch Kranken aufnehmen und zwar unabhängig von der zeitlichen Verweildauer des Patienten. Dabei geht es zunächst nicht um eine „Qualität von Tiefe“. Gefordert ist vielmehr ein Kontakt als ein Versuch, sich einzuschwingen auf den Anderen, ein *Sich-in-Beziehung-setzen* zu der aktuellen Lebenslage des psychisch Kranken und eine erste Form der *Kommunikation* zu finden, die *Interesse* für die Situation auszudrücken vermag. Hierbei stellt die „fürsorgliche Haltung“ eine bedeutsame Grundlage für die Beziehungsgestaltung dar, die nicht unterschätzt werden sollte, darauf reduziert, jedoch zu kurz greift angesichts der Konflikthaftigkeit in den Beziehungen.

Das Modell Übertragung – Gegenübertragung impliziert, dass zu dessen Psychodynamik immer alle Beteiligten gehören, d. h. es ist nicht nur der psychisch Kranke, der mit seinen „Beziehungsstörungen“ auf die Akutstation kommt (dass er dies tut, liegt nahe, unter anderem ist er deshalb in der Psychiatrie) und dessen unbewusster Konflikt sich auch in der Person des psychiatrisch Tätigen abbildet. Dass psychiatrisch Tätige mit ihren Phantasien, Wahrnehmungen und Erwartungen *ebenfalls* präsent sind, macht wesentlich die Konflikthaftigkeit in der Beziehungsgestaltung aus.

Für die Begegnung zwischen psychisch Kranken und psychiatrisch Tätigen ist daher die sorgsame Beachtung der eigenen Gegenübertragung von zentraler Bedeutung wie auch die Auseinandersetzung mit den „schützenden“ Abwehrmechanismen, welche beim näheren Hinsehen als ein *sozialer* Vorgang, ein Austausch zwischen Menschen erscheinen.

Erforderlich ist, dass Mitarbeiter lernen, ihre Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle (an)zu erkennen in dem Sinne, dass sie den erlebten Phänomenen nicht als unvermeidbarem Übel begegnen, welches nur spontan ausgelebt bzw. zwanghaft unterdrückt wird (G. BRUNS 1988, 157). Sinnvoller erscheint es, die mit der Übertragung oft heftigen Affekte der Ablehnung, gelegentlich aber auch der Zuneigung in die Arbeit zu integrieren und damit einen gefühlsmäßigen Zugang zum Patienten zu entwickeln. Möglicherweise gelänge es dann eher, dass sich die psychiatrisch Tätigen auf ihre Patienten einzustellen und einzustimmen vermögen und somit eine *Ahnung* davon gewinnen können, wie viel an Nähe und Distanz der psychisch kranke Mensch aushalten kann und wie seinem Bedürfnis nach Abhängigkeit beziehungsweise Autonomie begegnet werden kann.

### 3 AKUTPSYCHIATRIE IM KONTEXT VON GESELLSCHAFTLICHEM AUFTRAG UND SELBST-AUFTRAG

Der Rückgriff auf den psychoanalytischen Diskurs könnte den Eindruck erwecken, in der Akutpsychiatrie bräuchten lediglich die inter- und intrapsychischen Vorgänge hinreichend beachtet zu werden, um ein Verständnis für die Beziehungsgestaltung zwischen psychiatrisch Tätigem und psychisch Kranken im Mikrobereich Akutstation zu entwickeln. Diese Sichtweise erscheint jedoch zu verkürzt, berücksichtigt sie nur rudimentär den gesellschaftlichen Kontext, in dem akutpsychiatrische Arbeit stattfindet. Tatsächlich ist die Beziehungsgestaltung innerhalb der Psychiatrie nur in der Ergänzung zu verstehen, d.h. im Zusammenhang mit der Gesamtheit der historischen gesellschaftlichen Wirklichkeit, in der sie stattfindet. Die Annahme bezüglich dessen, wie im institutionellen Gefüge mit psychisch Kranken umgegangen werden soll, steht dabei in lebendiger Wechselwirkung mit den gesellschaftlichen Vorstellungen außerhalb der Psychiatrie und ist als eine Funktion konkreter Interessen zu betrachten, die komplementär zu denen der Gesellschaft wirken. Im Folgenden werden jene Kontextbetrachtungen herausgegriffen und spezifiziert, wie sie für den gesellschaftlichen Auftrag sowie für den Selbstauftrag von psychisch Kranken in der Akutpsychiatrie relevant erscheinen. Im Rahmen dieser Arbeit kann lediglich eine Ahnung von der hochverdichteten Komplexität dieses Feldes entstehen.

Dabei wechselt die Blickrichtung mehrfach. Bei der Betrachtung der Akutpsychiatrie in ihrer gesellschaftlichen Eingebundenheit mit den ihr zugewiesenen Aufträgen von Hilfe und Gewalt(-Kontrolle) wird zunächst das hiermit verbundene Spannungsfeld der unterschiedlichen Interessen untersucht. Ausgegangen wird hierbei von der Annahme, dass alle Beteiligten, die auf einer akutpsychiatrischen Station in Interaktion miteinander treten, ihre unterschiedlichen Vorstellungen haben hinsichtlich der Herkunft und Lösung der Problematik, wie sie der psychisch Kranke präsentiert. Alle am Geschehen Beteiligten sind unterschiedlich von der Problematik betroffen, sie haben verschiedenartige Interessen und auch ihr Verständnis der aktuellen Situation, des Kontextes mag differieren. Wo der psychiatrisch Tätige oder außenstehende Dritte die Idee haben könnten, dass der psychisch Kranke medizinisch, pflegerisch oder (sozial)pädagogisch *behandelt* werden soll, mag eben jener eine ganz andere Vorstellung haben, was in diesem Kontext geschehen oder nicht geschehen soll. Die Phantasien, Erwartungen und Hilfebedarfe von Patienten, ob unausgesprochen oder als Auftrag an die psychiatrische Klinik formuliert, werden hier als Selbst-Auftrag des psychisch Kranken verstanden.

### 3.1 AKUTPSYCHIATRIE IM KONTEXT VON HILFE UND KONTROLLE DER GEWALT

Das Dualismenpaar der Hilfe und Kontrolle kann als zentrales Prinzip des Sozialstaates betrachtet werden. Die Verbindung beider findet sich nicht nur in den Institutionen der psychiatrischen Arbeit, sondern durchzieht gesellschaftliche Bereiche wie die der Erziehung und der Haftanstalten sowie das gesamte System der Gesundheits(-Vor)sorge und – Versorgung so wie der staatlichen Sicherungsleistungen, in welche auch und gerade die Soziale Arbeit eingebunden ist. Diese Institutionen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie für potentielle individuelle und gesellschaftliche Konfliktfelder vorgefertigte regelhafte und somit schnell einsetzbare, allgemein anerkannte Bewältigungsstrategien bereithalten, wozu die Ausübung von Gewalt in bestimmten, zumeist gesetzlich legitimierten Grenzen nicht nur zugelassen, sondern auch gefordert wird (vgl. G. WIENBERG 1997, 17).

Die Psychiatrie stellt aus soziologischer Perspektive eine Disziplin dar, an welche die Regulierung auffälligen, unerwünschten oder auch abweichenden Verhaltens außerhalb der strafrechtlichen Zuständigkeiten übertragen wird. Trotz oder gerade wegen ihrer medizinischen Zugehörigkeit, ihres Selbstverständnisses als helfende und heilende Disziplin erweist sie sich als eng verflochten mit den gesellschaftlichen Macht-, Herrschafts- und Kontrollmechanismen.<sup>27</sup>

Die Psychiatrie kann als Übergangsbereich zwischen den beiden großen gesellschaftlichen Regulations- und Befriedungssystemen Polizei - Justiz und Medizin betrachtet werden. Beide sind für die Regulierung, Verwaltung, Kontrolle und Beseitigung unterschiedlicher Formen von unerwünschtem oder abweichendem Verhalten zuständig<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Das Verdienst, auf die Standortbestimmung der etablierten Psychiatrie durch Darstellung der Verknüpfung ihrer Funktionen mit gesellschaftlicher Gewalt aufmerksam gemacht zu haben, kommt der antipsychiatrischen (u.a. SPK) und der vornehmlich italienischen antiinstitutionellen Psychiatrie (u.a. BASAGLIA) der sechziger und siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts zu. Dabei positionierten sich die teilweise konträren Strömungen recht unterschiedlich, einige machten auf den Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und gesellschaftlichen Besitz- und Machtverhältnissen aufmerksam, andere nahmen keinen Bezug zur historischen Analyse, sondern bezogen sich auf zeitlose sozial- und massenpsychologische Prozesse ähnlich wie dies in der soziologische Betrachtungsweise E. GOFFMANS deutlich wird, welcher „Asyle“ (E. GOFFMAN 1973) als abstrakte, immer gleiche Sozialstrukturen losgelöst vom jeweiligen gesellschaftlichen Zusammenhang betrachtete.

<sup>28</sup> Ohne historisch länger zurückliegende Zeiten oder geographisch ferne Länder bemühen zu müssen, kann bis in die jüngste Zeit eine politische Funktionalisierung der Psychiatrie festgestellt werden. Erinnert sei hier an politisch Oppositionelle in DDR Zeiten oder in der BRD in den siebziger Jahren (vgl. hierzu G. BRUNS 1993). K. DÖRNER (1980) befasste sich eingehend mit der Kollaboration der psychiatrischen Wissenschaft mit politischen Interessen im Dritten Reich. In seinem Werk „Der Krieg gegen die psychisch Kranken“ macht K. DÖRNER deutlich, wie sich staatliche Gesundheitsbehörden und Krankenhäuser in ihrer systemimmanenten Logik loyal gegenüber der Politik von zwangsweiser Verlegung psychisch Kranker bis zu ihrer systematischen Vernichtung in Tötungsanstalten zeigten.

Gemeinsam ist beiden Systemen ihre Normorientierung, welche im Sinne und im Interesse der Herrschenden definiert wird und sich folglich je nach historischen Bedarfen wandelt. Erkennbar ist dies daran, dass jeweils benannt wird, welches menschliche Verhalten und Erleben (psychiatrisch) behandlungsbedürftig erscheint. In diesem Kontext spiegeln sich Vorstellungen von Normalität und Gesundheit ebenso wieder wie Annahmen, wovor eine Gesellschaft geschützt werden muss.

Vereinfacht formuliert ist Eingriffsanlass für das Polizei-Justiz-System die Abweichung von sozialen Normen, wie die „nach außen gerichtete Destruktivität.“ Für die Abweichung von einem Ideal physischer, geistiger und psychischer Integrität und eher „nach innen gerichtete Destruktivität“ wird das medizinische System zuständig erklärt, so G. BRUNS (1993, 215), der diese Verbindung aus seiner Sicht als Psychoanalytiker und Soziologe herstellt.

Die Psychiatrie positioniert sich zwischen beiden Systemen: Einmal hat sie einen medizinisch-therapeutischen Auftrag (Krankenhilfe, §39, Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V) nachzukommen, zum anderen einen Auftrag der Wahrung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (siehe PSYCHISCHKRANKENGESETZE der Länder). Insbesondere in den Bereichen der (Zwangs-)Unterbringung in ihrem Akut- und Forensikbereich ist die Psychiatrie eng mit staatlichen Gewaltfunktionen verwoben und bietet nach der Strafjustiz die vermutlich am häufigsten in Anspruch genommene Möglichkeit einer Realisierung des staatlichen Gewaltmonopols nach innen, wenngleich das medizinische System kein den Sanktionsmöglichkeiten des Polizei – Justiz-Systems formales Äquivalent besitzt.

Nach gesellschaftlichen Vorstellungen bedarf die Personengruppe der psychisch Kranken einer Sondergesetzgebung mit implizierter Sonderbehandlung an einem besonderen Ort, wie dies die reformierten Unterbringungsgesetze der Länder, die PSYCHISCHKRANKENGESETZE (PSYCHKG) vorsehen.<sup>29</sup> Entgegen der jahrhundertealten Tradition der Ausgrenzung und Entrechtung psychisch Kranker begründen sich die PSYCHISCHKRANKENGESETZE der Länder mit der Intention, für diese Personengruppe eine Gleichbehandlung mit den somatisch Kranken zu ermöglichen („Recht als Instrument zur Förderung der sozialen Integration“, R. FORSTER 1990). Durch Aufnahme der Regelung von Fürsorgemaßnahmen (Vor- und Nachsorge, ärztliche Behandlung während der Unterbringung) bleiben die reformierten

---

<sup>29</sup> G. Bruns (1993, 24 ff.) hat sich mit den rechtsgeschichtlichen Wurzeln der Landesunterbringungsgesetze im Preußischen Allgemeinen Landrecht beschäftigt und aufgezeigt, dass es vor der Reformierung dieser Gesetze keine „Spezialnorm“ für den Umgang mit psychisch Kranken gab. Ihre Behandlung durch die Polizei war festgelegt durch eine sicherheitspolitisch ausgelegte zur sog. Gefahrenabwehr, die fürsorgliche Aspekte kaum vorsah. Diese Gesetzeskonstruktion führte zu dem Begriff des „gemeingefährlichen Geisteskranken.“



Unterbringungsgesetze jedoch weiterhin Polizeigesetze mit der ihr zugewiesenen Aufgabe der „Gefahrenabwehr,“ wenngleich letzterer im Sinne der PSYCHKGS primär präventiv begegnet werden soll. Das Konzept der „Beseitigung der Störung“ wird nun, gesellschaftlich gewünscht, mit dem der Hilfe direkt verbunden<sup>30</sup>. Mit dieser Doppelfunktion entspricht die Akutpsychiatrie den Erfordernissen eines modernen Rechts- und Sozialstaates. Dadurch, dass die Psychiatrie insbesondere in ihrem Akutbereich neben dem reglementierenden disziplinierenden Arm noch eine „helfende Prothese“ (W. PECHER 2002, 63) bietet, kann sie, so G. BRUNS (1993, 227) auf einen hohen Grad gesellschaftlicher Zustimmung vertrauen, da in der öffentlichen Meinung vielfach psychische Krankheit mit „Gefährlichkeit“ in Verbindung gebracht wird.

### 3.1.1 AKUTPSYCHIATRIE IM DILEMMA DER DOPPELFUNKTION IHRES AUFTRAGS

Durch die Doppelfunktion ihres Auftrags als medizinisch-therapeutische Institution einerseits und als Ordnungsmacht andererseits befindet sich die Akutpsychiatrie in einem Dilemma: Im Auftrag der Gesellschaft arbeiten die psychiatrisch Tätigen an der Normalisierung und Rehabilitation von psychisch Kranken, die den sozialen Anforderungen des Gemeinwesens nicht gewachsen sind. Dabei sollen psychisch Kranke nach Abklingen „des Akuten“ durch die psychiatrisch Tätigen einerseits im Rahmen der sozialpsychiatrischen Stufenrehabilitation auf ihre Weiterverlegung auf eine andere Station bzw. auf ihre „Anbindung“ an Komplementäreinrichtungen vorbereitet und bei der Integration in ihre Gemeinde unterstützt werden (was sich aus dem Hilfeaspekt des Auftrags ergibt). Andererseits wollen eben diese „offenen“ gesellschaftlichen Bereiche wie die „offene“ psychiatrische Station oder die „offene“ Gemeinde geschützt werden durch einen Ausschluss des psychisch Kranken als *Exkommunikation* seiner real in die Handlung geratenen oder in der Phantasie vorhandenen aggressiven Impulse (was den Kontrollaspekt erfüllt). Daneben übt die Akutpsychiatrie, ähnlich wie die Forensik, durch Aussonderung gerade für diejenigen, die nicht in der Psychiatrie sind, eine besondere Funktion durch Schuldprojektion aus. Die „draußen“ können sich entlasten von eigenen tatsächlich begangenen oder phantasierten normverletzenden „verrückten“ Handlungen.

---

<sup>30</sup> Wie R. FORSTER (1990, 136) expliziert, ist die Geschichte der *Beziehung von Psychiatrie und Justiz* durch den Bedeutungsgewinn der Psychiater gekennzeichnet. Jene suchten (und suchen) sich von dem Gefahr-Begriff des Polizeirechts zu emanzipieren und rücken die aus ihrer spezifischen Sicht „medizinische Behandlungsnotwendigkeit“ des psychisch Kranken in den Vordergrund.

In dieser gesellschaftlichen Funktion schluckt die Akutpsychiatrie alle widerspruchslos, die man ihr liefert, besorgt ihre Arbeit weitgehend unauffällig, sorgt aber auch für Empörung, wenn eine vom psychisch Kranken ausgehende manifeste oder phantasierte Gefahr nicht rechtzeitig eingedämmt werden kann. Mit den verschiedenen Erwartungen und Affekten des doppelten Auftrags von Fürsorge und Kontrolle sind die psychiatrisch Tätigen unmittelbar konfrontiert: wenn beispielsweise in den Medien in einer bestimmter Weise berichtet wird über einen psychisch kranken Mieter, der über Jahre durch Vermüllung seiner Wohnung gesundheitsschädigend auf die übrigen Hausbewohner einwirkt und der bei anstehender Zwangsräumung seinen Suizid ankündigt (siehe hierzu HAMBURGER ABENDBLATT vom 26.10.00) oder über eine „manisch angetriebene“ Frau, die bei „nächtlichem Bar-Bummeln“ mehrfach schwere Körperverletzungen gegen andere verübte (siehe hierzu MORGENPOST vom 18.11.00) und das Ordnungsamt diese Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung durch Zwangseinweisung beantwortet, kann dies konkrete Auswirkungen auf die Art und Weise der psychiatrischen Behandlung haben. In diesem Kontext dürften die Öffentlichkeit oder auch: die Gemeinde, die Hausbewohner, die Angehörigen etc. die Forderung einer „Sicherheitsgarantie“ (R. HELTZEL 2003, 11) an den psychiatrisch Tätigen angesichts *zu erwartender* zukünftiger Übergriffe des psychisch Kranken richten:

Der zuständige Richter erwartet von den psychiatrisch Tätigen eine eindeutige Einschätzung bezüglich Selbst- oder Fremdgefährdung und entscheidet je nach Gesetzesgrundlage zum Wohle des Patienten bzw. der öffentlichen Sicherheit und Ordnung.

Der gesetzliche Betreuer fordert, seinem Auftrag entsprechend, dass auf der Akutstation ausschließlich zum Wohl des psychisch Kranken gehandelt wird ohne Berücksichtigung des öffentlichen Interesses nach Aufrechterhaltung einer gewünschten Normeinhaltung durch den Patienten.

Der psychisch Kranke selber hat in der Regel ein Interesse daran, die Akutstation so schnell wie möglich wieder zu verlassen, um seinem eigen(-sinnig)en Lebensentwurf zu folgen.

Und der psychiatrisch Tätige selbst? Er mag seinem Auftrag entsprechend Aufnahmen, Entlassungen und Verlegungen des Patienten geschickt organisieren und wünscht bei kurzer Verweildauer des psychisch Kranken eine Abstand wahrende, kontrollierende aber auch „offene“, „vertrauensvolle“ Arbeitsbeziehung. Zugleich fühlt er sich von den anderen „draußen“, die seine Arbeit „drinnen“ kontrollieren, bewertet und gesteuert, was sein Autonomiebedürfnis verletzt und zu Gefühlen von Wut und Ohnmacht führen kann (vgl. R. HELTZEL 2003, 11).

Es liegt nahe, dass das Spannungsfeld, was sich aus diesen und ähnlichen entgegengesetzten Interessenlagen und Anforderungen zusammensetzt (bezüglich dessen, was auf der Akutstation mit dem psychisch Kranken geschehen soll), Auswirkungen auf die Beziehungen und Beziehungsphantasien zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken hat. Der kollektive Prozess der Aussonderung zeigt sich auf verschiedenen Ebenen auch *innerhalb* der psychiatrischen Institution. Wie G. BRUNS (1993, 46) feststellt, haben Aussonderung und hiermit verbundene *Spaltung* zu einer Dichotomisierung in eher psychotherapeutisch ausgerichtete offene „Edelstationen“ und überwiegend „elende“ geschlossene Akut- und Langzeitstationen mit ihrem je spezifischen Klientel geführt. In Form von Sonderstationen wird dem Akutbereich innerhalb der Psychiatrie der „böse“ Teil zugewiesen und zugleich angekreidet: Indem die psychiatrisch Tätigen in der Akutpsychiatrie „das Schlechte“, das ihnen aufgetragen wird, aufnehmen, gelten sie nun selbst als „schlecht“ (G. BRUNS 1993, 47<sup>31</sup>). Diese Spaltung materialisiert sich auch in den jeweiligen unterschiedlichen materiellen und personellen Ausstattungen von „offenem“ und „geschlossenem“ Bereich.

In diesem Sinn vermögen sich „offene“ Stationen tendenziell als idealisierbar, schützend und kurativ darzustellen, geschlossene Akutstationen hingegen sind eher entwertbar, verfolgend und kustodial auszulegen. G. BRUNS (1993, 46) beschreibt diesen Mechanismus aus psychodynamischer Sicht für einen bedeutenden Gegenstand der Psychiatrie, den psychotischen Erkrankungen, hier insbesondere jene aus dem Bereich der Persönlichkeits- und Borderlinestörungen sowie aus dem schizophrenen Formenkreis. Diese Menschen suchen in ihrer Wahrnehmung oftmals „das Böse“ in sich abzuwehren durch Mechanismen wie Verleugnung, Projektion, Idealisierung und Entwertung. So scheint die Struktur ihres Gegenstandes die Struktur der Psychiatrie mitzubestimmen und dessen Dynamik scheint eine analoge Dynamik in ihr zu induzieren.

T. BAURIEDL (2002, 56) betrachtet die Spaltungsprozesse, die in der Regel mit Entwertungsprozessen einhergehen, auf der *Beziehungsebene* zwischen psychisch Kranken und psychiatrisch Tätigen. In unterschiedlichem Ausmaß besitzen diese die Struktur: „»Entweder-Oder«. Entweder gut oder böse, entweder du oder ich. Entweder ich bin klein, abhängig oder ausgeliefert oder du bist es.“ Entsprechend werden Übertragungen des

---

<sup>31</sup> Dabei besteht die Gefahr, dass psychiatrisch Tätige ihr Gewordensein, die eigenen prägenden Modelle und das eigene Gewalterleben in der Akutpsychiatrie nicht hinreichend reflektiert haben und sie sich in belastenden und überfordernden Arbeitssituationen eingerichtet haben. „Der geheime Stolz“ (P. GROMANN 1997, 167), mit den schwierigsten Patienten zurechtzukommen, hat eine große Bedeutung für das Selbstbild insbesondere langjähriger Mitarbeiter auf psychiatrischen Akutstationen.

psychisch Kranken die Beziehungen prägen, die den psychiatrisch Tätigen als Verbündeten gegen die mächtige Institution phantasieren oder Übertragungen, welche die Macht des psychiatrisch Tätigen als Repräsentanten des kontrollierenden Systems Akutpsychiatrie oder des Gesellschaftssystem allgemein betonen, wie W. PECHER (2002, 65) feststellt.

### 3.1.2 DIE STRUKTURELLE ASYMMETRIE IN DEN BEZIEHUNGEN

Wie aufzuzeigen versucht wurde, ist die psychosoziale Arbeit in der Akutpsychiatrie durch dialektische Spannungen zwischen Hilfe und Kontrolle charakterisiert. An dieser Stelle soll nun herausgearbeitet werden, was der Kontrollauftrag der Psychiatrie für die *diskursive Verständigung* als Bestandteil der *Beziehung* zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken bedeutet.

Folgt man M. FOUCAULTS (1977, 1997) sozialhistorischer Auseinandersetzungen zur Frage nach den zeitgenössischen Formen sozialer Kontrolle als moderne Machtformen, liegt die *Gestaltung der Diskurse*, welche mit der *Definition der Beziehung* zum psychisch Kranken verbunden ist, in der Macht der psychiatrisch Tätigen. Macht in ihrer Bedeutung als soziale Kontrolle, d.h. als Durchsetzung einer Norm gegen den psychisch Kranken als Normbrecher unter Rückgriff auf die Machtressourcen und bürokratischen Regeln der Organisation Psychiatrie (vgl. S. STAUB-BERNASCONI 1994, 24)<sup>32</sup>, kann sich im Stationsalltag unterschiedlich äußern und dies durchaus fließend im Übergang zwischen Hilfe und Gewalt (Kontrolle). M. EINK (1997, 11) spricht in diesem Zusammenhang von *subtilen* Machtformen und „fürsorglicher Belagerung“, R. QUINDEL (2002,131) nennt es „sanftere Kontrolle“<sup>33</sup>. Die Akutpsychiatrie kontrolliert, selektiert und organisiert die Produktion des Diskurses, denn dieser bedeutet eine Macht, die dazu befähigt, „Wirklichkeit“ zu

---

<sup>32</sup> S. STAUB-BERNASCONI (1994, 19,32 ff.) unterscheidet in ihrer systemtheoretischen Sichtweise zwischen *Begrenzungsmacht* und *Behinderungsmacht*. Für die Akutpsychiatrie als Kontrollinstanz dürften *Behinderungsprinzipien*, konzipiert für sozial abweichendes, dysfunktionales Verhalten, relevant sein –durch Ausstattungsunterschiede und Beziehungsasymmetrien gelingt es psychiatrisch Tätigen, diese zu ihren Gunsten zu funktionalisieren und zu stabilisieren u. damit ihre je eigene Ausstattung zu maximieren- die sich aus diesen Strukturierungsregeln ergebenden sozialen Probleme stellen sich als Benachteiligung/ Sanktionen bzw. Privilegierung dar. Für die Akutpsychiatrie gilt, dass bei Entzug aller nur denkbaren Ressourcen, sofern er zur Disziplinierung nicht ausreicht, manifeste direkte Gewalt angewendet werden kann.

<sup>33</sup> Die gleiche Begrifflichkeit benutzt auch S. Staub.Bernasconi 1994, 25

produzieren<sup>34</sup> (M. FOUCAULT 1997, 11) und Realität zu definieren. In diesem Zusammenhang stellt die Akutpsychiatrie die *Regeln, Praktiken und Prozeduren der Eingrenzung und der Ausschließung* bezüglich des Umgangs mit psychisch krankem (störenden) Verhalten auf:

Die Macht der Mitarbeiter besteht beispielsweise in den Möglichkeiten, Entscheidungen über den Zugang zu Ressourcen wie materielle Unterstützung oder Initiierung, Forcierung und Ablehnung von Therapieplätzen zu treffen, sie entscheidet über die Art und Weise, wie miteinander gesprochen wird und worüber und welche Anteile des psychisch Kranken aus der Beziehung *ausgegrenzt* werden.

Hier darf die Frage gestellt werden, wo die Akutpsychiatrie in ihrem Mikrobereich die Grenze zwischen tolerierbaren und zu sanktionierenden Verhaltensweisen zieht und wohin sie den *ausgeschlossenen unvernünftigen* Diskurs ortet.

Bedeutsam erscheint in diesem Kontext, dass die Herrschaft über den Diskurs keine Privatangelegenheit der psychiatrisch Tätigen ist, vielmehr werden jene in Aus- und Fortbildung, eingebettet in den historischen Kontext und in den täglichen Routinen *Teil des Diskurses*, indem sie diesen *reproduzieren* (R. QUINDEL 2002, 131). Und auch der psychisch Kranke *reproduziert* den Diskurs durch möglicherweise diverse Therapie- und Klinikerfahrungen. Beide Beteiligten können sich endlos in diesen vertrauten ritualisierten Mustern bewegen, sie können in kritischer Betrachtung des klassischen psychiatrischen Diskurses diesen jedoch anders zu gestalten suchen. Die psychiatrisch Tätigen tun dies zuweilen, indem sie versuchen, sich zwischen den beiden Polen Hilfe und Kontrolle zu verorten. Sie suchen dabei nach Wegen, im konkreten psychosozialen Handeln diesen Antagonismus dualistisch aufzulösen. Praktisch kann sich dies darstellen zugunsten einer

Überbetonung der Bedürftigkeit und Rechte von psychisch Kranken mit der Tendenz zur Überfürsorglichkeit einerseits und oder einem Kontrollbedürfnis mit zynisch anmutender Ignoranz andererseits. R. D. HEMPRICH und K.P. KISKER (1999, 35 ff) schildern ihre Erfahrungen aus einer teilnehmend-verdeckten Beobachtung auf einer Akutstation:

„Die Pflegerstaffel (...) torpedierte die Gruppenarbeit mit überlegen-verächtlichen Bemerkungen. Sie wahrte eine Umgangs-Uniformität, welche keine verstehende Unterhaltung, keine Frage nach dem Befinden oder eine mitfühlende Aufmunterung zuließ. Die Verbalisierung der Pfleger beschränkten sich auf die routinemäßige Stationsarbeit, auf knappe Hinweise, (...). Der

---

<sup>34</sup> Indem immer mehr Bereiche des öffentlichen, politischen Lebens zum Gegenstand wissenschaftlichen Forschungsdrangs werden, wuchern die Diskurse der Medizin, Pädagogik, Psychologie. Sie konstruieren und definieren das, was als normal und was als abweichend gilt (vgl. R. QUINDEL 2001).

umfangreichste Kontakt während dieser sechs Wochen war die Zehn-Satz-Unterhaltung eines Pflegers mit Patient 5 über Zigaretten. Die Grunderfahrung des Beobachters war diejenige der *toten Station*.“ (R. D. HEMPRICH, K. P. KISKER 1999, 36, Hervorhebung der Autoren, A.H.).

Ein gegenteiliger Effekt wäre, die mögliche Absicht einzelner psychiatrisch Tätiger, solch einer Asymmetrie entgegenzuwirken im Versuch, eine scheinbar demokratische und gleichberechtigte Beziehung zum psychisch Kranken herzustellen und ihre Beteiligung an Ordnungs- und Kontrollfunktionen zu negieren, indem der Machtaspekt auf „die Institution“ bzw. den gesetzlichen Auftrag und ähnliche Konstrukte verschoben wird.

So fordert beispielsweise U. EBERT (1996, 8), Sozialpädagogin, in der Arbeit mit psychisch Kranken „symmetrische Beziehungen“ zu gestalten, was nach ihrer Auffassung nur gelingen kann, wenn der psychisch Kranke als „attraktiver Tauschpartner mit Wert“ (ebd.) erkannt und anerkannt wird. Hier droht die Sozialarbeit mit ihren vorherrschenden Aspekten der Fürsorge die gewaltfreien „guten“ Seiten menschlichen Lebens für sich in der Beziehungsarbeit reservieren zu wollen, den eigenen Beitrag dabei gern überhöhend, mit dem Gestus des Humanen und Sozialen verknüpft und den „vorgeblich unsittlichen oder mindermoralischen Einstellungen“ anderer Berufsgruppen entgegen gesetzt (A. MÜHLUM 1997, S.103).

Dringlicher wäre es aber, so S. STAUB-BERNASCONI (1994, 25), sich einzulassen auf eine realitätsgerechte, differenzierte und nicht klischeebesetzte Auseinandersetzung mit Macht als einer der wichtigsten Aspekte in sozialen Beziehungen. Die kritische Betrachtung der strukturell gesetzten Grenzen erfordert vielmehr kollektives und politisches Handeln denn individueller Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Denn berücksichtigt der psychiatrisch Tätige die strukturelle Asymmetrie in der Beziehung zum psychisch Kranken nicht, besteht die Tücke, dass er die Beziehung individualisiert – und damit suggeriert, dass die Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigem und psychisch Krankem „demokratisch“ und „partnerschaftlich“ sein kann, wenn sich er sich nur darum bemüht“ (R. QUINDEL 2002, 131). Der Patient mag in solch einer exklusiven Form der Beziehung zum psychiatrisch Tätigen dazu verführt werden, mehr Nähe und Vertraulichkeit zu entwickeln als gegenüber „klassischem“ Psychiatriepersonal (wie langjährige Pflegekräfte), welches von seinem Selbstverständnis her eher auf Distanz ausgerichtet ist..

### 3.1.3 VOM UMGEHEN UND UMGANG MIT GEWALT IN DER AKUTPSYCHIATRIE

Wie gezeigt wurde, wird der Akutpsychiatrie der „Gewaltanteil“ von psychischer Krankheit zugewiesen. Mit Aufnahme des Patienten sind es nun die psychiatrisch Tätigen, die mit Phänomenen von phantasierter oder agierter Gewalt, Fremd- und Selbstaggression, Zerstörung an Körper oder Dingen sowie mit der korrespondierenden Seite von Angst, Wut und Hass in der Gegenübertragung zu tun haben, wenn sie in der Beziehungsgestaltung und –dynamik mit den psychisch Kranken und *deren* aus der Gemeinde exportierten Konflikten (G. BRUNS 1997, 102) konfrontiert werden.

Mit diesem „Spannungsfeld“ müssen psychiatrisch Tätige *umgehen*.

*Umgehen* kann hier in Anlehnung an J. STAIGLE (1997, 13), einem Sozialarbeiter des VEREINS FÜR PSYCHOANALYTISCHE SOZIALARBEIT, zum einen in dem Sinne verstanden werden, wie mit Gewalt *umgegangen* werden kann oder aber wie sie *umgangen* wird.

Hierfür steht der Akutpsychiatrie eine Palette verschiedener Umgangsformen zur Verfügung, von den bereits erwähnten subtilen Formen der Kontrolle bis zur Anwendung von manifester Gewalt. Mit letzterer soll in den beiden folgenden Kapiteln eine Auseinandersetzung stattfinden auf der Folie, dass Gewalt in der Psychiatrie mehrfach determiniert ist und je nach Blickwinkel unterschiedlich gedeutet werden kann.

Der Psychiater R. DU BOIS (1992, 40) hat sich mit den institutionellen und *interpersonellen* Aspekten der Beziehungsdynamik von Gewalt in der Psychiatrie befasst. Er beschreibt die psychiatrischen Beziehungspartner in einem Dreieck: Auf der einen Seite stehen die Patienten, von denen aus Aggressionen und Gewalt in der Regel definiert und abgeleitet werden. Auf der zweiten Seite steht der gesellschaftliche Kontext der Behandlung, wie er sich in der institutionellen Umsetzung widerspiegelt. Auf der dritten Seite befinden sich die psychiatrisch Tätigen, welche sich als Gewalt erleidend und Gewalt ausübend erleben. Ihr Erleben und Verhalten definieren und rechtfertigen sie zum Teil stärker über die Institution und teilweise mehr über die individuelle Beziehung zum Patienten und dessen eigentümlichen Verhalten.

All diese Dynamiken - mit ihren bewussten wie unbewussten Dimensionen - bedingen und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. R. HELTZEL 2003, 7). Eine Ahnung von ihrer beträchtlichen Komplexität soll durch die folgende exemplarische Darstellung

institutioneller und interpersoneller Gewalt entstehen, wie sie sich u.a. in der Zwangseinweisung und in Zwangsbehandlungsformen wie Fixierung und Isolierung darstellt.

### 3.1.3.1 DIE PSYCHIATRISCHE ZWANGSEINWEISUNG

Die Frage, ob ein als psychisch krank geltender Mensch zwangseingewiesen wird, ist nicht willkürlich von „der Gemeinde“ zu entscheiden, die sich beispielsweise durch einen psychisch kranken Menschen gestört fühlt. So sieht es zumindest die Rechtsgrundlage vor. Die Zwangseinweisung (ZE) muss einer gerichtlichen Prüfung standhalten, wie in den beiden folgenden Kapiteln auszugsweise unter Berücksichtigung des öffentlich-rechtlichen Unterbringungsrecht dargelegt wird. Des weiteren soll herausgearbeitet werden, was es bedeutet, durch eine ZE in eine Situation zu kommen, die, der Rationalität von „Sicherheit“ geschuldet, den psychisch Kranken auf der Akutstation in soziale Isolation drängt.

Bei erheblicher Selbstschädigung oder Schädigung anderer Personen *aufgrund* einer psychischen Krankheit und wenn diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann<sup>35</sup>, kann bei polizeirechtlichem Ausgangspunkt auf Grundlage der Unterbringungsgesetze bzw. in reformierter Form der PSYCHKGs der Länder „das einschneidendste Mittel (...) gegenüber psychisch kranken Personen, Geistigbehinderten oder Süchtigen“ (W. REICHEL 2000, 294) zur Anwendung kommen: eine *Zwangseinweisung*, in juristischer Terminologie *Unterbringung*.<sup>36</sup>

Eine „Unterbringung“ im Sinne des HAMBURGER GESETZES ÜBER HILFEN UND SCHUTZMAßNAHMEN BEI PSYCHISCHEN KRANKHEITEN (HMBPSYCHKG) liegt begrifflich dann vor,

<sup>35</sup> Dies erfüllt die Voraussetzungen einer Unterbringung nach § 9 HmbPsychKG.

<sup>36</sup> Eine Unterbringung ist zudem bei zivilrechtlichem Ausgangspunkt auf Grundlage des BGB, hier konkret des Betreuungsgesetzes (BtG) möglich. Zwischen den gesetzlichen Regelungen des BtG und den Unterbringungsgesetzen der Länder bestehen generelle Unterschiede hinsichtlich Zielsetzung, Adressatenkreis etc., eine Auseinandersetzung hiermit würden einen eigenen Bearbeitungsrahmen erfordern. Insgesamt kann die Einschätzung getroffen werden, dass die freiheitseinschränkende Maßnahmen auf Grundlage der PSYCHKGs wesentlich einschneidender für den psychisch Kranken sind als jene auf Grundlage des BGB, da hier „das Wohl des Betreuten“ im Vordergrund steht und nicht die Interessen der Öffentlichkeit (vgl. hierzu u.a. JÜRGENS/ KRÖGER/MARSCHNER/WINTERSTEIN 1999: Das neue Betreuungsrecht, BIENWALD 1999: Betreuungsrecht, Kommentar zum BTG/BtBG, ALPERSTEDT 2000: Die Unterbringungs Voraussetzungen und ihre Anwendung in der Praxis. In: BETREUUNGSPRAXIS 3/2000, S. 95).



„(...) wenn eine Person gegen ihren natürlichen Willen in den abgeschlossenen Teil einer psychiatrischen Krankenhausabteilung oder in eine sonstige geeignete Einrichtung eingewiesen wird oder dort verbleiben soll. Eine Unterbringung liegt auch dann vor, wenn einer Person untersagt wird, eine nicht abgeschlossene Einrichtung der in Satz 1 genannten Art zu verlassen, oder wenn sie daran gehindert wird.“ (§ 9 HMBPSYCHKG vom 1995).

Im Gesetzestext wird deutlich, dass bei der Unterbringung, die im juristischen Sprachgebrauch nahezu ausschließlich mit Freiheitsentziehung in Verbindung gebracht wird, *nicht* die Art der Bezeichnung entscheidend ist („geschlossenen Station“), sondern die *tatsächliche* Freiheitsbeschränkung/Entziehung wie sie auch auf „offenen“ oder „halboffenen“ Stationen angeordnet werden können, so beispielsweise durch Festhalten des psychisch Kranken auf beschränktem Raum, Anbringen von Bett- oder Stuhlgittern, durch ständige Überwachung, Verhinderung des Kontakts nach außen, durch Sicherheitsmaßnahmen, Verhinderung von Möglichkeit des freien Zutritts, absoluter Verweigerung von Ausgang bzw. nur unter Aufsicht, Androhung von Sanktionen für den Fall des Entweichens (siehe weiter Kapitel 3.1.2.2).

Eine Unterbringung bedeutet somit einen manifesten Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Grundrecht auf die Freiheit der Person sowie auf die körperliche Unversehrtheit. In diese Freiheitsrechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden (Art.2 Abs.1). Damit sind psychisch Kranke (sowie geistig behinderte und süchtige Menschen, die durch die Auswirkung ihrer Behinderung oder Krankheit ihr Leben oder das anderer ernsthaft gefährden, A.H.) in rechtsstaatlichen Demokratien die einzigen Personen, denen Freiheit entzogen werden darf, ohne dass sie eine Straftat begangen haben (A. FINZEN, H. J. HAUG, A. BECK, D. LÜTHY 1993, 13).

Gemäß Art. 104 Abs. 2 GG hat über Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung nur der Richter zu entscheiden, der bei seiner zu treffenden Prognose bezüglich eines Unterbringungsbeschlusses jedoch auf die Mitwirkung des psychisch Kranken (im Rahmen einer persönlichen Anhörung) sowie der diagnostischen Einschätzung des behandelnden Arztes angewiesen ist. Allerdings ist die juristische Kontrollfunktion unter bestimmten, in der Akutpsychiatrie jedoch fast regelhaften Umständen eingeschränkt bzw. wird sie ausgehebelt: solch ein besonderer Umstand ist die „sofortige Unterbringung“ nach §12 HMBPSYCHKG. Diese Gesetzesgrundlage zeichnet sich durch ein schnelleres Verfahren aus, vorgenommen durch „die zuständige Behörde“ (ebd.) ohne vorherige Richtereinschaltung bei Annahme einer „gegenwärtigen Gefahr“ (ebd.), „die nicht anders abgewendet werden kann“ (ebd.). Allerdings muss die Gefahr „erheblich“ sein, was bedeutet, dass nicht jede Gefährdung eines Rechtsgutes Anlass für eine Unterbringung sein kann. Es wird der

Öffentlichkeit durchaus die Hinnahme eines „geringen Gefährdungspotentials“ durch einen psychisch kranken Menschen zugemutet, wie beispielsweise eine bloße Belästigung (vgl. W. REICHEL 2001, 293).

Hier darf die Frage gestellt werden, wer „Gefährdung“ oder „bloße Belästigung“ definiert bzw. wer sich hier durch was gestört fühlt.

In Bezug auf menschliche Verhaltensweisen ist „Gefährlichkeit“ weder ein rechtlicher noch ein medizinischer Begriff, vielmehr bewegt er sich im Bereich subjektiver Einschätzungen des „Risikoreichen“, so dass fast notwendigerweise Paradoxien und Willkür das Handeln aller Akteure beeinflussen. Folgt man der Einschätzung G. BRUNS (1993, 161), dass es sich bei der Bescheinigung der Gefährlichkeit um ein „legitimierendes Konstrukt“ handelt, um störendes Verhalten zu *maßregeln*, wird nachvollziehbar, mit welchen möglichen Phantasien und korrespondierenden Affekten psychiatrisch Tätige aus ihrem vermeintlich sicheren Stand der Normalität, dem Schutz institutionell vorgegebener Rollen und „professionellen Wissens“ der Fremdheit abweichenden Verhaltens und/oder psychotischen Wahns im Akt der ZE begegnen können. Durch seine Unbestimmtheit erlaubt der Begriff der „Gefährlichkeit“ die Integration jeweiliger subjektiver Normenvorstellungen, wie sie sich in der Gemeinde und im institutionellen Gefüge finden.

Kann festgestellt werden, dass nahezu allen neu aufgenommenen Patienten auf einer psychiatrischen Akutstation grundsätzlich ein gewisser psychiatrischer Zwang zugemutet wird, so durch bestimmte Sicherheitsstandards auf der Station, wie verschlossene Fenster und Türen, permanente Überwachung des Stationsgeschehens durch Monitore, fortwährende Präsenz von einer bestimmten Personalstärke in der Glaskanzel, spezifischen Prozeduren bei Klinikaufnahme wie Abnahme persönlicher Gegenstände, unverzügliche (Zwangs-)Medizierung, Verbot von Ausgang etc. (zu den institutionellen Bedingungen siehe auch Kapitel 5), können psychiatrisch Tätige im Stationsalltag jedoch entscheiden, ob sie während der Unterbringung des psychisch Kranken *zusätzliche* freiheitseinschränkende bzw. Zwangsmaßnahmen wählen. Diese Maßnahmen können im Sinne des Gesetzes ausgelegt werden als medizinisch-therapeutische Hilfe, denn mit (Zwangs-)Einweisung haben psychisch Kranke nach § 16 HMBPSYCHKG den Anspruch auf eine Heilbehandlung „nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst“ (ebd.). Unter „Heilbehandlung“ kann auch eine Zwangsbehandlung subsumiert werden.

Viele psychisch Kranke und sich selbst so bezeichnende Psychiatrie-Erfahrene berichten, sich bei einer Unterbringung der Willkür der psychiatrisch Tätigen ausgeliefert, dabei oftmals missverstanden und ohnmächtig zu fühlen (vgl. hierzu u.a. W. VOELZKE 1998, K. KEMPKER 2000). Vielen geht es in der akuten Krise so schlecht, dass sie in der Aufnahmesituation ihre Bedürfnisse und Interessen nicht wirkungsvoll vertreten können. Eine Psychiatriepatientin beschreibt es so:

“Ich kann für meine Person sagen, dass ich bei den mehrmaligen Aufnahmen in die geschlossene Abteilung des LKH sehr »durcheinander« war und meinen Willen nicht mehr äußern konnte. Über die seinerzeitigen Praktiken der Ärzte und des Pflegepersonals lässt sich streiten. Ich hatte oftmals das Gefühl, dass das Grundrecht »Die Würde des Menschen ist unantastbar« in der geschlossenen Abteilung nicht bekannt ist. Ich wurde mehrfach menschenunwürdig behandelt und mir wurden gegen meinen Willen Medikamente gespritzt, die ich nicht vertragen habe, (was aus früheren Aufnahmen hätte bekannt sein müssen), dies aber nicht mehr äußern konnte.“ (U. HELLER 1998, 77, 78).

Es lässt sich leicht vorstellen, dass sich der zwangseingewiesene Patient, herausgelöst aus seinen alltäglichen Handlungsbezügen, in einer besonderen Abhängigkeit gegenüber den Mitarbeitern auf der Akutstation befindet: Sie sind es, die als einzige in dieser speziellen Situation *da sind*. Und sie sind es auch, die sich auskennen in den Routinen der psychiatrischen Organisation, ihren jeweiligen Codes, Vorgaben und Vorschriften. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise der mit der Klinikaufnahme verbundene Erstkontakt zu nennen, hergestellt als eine Prozedur durch ein unvermitteltes „Abfeuern von Fragen“ (J. FOUORAINE 1974, 23) auf den eingewiesenen Patienten<sup>37</sup>

Dies ist vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die üblichen verfahrensrechtlichen Schutzgarantien durch das Vormundschaftsgericht, wie u.a. der Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 103 Abs. 1 GG in der persönlichen Anhörung, der Bestellung eines Verfahrenspflegers zur Wahrnehmung der Rechte und Interessen des psychisch Kranken, der Möglichkeit, Angehörigen/ Vertrauenspersonen des psychisch Kranken Gelegenheit zur Äußerung zu geben für den untergebrachten psychisch Kranken bei erfolgter Einweisung wegen „Gefahr im Verzug“ zunächst nicht zur Anwendung kommen. Für den zwangseingewiesenen psychisch Kranken der bei „sofortiger Unterbringung“ bis zu vierundzwanzig Stunden auf der geschlossenen Station zurückgehalten werden kann, ohne richterliche Anhörung oder einer sonstigen Möglichkeit, seine Interessen *Dritten* gegenüber mitteilen zu können, bedeutet dies, dass er in erheblichem Maße darauf angewiesen ist, dass es jemanden auf der Station gibt, der ihm bei der *Entzifferung*

<sup>37</sup> Beschrieben wird dies von Patienten, deren produktive Symptome stereotyp bei der Aufnahme abgefragt werden: „Hören Sie Stimmen?“ Und ich sagte `ja.` Und er sagte: „Sehen Sie Wesen?“ Und ich sagte `ja`. Das war alles.“ (R. SCHERNUS 1994, 9)

der internen Codes<sup>38</sup> behilflich ist. Ohne einen Beistand, der dem Patienten in seiner Verwirrung und Angst die Zeichen der Institution übersetzt, kann er sich möglicherweise nicht zurechtfinden und verständlich machen.

Es geht hier nicht nur um die Angehörigen des sozialen Netzwerks, die dem Patienten in dieser Ausnahmesituation nicht zur Verfügung stehen. Gemeint ist in diesem Kontext *der Dritte*, wie er von M. LANGHANGKY (2002) als *Dabeistehender* und Zuschauer beschrieben wird. Jener ist in jeder zwischenmenschlichen Kommunikation derjenige, an dem sich die Frage nach der Gerechtigkeit ausrichtet, an dem sich die „Begegnung zwischen zweien bricht“ (ebd.). Ob er beteiligt ist oder nur zuschaut, *der Dritte* ist derjenige, der es vermag, Dinge in Frage zu stellen:

„Die Frage ist demnach der Dritte. Das Entstehen der Frage ist der Dritte“ (J. DERRIDA, zit. nach M. LANGHANGKY 2002).

Die Akutpsychiatrie schließt von ihrem Selbstverständnis her *den partizipierenden Dritten* systematisch aus, bis sie sich für *den Dritten* öffnen muss. Der zuständige Richter, der in diesem Kontext *der Dritte* sein könnte, sieht den psychisch Kranken jedoch meist erst nach der Zwangseinweisung und somit möglicherweise erst nach der mit einer ZE in der Regel verbundenen (Zwangs-)Medikation mit ihrer entsprechend freigesetzten Dynamik in der *Beziehung* zwischen psychisch Krankem und psychiatrisch Tätigen. In diesem Zusammenhang ist für den Richter, der sich nach Ablauf der Frist einen Eindruck vom psychisch Kranken zu verschaffen sucht, um eine Prognose bezüglich weiterer Unterbringung oder Entlassung des Patienten treffen zu können, nicht mehr unbedingt erkennbar, inwieweit mögliches gewaltbereites Agieren des psychisch Kranken Ursache oder Folge der ZE ist.

### 3.1.3.2 FIXIERUNG UND ISOLIERUNG ALS INTERAKTIONSMUSTER

Dass Gewalttätigkeiten von Patienten auf der Akutstation vor allem in der ersten Zeit nach einer Unterbringung, die mit Zwangsbehandlung verbunden war, auftreten, haben A. DIETZ und N. PÖRKSEN (1998) beobachtet. Als Ursache nennen die Autoren hier primär Angst, Unsicherheit und Überforderung auf beiden Seiten, denn: „Je unklarer und unsicherer eine Situation, desto eher entstehen Eskalationen“ (ebd., 11). Welche spezifische Ängste und Zwänge der psychisch Kranke durch verzerrte Realitätswahrnehmung, veränderte

---

<sup>38</sup> N. LUHMANN spricht hier von Organisationen als selbstreferentielle Systeme, die (fast als einzige) in der Lage sind, ihre eigenen Codes zu entziffern.

Erlebnisverarbeitung oder Deutung von Mimik und Gestik anderer Personen erleben mag, welchen er auf der Station begegnet und denen er möglicherweise nur mit Gewalt zu begegnen weiß, mag dem psychiatrisch Tätigen vielfach nicht nachvollziehbar erscheinen. Einer Akutstation scheint somit ein latentes Spannungs- und Konfliktpotential immanent. Mit einem plötzlichen Wechsel der Situation, wie sie einer ZE immanent ist und der hiermit verbundenen Erwartungen und Affekte und ein, wie es F. WELLENDORF formuliert „permanentes Bombardement mit Informationen, deren Bedeutung für die eigene Arbeit nicht schnell genug eingeschätzt werden kann“, muss seitens der Mitarbeiter jederzeit gerechnet werden. Von großer Bedeutung scheint daher, dass sich die Institution Psychiatrie als „mächtig genug“ (R. DU BOIS 1992, 42) erweist, der Gewalt des Patienten mit allen eigens dafür bereit gehaltenen Mitteln widerstehen zu können. Dabei kann das *Umgehen* mit Gewalt für die Interaktionspartner bedeuten, bis an den Rand der Gefährdung der eigenen Körper-, Ich-, und Institutionsgrenzen zu gehen (vgl. J. STAIGLE 1997, 13.).

*Fixierungen* und *Isolierungen* von Patienten können in diesem Kontext als ein letzter Schritt der Freiheitsberaubung gesehen werden, wie der Gesetzesgrundlage zu entnehmen:

„Eine untergebrachte Person darf zeitweise fixiert werden, wenn und solange die gegenwärtige Gefahr besteht, dass sie gegen Personen gewalttätig wird oder sich selbst tötet oder sich verletzt, und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Die fixierte Person ist an Ort und Stelle ständig in geeigneter Weise zu betreuen. Dies gilt nicht, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalls eine ständige Betreuung nicht erforderlich ist und außerdem sichergestellt ist, dass die fixierte Person auf ihr Verlangen unverzüglich von einem zur Betreuung geeigneten Mitarbeiter aufgesucht wird.“ (§ 18 Abs.1 HMBPSYCHKG 1998)

Dem PSYCHKG sind die *Vorschriften* über die Fixierung während der Unterbringung zu entnehmen: Es muss eine mit großer Wahrscheinlichkeit eintretende Gefahr vorhanden sein, die nicht anders abgewendet werden kann. Jedoch, die individuelle Entscheidung, wann und aus welchem Gefahrengrund der psychisch Kranke fixiert bzw. isoliert werden soll sowie die Frage nach der Art der *Betreuung* während der Fixierung und Isolierung wird im Gesetzestext nicht spezifiziert. Es bleibt den jeweiligen akupsy psychiatrischen Konzeptionen überlassen, ob sie beispielsweise eine personelle Betreuung oder eine Videoüberwachung einsetzen.

Bei „Gefahr im Verzug“ (§12 Abs.2 HMBPSYCHKG) sind die psychiatrisch Tätigen, die im Dienst sind, berechtigt, auch ohne ärztliche Anordnung vorläufig bis zu zwölf Stunden einen Patienten zu fixieren und zu isolieren. Allerdings sind die Mitarbeiter nach §12 Abs. 3 verpflichtet, „Art, Beginn und Ende einer Fixierung“ aufzuzeichnen.

Hierbei ist relevant, dass es eine Sache ist, wenn psychiatrisch Tätige sich vor den „Anomalien“, den störenden Effekten des psychisch Kranken ängstigen und damit umzugehen suchen, was vorwiegend in der Phantasie verbleibt und es ist eine andere Sache, sich vor gewaltigen Gefühlen psychisch Kranker zu fürchten, die innerpsychisch von diesen nicht gehalten und real in der Handlung ausagiert werden. Das tückische Nebeneinander von manifester und phantasierter Gewalt und die mächtige Funktion der Angst beim psychisch Kranken wie psychiatrisch Tätigen, der sich dem Patienten zuwenden möchte, mag eine Impression von R. DU BOIS (1992, 40) verdeutlichen:

„Einem Mitarbeiter der Psychiatrie (...) sitzt ein Patient gegenüber. Er hält krampfhaft eine Aktentasche fest. Der Mitarbeiter vermutet nicht ganz zu Unrecht, daß der Patient eine Axt darin verborgen hält. Er weiß es aber nicht genau, und er weiß nicht, ob er in Gefahr ist.“

Auf welche Interventionsform soll der Mitarbeiter zurückgreifen? Man könnte sich einen das Gespräch suchenden Mitarbeiter vorstellen, im Bemühen herauszufinden, was hier eigentlich los ist. Im raschen Szenenwechsel ließe sich auch ein anderes Bild dagegenhalten: Der Mitarbeiter holt drei weitere Kollegen zur Hilfe, der Patient wird überwältigt, zwangsmediziert und in eine Isolierzelle oder ins Fixierbett gebracht.

Was schon an verschiedenen Stellen der vorliegenden Arbeit anklang, zeigt in diesem Kontext seine besondere Brisanz: Ist der psychisch Kranke „drin“, sind es die psychiatrisch Tätigen, welche die Definitionsmacht besitzen, *was* jeweils als gewalttätiges Verhalten des psychisch Kranken auf der psychiatrischen Station gedeutet wird. Eine gewöhnliche Umgangsweise auf der Akutstationen ist es, Fixierungsmaßnahmen mit der „Eigenart“ des psychisch Kranken *in Beziehung zu setzen*. Wird der Patient auf der Station beispielsweise als *manisch Angetriebener, hochgradig Verwirrter, Übergriffiger* beobachtet und entsprechend etikettiert, scheint dies eine „Signalwirkung“ (R. DU BOIS 1992, 43) für psychiatrisches Handeln auszulösen. Erfahrene Mitarbeiter akutpsychiatrischer Kliniken vertreten vielfach, dass sich die psychiatrische Station „in keiner Situation schwach und hilflos“ zeigen dürfe (ebd., 42), Panik und Erregung des psychisch Kranken könnten begünstigt werden durch institutionelle Unbestimmtheit und Unentschlossenheit, welche eine Regelverletzung des Patienten nicht ahnde. G. BRUNS (1997, 93) sieht in der einseitigen Betonung des sicherheitsbedrohenden und des „Widerstand- oder Ungehorsamkeitsaspekts“ von Patientenaggressivität eine *Abwehr* der Akutpsychiatrie. Dabei wird der Gewalt gegen den psychisch Kranken in Form von Fixierung von

psychiatrisch Tätigen vielfach attestiert, so R. DU BOIS (ebd., 41), dass sie einem durch seine Erregung in Panik geratenen psychisch Kranken ein Gefühl von Halt und Sicherheit gebe, was nach dieser Annahme zur Beruhigung des Patienten beitrage.

Dass eine geschlossene Station mit der Behandlungsmethode der Fixierung *unter bestimmten Umständen* ein wichtiges Signal und ein Orientierungspunkt für psychisch Kranke sein *kann*, beschreibt der Psychiater U. SACHSSE (1999, 26) im Umgang mit Patienten, die durch destruktives und autodestruktives Agieren wie schwerem selbstverletzenden Verhalten eine spezifische Umgehensweise erfordern:

„Falls erforderlich, entmündige ich sie partiell und temporär und entscheide für sie, und zwar dann, wenn ich ziemlich sicher bin, dass ihre Entscheidung überwiegend selbstschädigend ist. Das mache ich nicht mit. *Selbstschädigend kann die Patientin nur gegen mich handeln, nicht im Bündnis mit mir.* Andererseits bin ich von Anfang an bemüht, die Hilfs-Ich Funktion so begrenzt wie möglich zu übernehmen, um ein Abhängigkeitsverhältnis nicht unnötig zu fördern. Sonst induziere ich einen Prozeß, bei dem die Patientin sich immer mehr gehen lässt und das therapeutische Team immer mehr Steuerung und Verantwortung übernehmen muß.“ (U. SACHSSE 1999, 20, 21, Hervorhebung von U. SACHSSE, A.H.).

Formuliert U. SACHSSE Fixierungen als *äußerstes* Mittel zur „Außensteuerung“ von Patienten, welche die psychiatrisch Tätigen z.B. im Sinne des „masochistischen Triumphs“ (ebd., 144) einerseits scheitern lassen wollten, sich andererseits massiv auf die therapeutische Beziehung einließen (KERNBERG 1978, S. 149, zit. nach U. SACHSSE 1999, 147), weist der Autor jedoch zugleich auf die Funktion dieser mühsam rationalisierten „sadistische(n) Disziplinierungsmaßnahme(n)“ (ebd., 145) hin. Sie diene letztlich der Entlastung emotional ausgebrannter, unzureichend weitergebildeter, unterbezahlter und personell unterbesetzter psychiatrisch Tätiger (ebd.). In diesem Kontext würden Fixierungen als „Behandlung“ missbraucht. Dass Zwangsmaßnahmen in der Akutpsychiatrie vor allem der Entlastung der Mitarbeiter vor Gefühlen eigener Irritation und Ängstigung dienen, hat auch R. DU BOIS beobachtet (1992, 41). Durch „»harte« Maßnahmen“ (ebd., 42) könnten Mitarbeiter sich ihre Handlungsfähigkeit beweisen und sich vor plötzlichen Angriffen und „Überrumpelung“ schützen, allerdings zu Lasten des Patienten. Die Bereitstellung von eingefahrenen und vertrauten Gewaltprozeduren, für die sich die Akutpsychiatrie gerüstet hat, macht ihren Gebrauch wahrscheinlicher und erschwert eine individuelle Einschätzung der Situation mit den Auswirkungen der Gefahr einer „Abstumpfung“ der Wahrnehmung von Mitarbeitern, welche „die feinen interpersonellen Vorgänge“ (R. DU BOIS ebd., 42) nicht mehr zu berücksichtigen wissen. Hierzu dürfte die Praxis von psychiatrisch Tätigen zählen, die Etikettierungen des psychisch Kranken, eine ihm zugeschriebene Gewalt aus

dem Zusammenhang der Biographie und aus dem *aktuellen Beziehungsgeschehen* herauszulösen.

Bezogen auf das Beispiel des Patienten mit der Aktentasche, hieße dies, dass es hilfreich für den Mitarbeiter sein könnte, wenn er Vorkenntnisse über den Patienten hätte, dessen Gewaltbereitschaft einzuschätzen wüsste, um nicht in einer Etikettierung mit entsprechendem Übertragungspotential der Psychopathologie stecken zu bleiben.

Die Betrachtung der *intersubjektiven* Prozesse mit ihren Ebenen von Übertragung und Gegenübertragung, Projektion und projektiver Identifikation (R. DU BOIS 1992, 43), welche einer manifesten Aggression vorausgingen und die das Erleiden und das Austeilen von Gewalt nahezu ununterscheidbar machen, mögen eines der größten Schwierigkeiten auf psychiatrischen Akutstationen sein. Obwohl institutionelle Regeln das Verhalten von Patienten beeinflussen, gilt auch umgekehrt, dass spezifische Probleme der psychisch Kranken das Procedere der Institution mitbestimmen.

Aus psychodynamischer Sicht erscheinen Aggressionen und Gewalt, geäußert als „Attacken auf Beziehungen“ (J. STAIGLE 1997, 16), aber auch auf das eigene Selbst, den Körper und „den psychischen Raum des Gegenüber“ (ebd.) vielfach als Ausdruck von Abwehr und Schutz vor unerträglicher Angst, extremen und überwältigend erscheinenden Gefühlen von Vernichtung, Zusammenbruch oder Leere. Die so erlebte Gefahr wird häufig auf andere Menschen im unmittelbaren Umfeld projiziert. Die dem psychisch Kranken auf der akutpsychiatrischen Station am nächsten Stehenden, die psychiatrisch Tätigen, bieten sich zu dieser Projektion unmittelbar an (R. LEMPP 1997, 72,73).

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass manche Patienten (oder auch deren Angehörige) ihre destruktiven Selbstanteile auf die Klinik projizieren und die psychiatrisch Tätigen provozieren, die „böse“ Rolle in Form von Fixierung und Isolierung zu übernehmen. Die Vermutung liege nahe, so G. BRUNS (1993, 14 f.), dass sich in der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie unter bestimmten Umständen in unglücklicher Weise für betroffene Patienten Beziehungs- und Erlebniskonstellationen der frühen Biografie wiederholen können oder aber psychiatrische Zwangsanwendungen darüber hinaus das „institutionalisierte Komplementärverhalten“ (G. BRUNS ebd.) gegenüber psychisch Kranken darstellen, die in ihrem Selbstkonzept die Erwartung in sich tragen, gewalthaft behandelt zu werden. Nach diesem Verständnis können Fixierung und Isolierung unter bestimmten Umständen als eine (vorsätzliche) Retraumatisierung von psychisch



Kranken betrachtet werden, von denen angenommen werden darf, dass jene in ihrer Kindheit bereits durch Deprivation, Reizentzug, Einsamkeit und Aussonderung traumatisiert wurden.<sup>39</sup> (U. SACHSSE, 1999, 148).

G. BRUNS (1993, 154) beschreibt diese Annahme konkreter, wie im Folgenden ausschnittweise dargestellt wird: Abgeschnitten von seinen narzisstischen Besetzungszuführen erlebe der im Fixierbett liegende Patient kaum zu bewältigende Gefühle von Ohnmacht und Angst. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu betrachten, dass eine personelle Betreuung während einer Fixierungsmaßnahme in der Regel nicht vorgesehen ist.

Hierdurch regrediere der fixierte Patient im Bereich der Ich-Funktionen und greife auf frühere Abwehrmechanismen zurück. Zugleich entwickle sich eine Objekt-Regression zu den allmächtigen Objekten der frühen Kindheit. In der traumatischen Situation wird jedoch verdeutlicht, dass sich das Primärobjekt, das jetzt mit dem Täter gleichgesetzt wird, abgewandt hat. Durch Introjektion des guten allmächtigen (Primär)Objekts soll der Verlust des Objekts ersetzt werden. Diese Introjektion könne sich zur Unterwerfung wandeln (ebd.), Diese Hypothese würde die (unspezifische) paradoxe Bindung vieler psychisch Kranker an die Klinik oder (spezifisch) an bestimmte psychiatrisch Tätige erklären, trotz oder gerade aufgrund von erlebter Gewalterfahrung wie beispielsweise durch Fixierung oder Isolierung.

Auch das erhöhte Rehospitalisierungsrisiko könnte nach G. BRUNS (ebd.) auf dem Mechanismus von unbewusst initiiertem Wiederholung von Erniedrigung, Unterwerfung und Bestätigung des eigenen Selbstkonzeptes beruhen. Die Tendenz, sich in solch szenischen Arrangements zu identifizieren, entweder mit den Herrschenden oder den Beherrschten, betont M. ERDHEIM (1984, 374). So werden auf der einen Seite Größen- und Allmachtsphantasien, auf der andern Seite „die Geschichte der Kränkungen“ (ebd., 374) reaktiviert.

---

<sup>39</sup> Durch Untersuchungen zur Traumatisierung durch die Naziverfolgung sowie durch andere Formen von Gewalt wie z.B. durch Folter und/ oder Vergewaltigung können generelle Aussagen zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion gemacht werden, wie von EHLERT und LORKE (1988) untersucht, wenngleich G. BRUNS (1993) darauf hinweist, dass valide wissenschaftliche Untersuchungen zu den pathologischen Auswirkungen von psychiatrischen Zwangsmassnahmen im Sinne einer seelischen Traumatisierung bisher noch nicht vorliegen (ebd., 15).

### 3.2 AKUTPSYCHIATRIE IM KONTEXT VON ZUFLUCHT UND ASYL

Die im vorigen Kapitel skizzierte paradoxe Bindung an die Akutpsychiatrie und der Wunsch, die Klinik als Zufluchtsort nutzen, ist unter psychisch Kranken verbreitet (vgl. hierzu u.a. R. DU BOIS 1998; W. HENSELER 1998, G. Bruns 1993). Dieser Gedanke mag zunächst seltsam anmuten, steht die psychiatrische Klinikeinweisung doch auf Seiten kritischer Stimmen im Verdacht, psychisch Kranken mehr zu schaden als zu nützen. Tatsächlich bewerten Psychiatriepatienten den durch Monotonie, Einschränkung der Selbstbestimmung und restriktive Behandlungselemente gekennzeichneten Aufenthalt auf einer akutpsychiatrischen Station überwiegend negativ (vgl. S. GUNKEL, M. BRÖKER, S. PRIEBE 1996, 20 ff.). Dies bedeutet im Umkehrschluss jedoch nicht, auf die Akutpsychiatrie als eine dem psychisch Kranken in schweren psychischen Krisen und psychosozialen Problemlagen zur Verfügung stehenden stationären „Zufluchtsstätte“ (K. NOUVERTNE 1991, 395) verzichten zu wollen bzw. zu können - wenn auch andere als die vorgefundenen Bedingungen gewünscht werden.

In der Kontextbetrachtung von Zuflucht und Asyl kann es einem psychisch kranken Menschen darum gehen, (vorübergehend) in der Klinik „unterzutauchen“, sich aus seinem gewöhnlichen Umfeld zurückzuziehen, die Verantwortung an andere abzugeben. Damit formuliert der Gedanke des „Asyls“ den Klinikaufenthalt als Ausnahmesituation, welche in ihrer Besonderheit durch einen spürbaren Abstand zum Alltag gekennzeichnet ist.

R. DU BOIS (1998, 141) beschreibt den psychisch Kranken in der Sondersituation des Aufenthalts auf der Akutstation als zwingender und unmittelbarer mit sich selbst konfrontiert. Ungeschützt durch seine routinierten Alltagsabläufe wird der Patient in seinem Erleben mit der Frage nach einer Identität und deren Grenzen konfrontiert. Dabei ist das Bewusstsein von der eigenen Aktivität bzw. Nichtaktivität geschärft. Die fehlende Schutzfunktion des Alltags macht die Brisanz, die sie für den psychisch Kranken haben kann, nachvollziehbar. Wer in einer durch fehlende Routine bedrängenden Ausnahmesituation keine Orientierung mehr findet, ist auf ein stützendes Gegenüber angewiesen, auf einen Menschen, der zum Hilfs-Ich<sup>40</sup> wird. In der Hilfs-Ich Funktion übernehmen die psychiatrisch Tätigen jenes Abwägen, Gewichten und Entscheiden in Situationen, in denen es der psychisch Kranke nicht mehr leisten kann.

---

<sup>40</sup> Hilfs-Ich Funktionen sind hier im Sinne W. BIONS als Container für die chaotischen und nicht integrierbaren Selbstanteile des psychisch Kranken durch die psychiatrisch Tätigen gemeint.

Durch die Ausblendung des Alltags wird die Lebensform in der Klinik demzufolge künstlich gehalten und in ihrer Komplexität reduziert. Mit dieser Vorstellung mögen ein Bedürfnis des psychisch Kranken nach Schutz und Schonung verbunden sein.

Eine sich selbst so bezeichnende Psychiatrieerfahrene aus einer Psychosegruppe formuliert es so:

„(...) Und ich war so erleichtert, mir war gar nicht eingefallen, dass es diese geschlossenen Anstalten gibt für psychisch Kranke. Als sie sagte Psychiatrie, habe ich gedacht, ja, also gut. Ich war völlig glücklich, weil ich wußte, dass jetzt diese Verantwortung von mir fällt, dass jemand anderes die Verantwortung für mich übernehmen würde...Dann bin ich auch freiwillig auf die Geschlossene gegangen. Ich wollte nicht auf die Offene. Ich wollte richtig hinter Schloß und Riegel, weil ich mich auch für sehr gefährlich hielt.“ (R. SCHERNUS 1994, 11).

Andere psychisch Kranke dieser Psychosegruppe beschrieben, wie „zielsicher“ sie zum Teil die Akutpsychiatrie als Schutzort anstrebten, auch wenn sie dabei beträchtliche Hindernisse zu überwinden hatten, mitunter „ (...) in völlig psychotischem Zustand“ versuchten, die Aufnahmestation der Klinik anzurufen (1994, 11), in der Erwartung, hier einen Ort zu finden, an dem sie „mit intensivster Angst“ (ebd., 10) bleiben könnten.

In diesem Zusammenhang wird von den Patienten kritisiert, dass „das Signal des angstvollen Schreiens“ auf der Akutstation (ebd., 10) automatisch das „Behandeln“ durch die „Beruhigungsspritze“ (ebd., 10) auslöse. Dabei wäre „Die kleine Frage »was ist los«“ (ebd.) durch die psychiatrischen Mitarbeiter als hilfreich erlebt worden, hätte sie möglicherweise eine *Bezogenheit* zur Sinnhaftigkeit im subjektiven Erleben herstellen können.

Hier sei der Hinweis gestattet, dass es nicht immer darum geht, alle verrückten Äußerungen zu verstehen und in einer für die psychisch Kranken stets bekömmlichen Weise darauf zu reagieren. Von Bedeutung erscheint vielmehr die *Haltung* der psychiatrisch Tätigen, die vielleicht am ehesten mit den Worten J. DERRIDAS (1999) beschrieben werden könnte als „Art des Machens mit ausgestreckter Hand, wenn man sich dem anderen zuwendet, um ihm erst einmal zu essen, zu trinken, zu atmen zu geben“ (zitiert nach M. LANGHANGKY 2002).

In diesem Sinn mag auch der niederländische Psychiater A. VAN HEESWIJK (1996) seine psychiatrische Grundhaltung verstehen, welche nicht erst ihren Niederschlag findet, wenn die akuten Symptome des psychisch Kranken in der Akutpsychiatrie aufscheinen, sondern ihren Beginn bereits mit der Begrüßung bei der Aufnahme des Patienten haben:

“Das erste, was unser Stationsteam dem Patienten bietet, ist, sozusagen, ein Bett, ein Bad, Brot und Interesse, (...) . Anders gesagt: Wir bieten dem Patienten *einen Ort, wo er (da) sein darf* und wo ihm im subjektiven Sinne die Möglichkeit zu und von Verbundenheit geboten wird.“ (A. VAN HEESWIJK 1996, 41, Hervorhebung VAN HEESWIJK, A.H).

Wenn es also ein Bedürfnis des psychisch Kranken gibt nach einem Ort, wo er *sein darf* und wo er *Verbundenheit* erfährt, stellt sich die Frage, ob die Akutpsychiatrie ein Ort sein kann, der bereit ist, den Wahnsinn zu empfangen (M. MANNONI 1987). Wird die Akutpsychiatrie als Konnotation eines Asyls<sup>41</sup>, als einem „dem Fremden offenstehender Ort“ (E. LEVINAS) gedacht, muss dieser auch und gerade bereit sein für die Präsenz der Angst und des Schmerzes, also jene Gefühle, welche so oft mit psychischen Krankheiten verbunden sind. M. LANGHANKY (2002) formuliert es so:

„Der Schmerz, die individuelle Erfahrung der Zerbrechlichkeit, benötigt Orte an denen sie als aktiver Ausdruck gegenwärtig sein können – hier hat für mich Psychiatrie als Ort, der diese Präsenz zulässt, schützt und würdigt ihre fast einzige Daseinsberechtigung. (...). Präsenz bedeutet sich ausdrücken und wahrgenommen werden, sie bedeutet der Botschaft des Ich eine Signatur zu geben. Sie setzt einen Raum voraus, der die Signatur aufnehmen kann, der den Schmerz nicht absorbiert und uns nicht verobjektiviert. (...) Einen (...) Raum, der mich als Anderen nicht ausspeit.“<sup>42</sup>

### 3.3 AKUTPSYCHIATRIE ALS ORT FÜR REGRESSION

Bezüglich der Skizzierung von Akutpsychiatrie im Kontext von Zuflucht und Asyl als einen den psychisch Kranken „empfangenden Ort“, mögen kritische Einwände erhoben werden<sup>43</sup> angesichts einer von vielen psychiatrisch Tätigen befürchteten *Regression*, die beim psychisch Kranken einsetzen könnte, wenn sich der Patient in der Klinik denn „allzu wohl“ fühlt. Die Frage nach der Regression erscheint relevant, da in der Fachdiskussion davon ausgegangen wird, dass psychische Krisen von Menschen grundsätzlich eine *Ich-Regression* darstellen, in deren Rahmen das Gleichgewicht zwischen regulierenden Ich-Funktionen einerseits und aufdrängenden Handlungsimpulsen und Emotionen andererseits erheblich gestört ist (vgl. G. RUDOLF 1993, 331). Jedoch soll die Frage, welche institutionellen Bedingungen regressionsfördernd scheinen, zunächst zurückgestellt werden, um sie in Kapitel 5.5 „Akutpsychiatrie als Mutter“ wieder aufzugreifen. An dieser Stelle interessiert zunächst die vielfach mit psychischer Krankheit verbundene Regression, die

<sup>41</sup> „Asyle“ in der Moderne, wie von E. GOFFMAN (1973) beschrieben worden als „totale Institutionen“, stellen sich *nicht* als Orte der Gastlichkeit dar. Es sind dies die Welten der psychiatrisch Tätigen, die nicht bereit sind, zu empfangen.

<sup>42</sup> Das Zitat wurde einem unveröffentlichten Manuskript von M. LANGHANKY entnommen, der am 30.4.02 am Universitätsklinikum Eppendorf einen Vortrag zum Thema „Hospitalismus und Gastlichkeit“ hielt.

<sup>43</sup> So geschehen während der Diskussion nach dem Vortrag von M. LANGHANKY zu „Hospitalismus und Gastlichkeit“, in der psychiatrisch Tätige nach dem „väterlichen Prinzip“ fragten angesichts der Regressionstendenzen.

deutlich zu unterscheiden ist von der Regression, die einsetzen kann, wenn man sich sehr wohl und sicher fühlt.

Wird, wie bereits in Kapitel 3.3 dargestellt, eine geschlossene Akutstation einerseits von einigen Patienten als Schutz- und Schonraum gewünscht bzw. gedeutet, so ist es ihnen andererseits oftmals nicht möglich, diesen Ort dahingehend zu nutzen, dass sie zur Ruhe kommen. Statt dessen, so U. SACHSSE (1999, 16) haben psychisch Kranke mit Ich-Störungen, wie sie bei Borderlinern und psychotischen Menschen beobachtet werden, „ihre *Selbststeuerung und Selbstverantwortung an der Eingangstür der Geschlossenen abgegeben*“ in dem Sinne, dass sie ihre inneren Spannungszustände zu reduzieren suchen, indem diese Patienten sich von Ich-Anforderungen, Ich-Ideal- Anforderungen<sup>44</sup> oder auch Über-Ich-Druck<sup>45</sup> zu entlasten suchen und diese Steuerungsfunktionen an die psychiatrisch Tätigen übertragen.

Diese von M. BALINT (1970) bezeichnete *maligne Regression* (ebd., 179), wie sie gewöhnlich beschrieben wird bei Patienten, die als „»tief gestört«, »gespalten«, »schwer schizoid oder paranoid« gelten, »unter einer tiefen narzisstischen Kränkung leidend«, »mit einem zu schwachen oder unreifen Ich« (ebd., 105), prägt in ihren jeweiligen Formen das Stationsmilieu und den Beziehungskontext.<sup>46</sup>

M. BALINT (1970) weist in diesem Zusammenhang auf die *zwischenmenschlichen Aspekte* der Regression hin, welche er in den *Objektbeziehungen* berücksichtigt wissen will.<sup>47</sup> Als spezifische Verhaltensweise in der Interaktion kann sich Regression äußern in Formen regressiver Übertragungen oder auch „verzweiflungsvollen Anklammers“ (ebd., 178). Aber Regression kann sich auch in einer Fortbewegung von anderen Menschen äußern: als einen Rückzug der Libido von der Welt ins Ich, welches deshalb eigene Seinszustände

<sup>44</sup> Im Gegensatz zu S. FREUD, der den Begriff des Ich-Ideals synonym mit dem Über-Ich-Begriff verwendete, vertritt u.a. J. CHASSEGUET-SMIRGEL (1987), dass das Ich-Ideal aus einer narzisstischen Entwicklungslinie entsteht. KOHUT (1971) leitet das Ich-Ideal aus den Elternimages ab im Gegensatz zum Ideal-Selbst (eine Eigenschaft wäre z.B. die Omnipotenz), welches nach seiner Auffassung aus der Selbstimago stammt. K. KÖNIG (1995, 56) bezeichnet das Ideal-Selbst als Größenselbst.

<sup>45</sup> Während S. FREUD das Über-Ich noch als ein „Erbe der Ödipuskomplexe“ (K. KÖNIG 1995, 53) ansah, nimmt man heute Vorläufer des Über-Ichs bereits in den ersten Lebensjahren an. Inhalte eines Über-Ich prägen die *Beziehungen* der inneren Welt des Menschen sowie die interpersonellen Beziehungen (durch Schuldgefühle, durch Entscheiden des Zulassens oder Verbotes von Impulsen aus dem Unbewussten).

<sup>46</sup> In der Fachdiskussion gibt es unterschiedliche Auffassungen, ob psychisch Kranke, wie beispielsweise Borderlinepatienten, bei denen regressiv Tendenzen mit Klinikaufnahme aktiviert werden, überhaupt stationär behandelt werden sollten (vgl. hierzu B. Dulz 1994: Borderline-Störungen. Theorie und Praxis, W. Trimborn 1983: Die Zerstörung des therapeutischen Raumes). Diese Frage erübrigt sich allerdings bei akuter Krisenintervention.

<sup>47</sup> M. BALINT (1970) hebt in seiner Arbeit die Bedeutung der Regression in den dyadischen Verhältnissen in der analytischen Therapie mit „tief gestörten“ Patienten hervor. In der bedeutungsvollen Objektbeziehung wird vom Therapeuten erwartet, dass er dem Patienten erlaube, mit ihm eine Art primäre Beziehung einzugehen oder sich mit primärer Objektliebe besetzen zu lassen (ebd., 181) und ein Klima zu schaffen, in dem er und der Patient die Regression im gemeinsamen Erleben tolerieren können (ebd., 215).

wie äußere erlebt, als archaische Zustände, wo das Ich des Kleinkindes die Welt als eigene Realität narzisstisch besetzt (S. ARIETTI). *Regression* wird als Verlust der Fähigkeit, zwischen Ich und Welt zu unterscheiden (H. F. SEARLES) im Kontext des *schizophrenen Autismus* betrachtet, manifestiert in der *Eigenweltlichkeit, der Ausdrucksunfähigkeit* und der *Selbstverborgenheit* (G. BENEDETTI 1998).<sup>48</sup>.

Allerdings haben regressive Phänomene in der „schizophrene(n) Superexistenz“ G. BENEDETTI (ebd., 66) zufolge noch andere Dimensionen als jene wie die zuvor erwähnte regressive infantile Phantasie<sup>49</sup>. Es geht zudem um eine „monströse Neuschöpfung“ (ebd., 66), welche sich über fortschreitende Dissoziierungs- und Verdichtungsprozesse realisiert. Manifestieren können sich Regressionen innerpsychisch in Gestalt eines Traums oder halluzinatorischer Phänomene, wie sie sich beispielsweise in der surrealistischen Kunst mit der ihr immanenten Vermischung und Verdichtung von disparaten Dingen als *Koexistenz der Gegensätze* finden lassen.

Was in der Kunst Neuschöpfung ist, gestaltet sich im Erleben des Schizophrenen allerdings als Verstümmelung von Welt, ausgelöst durch assoziative Tendenzen, welche aus einer höheren semantischen Ordnung herausgefallen sind. Der schizophrene Patient geht mit seinen Objektfragmenten möglicherweise eine intensive und für Außenstehende „undurchsichtige Beziehung“ ein (G. BENEDETTI 1998, 74), die ihn völlig zu absorbieren scheint. Die Konfrontation mit einer „gut organisierten Objektwelt“ (ebd., 74) könnte der schizophrene Mensch durchaus als zu bedrohlich erleben. Beobachtbar sind dann möglicherweise nur noch Verhaltensweisen wie das Hervorbringen von Gaumen- und Kehllauten (gutturalen Sprachweisen), Stammeln unzusammenhängender Sätze, Grimassenschneiden, Ausführen bizarrer Stereotypen sowie fragmentarischer Bewegungen. Die Regression dieser Objektfragmentierung als Spiegelphänomen der Ichfragmentierung kann zu einer Verfinsterung der gesamten paranoiden Vorstellungswelt des Patienten führen. Diese von G. BENEDETTI bezeichnete „»paranoide Sonnenfinsternis«“ (ebd., 74) des Schizophrenen kann ein Vorläufer einer einsetzenden katatonen Phase sein.

Wie versucht wurde skizzenhaft aufzuzeigen, können sich *Regressionen* bei psychisch Kranken krankheitsspezifisch in unterschiedlichen Formen äußern. All diesen Tendenzen

---

<sup>48</sup> Benedetti (1998) beschreibt den schizophrenen Patienten seiner gesamten Ohnmacht ausgeliefert, hier wird er mit dem „Verlust der autistischen Schale“ (ebd. 23) konfrontiert. G. BENEDETTI zufolge könnte der Patient sich folgendermaßen äußern: „»Ich bin klein und nicht erwachsen. Ich knete und forme mich.«“ (ebd., 23). Und er könnte zudem sagen: „»ich habe Angst, Dinge und Menschen in meine Nähe kommen zu lassen, da sonst die Welt in mich einbricht.«“ (ebd., 23).

<sup>49</sup> Gemeint ist eine Regredierung ins Kindesalter, um sich „in einen anderen Menschen einnisten zu können“ bei Verzicht auf jede Autonomie (G. Benedetti 1998, 128).

gemeinsam scheint jedoch, dass psychiatrisch Tätige sich ihnen nur schwer entziehen können. Sie begegnen dem psychisch Kranken daher primär auf der Ebene der reifen Objektbeziehungen, um einer chaotischen Regression mit Realitätsvermeidung vorzubeugen (W. TRIMBORN 1983, 220). Jedoch darf hier danach gefragt werden, in wessen Interesse regressive Tendenzen des psychisch Kranken oftmals massiv abgewehrt werden.

Hier mag die Anziehungskraft eine Rolle spielen, die der regressive Patient auf die Menschen ausüben kann, die (beruflich) mit ihm zu tun haben, denn „in jedem von uns liegen regressive Sehnsüchte verborgen, (...) Selbstbezogenheit und Unmittelbarkeit wieder zu erleben“ (G. BRUNS 1993, 238). Das tun, was einem gerade in den Sinn kommt, sich nicht darum zu kümmern, was andere denken, mag ein reizvolles Kontrastprogramm zum geregelten und reglementierenden Arbeitsalltag psychiatrisch Tätiger darstellen. Die Unterstellung physischer Gefährlichkeit psychisch Kranker kann an die Stelle ihrer kaum thematisierten „normativen Gefährlichkeit“ treten, die der psychisch kranke Mensch mit seiner Einweisung in die akupsycheiatische Klinik ausübt. Durch „Unproduktivität“ widersetzt er sich dem herrschenden Realitätsprinzip und stellt Versorgungsansprüche. Hierbei bricht er das gesellschaftliche Tabu, dass es nicht möglich ist, nach seiner Lust und seinem Leid zu leben (R. WEIDMANN 2001, 93). Sinn und Struktur der organisierten Lebens- und Arbeitsweise und die mühsam errungene und vielfach auch mühsam aufrecht erhaltene Selbstbeherrschung in einer zunehmend komplexer und unübersichtlicher werdenden Lebens- und Arbeitswelt werden vom psychisch Kranken (vorübergehend) nicht (mehr) aufrechterhalten. In Berührung mit dieser Tabuverletzung können psychiatrisch Tätige mit ihren *je eigenen regressiven Wünschen*, so auf der oralen Erlebnisebene nach Versorgt - und Gehaltenwerden konfrontiert werden. An den Arbeitgeber als Institution oder an Vorgesetzte in höheren Positionen werden häufig derartige Bedürfnisse gerichtet. Für die Beziehung zum psychisch Kranken ist relevant, dass psychiatrisch Tätige in der Initiierung narzisstischer und regressiver Phantasien zudem in Rivalität zur Gruppe der Patienten gehen können, wie G. BRUNS (1998) in seiner Funktion als Supervisor beobachtet hat: In solchen Situationen verweigern psychiatrisch Tätige jene über die unabwiesbaren Grundleistungen hinausgehenden Aktivitäten u.a. mit dem Argument, es sei nicht Aufgabe von Stationsmitarbeitern, mit den Patienten zu sprechen, sondern sie „möglichst schnell wieder loszuwerden“ (ebd., 13).

Neben ihrem faszinierenden Anteil üben regressive Tendenzen bei psychisch Kranken

jedoch auch eine Bedrohung aus, als Angst vor dem Chaos, dem Selbstverlust, dem archaisch Ungeordneten. G. BRUNS (1993) bezeichnet die Ambivalenz der Gefühle von Neid und Sehnsucht versus Angst und Schrecken als „affektive Polarität“ (ebd., 238). Die *Abwehr* dieser Gefühle kann sich in einer vorsorglichen Distanz gegenüber dem psychisch Kranken ausdrücken und ihre Eigendynamik in der *Beziehung* entfalten, indem psychiatrisch Tätige einen Wunsch nach Vergeltung verspüren können, den sie beispielsweise in der Ausübung von Gewalt und Zwang zu befriedigen suchen. Wie M. WOLF (1995, 164) betont, sind institutionelle Beziehungsmuster in gewissem Maße immer regressiv und disponieren oder stimulieren die psychisch Kranken wie auch die psychiatrisch Tätigen zur Aktivierung einer regressiven Psycho- oder Soziodynamik. Insofern stellt die Akutpsychiatrie - bewusst oder unbewusst - einen Ort der Regression für psychisch Kranke *und* für psychiatrisch Tätige dar.

### 3.4 FOLGERUNGEN FÜR DIE BEZIEHUNG: VERHANDELN STATT BEHANDELN

Im Vorausgegangenen wurden verschiedene Kontextbetrachtungen der Akutpsychiatrie exemplarisch dargestellt. Die Übergänge zwischen diesen Kategorien stellen sich in der Praxis durchaus als fließend dar. Wie aufgezeigt wurde, ist es sehr leicht möglich, dass psychisch Kranke und psychiatrisch Tätige jeweils unterschiedliche Vorstellungen über die Situation des Klinikaufenthalts haben können. Dies kann Auswirkungen auf die *Beziehung* zwischen den Beteiligten haben, so beispielsweise, wenn psychiatrisch Tätige von einem Behandlungs- und Kontrollauftrag ausgehen, der psychisch Kranke sich jedoch als gegen seinen Willen eingewiesen und behandelt versteht oder aber freiwillig kommt und die akutpsychiatrische Station beispielsweise im Kontext von „Asyl“ deutet (Selbst-Auftrag). Dies weist auf die Dringlichkeit der Klärung des unterschiedlichen Kontextverständnisses und der damit verbundenen Phantasien und Erwartungen aller Beteiligten hin, um „unnötiges Verschwenden von therapeutischen Ressourcen und unnötige Kraftanstrengung (zu) vermeiden“, wie W. HENSELER (1998, 39) formuliert.

Im Kontext solcher Austauschprozesse könnten psychiatrisch Tätige und Patient (und dessen soziales Umfeld) über die Modalitäten der aktuellen wie möglichen zukünftigen Klinikaufnahme und Behandlung miteinander *verhandeln*.

Wie dies in der akutpsychiatrischen Praxis aussehen könnte, soll in eher plakativen und teilweise sehr pragmatisch orientierten Folgerungen und Hinweisen aufgezeigt werden.



„Verhandeln als Leitlinie psychiatrischen Handelns“ (A. DIETZ, N. PÖRKSEN 1998, 9) kann sich wiederfinden in mündlich oder schriftlich abgeschlossenen *Behandlungsvereinbarungen* zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken. Ausdrücklich handelt es sich bei der Behandlungsvereinbarung um eine Maßnahme *gegenseitiger Vertrauensbildung* und (derzeit noch) nicht um einen rechtlich einklagbaren Vertrag. Mit der Behandlungsvereinbarung, die ein wichtiges Instrument im Rahmen der Qualitätssicherung sein kann, könnten Transparenz und Verbesserung der *Beziehung* zwischen psychiatrisch Tätigem und psychisch Krankem erzielt werden. In Vereinbarungsgesprächen, welche idealerweise in den krisenfreien Zeiten des psychisch Kranken stattfinden sollten, bestände die Möglichkeit, Absprachen bezüglich eines Umgangs in und mit zugespitzten Situationen zu treffen. Dies geschieht in Anerkennung einer Lebenssituation des Patienten, in welcher es ihm nicht mehr möglich ist, aktiv und partizipativ an seiner Lage auf der Akutstation mitzuwirken und die Notwendigkeit eines Hilfs-Ichs durch die psychiatrisch Tätigen besteht. Übernimmt der Mitarbeiter auf der Akutstation diese Funktion, so liegt es an ihm, das Nähe-Distanz Problem zu regulieren.

In Vereinbarungsgesprächen können die psychiatrisch Tätigen mit der Wirkung ihres Verhaltens z.B. bei einer Zwangseinweisung konfrontiert werden. Sie können die Möglichkeit der Überprüfung derjenigen Einstellungen und Umgangsweisen, z.B. von unflexiblen Beharren auf der Stationsordnung mit eingefahrenen Handlungs- und Beziehungsabläufen, die den Einzelnen in seiner Krise möglicherweise nicht hinreichend berücksichtigt, nutzen. Dies wird umso bedeutsamer für den Bereich, der rechtlich nicht geregelt werden kann und betrifft die Entscheidung darüber, welche Art der Behandlung bei welchem Patienten im Einzelfall als angemessen gilt.

Bezugnehmend auf die in Kapitel 3.1.2.2 thematisierten „feineren interpersonellen Vorgänge“, welche hinter „harten“ Maßnahmen als Ausdruck „chronischer Gewalt“ der Institution (R. DU BOIS 1992, 45) zu verschwinden drohen, verbundenen mit der Gefahr, dem Patienten etwas anzutun und selbst Schaden zu erleiden, eignen sich „weiche“ organisatorische Vorkehrungen (ebd., 42) für ein flexibleres Umgehen mit dem Einzelnen. „Weiche“ Maßnahmen tragen das Risiko, dass sie erst mit Verzögerung wirksam werden, so dass psychiatrisch Tätige sich möglicherweise eine Zeit lang selbst orientierungslos und verwirrt fühlen. In diesem Kontext können Behandlungsvereinbarungen durch ihren Charakter einer klaren Handlungsorientierung entlastende Funktion für *alle* Beteiligten haben.

Wie die Psychiatrie-Erfahrenen B. HILDEBRANDT und A. DIETZ (1998, 37) deutlich machen, sind es „die vielen kleinen Festlegungen“ (ebd.), die für Patienten in der Krise hilfreich sein können: Hierzu könnten so schlichte Vereinbarungen zählen wie u.a. das Anbieten einer Mahlzeit noch vor Aufnahmegespräch und ärztlicher Untersuchung, ein warmes Bad in den ersten Stunden nach der Einweisung, auch in der Nacht oder aber auch „ein Gespräch auf Englisch, weil der Patient in der deutschen Sprache das Gefühl hat, dass jemand seine Gedankenwelt beeinflusst“ (ebd.).

Mögen für einige psychisch Kranke ein Rückzug in eine reizarme Umgebung und Einzelzimmer nützlich sein, entspricht anderen ein Notbett auf dem Flur und damit Blickkontakt zu den Mitarbeitern. Einige Patienten würden das körperliche Ausagieren von Spannungen in eigens dafür bereitgestellten Räumen auf der Akutstation bevorzugen, andere sich in ihr Bett zurückziehen. Werden von einigen psychisch Kranken Gespräche mit den Mitarbeitern auf der Station als hilfreich erlebt, führen Gespräche andere noch mehr in die Krise:

...„Nehmen wir eine Patientin als Beispiel, die in der akuten Psychose Angst hat, von den Mitarbeitern ermordet zu werden. Sie kann dies aber nicht artikulieren. Wenn Mitarbeiter sich ihr freundlich nähern, gerät sie in Panik. Hilfreich wäre für sie, wenn Mitarbeiter Distanz halten und ihr immer wieder versichern, dass sie nicht in Gefahr ist, ermordet zu werden.“ (A. DIETZ; N. PÖRKSEN 1998, 12)

Von Bedeutung ist jedoch nicht allein der Abschluss solcher Vereinbarungen, vielmehr der Aushandlungsprozess als *Gestaltung der Beziehung* zwischen psychiatrisch Tätigem und psychisch Krankem zum therapeutischen Nutzen des Patienten. *Vereinbarungen* oder auch *Arbeitsbündnisse* appellieren an die Ich-Funktionen des psychisch Kranken, es geht also um einen Vertrag mit dem selbstwahrnehmenden Teil des Ich, weshalb die „traditionelle Psychiatrie“ vielfach von der Unfähigkeit psychotischer Menschen, ausgeht, ein Arbeitsbündnis überhaupt eingehen zu können. A. VAN HEESWIJK (1996, 43) vertritt hingegen die Auffassung, dass psychotische Menschen noch intakte, nicht-psychotische Eigenschaften haben, die im Laufe der Zeit durchaus Anknüpfungspunkte eines tragfähigen Kontraktes bieten.

Solch ein Arbeitsbündnis könnte auch eine *Beziehungskontinuität* zwischen psychiatrisch Tätigen der Akutstation und psychisch Kranken implizieren. Mit dem Hin- und Herpendeln vieler Patienten zwischen (spezialisierten) offenen Stationen und geschlossener Akutstation – je nach Grad der *Zuspitzung* ihrer Gewaltbereitschaft – verteilen sich die gespaltenen „guten“ und „bösen“ Selbstanteile des psychisch Kranken auf die am Tausch beteiligten

Stationen (R. DU BOIS 1992, 42). Eine Integration der abgespaltenen Anteile scheint so kaum möglich.

Auch psychiatrisch Tätige erleben diese Spaltung: Eine Weiterverlegung der Patienten nach Abklingen des Akuten wird von den Mitarbeitern der geschlossenen Stationen als Verlust und nachträgliche Entwertung ihrer Arbeit empfunden. In einer veränderten Klinikkonzeption, welche vorsieht, dass psychisch Kranke über die Akutphase hinaus auf der Aufnahme bzw. Akutstation verbleiben können, läge die Option, dass die psychiatrisch Tätigen mit den psychisch Kranken im Bezugspersonensystem „eine gemeinsame Behandlungsgeschichte“ (ebd.) entwickeln könnten. Die Trennung von eigentlich miteinander *Verbundenem* und aufeinander *Bezogenem* scheint eine gewünschte Ordnung und Kategorisierung zu ermöglichen, verführt jedoch darin zu Polarisierungen von Phänomenen, die voneinander abhängig sind. Dies bedeutet, dass bei der Betrachtung des Dualismenpaares „gut“ und „böse“ in der *Beziehung* zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken die eigentliche *Aufeinanderbezogenheit* mitgedacht werden muss. Die Mitarbeiter in der Akutpsychiatrie können sich des Doppelauftrages nicht entziehen, sind gefordert, „gut“ und „böse“ in ihrer Arbeit zusammenzuführen und zu verarbeiten. Ausgehend von der Annahme, dass gesellschaftliche Realität in ihrer Bedeutung und Sinnhaftigkeit durch soziale Prozesse – und damit in *konkreten Beziehungen* - erschlossen wird, können Macht und Gewaltfragen nicht aus der Beziehung ausgeschlossen werden (vgl. P. KASTNER, P. KUNKEL 1998). Im Wissen über ihre „Macht über den Diskurs“ sollten psychiatrisch Tätige überprüfen, welchen Raum sie dem nicht Organisierbaren geben, den verrückten Anteilen des psychisch Kranken, dem, was sich nicht rational steuern oder verändern lässt, dies in der Annahme, dass das Irrationale der *konkreten zwischenmenschlichen Beziehung* bedarf, um sich zu regeln.

Behandlungsvereinbarungen sind nicht mit einer „Wunschliste“ zu verwechseln. Die Vereinbarungen sollten sich an der Realität und am Machbaren orientieren, es sollte das in dem Vertrag aufgenommen werden, was auch eingehalten werden kann - und eingehalten werden muss. Die Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken erscheint hier wesentlich in ihrem Machtaspekt. Das für die Akutpsychiatrie typische Dilemma, wenn im Stationsalltag in zugespitzten Situationen (wie bei Selbst- oder Fremdgefährdung) gegen ethische Vorstellungen verstoßen wird (wie durch Zwangsbehandlung), um einem anderen Gut gerecht werden zu können (wie dem Leben des psychisch Kranken und/ oder dem Leben anderer) sollte zum Gegenstand der

Behandlungsvereinbarungen werden.<sup>50</sup> Es sind gerade die als kränkend und verletzend bis traumatisch erlebten Situationen von Patienten in der Interaktion mit den Mitarbeitern der Akutpsychiatrie, die in der Beziehung thematisiert und aufgearbeitet werden müssen. Gewaltanwendung und Zwangsmaßnahmen, ohne welche akutpsychiatrische Arbeit in ihrem derzeitigem gesellschaftlichen Kontext nicht realisierbar erscheint<sup>51</sup> (was nicht bedeutet, dass die jeweils hergestellten Formen immer notwendig und unvermeidlich sind), sind Erfahrungsberichten von psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken zufolge durch gemeinsame Aushandlungsprozesse zu reduzieren bzw. zu vermeiden und der Förderung eines respektvollen Umgang miteinander förderlich (vgl. W. VOELZKE 1998, 20, R U. BURDINSKI 1998, 112). In diesem Kontext werden die Patienten zu Mitgestaltenden und Handelnden in einer potentiell gewaltsamen Auseinandersetzung mit sich, ihren Grenzen und den Grenzen der anderen.

Je mehr die Mitarbeiter über die Lebensumstände des psychisch Kranken und die Konstellation der aktuellen Ereignisse wissen, desto schwieriger wird es für sie, auf einfache Etikettierungen (wie der Zuschreibung von Gewalt) des Patienten zurückzugreifen. „Attacken auf Beziehungen“ (J. STAIGLE 1997, 16) entlarven sich oft als die Konkretisierung von Umständen, welche nicht ausschließlich der Patient und nicht einmal überwiegend er zu verantworten hat.

Transparent gemacht werden sollte in den Gesprächen zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken, wem eine Zwangsbehandlung mit welcher Zieldefinition dient(e), in wessen Auftrag sie ausgeübt wurde und wer hiervon profitiert (vgl. G. WIENBERG 1997, 17, U. SACHSSE 1999, 147, 148). In der Betrachtung von Fixierungs- und Isolierungsmaßnahmen als einer vorsätzlichen Retraumatisierung der betroffenen Patienten betont U. SACHSSE (1999) die Notwendigkeit, diese Zwangsmaßnahmen nie aus *spontanen Gegenübertragungsgefühlen* heraus einzusetzen und schon gar nicht dann, wenn keine psychiatrisch Tätigen für Gespräche bereitstehen. Eine drastische Erhöhung der *Gesprächszeit* während solcher Maßnahme sowie eine *zusätzliche Betreuung* beispielsweise

---

<sup>50</sup> Behandlungsvereinbarungen, die Zwangsmaßnahmen nicht abschafft und nicht grundsätzlich ausschließt, werden von einigen Selbsthilfegruppen abgelehnt, für sie ist eher das „Psychiatrische Testament“, eine einseitige Willenserklärung, richtungsweisend (siehe A. SEIBT 1998, 156).

<sup>51</sup> Die Vorstellung, dass die Akutpsychiatrie Menschen in psychiatrisch einzuordnenden Krisen idealerweise ausschließlich therapeutische Hilfe anbieten sollte und dies auch nur auf freiwilliger Basis, dass die Psychiatrie frei sein sollte von ordnungspolitischen Aufgaben und Gewaltmaßnahmen zu ihrer Durchsetzung, erscheint als Fiktion. Dann müsste die Psychiatrie gesellschaftliche Aufträge zurückgeben, um diesem Anspruch gerecht werden zu können. Folgerichtig würden andere Institutionen geschaffen, um den gesellschaftlich gewünschten Ordnungsauftrag zu übernehmen. „Das Problem“ würde nur verlagert und nicht gelöst. Die psychiatrisch Tätigen können diesen Antagonismus in ihrer *Beziehungsarbeit* mit dem psychisch Kranken nicht auflösen.

durch Krankengymnastik, sind in diesem Kontext unerlässlich. Für ihn als Psychiater, der Fixierungen in spezifischen Situationen anordnet, bedeutet dies:

*„Eine Fixierung erspart mir also niemals Zeit, sondern kostet mich welche“* (ebd., 148).

Bei Anerkennung der strukturell asymmetrischen Beziehungen zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken in der Akutpsychiatrie verlangt das Verhalten der Berufsrollenträger in den verschiedenen helfenden Berufen um so mehr nach Kontrolle (vgl. A. MÜHLUM, S. BARTHOLOMEYCZIK 1997, 125). Im Interesse des psychisch Kranken aber auch des psychiatrisch Tätigen und der ihn beauftragenden Öffentlichkeit sollte die Beziehung und Intervention gestaltbar und überprüfbar sein, wie durch externalisierte Kontrolle durch „Dritte“, die von außen einen Blick auf das werfen, was zwischen den Beteiligten im institutionellen Gefüge geschieht. Dies ist durch richterliche Kontrolle oder eines gesetzlichen Betreuer bereits vielfach gegeben, zu fordern wäre aber zudem die Einrichtung eines „Patientenanwalts“, einer Ombudsperson auf akutpsychiatrischen Stationen, welche nicht der Klinikleitung unterstehen. „Das Dritte“ realisiert sich auf der Teamebene zudem in Form berufstypischer Arrangements wie Supervision und Fallbesprechung und durch internalisierte Kontrolle (Selbststeuerung).

## 4 KRANKHEITSVERSTÄNDNIS UND BEZIEHUNGSGESTALTUNG

In diesem Themenkomplex wird versucht aufzuzeigen, wie sich die Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken auf „traditionellen“ Akutstationen im Kontext des herrschenden Verständnisses von psychischer Krankheit gestaltet. Hierzu werden zunächst ausschnittweise Grundannahmen der sogenannten „traditionellen“ oder auch „biologischen“ Psychiatrie dargestellt, da insbesondere in der „Standardversorgung“ im akutpsychiatrischen Bereich primär auf Krankheitsmodelle im üblichen medizinischen - nosologischen Sinne zurückgegriffen wird. Besondere Berücksichtigung findet hierbei die Interaktion der „traditionellen“ Psychiatrie „mit dem Sozialen.“ Im Hinblick auf die Thematik dieser Arbeit wird auf einen umfangreichen historischen Abriss zur Entstehung und Entwicklung der klinischen Psychiatrie verzichtet.

### 4.1 ZUR „TRADITIONELLEN PSYCHIATRIE“ UND IHRER INTERAKTION MIT DEM SOZIALEN

Zum besseren Verständnis soll zunächst der Begriff der „traditionellen Psychiatrie“, wie er in dieser Arbeit verwendet wird, unter Bezugnahme auf J. BOPP (1982, 11ff) grob skizziert werden. Demzufolge lässt sich die „traditionelle Psychiatrie“ topografisch wesentlich definieren durch ihre Bindung an das naturwissenschaftlich-medizinische Modell mit der ihr immanenten eindimensionalen Erklärungs- und Behandlungsweise von psychischen Erkrankungen, zudem durch ihre Verteidigung von psychiatrischen Kliniken als zentrale Institutionen zur Behandlung psychischer Störungen, ihrem Festhalten an versteinerten Hierarchien und starren Rollenzuweisungen sowie ihrer Treue gegenüber gesellschaftlicher Normorientierung und zugewiesenem Kontrollauftrag. Diese Merkmale werden - bis auf den Aspekt des zugewiesenen Kontrollauftrags, der bereits in Kapitel 3 bearbeitet worden ist - im Folgenden aufgegriffen. Dabei werden die institutionellen Gesichtspunkte der Akutpsychiatrie hier nur am Rande gestreift, eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen erfolgt in Kapitel 5 „Institutionelle Ordnung und Beziehungsgestaltung.“

Dass die konservativ geführten Kliniken, „ihrer gesellschaftlichen Nützlichkeit und Notwendigkeit wieder sicher“ (H. KEUPP 1994, 186), sich gegenwärtig mit ungebrochenem

und zurückgewonnenem Selbstbewusstsein in der Öffentlichkeit präsentieren, wenngleich „in modernem Gewande“ (ebd.) hat u.a. der Sozialwissenschaftler H. KEUPP (ebd.) beobachtet.

„(...) Auch sie („die Traditionalisten“, A.H.) wollen mittlerweile keine Anstalt mehr, sondern eine moderne Klinik. Sie halten aber am „medizinischen Modell“ unbeirrt fest. Psychopharmaka sind ihr hauptsächliches Therapeutikum, aber auch der Elektroschock wird unverändert und teilweise wieder verstärkt eingesetzt. Die Kraepelinsche-Schneidersche Linie der Psychopathologie ist ungebrochen, auch wenn sie in modernen Variationen von DSM-III oder ICD eingekleidet werden. Die Hochburg dieser Richtung bilden vor allem herausragende Repräsentanten der Universitätspsychiatrie (...).“

Als Ausdruck einer konkreten historischen sozialen Entwicklung steht die Psychiatrie in einer spezifischen Tradition des Denkens. Mit ihrer Subsumierung zur Medizin nach Ablösung früherer Behandlungskonzepte (wie des „moral treatment“ als Ausdruck von der Annahme, „Geisteskrankheiten“ seien moralische Entgleisungen), öffnete sich im 19. Jahrhundert der Psychiatrie ein Tor zu der sich rasant entwickelnden naturwissenschaftlichen Medizin. Die Psychiatrie galt von nun an als deren Unterdisziplin, damit hatten körpermedizinische Erklärungen große Überzeugungskraft. Naturwissenschaftliches und antiphilosophisches Denken waren Bestandteil liberal-humaner Einstellung und Fortschrittsglaubens und als human galt es auch, Irresein nun als Körperkrankheit anzusehen („Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“). Für die Patienten bedeutete dies, dass sie von ihrer bis dahin angenommenen „Schuld“ durch religiöses oder moralisches Versagen und den damit verbundenen Torturen „pädagogisch therapeutischer“ Behandlung“ durch u.a. Zwangsjacken und –Masken, Drehstühle, Käfige, Brechmittel, Sturzbäder befreit wurden. Zugleich galten sie nun als unfähig, an ihrem Behandlungsprozess mitzuwirken. Die psychisch Kranken wurden zum Objekt ärztlicher Bemühungen. „Diese Selbsteinengung der Wahrnehmung auf den Körper hatte Erfolg“, so K. DÖRNER und U. PLOG (1996, 469).<sup>52</sup> Die Einordnung der Psychiatrie in die Medizin zog ihre Klinifizierung (gr. *kline* - Lager, Bett) nach sich und stellte einen Zusammenhang mit Krankheit her. Nervenärzte und Pflegekräfte und mit ihnen eine veränderte – nun medizinisch ausgerichtete - *Haltung* prägten das Milieu der zahlreichen psychiatrischen Anstalten. Als „Körperkranke“ wurden die psychisch Kranken nun vermehrt in Betten

---

<sup>52</sup> Aus der therapeutischen Begeisterung der moralisch pädagogischen Ära der Anfangszeit wurde ein „therapeutischer Nihilismus“ (ebd.): Die als „unheilbar“ geltenden chronisch psychisch Kranken verdeutlichten den psychiatrisch Tätigen deren therapeutische Ohnmacht. Für die medizinische Wissenschaft hatten die nun „körperlich Kranken“ keinen Wert und gesellschaftlich galten sie als „nutzlos“ (ebd., 474). „Sinn“ machten aus Sicht der Medizin die *akut* Kranken in den psychiatrischen Krankenhäusern. Vornehmlich in den Universitätskliniken waren sie von erheblicher Bedeutung für die psychiatrische Forschung:

behandelt. Als ein wesentliches Merkmal der traditionellen Anstalt, der „Bettenpsychiatrie“, kann die Ausgrenzung der Patienten aus ihrem gewohnten Alltag betrachtet werden. Die Klinik konstruierte eine eigene Alltagswelt, welche wesentlich aus „Behandlungsnotwendigkeiten“ wie Visite, Krankenpflege und Medikation bestanden, durch welche bis heute wesentlich die *Beziehungen* zwischen Patienten und psychiatrisch Tätigen auf der Akutstation gestaltet werden (U. EBERT 1996, 5). Das Interesse an den psychisch Kranken ist mit dem Zugang der Psychiatrie zu den Naturwissenschaften primär diagnostisch, klassifikatorisch oder beschreibend psychopathologisch und an ihren Leichen hirnpathologisch.

Wie der ärztliche Blick im 19. Jahrhundert die Klinik gebar, M. FOUCAULT (1999) hat es beschrieben<sup>53</sup>: Die Krankheiten wurden als endliches Netz von Symptomen vom ärztlichen Blick „leidenschaftslos freigelegt“ (ebd., 12). Dies geschah um den Preis der Verkenning der Möglichkeiten der Sprache und der Verwechslung eines physiologischen Befunds mit der Lebensgeschichte eines leidenden Menschen durch das begrifflose Zusammentreffen eines klinischen Blicks mit einem stummen Körper in einem Kontakt, der jedem Diskurs vorausgeht und in der Sprache der Dinge Ausdruck findet. Die naturwissenschaftlich - objektivierende Beobachtung zahlreicher Krankheitsfälle verfeinerte - nach Symptomatik und Verlauf - die Kunst des Diagnostizierens und Klassifizierens auch in der Psychiatrie. So gehen die heute international gebräuchlichen psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD 10 und DSM-III-R (siehe hierzu weiter unten) mit ihren Begrifflichkeiten auf E. KRAEPLIN (1856-1926), Ordinarius für Psychiatrie in München, zurück, welcher das Verhalten von psychisch kranken Patienten unter klassifikatorischen Aspekten beobachtete und nach nosologischen Einheiten systematisiert hat. Hierfür war ein komplizierter Transformationsprozess in biologische Sachverhalte<sup>54</sup> nötig, in welche eine Unmenge an Hypothesen, Vorannahmen und Vorurteile eingingen. Somit erhielt jeder Patient „seine

---

<sup>53</sup> Durch ihren Zugang zu einem naturwissenschaftlichen Wissen zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde den Medizinern zum ersten Mal gestattet, das konkrete Individuum rational zu erschließen. Die Reorganisation des Spitalwesens, die Entstehung der modernen Klinik und ihre Abkoppelung von den ärztlichen Praxen, die systematische Enthüllung von Leichnamen mit daraus resultierender Konstituierung der pathologischen Anatomie, der Entschleierung des Körperinnenraums, die neue Definition des Kranken in der Gesellschaft und die neuen ärztlichen Fachsprachen in der Epoche der Aufklärung entziffert M. FOUCAULT (1999: Die Geburt der Klinik) als Anzeichen eines grundlegend neuen, rationalen Umgangs mit Krankheit und Tod.

<sup>54</sup> G. HERZOG (1984, 13: Krankheitsurteile: Logik und Geschichte der Psychiatrie) beschreibt diesen Transformationsvorgang als hermeneutisches Vorgehen des Arztes, die Klagen des psychisch Kranken zu interpretieren „und zwar als biologisches Ereignis. Er muß Diagnostik betreiben. Zu diesem Zweck verläßt er die Mitteilungen und ihre Interpretation, begibt sich aus der sozialen in die biologische Ereignisebene und reduziert die Klage mit ihren vielen möglichen Ereignisverknüpfungen auf biologische Variablen... Ein Arzt, der von der Klage direkt auf Krankheit oder Schädigung schließt, mag aus Erfahrung das Richtige treffen; naturwissenschaftlich handelt er nicht.“



Krankheit.“ Das diagnostizierte psychiatrische Krankheitsbild trat an die Stelle des individuellen (psychotischen) Verhaltens und Erlebens.

K. DÖRNER, der sich langjährig als Leiter von psychiatrischen Kliniken mit der Methodologie und den Strukturen der Psychiatrie, sowie deren Geschichte in Deutschland beschäftigt hat, kommt zu der Erkenntnis, dass bis in die jüngste Vergangenheit hinein aus systematischen Einzelbeobachtungen „schein- naturwissenschaftliche“, „sozialdarwinistische“ und „biologistische Verabsolutierungen“ gemacht wurden (DÖRNER 1996, 470). Nicht zuletzt bildeten, so K. Dörner (ebd.), diese Vorstellungen eine Grundlage für rassistische und antisemitische Theorien.<sup>55</sup> Die Tendenz der „traditionellen“ Psychiatrie zur Biologisierung psychischer Krankheit stellt sich in vielfältigen Phänomenen, gleichsam einer mystifizierenden medizinischen Krankheitsbekämpfung dar. Trotz ungebrochener forschender Bemühungen (vgl. hierzu in den Anfängen 1845 W. GRIESINGER, später E. KRAEPLIN, K. SCHNEIDER) durch welche die regelhafte und kausale Existenz spezifischer organischer Störungen für die sogenannten endogenen Psychosen belegt werden sollten, blieb es jedoch bisher beim Postulat des Nachweises organischer Ursachen in der Eigenart und Genese psychotischer Phänomene (vgl. G. BRUNS 1993, 208 ff.).

Zur biologischen Psychiatrie sind klinisch-psychiatrische Forschungen zu zählen, die sich biologischer Methoden bedienen, zu denen neuroanatomische, neuropathologische, neurophysiologische, psychophysiologische, biochemisch-pharmakologische und chronobiologische und genetische Ansätze gezählt werden können (H.-J. MÖLLER, G. LAUX, A. DEISTER 1996, 15). Das naturwissenschaftlich-medizinische Modell scheint sich seiner Natur gemäß dort zu bewähren, wo möglichst klar umschriebene strukturelle oder biochemische Störungen auftreten, welche in einem monokausalen Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen stehen können. Kann eine solche strukturelle oder funktionelle Störung nicht ausfindig gemacht werden und wollen multifaktorielle Entstehungsbedingungen von psychischer Erkrankung - im somatischen, psychischen und sozialen Zusammenspiel - berücksichtigt werden, endet die Erklärungskraft des biologisch-naturwissenschaftlichen Modells (vgl. J. CLAUSEN, K. D. DRESLER, I. EICHENBRENNER 1997, 64).

In ihrer Geschichte hat die Psychiatrie viele Diagnosen „erfunden“ und damit einen beachtlichen Bereich menschlichen Lebens und Variationen menschlichen Verhaltens

---

<sup>55</sup> Dieser augenscheinlich sehr dürftige Rückgriff in die Historie der Psychiatrie als medizinische Disziplin muss an dieser Stelle genügen im Hinblick auf die Thematik dieser Arbeit, die danach fragt, wie sich Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken gestaltet. Umfangreiche Darstellungen zur Geschichte der Psychiatrie hat u.a. K. DÖRNER (1978, 1984, 1992, 1996.) vorgenommen.

benannt und potentiell pathologisiert. „Etwas benennen zu können, ist an sich schon eine große Macht“ (G. BRUNS, 1993, 19), weil es menschliches Sein veröffentlicht und wenn gewünscht, in Ordnungen und Zugehörigkeiten kategorisiert bzw. neue Gruppen und Kategorien schafft und marginalisiert. Ein Blick in die Historie zeigt, dass die Deutung psychischer Störungen nicht als unveränderbare Phänomene bestehen, vielmehr sich im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext als neu geschaffene Deutungskategorien herausbildeten und bilden.<sup>56</sup> Die Definitionssetzungen der Psychiatrie, wie sie sich in der Codierung der seit 1992 gültigen Fassung des ICD-10 (TENTH REVISION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES) der WHO (WELTGESUNDHEITSORGANISATION) finden, werden einerseits bei Anerkennung ihres Gewinns für die internationale Vergleichbarkeit von Forschungsstudien von S. HOFFMANN/HOCHAPFEL (1999, 9) als neue klassifikatorische Diagnostik kritisiert, die andererseits sichtbar ein „Kochbuchwissen“ gefördert hat (ebd.) und psychischen Phänomenen einen speziellen Namen gibt. Die neuen Diagnoseschlüssel unterscheiden zwar nicht mehr zwischen endogenen, exogenen und reaktiven Aspekten bei psychischen Erkrankungen, sie sprechen von *psychischen Störungen* bei Verzicht auf die Ätiologie (Krankheitsursache), was im Umkehrschluss jedoch nicht bedeutet, dass diese Form der Diagnostik die subjektive Perspektive des psychisch Kranken in einem Dialog erschließen könnte. K. MÜCKE (1992, 145) kritisiert dieses vermeintlich objektiv-wertfreie psychiatrische Klassifikationssystem als einen Mythos, der bis heute nicht entlarvt worden ist. Die Stabilität der KRAEPLINSchen Diagnose- und Krankheitsschemata, welche ungebrochen die Basis der psychiatrischen Wirklichkeit bildet, spricht, so K. DÖRNER (1996, 470) „auch für die Angst der Psychiatrie, sich der *ganzen* Wirklichkeit zu öffnen“ (Hervorhebung von K. DÖRNER, A.H.).

Was aber könnte in diesem Kontext mit der *ganzen* Wirklichkeit gemeint sein?

Will man *Bezüge* zur Wirklichkeit herstellen, so ließen sich je nach Blickwinkel und Standpunkt unterschiedliche Dimensionen ausmachen, wie von verschiedenen Autoren und

---

<sup>56</sup> In „Sexualität und Wahrheit“ formuliert FOUCAULT (1976) in seiner Theorie der (Definitions-) Macht am Beispiel des gesellschaftlichen Umgangs mit Sexualität deren Kategorisierung in eine „normale“ und eine „perverse“ Ausformung durch die Wissenschaften als Ideologielieferanten. Jene sich in einer zunehmend ausdifferenzierenden Gesellschaft durchdringenden Machtmechanismen bevorzugen nicht mehr primär die Strafe, sondern die Kontrolle, welche sich mit den „menschlichen Lüsten und Begierden“ (G. BRUNS 1993, 17) verbinden und deren „Heimlichkeit, Abgeschiedenheit und Intimität“ (ebd.) unter der Prämisse „Wissenschaft“ zu durchbrechen suchen. Sexualität als öffentlicher Gegenstand wird nicht verboten und bestraft, vielmehr in ihren normentsprechenden oder -verletzenden Kategorien definiert und somit Wissen, Vergleich und Überprüfung konstruierend – und dies vor allem im Selbstvollzug. Ähnlich geschieht dies auch mit den psychischen Störungen: Heute hat beispielsweise die Homosexualität „die Bühne der psychischen Störungen mit dem Erscheinen von DSM-III verlassen“ (A. FINZEN 1999, 46), um anderen Erscheinungsformen menschlichen Verhaltens Platz zu machen.

„ihren Schulen“ formuliert. Genannt werden u.a. die subjektiven Erfahrungen der betroffenen psychisch Kranken, ihre Individualität und Lebenswelt (vgl. K. WEISE 2002, 2), die Berücksichtigung des soziokulturellen Kontextes (vgl. A. FINZEN 1999)<sup>57</sup>, die Eingebundenheit des psychisch Kranken in makrosoziale Bedingungen wie Armut, soziale Klasse und Schicht, Stadt und Land sowie die Geschlechtzugehörigkeit (vgl. H. KEUPP) sowie jene mit diesen komplexen Problemlagen verknüpften Ausstattungs-, Austausch- und Machtprobleme des psychisch kranken Menschen (vgl. S. STAUB-BERNASCONI 1994).

Insbesondere sozialwissenschaftliche Bemühungen waren es neben u.a.

psychodynamischen, anthropologischen und phänomenologischen, welche in den Nachkriegsjahrzehnten im Zusammenhang mit den gesellschaftskritischen Auseinandersetzungen den Primat der „traditionellen“ klinischen Psychiatrie mit ihrem biologischen Reduktionismus in Frage gestellt haben. Die einst radikalen Positionen und unterschiedlichen - mehr oder weniger wissenschaftlichen - Deutungssysteme gewannen Einzug in reformorientierte Ansätze wie die der Sozialpsychiatrie. Mit deren Herausbildung gewann auch die Sozialarbeit als nichtmedizinische Berufsgruppe und mit ihr die *soziale Dimension* Einzug in die (akut)psychiatrische Klinik. Bei ihrer Bedeutsamkeit für den sozialpsychiatrischen Komplementärbereich sind in der Akutpsychiatrie jedoch eher wenige Sozialarbeiter tätig (siehe PSYCHPV).

Den Vorstellungen des Gesetzgebers für den Psychosozialen Dienst entsprechend, obliegt der Sozialarbeit im Akutbereich eine vorwiegend administrative Aufgabenstellung mit der Zuordnung, die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patienten zu *ergänzen* (siehe PSYCHPV).<sup>58</sup>

Psychische und soziale Komponenten von psychischer Krankheit gelten von nun an subsumierfähig bei gleichzeitiger Anerkennung vorherrschender biologischer Dimensionen von psychischer Krankheit in der Akutpsychiatrie.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> A. FINZEN (1999, 46) weist auf die Empfehlungen der AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) hin, die vor dem Hintergrund der kulturellen Vielfalt in den USA argumentiert, wonach eine „zuverlässige Diagnose“ nach den neuen Diagnosesystemen ohne Einbeziehung des soziokulturellen Kontextes des psychisch Kranken nicht möglich sei.

<sup>58</sup> Siehe hierzu auch die aktuelle Auseinandersetzung zur (Ausbildung in der) klinischen Sozialarbeit und ihrer Standortbestimmung u.a. im FORUM SOZIAL 2/2001.

<sup>59</sup> A. FINZEN (1999, 43) nennt in diesem Zusammenhang das „bio-psycho-sozialen Modell“, in welchem „das Soziale“ seinen Platz findet, wie z. B. in neueren Theorien wie der „Vulnerabilitätstheorie“: „Dabei handelt es sich in Wirklichkeit um ein Stück »Appeasement« für die Arglosen, die sich im biopsychosozialen Modell geborgen fühlen, und um Nebelkerzen für die Unbelehrbaren, die auf dem gewichtigen Einfluß von kultureller und sozialer Umwelt beharren. Denn die Vulnerabilität, die hier gemeint ist, ist angeboren. Die Erforschung der »nicht notwendigen, aber hinreichenden« ergänzenden Komponenten, die Vulnerabilität in Krankheit münden lassen und die Domäne der Sozialpsychiatrie sind, bleibt dabei auf der Strecke. Appeasement ist auch die angebliche Ätiologieneutralität der neuen Diagnosesysteme. Für die herrschende psychiatrische Meinung ist im Grunde alles »biologisch«.“

So beobachtet K.P. KISKER (1999, 58) „integrativ-aufsaugende Umarmungen (...) zwischen einer Klinik, die das »Soziale« längst vereinnahmt, und einer Sozialpraktik, die das »Klinische« längst eingeordnet hat.“ Damit scheint die Dichotomie zwischen biologischer und psychosozialer Psychiatrie überwunden, tatsächlich scheint das medizinische Paradigma von Diagnose, Therapie und wissenschaftlicher Erklärung „enorm elastisch“ zu sein, wie G. BRUNS (1993, 196) feststellt.

Nach dieser groben Skizzierung der „traditionellen“ Akutpsychiatrie soll hier noch einmal der Aspekt der medizinisch ausgerichteten *Haltung* aufgegriffen werden, welche in der Klinik wesentlich die Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken konstituiert. Entscheidend hierfür dürfte sein, dass die psychiatrisch Tätigen in den vorgegebenen oder auch nur vermuteten Professionsmustern (trotz Einzug „des Sozialen“) der *medizinischen Dominanz* folgen. Mag dies der Haltung den *medizinischen* Berufsgruppen noch entsprechen, so widerspricht die Reduzierung auf den Problemausschnitt „körperliche Ausstattungsprobleme“ und „Ausstattungsprobleme mit Erkenntniskompetenzen“<sup>60</sup> dem Selbstverständnis Sozialer Arbeit. Diese ist von ihrer Geschichte her darauf ausgerichtet, die *vielfältigen* Ausstattungsbeeinträchtigungen als Probleme der unterschiedlichen Teilhabe von Individuen an den gesundheitsbezogenen, medizinischen, psychischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen Ressourcen oder Errungenschaften der Gesellschaft, in welcher der psychisch Kranke lebt, in ihrem Blick zu haben und gegebenenfalls zu bearbeiten (S. STAUB-BERNASCONI 1994, 15). In diesem Sinne ist die grundständige Sozialarbeit weniger auf die unmittelbare krankheitsbezogene Hilfestellung ausgerichtet, da sie es vorrangig als ihre Aufgabe betrachtet, sich auf die eingeschränkten Ausstattungselemente *im sozialen Raum* zu beziehen, welche als Folge der Erkrankung entstanden sind (rehabilitativ) oder im Vorfeld zu Beeinträchtigungen des psychisch Kranken führen (präventiv). Dies bedeutet, dass Soziale Arbeit in der Psychiatrie vorrangig den Alltag verbessernde und stabilisierende Hilfen organisieren muss. Wird jedoch die Beziehung zwischen psychiatrisch tätigem Sozialarbeiter und psychisch Krankem nach diesem Verständnis lediglich als *Vermittlungstätigkeit* verstanden, die zum Einen nur zur Erreichung von sozialen Leistungen notwendig ist, wie z.B. bei der Antragstellung auf Sozialhilfe, Hilfe bei Erlangung bzw. Erhaltung von Wohnraum, Schuldenregulierung etc., zum Anderen als Entlassungsmanagement („Sozialarbeit als

---

<sup>60</sup>Diese Begrifflichkeiten benutzt S. STAUB-BERNASCONI (1998, 111, 115), gemeint sind Probleme, die in den Bereich der Medizin gehören, jedoch bzgl. ihrer psychischen wie sozialen Folgen von der Sozialen Arbeit thematisiert werden müssen.

»Bettenbagger«“, M. TROST 2001, 10) dient, droht die Reduzierung der *Beziehung* auf eine Ebene reiner *Versorgung* und *Verwaltung*. Der psychisch Kranke auf der Akutstation wird nach diesem Verständnis zum *Hilfeempfänger*, der sich beispielsweise bei seinem zuständigen Sozialarbeiter auf der Station das zugeteilte Taschengeld oder den Antrag auf häusliche Krankenpflege für die Zeit nach der Entlassung abholt. Verengt sich die Sozialarbeit in der Psychiatrie auf diesen Hilfs- und Versorgungsprozess, würde im Prinzip die Methodik der allgemeinen Verwaltung ausreichen (vgl. P. KASTNER, P. KUNKEL 1998, 34).

Offensichtlich ist jedoch, dass diese Vorgehensweise in der Akutpsychiatrie nicht stringent umgesetzt werden kann, berücksichtigt sie nicht die Konflikthaftigkeit psychischer Störungen mit der aus diesem Konflikt entstehenden Ambivalenz auch und gerade gegenüber den forcierten Behandlungsbemühungen in der Akutpsychiatrie. Relevant ist hier das szenische Zusammenspiel der intrapsychischen Psychodynamik des psychisch Kranken mit der interpsychischen Beziehungsdynamik zweier oder mehrerer Personen, dessen sich der psychiatrisch Tätige kaum entziehen kann. Versucht er dies, dann in der Regel um den Preis einer eingenommenen unterkühlten emotional nicht erreichbaren „Professionellen-Mentalität“ (R. HELTZEL 2003, 9), in der der Patient wenig Chancen hat, verstanden zu werden.

K. KINKELBUR (1999, 13) Sozialarbeiterin in der Psychiatrie, schildert ihre Erfahrungen, wenn die Priorität in der psychosozialen Arbeit auf Administration gelegt wird, ohne eine Beziehung zum Patienten aufzunehmen. Fehlt ein gefühlsmäßiger Zugang, so K. KINKELBUR (ebd.), kann die Sozialarbeiterin kaum überzeugend gegenüber dem Kostenträger argumentieren. Dies ist jedoch notwendig, da der Patient selbst vom Kostenträger eine Dienstleistung erwartet, die gut begründet sein will und sich beispielsweise entsprechend im Sozialbericht wiederfinden muss. Aus diesem Grunde sind Sozialarbeiter gefordert, aussagekräftige *soziale* Diagnosen stellen, die nur möglich sind, wenn die Sozialarbeiter mit den psychisch Kranken in der Akutpsychiatrie selbst bei den administrativen Arbeiten (Verwaltungsakte) *in Beziehung* treten. Hier wird deutlich, wie sehr Soziale Arbeit sich mit den „Banalitäten“ und der Unüberschaubarkeit des möglicherweise verwirrenden und diffusen Alltags des psychisch Kranken zu befassen hat. Dem Alltag ist jedoch immanent, dass er nicht „säuberlich sortiert und unter Spezialisten aufgeteilt werden kann,“ wie U. EBERT (1996, 8) feststellt. Damit ist die Sozialarbeit weit von dem Ort der Wissenschaft und Forschung sowie der medizinisch-therapeutischen

Verrichtung in der Klinik entfernt, was wesentlich zu dem Verlust an Prestige beitragen und jene beschriebene Nähe zur medizinischen Dominanz in der Akutpsychiatrie begründen mag.

#### 4.2 IMPLIKATIONEN UND KONSEQUENZEN DES „PSYCHIATRISCH DIAGNOSTISCHEN BLICKS“

Es ist nicht die *soziale* Diagnose, die in der „traditionellen“ Akutpsychiatrie für die *Behandlung* von Bedeutung ist. Wie aufgezeigt, gilt vielmehr, dem medizinischen Paradigma zu folgen. Daher soll an dieser Stelle die Aufmerksamkeit auf den „psychiatrisch diagnostischen Blick“ gerichtet werden.

In Anlehnung an K. MÜCKE (1992, 131) wird der „psychiatrisch diagnostischen Blick“ in diesem Kontext als Kategorie einer spezifischen psychiatrischen Wahrnehmung verstanden, die (sich) eine Realität schafft, in welcher die *Beziehungen* zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken so gesteuert und gedeutet werden, dass die jeweiligen Einstellungen, Überzeugungen und Diagnosen als gerechtfertigt und die aus ihnen abgeleiteten „indizierten“ (psychopharmakologischen) Heilbehandlungen<sup>61</sup> sinnhaft erscheinen.

Wie G. AMMON (1973, 20) feststellt, ist in der schulmedizinischen Denkrichtung, „die Geschichte der Krankheit, nicht die Geschichte des Kranken“ entscheidend. Indem der psychiatrisch-diagnostische Blick sich folglich nur für die Krankheitsgeschichte interessiert, welche einen vorherbestimmten naturgesetzlichen Verlauf haben soll, blendet er aus, was nicht in dieses Paradigma einzuordnen ist. Jene Blickrichtung, so G. AMMON (ebd.), begründe die Uneinfühlbarkeit verrückten Erlebens und Verhaltens. Als Ausdruck einer „naturwissenschaftlich rationalisierten Abwehr“ (ebd., 22) der Lebenswirklichkeit des psychisch Kranken erlaube diese Position dem psychiatrisch Tätigen, zwischen sich und dem psychisch Kranken eine wissenschaftlich begründete unüberbrückbare Distanz in der Beziehung aufzurichten. FODRAINE (1974, 32, 33) beschreibt, wie er als Psychiater, der diese Distanz aufzulösen suchte, dennoch durch die diagnostischen Konstrukte der „neo-kraepelinschen Psychiatrie“ mit ihren Hypothesen über den organischen Ursprung von psychischen Krankheiten und den daraus resultierenden uneinfühlbaren Verhaltensweisen verführt wurde, auf eben diese zurückzugreifen. J. FODRAINE (ebd.) deutet diese

---

<sup>61</sup> Der ärztliche Auftrag, mit Einweisung des psychisch Kranken (nach Ermittlung der Diagnose) mit der „Heilbehandlung“ zu beginnen, bedeutet auf der Akutstation in erster Linie medikamentöse Behandlung von psychischer Krankheit. Medikament (lateinisch *medicamentum*) bedeutet „Heilmittel“. Die psychopharmakologische Behandlung von psychischen Störungen wirkt nicht heilend, sondern die unerwünschten Symptome unterdrückend. Somit können Psychopharmaka im strengen Sinn nicht als „Medikamente“ oder „Heilmittel“ bezeichnet werden (vgl. K. WEISE 1992, 146).

Maßnahme als Schutz gegen die Identifikation mit dem Gespaltenen oder Zerbrochenen im psychisch Kranken und gegen die Gespaltenheit und Zerbrochenheit selbst und macht dies exemplarisch deutlich an seinem (gescheiterten) Versuch einer Beziehungsaufnahme zu seinem verstummten schizophrenen Patienten „Karl“:

...“Bei Karl schien »Hopfen und Malz« verloren. Ich fühlte mich nicht geachtet, nicht anerkannt – in der Tat war unsere Beziehung eine Verspottung jeglicher Form menschlichen Zusammenseins, eine Situation, der ich allmählich entfliehen wollte. Mir graute mit der Zeit vor den Sitzungen. Ich begann mich nun auch daran zu erinnern, dass Karl als »Defektschizophrener« eingestuft war, und ich erlebte diese »Diagnose« als eine gewisse Befreiung.“ (ebd.)

„Diagnosen“ können in diesem Sinn als Zufluchtsstätten betrachtet werden für psychiatrisch Tätige, welche im Kontakt mit psychisch Kranken Verweigerung und Verwirrung erleben. Misslingt eine Wiederherstellung bzw. Erstaufnahme von Kontakt zum psychisch Kranken, mag Entlastung empfunden werden bei der Vorstellung,

“(…) wir hätten es mit einer menschlichen Existenzform zu tun, die durch körperliche Krankheitsprozesse so gestört ist, dass eine menschliche Begegnung nicht stattfinden kann und infolgedessen auch gar nicht unbedingt stattfinden muss.“ (ebd.)

Der „psychiatrisch diagnostische Blick“ und jenes mit diesem untrennbar verbundene normative Wahrnehmungsmuster scheint somit klar abgrenzbare Kriterien und Selbstschutz in einer Situation konzentrierter Konfrontation mit von der Norm abgerückten Verhaltens- und Erlebensweisen zu schaffen. Hier darf die Frage gestellt werden, was es für den psychisch Kranken bedeutet, diagnostisch angeblickt und beurteilt zu werden.

In der „Geburt der Klinik – eine Archäologie des ärztlichen Blicks“ beschreibt M. FOUCAULT (1999) den diagnostischen Blick (diagnoscein - durchblicken) als ein Vorgehen von *Erhellungen* und *Enthüllungen*. Er formuliert die Gefahr des „zwingenden Blicks“, welcher zu einem verallgemeinerungsfähigen Funktionsmodell werden könnte, das „die Beziehungen der Macht zum Alltagsleben der Menschen definiert“ (ebd., 122).

Sozialpsychologische Erfahrungen des Alltagslebens, wie sie jeder kennt, finden sich in zugespitztem Ausmaß in den Mikropraktiken der sozialen Kontrolle auf einer „traditionellen“ Akutstation. Der psychiatrisch „durchschauende“ Blick, wie er sich beispielsweise in der *Glaskanzel*, in den Überwachungskameras auf der Station und in den Isolierzimmern manifestiert, mag Assoziationen zum „gläsernen Menschen“ wecken und offenbart sich hier als *durchschauender* Blick, der die Macht hat, „sichtbar“ zu machen. Was hier aber *durchschaut* wird, ist zunächst nur das *Sichtbare* und Messbare, was vor dem schwer Durchschaubaren kapituliert<sup>62</sup>. Psychisch Kranke, die in ihrer besonderen

<sup>62</sup> Dieser Gedanken wurden dem Vortrag „Die Bedeutung der Scham – zur Anthropologie der Depression“ von B. PFAU entnommen, den er im Januar 2001 im Universitätsklinikum Eppendorf hielt.

Verletzbarkeit *sichtbar* werden, mögen sich dem Anblick und der Beurteilung der psychiatrisch Tätigen ausgeliefert fühlen, denn der „psychiatrisch-diagnostische Blick“ als sezierender vermag in seiner historisch verankerten Eindimensionalität nur in eine Richtung zu schauen: vom Subjekt zum Objekt.

Würden sich die psychiatrisch Tätigen mit dem Blick betrachten, den sie auf die Patienten richten, liefen sie Gefahr, selbst diagnostiziert, d.h. mit psychiatrischen Kategorien versehen zu werden. Dabei, so K. MÜCKE (1992, 140), gelänge es nie vollständig, aus dem Bewusstsein zu streichen, dass es sich nur um eine artifizielle Trennungslinie zwischen „gesund“ und „krank“ handele, welche von K. MÜCKE als „psychiatrischer Schutzwall“ (ebd., 141) gedeutet wird. Dieser Schutzwall speist in einer Art Rückkopplungsschleife die Blindheit des „diagnostischen Blicks,“ die eine doppelte ist: Zum Einen vermögen die psychiatrisch Tätigen, wo sie sich selbst anblicken, nun nichts mehr wahrzunehmen, was verrückt ist, zum Anderen gelingt es nicht, bei den Patienten sicher zu erkennen, was nicht in eine psychiatrische Kategorie passt. In den etablierten Regeln des diagnostischen Vorgangs drücken psychiatrisch Tätige und Patienten ihre wechselseitigen Phantasien des Einen über den Anderen aus. Psychiatrisch Tätige, welche psychische Krankheit, insbesondere Psychosen, lediglich als organische Erkrankung diagnostizieren und ihre Auffassung über diesen ihnen befremdlich erscheinenden Anteil unhinterfragt aufrechterhalten, entwickeln Phantasien darüber, wie sich jemand verhält, der verrückt ist und verhalten sich ihrer Auffassung entsprechend. Damit bestärken sie die Abspaltung bestimmter Ich-Anteile, wie es der verrückte Patient und seine Familie/ soziales Umfeld möglicherweise ebenfalls tun. Verschiedene Autoren haben beschrieben, wie Psychiatriepatienten in der Regel die psychiatrische Terminologie in dem Versuch übernehmen, die beängstigende Unfassbarkeit des eigenen (verrückten) Erlebens in den Griff zu bekommen und die Verantwortung für sich selbst an andere abzugeben, denn sie gelten ja als krank (vgl. hierzu u. a. K. MÜCKE 1992, G. BRUNS 1993).

Dass psychiatrisch Tätige zudem über ein „eigenes“ Kategoriensystem verfügen, mit dem sie die Patienten definieren und zwar in Abhängigkeit von den spezifischen *Interaktionsproblemen* auf der Station, zeigt u.a. die ethnomethodologisch orientierte Studie von FENGLER und FENGLER (1980). Taxonomische Zuordnungen wechseln dabei in der Regel mehrfach während eines Klinikaufenthalts, entsprechend dem vorherrschenden Verhalten des Patienten in der Interaktion. Die Autoren beobachteten, wie psychiatrisch Tätige die „wahre“ Identität des Patienten dabei rückwirkend im Lichte seiner jeweils aktuellen Klassifizierung zu reinterpretieren suchen. Klassifizierungen folgen also nicht



unbedingt einer klinisch-diagnostischen Logik, vielmehr sind sie zu verstehen im Kontext von „Verstößen“ des Patienten gegen den Klinikablauf.

K. MÜCKE (1992, 132) beschreibt, wie Patienten auf der Akutstation von psychiatrisch Tätigen in erster Linie als psychisch krank wahrgenommen werden und *jede* ihrer Verhaltensweisen in dieser Hinsicht gesichtet, registriert und interpretiert werden:

...Klagte ein Patient über die unangenehmen Wirkungen seiner Medikation, wurde er als »klagsam« bezeichnet; verweigerte ein Patient die Medikation, wurde er als »krankheitsuneinsichtig« oder gar »querulatorisch« eingestuft; schlief ein Patient tagsüber, wurde das seiner »Krankheit« zugeschrieben und nicht etwa der sedierenden Wirkung der verabreichten Psychopharmaka. Das einzige Kriterium dafür, ob sich der Patient krankheitseinsichtig zeigte – und das mußte er, wollte er möglichst bald entlassen werden – bestand darin ob er die Medikation annahm oder nicht.“

#### 4.2.1 BEZIEHUNGSASPEKTE DER „COMPLIANCE“ KATEGORIE

In der Akutpsychiatrie geht es, wie zuvor dargestellt, viel um *Sichtweisen, Ansichten und Einsichten*. Letztere werden insbesondere dem akutpsychiatrischen Patienten abverlangt. Seine *Krankheitseinsicht*, die sogenannte „Compliance“<sup>63</sup>, wird als Einsicht in das konzipiert, was psychiatrisch Tätige für richtig halten und meint damit eine Anpassung an die normativ festgelegte Gefühlsregeln der Institution.

Für S. DEBUS (1997, 147) stellt die „Compliance“ Kategorie eine „Emotionsarbeit“ dar, gemeint als psychischer Aufwand des Patienten, sein subjektives Empfinden mit den Gefühlsregeln der Institution zu vereinbaren. Dem Bedürfnis des Patienten nach *konkretem* Verständnis und Anteilnahme in der Begegnung kann die Psychiatrie tendenziell nur *abstrakte*<sup>64</sup> Beziehungsstrukturen anbieten. Dabei ist das emotionale Binnenklima einerseits auf konkrete Emotionen wie Empathie, Vertrauen, Verständnis, menschliche Wärme, Identifikation etc. angewiesen, andererseits durch die Existenz von unartikulierten abstrakten Gefühlsregeln gekennzeichnet. Das Abstrakte in Beziehungen meint distanzierteres, befremdliches, öffentliches, entferntes etc.. Gewöhnlicherweise gehen beide Systeme ineinander über, das Verhältnis von *konkret* und *abstrakt* ist ein komplementäres, es kann sich darstellen in den Dimensionen wie privat/ öffentlich, vertraut/ befremdlich, nahestehend/ entfernt. Vermischungen dieser Dimensionen können sich als emotionales

<sup>63</sup> I. Eckermann und T. Bock zufolge konnte sich für den deutschen Sprachraum bislang keine eigenständige Übersetzung etablieren. Englischsprachige Lexika geben z.B. die Übersetzung: „Eigenwilligkeit, Befolgung, Unterwürfigkeit“ (SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 3/ 2001, 43).

<sup>64</sup> Siehe hierzu auch D. CLAESSENS 1993: „Das Konkrete und das Abstrakte“.

Missverstehen, als Kommunikationsbarrieren bis zur Sprachlosigkeit und Verweigerungshaltung äußern.

Die Überbrückung vom Bedürfnis des Patienten und dem Angebot der Psychiatrie versucht eben diese über die „Compliance“ Regel herzustellen. Der psychisch Kranke aber fühlt sich dieser Kategorie nicht gesehen mit seinen Vorbehalten, Zweifeln und Ängsten gegen die medizinische Behandlung. Seine „Noncompliance“ gilt als eine zentrale Kategorie in der Akutpsychiatrie und meint die Ablehnung der Kooperation des Patienten mit der Psychiatrie als Behandlungsinstanz, hier insbesondere die Nichtbefolgung einer Medikamentenverordnung. Dies ist vor dem Hintergrund der Erhaltung der prinzipiellen Gültigkeit des medizinischen Modells im Akutbereich zu betrachten. Die Entdeckung der Neuroleptika hat den Glauben an diesen Weg verstärkt, da mit ihr ein oftmals zumindest kurzfristig und symptomatologisch effektives Handlungsinstrumentarium im Zuge der allgemeinen Medikalisierung des Lebens zur Verfügung stand (und weiterhin steht).

V. ADERHOLD (1994) beschreibt in diesem Zusammenhang die Etablierung der Neuroleptika<sup>65</sup> als einen „unerträgliche(n) therapeutische(n) Pragmatismus“ (ebd., 14), bei dem sich psychiatrisches Denken und Handeln in der Klinik neben notwendigem Sozialinterventionismus letztlich auf Dosierungsfragen und der hiermit verbundenen „Compliance“-Problematik reduziere. Die *Bedeutung der Interaktion* bleibt in dieser Kategorie einseitig auf den psychisch Kranken ausgerichtet. Für ihn stellt sich die (Nicht) Erfüllbarkeit von „Gefühlsregeln“ tendenziell als konstitutiv für ihre jeweilige Krankheitsdiagnose dar. Es entsteht der Eindruck, als tragen psychiatrisch Tätige stets zur Optimierung der Variablen bei, die sich positiv auf die „Compliance“ – Bereitschaft des Patienten auswirken (T. BOCK 2000, 43). In diesem Konstrukt ist es nun aber auch der psychiatrisch Tätige, der als Persönlichkeit in seinem Handeln, beeinflusst durch seine jeweiligen individuellen Anschauungen und Sichtweisen, *nicht* sichtbar wird. Die Auswirkungen *seines* Verhaltens, seines Beziehungsangebotes auf das Verhalten des psychisch Kranken finden in der „Compliance“ - Kategorie ebenfalls kaum Beachtung<sup>66</sup>.

---

<sup>65</sup> Dabei soll hier nicht der Eindruck erweckt werden, Neuroleptika generell abzulehnen, käme dies einer fragwürdigen Dichotomisierung gleich, wie sie in der kustodialen Psychiatrie vorgenommen wird: medikamentöse Behandlung statt Psychotherapie, Körper statt Psyche etc. und berücksichtigt zudem nicht die Bedürfnisse von psychisch Kranken, die Psychopharmaka durchaus als hilfreich erleben können (vgl. u.a. A. KÖPCKE 2002, 7, die ihre Psychose beschreibt als Gefühl der Zerbrochenheit der Beziehungen zur Welt und zu sich selbst: „Nichts trägt mehr. Ohne Psychopharmaka wäre der Betroffene preisgegeben einer (selbst-)mörderischen Angst (...).“ Siehe hierzu auch <http://www.psychiatrie.de/erfahrung/maass> (29.08.02).

<sup>66</sup> In Anerkennung dieses komplexen Bedingungsgefüges, welches nicht eindimensional, reduziert auf eine Eigenschaft des Patienten betrachtet werden soll, schlagen T. BOCK und V. ADERHOLD (2001, 44) daher statt der „Noncompliance“ den Terminus der „misslungenen Kooperation“ vor, um den vielschichtigen und vor allem interaktionellen Aspekten solcher Verweigerungssituationen gerecht zu werden.

#### 4.2.2 DER MONOLOG DER PSYCHIATRIE

Das Bestreben, psychische Erkrankungen, d.h. unverständlich gewordene Verhaltens- und Erlebensweisen, die eine pathologische Autonomie gewonnen haben, psychiatrisch einzuordnen, suggeriert, als handele es sich bei vermeintlichen oder tatsächlichen psychischen Krankheiten um quasi autonome Entitäten, welchen ein vorherbestimmtes naturgesetzliches Eigenleben innewohnt. Damit wären sie ohne weiteres von dem „Krankheitssträger“ zu abstrahieren, welcher in dieser verobjektivierenden Betrachtung ohne sein individuell-biographisches und geschichtliches Gewordensein im „diagnostischen Blick“ des Betrachters steht. Mit dieser Parzellierung großer Anteile eines Subjekts, welche „Wirklichkeit“ ausblendet, wird geradezu eine „Depersonalisation“ (R. WEIDMANN 2001, 16) vorgenommen. Im positivistischen Medizinmodell wird die ursprüngliche Einheit von Signifikant (Bezeichnendem) und Signifikat (Bezeichnetem) im Sprachzeichen aufgegeben. In der Einheit des Zeichens ist der Sinn des Signifikates, des Gesagten, untrennbar an den sprechenden Menschen gebunden. Bei Aufgeben dieser Einheit bedürfen die Worte des Patienten der ärztlichen *Deutung* um *Bedeutung* zu erhalten, d.h. der Arzt entscheidet über die Sinnhaftigkeit der Worte des Patienten. Das Bezeichnende kann vom Arzt (und anderen psychiatrisch Tätigen) in Symptome und Diagnosen übersetzt werden und kann nun selbst zum Sinn werden ungeachtet der Bedeutung, welche der Bezeichnende dem Bezeichnendem gegeben hat (vgl. M. FOUCAULT 1999, 14; 15; 16).

Dem psychisch Kranken wird hierdurch jeglicher Sinn genommen: Sein Verhalten, Erleben, Fühlen und Denken werden ihm entrissen, indem als sinnlos/unsinnig entwertet. Ausgehend von der Annahme, dass es der psychiatrisch Tätige ist, der das Gesagte des psychisch Erkrankten bezeichnet durch Rückgriffe auf eine bestimmte Klassifikation, verbunden mit entsprechender Assoziation, stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Abbruchs des Dialogs. Daher ist in diesem Kontext auch eher von einem „Monolog der Psychiatrie“ zu sprechen. Hier lässt sich leicht ableiten, dass dieser Monolog *Beziehung* als Einbahnstraße konstruiert.

#### 4.3 FOLGERUNGEN FÜR DIE BEZIEHUNG: DAS RINGEN UM DAS DIALOGISCHE PRINZIP

Wie skizziert wurde, liegt im kausalen Erklärungsmodell der Versuch, einen unklaren, möglicherweise verwirrenden Zusammenhang (wie der psychisch kranke Mensch ihn darstellt), dem schon Bekannten (wie der Diagnose und Behandlung) zuordnen und damit

unter Kontrolle bringen zu wollen. Die Annahme ist, dass hierbei die Sprachmacht, die Definitionsgewalt und der objektivierende Blick der *Verständigung* zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken im Weg stehen. Zu den Methoden der Weigerung, den psychisch kranken Menschen sichtbar werden zu lassen, sind empiristische Methoden der Beobachtung und des Zählens und reduktionistische Methoden der objektivierenden Messung zu zählen, durch welche die Beziehungssituation und das Erleben des psychisch Kranken unter allgemeinen Daten verschwinden.

Wenn die Akutpsychiatrie sich im Wesentlichen auf die Behandlung defizitärerer „organisch“ determinierter psychischer Erkrankung konzentriert, muss die Soziale Arbeit um so nachdrücklicher „das Psychosoziale“ betonen, wie es ihrem Auftrag und Selbstverständnis entspricht. Diese Position wird gestützt durch ein Verständnis, das sich von dem reduzierten Blick auf (organische) Krankheit löst, anstelle deren *soziale Dimension* ins Zentrum rückt, orientiert an Teilhabe und Mitwirkung des psychisch Kranken statt an Bevormundung durch medizinische und sozialpädagogische „Experten“. Auch in einer zugespitzten Situation des besonderen Angewiesenseins auf Hilfe, wenn der psychisch Kranke schützende Fürsorglichkeit erwartet, ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, Hilfe anzubieten, ohne zu entmündigen. In Anerkennung dessen, dass der Patient trotz oder vielmehr *mit* seiner Problematik seinen Alltag organisieren und gestalten muss, hat Soziale Arbeit von einem gewissen Selbsthilfepotential auszugehen in dem Sinne, auch Menschen mit schweren psychischen Störungen als Subjekte zu betrachten, die auf ihre Lebensgestaltung aktiv Einfluss nehmen. Die Art der Beziehungsaufnahme bietet den entscheidenden Wegweiser für die individuellen Möglichkeiten des psychisch Kranken, Unterstützung zuzulassen. Je mehr die Sozialarbeiter die *Eigenheiten der Beziehungsgestaltung* des Patienten kennen, desto genauer können sie herausfinden, welcher Hilfeplan erarbeitet werden muss. Hierbei arbeiten Sozialarbeiter in der Akutpsychiatrie mit der Realbeziehung wie mit der Übertragungsbeziehung, ausgehend von der Vorstellung, dass sich der unbewusste Konflikt des psychisch Kranken auch im psychiatrisch Tätigen abbildet (K. KINKELBUR 1999). Die Autorin macht dies an folgenden Praxisbeispielen deutlich:

„Braucht der Patient eher eine mütterlich versorgende Wohnform oder eine geschwisterlich-konfrontierende Wohnform? (ebd., 13).“ „Wünscht Herr B. sich wirklich, alleine in seiner Wohnung zu leben oder ist dieser Wunsch Ausdruck seines Wunsches nach Autonomie und Abgrenzung? Ist die Wohnung von Frau Y. deswegen nicht möbliert, weil das Sozialamt ihr keine Möbel bewilligt hat oder ist diese Leere Ausdruck ihrer eigenen inneren Leere? Sind die Schulden von Frau X. aufgrund mangelnder Fähigkeit mit Geld umzugehen, entstanden oder sind sie Ausdruck eines Schuldgefühls?“ (ebd., 14, 15).

Zu beachten ist hierbei der Aspekt, dass es in der sozialpädagogischen Beziehungsgestaltung nicht darum geht, den inneren Konflikt des Patienten aufzudecken. Es sollte zudem nicht übersehen werden, dass primär die *aktuellen* problematischen Alltagssituationen zu bearbeiten sind. Ist der Sozialarbeiter vorrangig damit beschäftigt, eine „gute Beziehung“ herzustellen, werden seine Aufmerksamkeit und Energie von den Belangen des Patienten abgelenkt und seine Fähigkeit, zu helfen, beeinträchtigt (H. ANSEN 2002, 246).

Wird statt des „psychiatrisch-diagnostizierenden Blicks“ ein „verstehender Blick“ eingenommen, der charakterisiert ist durch das *Ringens um das dialogische Prinzip*, so meint dies, die Einheit von Bezeichnendem und Bezeichnetem zu erhalten. D.h., es geht darum, den Sinn des gesprochenen Satzes im Diskurs zu erhalten, um dem psychisch Kranken als Subjekt mit seinem Erleben wechselhafter (leidvoller) innerer Zustände begegnen zu können. Das Dialogische kann überhaupt erst ermöglicht werden, wenn der Sinngehalt des Gesprochenen nicht einseitig durch die Fragmentierung der Aussagen durch den psychiatrisch Tätigen hergestellt wird. Dies bedeutet jedoch auch eine Abkehr von der verobjektivierenden und verallgemeinernden Beobachtung des Verhaltens durch „Experten“ und die Ergänzung der Interpretation und Hermeneutik durch das subjektive Erleben des Patienten und seiner sozialen Beziehungen. Der Zugang zum Anderen, welcher möglichst viele Aspekte eines Menschen sichtbar werden lässt, könnte ermöglicht werden durch den „Umgang von allem mit allem“<sup>67</sup> (V.V. WEIZSÄCKER 1996).

Insofern muss der Blick des psychiatrisch Tätigen nicht zwingend-verobjektivierend und durch den Wunsch zum „Durchschauen“ geprägt sein.

„Wenn der sinnvolle Satz Schlüssel zum Lebenssinn und Hilfe in der Lebensbewältigung wird, geht es nicht mehr um Kausalitäten, nicht darum, Ursachen zu entdecken, sondern es geht um den Versuch, Lebensgeschichte zu verstehen und das Leben gut zu leben.“ (S. LEHER 1997, 247).

Solch ein Verwoben-Sein von medizinischer Diagnose und Lebenssituation verlässt jedoch Kategorien, sie konfrontiert die psychiatrisch Tätigen mit Verlusten, so von inneren Idealbildern der eigenen Person, der fachlichen Möglichkeiten und fordert „so etwas wie Trauerarbeit“, wie R. HELTZEL (2003, 10) betont, gemeint als eine emotionale Auseinandersetzung mit den eigenen Grenzen und mit der Endlichkeit psychiatrischer Bemühungen. Statt der Sicherheit der kausalen Kategorien muss gesucht, vorläufig beschrieben und erzählt werden.

---

<sup>67</sup> von V.V. WEIZSÄCKER (1996: „Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Stuttgart: Thieme, 6. Auflage) als hermeneutisches Prinzip beschrieben.

Erzählbaren Geschichten wohnt die potentielle Eigenart einer anderen Subjekt-Objekt-Relation inne als medizinische Diagnosen, denn Geschichten im Sinne des Verwoben-Seins von Lebensgeschichte, situativem Kontext und psychiatrischer Erkrankung sind auf den Dialog angewiesen. J. DEMAND (1998) entwirft die Vorstellung der Psychiatrie vornehmlich als einen Ort, „an dem es um Geschichten geht: um unterschiedliche Geschichten, um die Konstruktion und Rekonstruktion von Geschichten“ (ebd.), ausgehend von der Grundannahme, dass der einzige Zugang zu uns selbst und zu anderen Menschen über *Geschichten*, in die wir verstrickt sind, erfolgt.

Für die psychiatrisch Tätigen bedeutet dies, dass sie die Fertigkeit besitzen müssen, sowohl Geschichten zu erzählen (oft geschieht dies in Form von „Gleichnissen“), um auch erzählte Geschichten zu verstehen. O. MARQUARD (1997, 4) setzt diesen Gedankengang fort und plädiert für die hermeneutische Kunst, Geschichten zu erzählen und Geschichten zuzuhören:

„(...) durch die (Geschichten, A.H.) sucht man in der Regel für Fremdgewordenes einen vertrauten Kram, in den es paßt; und dieser Kram ist fast immer eine Geschichte. Denn die Menschen: Das sind ihre Geschichten. Geschichten aber muß man erzählen. Das tun die Geisteswissenschaften: Sie kompensieren Modernisierungsschäden, indem sie erzählen; und je mehr versachlicht wird, desto mehr - kompensatorisch - muß erzählt werden: sonst sterben die Menschen an narrativer Atrophie.“

Auf die Begegnung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken bezogen bedeutet das, was O. MARQUARD für die Rolle der Geisteswissenschaften in einer zunehmend entzauberten Welt expliziert, dass je mehr der einzelne in einer objektivierenden psychiatrischen Untersuchungshaltung auf Distanz gehalten wird, desto mehr konstruiert er als Subjekt kompensatorisch Geschichten. Kompensatorisch zur zunehmend farblos, fremd und undurchschaubar werdenden Welt geht es nach O. MARQUARDs Auffassung um einen lebensweltlichen Farbigeits- Vertrautheits- und Orientierungsbedarf (vgl. ebd.).

Wie J. FODRAINE (1974, 101) ergänzt, ist der psychiatrisch Tätige durch die erzählten (Wahn)Geschichten des psychisch Kranken immer auch aufgefordert, „zu raten, was dahintersteckt“ (ebd.). J. FODRAINE plädiert dafür, dies zu tun, statt die Äußerungen des Patienten wörtlich zu nehmen und sich zudem als psychiatrisch Tätiger nicht darum zu bemühen, den Patienten dazu bewegen zu wollen, sich dem allgemein geltenden Sprachgebrauch anzupassen. Mit Bezugnahme auf J. BACHRACH (1953) besteht für J. FODRAINE (ebd.) die Hypothese, dass in der symbolischen Ausdrucksweise des Psychotikers „ein Test enthalten ist“ (ebd.), was bedeutet, dass der psychiatrisch Tätige darin überprüft wird, ob er bereit ist zu begreifen. Dieses kann von dem psychisch Kranken

als eine besondere Form von *Hinwendung* empfunden werden.

Um Andeutungen oder Metaphern zu verstehen, schlagen J. KÖRNER/ C. LUDWIG-KÖRNER (1997) vor, den Patienten im „Erzählermodell“ (ebd., 21) zu betrachten, in welchem der psychiatrisch Tätige den Patienten als interpretierenden, bedeutungsgebenden Menschen erkennt:

„Erst dann begegnen wir ihr als Klientin, die nicht nur über die Umstände ihres Leidens berichtet, das auf so rätselhafte Weise über sie gekommen ist, sondern die zugleich wie eine literarische Autorin über die Tatsachen hinausdeutet und schon zu erkennen gibt, was ihr selbst noch verborgen erscheint.“ (ebd., 21)

Aus dem Blickwinkel des „Erzählmodells“ ist eine Biographie nicht als „Tatsachenbericht“ und Datensammlung zu verstehen (wie beispielsweise den obligatorischen Krankenakten und Sozialberichten immanent), vielmehr geht es um ein Verständnis, nach welchem sich der psychisch Kranke vor sich selbst und gegenüber Anderen *durch seine Geschichte entwirft*. Dabei verständigen psychiatrisch Tätige und psychisch Kranker sich im Sprechen fortlaufend (unbewusst) darüber, wie sie die soziale Situation hier und jetzt verstanden wissen wollen und „worum es hier eigentlich geht“ (E. GOFFMAN 1974).

Alle Erfahrungen und erzählte Geschichten von psychisch Kranken ernst zunehmen und nicht zu verbuchen als Krankheitszeichen mag sich umso schwieriger gestalten, je verrückter und wenig nachvollziehbar die erzählten Geschichten und Verhaltensweisen der jeweiligen Menschen sind. Nachvollziehbar können solche Geschichten möglicherweise werden, wenn sie als (Über-)Lebensstrategien und als direkte und symbolisierte Botschaften, als Fähigkeiten und als Ausdruck von Leid und Widerstand betrachtet werden. Die Sinnhaftigkeit der Krankheitssymptome mag sich erschließen in der *Beziehung* und mit ihr die Möglichkeit der Entwicklung von Handlungsalternativen und neuen Lebensentwürfen. Ernstnehmen hieße auch, den Sinn und die in Symptome investierte Kraft des psychisch Kranken zu würdigen und anzuerkennen – so mag das Symptom einen aktiven Prozess darstellen, dem man nicht ausgeliefert sein muss. Mit Anerkennung der abgewehrten Gefühle und der (Über-)Lebensstrategien werden Symptome sich möglicherweise verändern lassen, um über mehr Eigenmächtigkeit und Selbstwert zu verfügen.

Für die Beziehung wäre es in diesem Kontext bedeutsam, wenn der psychiatrisch Tätige zu einem neugierig lernenden Zuhörer wird, der sein „Expertentum“ zumindest zeitweise

zurückzunehmen weiß in seinem *Bemühen* um Verstehen, was als eine *Hingabe* an das fremdartig Erscheinende, vielleicht auf Dauer unverständlich Bleibende verstanden werden könnte. In dieser Hingabe könnte der psychiatrisch Tätige der Entzifferung von Geschichten, in welche sich der psychisch kranke Mensch als „verstrickt“ erlebt, folgen. Das Ringen um Verständnis geht über rein medizinische Aspekte hinaus und die Suche nach Sinn und Bedeutung im Dialog kann, wie T. BOCK (2003) es beschreibt, spielerischen, chaotischen, „nahezu psychosenahen Charakter haben“ (ebd., 35). Vielleicht oszilliert die Suche zwischen individualpsychologischen und gesellschaftlichen Aspekten und vielleicht muss sie sich mit einer bescheidenen mittleren Ebene des Verstehens zufrieden geben. Möglicherweise ist die Suche nach „Sinn“ und „Bedeutung“ aber gar nicht immer relevant.

Viel erheblicher kann sein, wie der Alltag praktisch bewältigt werden kann. Beide Seiten müssen damit leben, dass „einige Dinge geheimnisvoll bleiben“, wie G. SCHÜRGER (2002, 12) es für den psychotherapeutischen Prozess beschreibt. Bezogen auf dialogische Begegnungen zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken in der Akutpsychiatrie bedeutet dies, dass auch hier „ein Geheimnis des Verstehens“ (ebd., 5), wo niemand so recht weiß, wie es funktioniert, möglich sein kann, wenn die Menschen sich füreinander interessieren.



## 5 INSTITUTIONELLE ORDNUNG UND BEZIEHUNGSGESTALTUNG

In der Annahme, dass das medizinische Paradigma sich in der Begegnung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken wiederfindet und als scharfe Grenzziehung in der Beziehung genutzt wird, findet diese Haltung ihren Ausdruck zudem in der institutionellen Organisationsform und in der Ausgestaltung des Klinikmilieus.

In diesem Themenkomplex wird der Versuch unternommen, ausschnittsweise exemplarische Institutionsstrukturen, Beziehungsmuster und Verhaltensweisen auf der Akutstation aufzuzeigen und herauszuarbeiten, in wessen Interesse eigentlich die sinnhaft hergestellten Rahmenbedingungen und Strukturen entwickelt werden. Untersucht werden soll, wie Interaktion und Institution sich gegenseitig bedingen. Dabei soll skizziert werden, dass die Struktur der Akutpsychiatrie nur sehr oberflächlich erfasst werden kann, wenn in der Betrachtung lediglich die Ebene organisatorischer Fragen und Probleme erfasst wird und die unbewusste Dynamik die interpersonellen Beziehungen, in denen die institutionellen Strukturen sowohl entfaltet als auch repräsentiert werden, nicht berücksichtigt.

### 5.1 INSTITUTION ALS GERONNENE INTERAKTIONEN

Der Prozess, durch den zunächst vereinzelte und spontan auftretende Bedürfnisse und Interessen zu allgemeinen werden und diese sich wiederum zu bestimmten Handlungen und Zielen verfestigen, werden „Institutionalisierungen“ genannt (S. MENTZOS 1993, 127, 128). Sowohl aus soziologischer wie psychoanalytischer Sicht können soziale Institutionen wie die Psychiatrie als „geronnene Interaktionen“ (G. BRUNS 1997, 94) betrachtet werden. Die Soziologie deutet die Institutionalisierung eines Ablaufs, seine Etablierung und Stabilisierung und in der damit verbundenen Ritualisierung und Habitualisierung die Erleichterung eines Prozesses durch Routine. Dabei droht der ursprüngliche Zweck der Institution zunehmend in den Hintergrund zu rücken. Die Unveränderlichkeit der Institution kann zum Selbstzweck werden, schließlich werden sie materialisiert in Form rechtlicher Kodifizierungen, baulicher Darstellungen und finanzieller Festlegungen. Institutionen können also ihre sozialen Funktionen überdauern und anachron werden (M. ERDHEIM 1986, 1092). Die Anachronizität einer Institution ergibt sich aus soziologischer Sicht daraus, dass sich die Strukturen verselbständigen und die Mitglieder der Institution - aus welchen sinnhaft hergestellten Gründen auch immer - an den etablierten Strukturen und Regeln festhalten. Institutionen entwickeln demnach eine Eigengesetzlichkeit und Eigendynamik,

die, einmal in Gang gesetzt, von einer „dampfwalzenartigen Unaufhaltsamkeit“ (G. BRUNS 1997, 94) zu sein scheint und „ihren unberechenbaren Verlauf nehmen“ (E. E. LAU 1978, 46).

Dieser These von der Eigendynamik und Eigenmacht institutioneller Prozesse, die für die Dialektik des Steuerns und Gesteuert -werdens kaum Spielraum für Eigengestaltung lässt, kann entgegengehalten werden, dass Institutionen als Teil der gesellschaftlichen Ordnung menschliche Produkte und Konstruktionen<sup>68</sup> sind (W. BALZER 1993, 110). Institutionen funktionieren folglich nicht „automatisch“ aufgrund einer inneren Dynamik oder aufgrund von Systemerfordernissen, sie funktionieren, weil Menschen in verschiedenen Positionen etwas in ihnen tun<sup>69</sup>.

Nach diesem Verständnis werden Institutionen als Dauerleistungen menschlicher Akteure aktiv in Handlungsprozessen konstituiert, erhalten, stabilisiert und verändert (vgl. W. Balzer 1993, 113). Abgesehen davon, dass in Institutionen - und dies ist für die Akutpsychiatrie relevant - ständig neue Situationen entstehen, die problematisch sind und für welche die vorhandenen institutionellen Regelungen im Umgang mit befremdlichem, irritierendem und störendem Verhalten nicht ausreichen, erfordert auch die Wiederholung bereits eingefahrener Handlungsmuster jeweils neue Leistungen kooperativen Handelns der psychiatrisch Tätigen<sup>70</sup>. Die Entlastung, welche die Institution ihren Mitarbeitern bietet scheint so eindeutig. Andererseits ist es aber unverkennbar, dass psychiatrisch Tätige durch die Institution daran gehindert werden können, ihrer Wahrnehmung zu trauen und sie als therapeutisches Mittel zu nutzen. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass die psychiatrisch Tätigen Stabilität, Regelmäßigkeit und Kontinuität über Zeit und Raum hinweg als Merkmale der Akutpsychiatrie hervorbringen und aufrechterhalten. Es gelingt

---

<sup>68</sup> So sieht es die verstehend-interaktionistische Theorie, welche die Eigendynamik der Institution nur in einem sehr eingeschränkten und metaphorhaften Sinn erwähnt.

<sup>69</sup> Dieses Begriffsverständnis hat für den Zweck dieser Arbeit zu reichen. Für eine Begriffserweiterung sei verwiesen auf die für die Institutionstheorie bedeutsamen Ansätze wie z.B. den kulturanthropologischen Ansatz, nach welchem Institutionen als Instinkt-Ersatz sichernd und stabilisierend wirken und den struktural-funktionalen Ansatzes, welcher die Bedeutung für die Selbsterhaltung der sozialen Systeme betont. Sie ordnet das Geflecht sozialer Beziehungen und Rollen, der materiellen und Austauschbeziehungen und regelt die Zuordnung zu Machtpositionen und Verteilung sozialer Belohnungen als regulativen Aspekt. A. Gehlens Theorie der Institution, der auch S. Mentzos (1993, 127; 1996, 80) teilweise zustimmt, die er aber an anderer Stelle kritisiert (1993, 128) erscheint deterministisch, weil sie von einem festgelegten Bestimmtein des Selbst durch die Institution ausgeht und kein echtes soziales Handeln voraussetzt. Die Eigengesetzlichkeit von Institutionen erscheint in A. Gehlens Kontext fast unangreifbar.

<sup>70</sup> Für den Soziologen H. Mead (Geist, Identität, Gesellschaft, S. 308) bestehen Institutionen aus integrierten gemeinsamen Handlungen, aus gemeinsamen Reaktionen der Mitglieder auf eine bestimmte Situation, wobei „gemeinsame Reaktion“ nicht identisch ist mit „gleicher Reaktion“. So ist bei Gewalt durch den psychisch Kranken auf der Akutstation die Reaktion von Klinikverwaltung, Arzt, Pflegepersonal und Sozialarbeiter verschieden, doch handelt es sich dabei in der Regel immer um Reaktionen, welche „Ruhe“ auf der Station aufrechtzuerhalten suchen, die die Anerkennung von „Sicherheit und Ordnung“ voraussetzen. Es wird also gemeinsam reagiert, wenn auch in verschiedenen Formen.

ihnen, indem sie die Routinehandlungen, Rollensysteme, Kultur, Beurteilungen von Patienten in ihrem gesamten System von expliziten Regeln und unflexibler Abläufen zu „objektiven“ Tatsachen machen. Dies sei an einem Beispiel erläutert:

... „Zum Beispiel wird man den Insassen einer psychiatrischen Anstalt in der Regel nicht erlauben, abends das Haus nach Belieben zu verlassen. Der eigentliche Grund dafür ist, daß das Personal eine gewisse Kontrolle der Insassen als wesentlichen Bestandteil seiner therapeutische Funktion ansieht. Ein realer Grund wäre, daß andere Insassen ernsthaft gestört würden, wenn einige des Nachts kommen und gehen.“ (F. MATAKAS 1988, 136).

Hier erscheint als „Objektivität“ die Regel, die, gesetzt und zum Gesetz erklärt, beantwortet, was auch mit dem „gesunden Verstand“ erklärt werden könnte. Aber dies kostet im Alltag weit mehr Mühe und setzt zudem voraus, dass psychiatrisch Tätige und psychisch Kranke *in Beziehung* miteinander treten. So gesehen charakterisieren „objektiv“ anmutende Notwendigkeiten, Regeln zur Begründung von Nicht-Veränderung die institutionellen Gegebenheiten der Akutpsychiatrie.

## 5.2 AKUTPSYCHIATRIE ALS INSTITUTION PSYCHOSOZIALER ABWEHR

Schon die Überschrift des Kapitels verweist darauf, dass die Institution nicht nur das Regelwerk bereitstellt, das die *Interaktionen gerinnen* lässt, sondern dass sie ihren Mitarbeitern auch behilflich ist, mit Gefühlen wie Ohnmacht und Hilflosigkeit, Ängsten vor Desintegration, Schuld und Scham, die der Umgang mit psychisch Kranken auslösen könnte, umzugehen. Mit der Institution und durch sie können unerwünschte Impulse *abgewehrt* werden, d.h. mit Hilfe individueller und kollektiver Abwehrprozesse versuchen die psychiatrisch Tätigen ihre Hilflosigkeit, Angst und Destruktivität unter Kontrolle zu halten. Welche bedeutsame Schutzfunktion die vielfältigen Strategien der Abwehr haben, S. MENTZOS (1993, 1997) hat es beschrieben (siehe hierzu auch Kapitel 2.3.3).

An dieser Stelle soll der Aspekt der *psychosozialen Abwehr* in der Institution Akutpsychiatrie in das Blickfeld rücken. S. MENTZOS (1996) zufolge weist die Psychiatrie eine besondere Affinität zu interaktionell aufgebauten „Abwehr- »Aufgaben«“ (ebd., 80) auf, da Institutionsstrukturen und Prinzipien sich neben ihrer offiziellen Zielgerichtetheit und ihren sachbezogenen gesellschaftlichen Notwendigkeiten (wie etwa in der Psychiatrie der Re-Produktion von „Gesundheit“) darüber hinaus auf gemeinsame Einstellungen und (nicht klar definierten) gefühlsmäßige Motivationen ihrer Mitglieder (welcher irrealer und infantiler Genese, sein können) stützten. Mit Hilfe von institutionell implementierten Handlungs- und Beziehungsmustern suchen die psychiatrisch Tätigen *und* psychisch

Kranken ihre Bedürfnisse „unterzubringen“ in Form von regressiver Triebbefriedigung sowie der Abwehr phantasierter, infantiler Ängste, Scham- und Schuldgefühle. Als Beispiel führt S. MENTZOS (1996, 82) an, wie sich für die Mitglieder einer psychiatrischen Klinik mit ihren patriarchalischen Strukturen die Möglichkeit bietet, auf einer unbewussten Ebene in einer „Vaterübertragungsfigur (...) weitab von der eigenen Familie“ (ebd.) heftig zu agieren. Dabei repräsentiert der Arzt die für Mediziner durchaus gewohnte Position des von der Tradition bestimmten und hierarchische Verhältnisse gewohnten Patriarchen.

In diesem szenischen Arrangement der Akutpsychiatrie als einer Institution mit besonderen Bedingungen, die, wie P. KRUCKENBERG (1997, 11,12) feststellt, auch besondere Personen als Mitarbeiter anzieht, die hier neben ihrem lebendigen Engagement ihre je eigenen Störungen ausagieren, wahlweise als „strenge Wärter, (...) „überstülpende Helfer“, (...) „großartige Herrscher“ oder auch „selbsternannte Befreier“ (ebd.) werden durch Inszenierungen rigide Strukturen verfestigt. Das unvermeidlich scheinende Ausagieren geschieht unter gleichzeitigem Verbot einer Veränderung und Tabuisierung der Reflexion des eigenen Verhaltens (ebd.). Wie beispielsweise R.D. HEMPRICHS und K.P KISKERS (1999)<sup>71</sup> Erfahrungen aus einer teilnehmend-verdeckten Beobachtung einer psychiatrischen Station zu entnehmen ist, neigt insbesondere langjähriges Pflegepersonal, welches sich als die „»eigentlichen Herren der Klinik«“ (ebd., 37) versteht, dazu, den restriktiven Behandlungs- und Umgangstil der Vergangenheit zu glorifizieren, hierzu werden z.B. Elektroschockbehandlung, aber auch die Einhaltung strenger Medikamenten-, Essens-, Besuchs- und Ausgangszeiten gezählt (vgl. ebd.).

„Im Alltag überwog unter den Patienten das Alleinsitzen, Schweigen und Aneinandervorbeilaufen. Den überwiegenden Teil des Tages langweilten sich Patienten und Pfleger nebeneinander her. Die Lektüre des Wochenplanes der Station (Visiten, Gruppengespräche, Gymnastik, Tanzabend usw.) hätte einem oberflächlichen Beobachter den Eindruck vermitteln können, die Patienten würden durch vielfältige Aktivitäten und eine straffe zeitliche Gliederung durch den Alltag geführt. (...) Die Patienten waren in der Regel bereit und fähig, in eine aktive Gestaltung ihres Alltags einzutreten. Dem therapeutischen Personal blieb es in seinen langen Mußestunden aber fern sie in schlichte Aufgabe, Tätigkeiten oder Dialoge einzubinden. Wer z.B. einmal einen Pfleger um einen Rechen für eine Gartentätigkeit gebeten und eine unfreundliche Antwort erhalten hatte, bat kein zweites Mal.“ (1999, 36)

Ein stabiles Konstrukt aus Alltagshandeln und Alltagstheorien, abgesichert durch unflexible

---

<sup>71</sup> In dem Versuch des Eindringens in die „banalen Bodensätze“ alltäglichen Umgehens und Verrichtens auf einer psychiatrischen Station wurden ausführliche Beobachtungen der sozialen Interaktion und der Motivationen des pflegerischen Verhaltens aufgeführt: „Der stereotype Ablauf des Stationslebens konnte vom Beobachter nach Lösung eines anfänglichen narkotisierenden Zwanges zur Anpassung an das langweilig-zähe Vergehen der Stunden bald prägnant wahrgenommen und memoriert werden“ (R.D. HEMPRICH/ K.P. KISKER 1999, 34).

Strukturen, mag eine hohe Orientierungssicherheit und zudem hinreichend Spielraum für ein gewisses Maß an - zumindest symbolhafter - Affektbefriedigung zu verschaffen.

Die Verzahnung zwischen den individuellen Bedürfnissen nach Entlastung von Spannungen, Ängsten und Konflikten des Einzelnen und bestimmten „dazu komplementären »Angeboten« der Institution“ (S. MENTZOS 1996, 1) mit der Möglichkeit einer Ausnutzung gegenseitiger Rollenerwartungen festigen die psychosoziale Abwehr. In der herkömmlichen akutpsychiatrischen Klinik mit ihren straff reglementierten Handlungs- und Verhaltensmustern dürfte der Aspekt der Abwehr *auf verschiedenen Ebenen* im Vordergrund stehen. W. LEUSCHNER (1985), der sich auf S. MENTZOS Konzept der institutionalisierten Abwehr stützt, formulierte die Hypothese, dass die Institution der Psychiatrie wesentlich im Dienste der *Abwehr psychotischer Verstrickungstendenzen* steht. Die Symbiosewünsche der Patienten seien es, welche die Abwehrbewegungen der psychiatrisch Tätigen als Echo auslösten. W. LEUSCHNER bezieht zudem Beobachtungen von E. LELLAU (1981) ein, der formulierte, dass „die institutionalisierten Abwehrformen eine kollektive Form der Triebabwehr und der Abwehr von Sehnsüchten nach dem primär narzisstischen Zustand (...) darstellten und in der Institution zu einer „Kultur“ und zu Normierungen des Arbeitsstil führen.“ (zitiert nach W. LEUSCHNER 1985, 112). Dies stellt nach W. Leuschner (ebd.) eine bedeutsame Determinante für die Standfestigkeit der „traditionellen“ Psychiatrie dar.

Relevant erscheint hierbei S. MENTZOS Anmerkung, dass der Einfluss der Abwehrvorgänge der Mitarbeiter auf die Institution als sekundärer gedacht ist, die vielfältigen Abwehrstrategien wirken gestaltend auf die Institution zurück und können S. MENTZOS zufolge als „aufgepropft“ verstanden werden. Nach diesem Verständnis stellen sich psychiatrische Institutionen als „versteinerte Produkte von Interaktionen“<sup>72</sup> (W. LEUSCHNER 1985, 112) auf dem Boden unbewusster Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse dar, deren Abgewehrtes unkenntlich bleibt. Es kommt zu Institutionalisierungen, die eine enorme Stabilität aufweisen, welche in Zeiten, die einen raschen Wandel erfordern, durchaus Hindernisse gegen Weiterentwicklungen darstellen können. Jeder Versuch, die institutionellen Verhältnisse - ihre Strukturen, das Rollensystem und ihr kulturelles Milieu - an irgendeinem Punkt zu verändern, kann „als Katastrophe“ und als Verlust von Sicherheit erlebt werden, wie F. WELLENDORF (1997, 46) feststellt.

---

<sup>72</sup> Wird Interaktion definiert als das Auf-einander-zu-Handeln von mindestens zwei Akteuren, die ihre Handlungsperspektiven aneinander anpassen und so eine Handlung mit „gemeinsamem Sinn“ produzieren, wird der Charakter des *Aufeinanderbezogensein* deutlich was „versteinerten Produkten von Interaktionen“ nicht immanent sein dürfte (vgl. A. SCHÜTZ).

### 5.3 PSYCHOSOZIALEN ABWEHRMECHANISMEN ZUR REGELUNG VON BEZIEHUNGEN AM BEISPIEL VON RITUALEN IN DER KLINIK

Wie skizziert wurde, haben *psychosoziale Abwehrmechanismen* eine erhebliche Schutzfunktion für psychiatrisch Tätige. Als Bestandteil von psychosozialen Abwehrmechanismen bilden sich im Zusammentreffen von psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken spezifische *institutionalisierte Formen der Abwehr* heraus, wozu S. MENTZOS (1996, 27) zufolge tradierte Symbolsysteme wie Mythen, Magien und Rituale gezählt werden können. Im Folgenden werden einige *Rituale* wie sie sich spezifisch im Klinikablauf herauskristallisiert haben hinsichtlich ihrer Abwehrfunktion für die Mitarbeiter psychiatrischer Akutstationen skizziert.

Die Kulturwissenschaftlerin A. BELLIGER (zitiert nach C. BERNDT 2003, 15) bezeichnet Rituale als eine Urform der sozialen Kommunikation, welche in der Menschheitsgeschichte seit jeher dazu gedient haben, Identität zu vermitteln und Lebenskrisen wie Krankheit und Tod zu bewältigen. Rituale lassen sich allgemein durch wiederholte standardisierte Handlungen, eingebettet in eine gewisse Dramaturgie und festgelegte Rollenverteilungen charakterisieren. Für S. FREUD, der vom „Tabuzeremoniell“ spricht, stellt das Ritual einen kanalisiertem Schutz gegen die „verbotene Handlung“ dar. PARIN ist der Auffassung, dass sich in Ritualen allgemein Äußerungen des Es ausdrücken. Auf dem Weg der Anerkennung des Tabus können äußere Autoritäten oder Institutionen anstelle eines verinnerlichten Über-Ichs stehen.

Für den Bereich der psychiatrischen Klinik in unserem Kulturkreis spricht E. GOFFMAN (1973) von „Anstaltszeremonien“ (ebd., 95) und „institutionellen Zeremonien“<sup>73</sup> (ebd., 97), die als Komplexe konventioneller Interaktionsmuster geeignet sind, *formale* und *funktionale Beziehungen* zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken im Klinikablauf zu regeln, hierbei die Beteiligten auf mechanische Zeitschemata zu orientieren und die Herrschaftsbestimmtheit der Interaktionen festzuschreiben (ebd., 52).

Diese Gedanken aufgreifend, hat sich R. WEIDMANN (2001) aus ethnopsychanalytischer Sicht in seinem gleichnamigen Buch mit „Rituale(n) im Krankenhaus“ beschäftigt. Dabei versteht der Autor die Gesamtheit all dessen, was im Rahmen der medizinischen Versorgung geschieht, angefangen bei der Entstehung von Krankheit im sozialen Kontext bis zu ihrer Übersetzung in ein (Körper)Symptom in der institutionalisierten Versorgung als

---

<sup>73</sup> Rituale dienen nicht nur der Abwehr, sie werden als Mittel des *Zusammenhalts* in sozialen Systemen in dieser Arbeit jedoch nicht thematisiert. Vgl. hierzu E. GOFFMANN, der beschrieben hat, wie „Einigkeit, Solidarität und gemeinsames Engagement für die Anstalt“ durch Rituale ausgedrückt werden (1975, 96).

„Ritual der Heilung“ (ebd., 46). Außenperspektivisch betrachtet R. WEIDMANN (ebd.) Rituale *innerhalb der Klinik*, wie diese in unterschiedlichen Etappen und Phänomenen zum Ausdruck kommen, wie beispielsweise in dem „Eingangsritual“, dem „Morgenritual“, dem „Erscheinungsritual“ (ebd.).

Den Aspekt der *Abwehr* hervorhebend, beschreibt R. WEIDMANN (ebd.) das „Morgenritual“ in der Klinik als eine kanalisierte Triebabwehr und –Befriedigung von Aggressionen der Mitarbeiter. Nach diesem Verständnis werden - unter Berufung auf nicht näher begründete „organisatorische Notwendigkeiten“ - die Aktivitäten der Patienten bis ins kleinste vom Personal reguliert und beurteilt. Die „Handlungsökonomie“ (E. Goffman 1973, 47) des Patienten wird durch sanktionierende Interaktionen unterbrochen, so beispielsweise durch kollektives frühes Wecken der Patienten und ihre Objektivierung zum Arbeitsgegenstand. Ein wichtiges Organisationsprinzip der Akutpsychiatrie scheint demnach „die Gruppe“ zu sein, d.h. die Gleichversorgung einer zufällig zusammengesetzten Anzahl von Patienten, begründet durch den „Mythos des »rationalen Wirtschaftens«“ (P. GROMANN 1997, 166), was die Ausrichtung der Ressourcen an spezifische Bedarfe der psychisch Kranken weitgehend ausschließt. Bei hohen sozialen Anpassungsforderungen an die Patienten achten psychiatrisch Tätige hingegen sehr darauf, dass sie selbst nicht zu größeren Anpassungsleistungen herausgefordert werden. Damit die Versorgungsroutine nur wenig unterbrochen wird, wird von den psychiatrisch Tätigen - und hier sind jene gemeint, welche des Schutzes durch die Institution bedürfen - der Aufrechterhaltung von solchen „Strukturen“ eine hohe Bedeutung beigemessen. Das Selbstverständnis derjenigen, welche die Spannungen, die „echte“ Beziehungen auf der Akutstation hervorrufen könnten, weniger gut ertragen, scheint im Wesentlichen ablauforientiert.

Dies zeigt sich auch im Ablauf der morgendlichen Visite, die nach R. WEIDMANN (2001) dem „Erscheinungsritual“ zuzuordnen ist. Seinem Selbstverständnis nach ist das „Erscheinungsritual“ primär auf den (ranghöchsten) Arzt ausgerichtet, der durch Anwendung seiner berufsinternen Fachsprache, seiner spezifischen Berufskleidung und rituellen Darstellung eine „Aura des Außergewöhnlichen“ (A. MÜHLUM, S. BARTHOLOMEYCZIK 1997, 123) erzeugt und sich somit seiner Besonderheit in der Abgrenzung von den psychisch Kranken aber auch von den anderen Berufsgruppen versichert.

Die Selbstregulation in diesem Gefüge geschieht über Symbole, d.h. über eine Vielzahl von Handlungen, Wörtern und Gesten, wobei sich die Beteiligten freiwillig von Orten, Themen

und Zeitpunkten fernhalten, wo sie nicht erwünscht sind (vgl. E. GOFFMAN ebd., 51). In der patriarchalen Ordnung der Visite mit dem Charakter einer „triadischen Szene“ (R. WEIDMANN 2001, 116) halten sich Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Bewegungstherapeut etc. im Hintergrund. Für den psychisch Kranken ist vorgesehen, dass er sich während der Visite in dem ihm zugewiesenen Klinikbett aufhält (obgleich er vor und nach der Visite mobil ist). Die Trennung zwischen Arzt und den anderen psychiatrisch Tätigen und Patient wird szenisch sichtbar:

„Der Arzt ordnet an, die Schwester notiert, die Mitarbeiter verfügen über die »Kurve« in ihren Händen über einen machtvollen Wissensvorsprung gegenüber dem Patienten (...).“  
 „Höhepunkt des Zeremoniells ist das Sich-Hinwenden des ranghöchsten Arztes zu dem aufblickenden Patienten und das Aussprechen von Entscheidungen und Anweisungen an die anwesenden Mitarbeiter“ (R. WEIDMANN 2001, 115).

Oberflächlich betrachtet symbolisiert das „Erscheinungsritual“ die *formale* Erlaubnis für den Patienten, mit den anwesenden psychiatrisch Tätigen in Kontakt zu treten, Fragen zu stellen, sich mitzuteilen. Aber alle Beteiligten, zumindest die psychiatrisch Tätigen wissen, dass es genau hierum nicht geht, denn die Visite bietet für eine *lebendige Begegnung* zwischen psychiatrisch Tätigen und Patienten einen *institutionellen Ersatz* in Form einer wirkungsvoll inszenierten Abweisung. Hier kann von einer Pseudohaftigkeit der *regelgeleiteten Beziehungen* zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken gesprochen werden, von T. FLOETH (2003)<sup>74</sup> als „Beziehungssurrogate“ (ebd.) bezeichnet, die für etwas stehen, was sie nicht sind. Als behelfsmäßiger Ersatz haftet diesen Pseudobeziehungen ein unechter, unwirklicher Charakter an, denen atmosphärisch nachzuspüren ist<sup>75</sup>. In diesem Sinn wird im Erscheinungsritual eine Situation hergestellt, welche von BLIESNER 1982 (zitiert nach R. WEIDMANN 2001, 117) als „verhinderter

<sup>74</sup> T. FLOETH (2003) argumentiert ausgehend vom soziologischen Milieuansatz. Der methodische Zugang zu sozialen Milieus ist konzeptionell zunächst von ethnographischen Vorstellungen eines Fremden geprägt, der sich einem Milieu, wie einer psychiatrischen Akutstation, staunend wie einer fremden Kultur nähert. Solche Formen von Feldstudien in psychiatrischen Akutstationen sind von verschiedenen Soziologen durchgeführt worden (vgl. hierzu u.a. FENGLER u. FENGLER, T. FLOETH 1997, 2003, R. WEIDMANN 2001). In den von den Forschern erstellten Beobachtungsprotokollen werden die räumlichen Ausstattungen von Akutstationen in ihrer Reduziertheit auf bloße Funktionalität, ihrer Trostlosigkeit und Beziehungslosigkeit sowie die formalen und informellen Stationsregeln etc. eingehend beschrieben).

<sup>75</sup> Dass dennoch situativ und mit einzelnen Menschen auch „echte“ zwischenmenschliche Begegnungen stattfinden, wird dabei von ehemaligen Patienten hinsichtlich ihre Psychatrieaufenthalte immer wieder berichtet. Kontaktmöglichkeiten erlebten sie jedoch weniger in therapeutischen Programmen, vielmehr werden die *informellen Beziehungsaufnahmen* genannt, wie sie sich im Klinikmilieu entwickeln können. Wie T. FLOETH (2003, 26) aus Feldstudien in akutpsychiatrischen Stationen beobachtet hat, sind auch psychiatrisch Tätige interessiert am Aufbau „echter“ mitmenschlicher Beziehungen jenseits von Pseudoakten“ (ebd.). Wie sonst ließen sich Berufswahl und die Wahl dieses spezifischen Arbeitsfeldes erklären?



Dialog“ und von SIEGRIST 1978 (zitiert nach R. WEIDMANN ebd.) als „asymmetrische Verbalhandlungen“ im Sinne eines „Nichtbeachtens“ oder eines „Adressaten- oder Themenwechsels“ oder eines „Beziehungskommentars“ oder auch der „Mitteilung einer funktionalen Unsicherheit“ (z.B. wie :„Da muss ich noch mal mit einem Kollegen sprechen, bevor ich ihnen dazu was sagen kann“) bezeichnet werden.

M. FOUCAULT (1996) erkennt in den klinikspezifischen Inszenierungen mit ihrer machtvollen Asymmetrie den Versuch der psychiatrisch Tätigen, miteinander in der Haltung überlegener Vernunft „in der sie an der gnadenlosen Sprache des Nicht-Wahnsinns einander erkennen“ (ebd., 7) zu verkehren. Mit der Desymbolisation der Erfahrung im Umgang mit psychisch Kranken, die außerhalb des Rahmens der „traditionellen“ Akutpsychiatrie gemacht werden, wird eine Realitätskontrolle psychiatrischer Leistungen erschwert. So provoziert die Abweichung von „privaten“ und „unwissenschaftlichen Äußerungen“ des psychisch Kranken innerhalb des „Erscheinungsrituals“ eine mystifizierende Stützung der Theorie von der Macht und Größe der Medizin.

Das „Erscheinungsritual“ mit seiner Begrenztheit in der Intensität der Beziehungen stellt ein kollektives „Tabu der Nähe“ (R. Weidmann 2001, 198) dar. Neben der Verhinderung einer objektgerichteten Triebbefriedigung steht die kollektive Abwehr von Wünschen der Klinikmitarbeiter, wie auf der oralen Erlebnisebene nach Gehalten-, Gestützt-, Versorgt- und Genährtwerden im Vordergrund. Indem aggressiv fordernde Komponenten (wie Objektbeziehungswünsche) aber ganz beim Patienten gesehen werden und Mitarbeiter beispielsweise Phantasien entwickeln, von diesen „quasi aufgefressen“ (ebd.) zu werden, können Interaktionen so arrangiert werden, dass ein Mindestmaß an Beziehungsaufnahme gar nicht erst erfolgt. Mögliche eigene Wünsche und regressive Tendenzen der Mitarbeiter, (wie bereits in Kapitel 3.3 skizziert), können durch Projektion abgewehrt werden. Im Ritual sind sie bereits tabuisiert.

#### 5.4 AKUTPSYCHIATRIE ALS MUTTER

Nachdem versucht wurde, die Abwehrbewegungen psychiatrisch Tätiger aufzuzeigen, die durch ihre kollektive Form der Triebabwehr sowie Abwehr von Wünschen nach symbiotischer Vereinigung eine spezifische „Umgangskultur“ mit den Patienten in der Akutpsychiatrie hervorbringen, soll nun der Blick gewendet werden. Es wäre eine Verkürzung, wollte man nicht auch die Dynamiken der psychisch Kranken erkennen, welche die Akutpsychiatrie als institutionalisiertes Abwehrsystem reproduzieren.

Daher soll im Folgenden skizziert werden, wie sich regressive Tendenzen des psychisch Kranken mit den regressionsfördernden Deutungsmöglichkeiten stationärer Verhältnisse verbünden können.

Zum Einen kann die „traditionelle“ Akutpsychiatrie mit *einer* Deutungsmöglichkeit als „Mutter“ vorgenommen werden, wie dies u.a. F. MATAKAS (1988) tut. Er betrachtet das stationäre Setting mit dessen immanenten Ausrichtung auf die *Versorgung* der Patienten als eine Wiederholung der vorödipalen Beziehung, ähnlich der Zeit der „symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung“<sup>76</sup> (ebd., 139.), noch wenig gestört durch *das Dritte*, das väterliche Prinzip. Nach seiner Auffassung verhält sich das psychiatrische Krankenhaus „wie eine Mutter“ zu ihrem Säugling, aber repräsentiert nur deren versorgenden Aspekt und nicht den auf Entwicklung drängenden Anteil. Ähnlich formuliert es K. KÖNIG (1995), der eine Anregung präödipaler Mutterübertragung neben den Mitarbeitern auch durch die Klinik als Gebäude deutet. Zusammen mit einem Garten oder Park würde in diesem Zusammenhang der „Speiseraum als Brust“ phantasiert (ebd., 72). Symbolische Substitute für die Mutter erstrecken sich zudem auf die materielle Ausstattung wie dies beispielsweise in der Zentrierung aller Beteiligten auf und um „das Bett“ zum Ausdruck kommt. Wird die Beziehung zwischen Patient und Institution, repräsentiert durch die Mitarbeiter, als *mütterlich* begriffen, kann als Folge angesehen werden, dass das Triebgeschehen in der Klinik wesentlich um orale (Versorgung) und anale (wechselseitige Kontrolle) Wünsche zentriert ist (F. MATAKAS 1988, 140).

Regressive Bedürfnisse des psychisch Kranken, wie sie sich als Abhängigkeitshaltungen und passive Wünsche äußern (siehe hierzu auch Kapitel 3.3), können sich in dyadischer Weise auf die psychiatrische Klinik *als Ganzes* richten. D.h. Patienten wirken durch ihre Gestaltung über die interpersonalen Beziehungen hinaus, so dass die Psychiatrie als ein „einheitliches Objekt“ (W. LEUSCHNER 1985, 112) erlebt werden mag. Psychiatrische Kliniken scheinen somit ein Reizklima für Spaltungsübertragungen und Mobilisierungen primitiver Abwehrmechanismen und archaischer Objektbeziehungsformen zu bilden und können folglich als „Mutter Klinik“ oder auch als „böse Verfolger“ gedeutet werden (ebd.).

---

<sup>76</sup> Es ist hier nicht der Ort, die Phase der „Symbiose“ zwischen Mutter und Kind zu diskutieren im Hinblick auf die Beobachtungen und Ergebnisse der neueren Säuglings- und Kleinkindforschung, welche die Existenz der Mutter-Kind-Symbiose mit ihren „Konnotationen der Unabgegrenztheit, Undifferenziertheit, Verschmolzenheit, Passivität und Rezeptivität“ (M. DORNES 1992, 61, vgl. hierzu auch D. STERN 1994) anzweifeln. Allerdings vermutet R. HELTZEL (1995, 39) in diesem Zusammenhang keinen eklatanten Unterschied zwischen den Grundannahmen M. BALINTS und D.W. WINNICOTTS oder auch M. MAHLERS Konzept der „symbiotischen Dualunion“ hinsichtlich der von den Säuglingsforschern beschriebenen gegenseitigen *Bezogenheit* von Mutter und Kind als Matrix der Entwicklung eines frühen Selbst.

G. AMMON (1973) beschreibt, wie Patienten sich in ihrer Anpassung an das Klinikmilieu dem „infantilisierenden Reglement“ (ebd., 25) der Institution in einem „sado-masochistischen Hick-Hack“ (ebd.) unterwerfen. Der Wechsel von aggressiv-provozierendem Protest und passiver Unterwerfung sei für die Patienten mit einem psychodynamisch verstehbaren sekundären Krankheitsgewinn verbunden, der ihnen erlaube, in der Übertragung „der Mutter“ stets aufs Neue wieder zu beweisen, dass diese den Abhängigkeitsbedürfnissen des psychisch Kranken nie gerecht werden könne. Andererseits könne aber auch nicht auf die Mutter(Psychiatrie) verzichtet werden. D.h. als symbolisierte Mutter wird die Psychiatrie gleichzeitig geliebt und gehasst, was damit zusammenhängen mag, dass Mütter an der Errichtung der psychischen Strukturen, der Ausformung der Selbstkontrolle und der Bewahrung der Aggression im Inneren der Menschen maßgeblichen Anteil gehabt haben. Diese strukturell zur Selbstbeeinträchtigung gebundene Aggression mag als verborgene Ambivalenz den Müttern gegenüber bestehen bleiben (vgl. G. Bruns 1993, 241).

Analog einer frühen Mutter-Kind-Beziehung lassen sich die Forderungen des Patienten als Wunsch betrachten „in den Armen einer ständig präsenten, phantastischen mütterlichen Figur“ (W. LEUSCHNER 1985 113) sein zu wollen, wobei die anderen Patienten in der Klinik nur noch stören. Dies erklärt vielfach geäußerte Aggressionen und Beziehungsabbrüche der Patienten untereinander, sie erscheinen im Verlangen nach einer Dyade als Abkömmlinge „eines verständlichen Neides auf glücklichere Geschwister“ (ebd.). Dass solche infantilen Bedürfnisse von psychisch Kranken im institutionellen Gefüge verstärkt aufscheinen, wenn „klassische Behandlungsparameter“ zugunsten eines eher therapeutisch ausgerichteten Settings aufgegeben werden, hat W. LEUSCHNER während der Aufbauphase eines sozialpsychiatrischen Stadtsatelliten einer ländlichen psychiatrischen Großanstalt beobachtet. Das neu geschaffenen Projekt zeichnete sich wesentlich durch eine *intensive Beziehungsgestaltung* in einem warmherzigen und offenen Klima zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken aus, zum Teil hatten die *Arbeitsbeziehungen* den Charakter einer *exklusiven Zweierbeziehung*:

„Vor allem Pfleger und Schwestern boten sich nun den Patienten oft in sehr persönlicher Weise an. So ging man mit ihnen baden, essen, ins Kino, spazieren. (...)Bei vielen zeigt sich der von *Searles* beschriebene „Heißhunger“, den Patienten immer intensivere Angebote machen zu wollen.“ (W. LEUSCHNER 1984, 114).

Dass ein hochgradiger Verstrickungsprozess in Gang gesetzt worden war, angestoßen durch die Abhängigkeitsbedürfnisse der Patienten, die auf eine gewisse Bereitschaft der Mitarbeiter stießen, war den psychiatrisch Tätigen zunächst nicht bewusst, wie

W. LEUSCHNER expliziert. Dieses Geschehen manifestierte sich zuerst in den Gegenübertragungsphantasien der psychiatrisch Tätigen, welche diffuse Ängste und Gefühle von Bedrohungen erlebten, u.a. beschrieben, als würden Patienten den eigenen Körper „bekriechen“ (ebd., 114), als bliebe kaum noch Luft zum Atmen, als würde man als Mitarbeiter von den Patienten zerstört werden oder selbst zerstören. Deutlich erkennbar wurde durch diese Erfahrungen, dass die psychiatrisch Tätigen sich zu einer pathologischen Symbiose verführen und verstricken lassen hatten.

Das Verhalten von Patienten in der Klinik wird somit vielfach als infantil gedeutet. Dass eine Klinik auch Beziehungsformen zu aktivieren vermag, welche der vom Patienten erlebten Adoleszenz<sup>77</sup> angehören, beschreibt K. KÖNIG (1995, 72). Bei einer adoleszenten Übertragung werden die anderen Patienten nicht nur als Geschwister, sondern als eine Gruppe Gleichaltriger erlebt, von denen man etwas lernen kann und deren Normen und Werte übernommen werden. Betrachtet man nach P. BLOS (1962, 24) die Adoleszenz als „einen zweiten Schritt zur Individualisierung“, dessen Entwicklungsaufgabe darin besteht, die ehemals notwendigen verinnerlichteten Objektrepräsentanzen tendenziell aufgeben zu können, dienen die psychiatrisch Tätigen dem Patienten in dieser Betrachtungsweise nicht ausschließlich als Repräsentanten der Eltern. Als hilfreiche Repräsentanten von Erwachsenen außerhalb des Elternhauses bieten sie sich dem Adoleszenten zur Identifikation an, deren Normen und Werte ungleich attraktiver erscheinen.

## 5.5 DER STATIONÄRE RAHMEN ALS BEZIEHUNGSREGULIERENDE FUNKTION

Im Folgenden sollen nun Aspekte der *beziehungsregulierenden* Funktion dargestellt werden, die der *Rahmen* im sozialen System Akutpsychiatrie hat. Naheliegender wäre, von der notwendigen Rahmung durch die Akutpsychiatrie für die psychisch Kranken zu sprechen, sind Menschen mit psychischer Erkrankung doch oft ohne genügenden „Rahmen“, ohne Begrenzung, wie in den vorigen Kapitel aufgezeigt. Welchen Rahmen die Akutpsychiatrie den Patienten bietet, findet sich zum Einen in den Kapiteln, die sich mit Zwangsmaßnahmen beschäftigen, zum Andern wird der stationäre Rahmen in einer eher *haltenden* Ausrichtung

---

<sup>77</sup> Dass Übertragungen aus der Adoleszenz bislang wenig beachtet wurden, hängt mit der Annahme zusammen, dass „das Wesentliche“ in der Entwicklung der ersten fünf Lebensjahre geschähe. Das Ignorieren der Adoleszenz als Entwicklungsphase, welche reinszeniert werden kann, könnte der Entlastung der psychiatrisch Tätigen dienen, denn: „Man kann darüber lächeln, wenn ein kleines Kind sich ungeniert aggressiv verhält, doch die Aggression eines Adoleszenten äußert sich weitaus beunruhigender, quälender und mitunter in unerträglicher Form.“ (L. KAPLAN 1988, 101).

als Folgerung für die Beziehung in Kapitel 5.7. bearbeitet. An dieser Stelle soll zunächst der Rahmen „als Notwendigkeit“ für die psychiatrisch Tätigen analysiert werden.

Wie an verschiedenen Stellen dieser Arbeit thematisiert, vermögen psychisch Kranke durch die Externalisierung ihrer inneren Konflikte die latenten, durch innerseelische, interpersonelle, gruppodynamische und organisatorische Mechanismen abgewehrten Spannungen in einem Stationsteam bloßzulegen. Es ist leicht vorstellbar, wie sehr dies die Arbeit auf einer akutpsychiatrischen Station beeinflusst.

In der Auseinandersetzung mit der Funktion der psychiatrisch Tätigen, sich einerseits als Projektionsträger zu verstehen und sich andererseits häufig nicht von Projektionen abgrenzen zu können mit der Folge, die – unbewussten – Wünsche des Patienten zu bedienen, führt G. BENEDETTI (ebd., 139) an, dass gewisse Projektionen des psychisch Kranken auch von Mitarbeitern akzeptiert werden, um so mit ihm *in Beziehung zu treten*. Hinzu komme, dass jede Projektion, die vom Patienten als realistisch erlebt wird, im anvisierten Objekt, dem psychiatrisch Tätigen, Gefühle auslöst, die mit ihr kongruent sind. „Wer zur Zielscheibe böser Projektionen wird, tendiert in der Folge dazu, tatsächlich böse zu werden; und wer mit guten Projektionen belegt wird, reagiert entsprechend freundlich“ (G. BENEDETTI 1998, 140). Allerdings werden auf einer Akutstation die Projektionen vom Patienten keineswegs nur zufällig verteilt, hier können gerade diejenigen psychiatrisch Tätigen zum Objekt der „bösen Projektion“ werden, die dem Patienten gegenüber latent feindlich oder auch ambivalent eingestellt sind.

Möglicherweise entstehen Konflikte zwischen den Mitarbeitern, die größtenteils von den Patienten induziert worden sind oder aber die bereits vorhandenen Spannungen werden über die Patienten ausgetragen. Durch eine starke „interaktionelle Potenz“ des Patienten (K. KÖNIG 1982) können sich Spaltungsphänomene in dem zuständigen Mitarbeiterteam entwickeln, was in der Vorstellung bezüglich der Umgangsweise mit dem psychisch Kranken zu gegensätzlichen Tendenzen im Team führen kann. Diese äußern sich in den unterschiedlichen *Haltungen* der psychiatrisch Tätigen und dem von ihnen hergestellten *Rahmen*, in dessen Grenzen die stationäre Behandlung stattfindet, häufig polarisierend als Entweder-Oder: „mehr Härte“ versus „mehr Schonung“. U. SACHSSE (1999) spricht in diesem Zusammenhang pointiert vom „Modell »Arbeitslager«“ (ebd., 22) und vom „Modell »Säuglingsstation«“ (ebd., 22).

Sehen viele psychiatrisch Tätige in der Symptomatik, die der Patient auf der Station anbietet, wie beispielsweise im selbstverletzenden Verhalten, in Suizidversuchen, im

impulsiven Agieren eine bewusste Provokation, einen Akt „gemeiner Depotenzierung und höhnischen masochistischen Triumphes“ (ebd., 22), neigen diese Mitarbeiter eher zu einer rigiden und straffen Normensetzung mit harten *begrenzenden* Konsequenzen, z.B. durch sehr hohe Medikation und andere Zwangsmittel, Sanktionen, Entzug von Privilegien, dem Festhalten an rigiden Strukturen und bürokratischen Maßnahmen.<sup>78</sup>

Ein Verzicht, Ordnung und Realitätskontrolle fordernder Rahmen mit starren Regeln wird von Patienten häufig als unerträgliche Einengung und massive Bedrohung ihrer auf einer Akutstation ohnehin schon stark eingeschränkten Autonomie empfunden. In solch einem hergestellten Kontext kann sich zwischen einzelnen psychiatrisch Tätigen und dem psychisch Kranken „ein sadomasochistisches Beziehungsmuster“ (U. RAUCHFLEISCH 1996, 163) entwickeln, bei dem die Positionen der Macht und der Hilflosigkeit schnell wechselnd von den Interaktionspartnern übernommen werden. Jedes Mehr an Abwendung der Psychiatrisch Tätigen wird von den Patienten auf der Station meist aufs Genaueste registriert und provoziert Wut, Enttäuschung und möglicherweise eine Zunahme von Gewaltandrohungen und Suizidversuchen (W. Leuschner 1985, 150). Hierauf reagieren psychiatrisch Tätige mit entsprechenden Gegenbewegungen durch weitere Sicherungsmaßnahmen und Reglementierungen. In dieser dualen Austragung von „Siegern“ und „Besiegten“ können den psychisch Kranken, welchen es an tragfähigen inneren Strukturen mangeln mag, bedeutsame Erfahrungen einer eben dieser durch äußere Grenzziehung ersetzenden Struktur nicht vermittelt werden.

Die andere Gruppe von Mitarbeitern - welche auf einer „traditionell“ konzipierten Akutstation allerdings eine Minorität darstellen mögen - und wenn vorhanden, tendenziell von spezifischen Berufsgruppen repräsentiert wird - mag in dem psychisch Kranken eher ein seinen Impulsen hilflos ausgeliefertes Kleinkind sehen, welches für nichts verantwortlich gemacht werden kann und folglich des Verständnisses, der Entlastung und Schonung bedarf. Ein in diesem Sinne gewährender, nachgiebiger und nur re-agierender Raum mag den Wünschen des Patienten nach wortlosem Verstandenwerden, nach fraglosem Gehaltensein, nach unbegrenzter Bedürfnisbefriedigung in gewisser Weise näherkommen (vgl. R. HELTZEL 1995, 37). So können psychiatrisch Tätige beispielsweise eine „Retterphantasie“ in der Gegenübertragung entwickeln, was sich in dem Wunsch ausdrücken kann, als „bessere Mutter“ wieder etwas gut machen zu wollen. Typische

---

<sup>78</sup> W. LEUSCHNER (1985, 150) beobachtete in diesem Zusammenhang, dass die Mitarbeiter wieder nach weißen Kitteln verlangten. Ein besonders kurioser Vorschlag war, in der Psychiatrie eine Computertomographieanlage zu installieren.

Formen von Gegenübertragung wie Patienten „mit nach Hause zu nehmen“, nicht abschalten zu können und sich selbst zu überfordern, beschreibt P. HILSENBECK (1998, 304) insbesondere im Umgang mit psychisch Kranken, die aus einem verstörten Beziehungskontext mit deprivierenden und gewalttätigen Beziehungserfahrungen kommen, wie dies in der Akutpsychiatrie häufig aus der Biographie von Borderlinepatientinnen ersichtlich wird. Die eigene Macht gegenüber der Patientin, gegenüber der Situation, bezogen auf Institutionsrahmen und Heilungsprozess, kann sowohl überschätzt als auch unterschätzt werden. Überbegeisterung, Enthusiasmus und Grenzenlosigkeit in der *Beziehungsarbeit* können abwechseln mit Erschöpfung, unberechenbarem Rückzug und Abgrenzung. Die polarisierten Gefühle sind durch eine extreme Ambivalenz gekennzeichnet. Wie die Patientin selbst, beginnen möglicherweise auch die Krankenschwester, die Sozialarbeiterin oder die Ärztin, sich verwirrt zu fühlen, Realität zu verleugnen wie beispielsweise produktive Symptome einer Schizophrenie der Patientin zu verkennen.

In diesen polarisierenden Haltungen und Rahmensetzungen inszeniert sich im Behandlungsteam die innere Spaltung des psychisch Kranken zwischen Überhärte und süchtiger Verwöhnung (vgl. G. BENEDETTI 1998, 139, U. SACHSSE 1999). Spaltungen und Schuldzuweisungen, Identifikation und Projektionsprozesse können die gesamte Klinik erfassen, wie U. SACHSSE (ebd., 22) an einem Beispiel aus seiner Klinikpraxis verdeutlicht:

„Der Tagdienst beschuldigt die Nachtschicht, sich nicht genug um Frau D. gekümmert zu haben. Die brauche einfach mehr Zuwendung. Die Nachtschicht beschuldigt den Tagdienst, Frau D. tagsüber zu verwöhnen. Nachts sei einfach nicht so viel Personal da. Außerdem gebe es noch andere Patientinnen, und wenn Frau D. tagsüber ständig jemand am Händchen halte, dann fehle ihr nachts natürlich was. Das bekomme die Nachtschicht dann zu spüren. Außerdem sei ja wohl jeder Patient noch für sich selbst verantwortlich. Und überhaupt sei Frau D. medikamentös völlig unzureichend eingestellt. Wozu der Stationsarzt eigentlich da sei. Die sei nachts viel zu unruhig. Der Stationsarzt wird auch von seinem Oberarzt angesprochen, was denn mit Frau D. sei. Selbst der Oberpfleger habe ihm die Klagen der Nachtschicht übermittelt. (...)“

## 5.6 FOLGERUNGEN FÜR DIE BEZIEHUNG: HALTEN UND AUSHALTEN IM STATIONÄREN RAHMEN

Ausgehend von der Annahme, dass die *Beziehungen* zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken nicht ohne die institutionellen Bedingungen gedacht werden können, suchen folgende Gedanken in Anlehnung an R. HELTZELS Überlegungen zur „haltende(n) Beziehung im stationär-psychiatrischen Setting“ (1995) sowie U. SACHSSES Hinweisen zur

„Gestaltung des stationären Behandlungsrahmens“ (1999, 21) die Dialektik von *Raum* und *Rahmen*<sup>79</sup> auf der Akutstation wiederzuspiegeln.

Befassen sich U. SACHSSES Ausführungen primär mit der psychiatrischen Arbeit mit sich selbst verletzenden (Borderline) Patientinnen, stellt R. HELTZEL psychoanalytische Grundlagen zur Arbeit mit tief regredierte schizophren-psychotischen Patienten dar. Beide Autoren suchen jedoch in einem zweiten Schritt eine Brücke zu schlagen zwischen der Anwendung jener auf die therapeutische Dyade bezogenen Grundlagenmodelle und der psychiatrischen Praxeologie (Entscheidungslogik) im stationär (akut) psychiatrischen *Raum* und dessen *Rahmen*. Dabei beziehen sie sich wesentlich auf die Grundlagen der britischen Objektbeziehungstheorie, wie sie u.a. von D. W. WINNICOTT begründet wurde.

Ohne in der vorliegenden Arbeit auf die vielfältigen Grundkonzeptionen und die Theorie der haltenden, entwicklungsfördernden Umwelt und Beziehung<sup>80</sup> eingehen zu können, die eine eigene Arbeit wert wären, sollen Aspekte herausgegriffen werden, wie sie für den akutpsychiatrischen Rahmen relevant erscheinen.

In Anerkennung schwerer Krisen von psychisch Kranken, die vielfach mit regressiven Tendenzen verbunden sind, welchen die Produktion von Material in inkohärenter, unorganisierter Form immanent ist und wo ein Appell an die Ich-Funktionen den Patienten nicht erreichen, vertritt M. BALINT (1970, 215) die Auffassung, es zu unterlassen, „das Material, das der Patient produziert, zu »organisieren«“. Wesentlich erscheint in diesem Kontext, dass die Akutpsychiatrie ein Klima schafft, in welchem eine Tolerierung der Regression (und der Progression) möglich ist und mehr noch, die Bereitschaft psychiatrisch Tätiger besteht, den Patienten zu stützen und zu tragen. In diesem Sinn müssen sie unaufdringlich *da sein* und - stillschweigend oder explizit - erlauben, sich *gebrauchen* zu lassen (M. BALINT ebd., 177).

Die Fragen eines förderlichen Milieus, einer hilfreichen Umwelt (D.W. WINNICOTT) werden um so bedeutsamer, je umfassender der psychisch Kranke gestört, bzw. je tiefer er regrediert

---

<sup>79</sup> Dem „Rahmen“ wird im psychotherapeutischen Kontext höchste Bedeutung beigemessen (U. BERNS 2002, 333), wenngleich hier unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet wurden. Vom „ordentlichen Rapport“ sprach S. FREUD, D.W. WINNICOTT spricht vom „Milieu“ und vom „Rahmen“, andere Autoren verwenden den Terminus „Setting“, welcher stärker, so U. BERNS (ebd., 334) die Beziehungssetzung von Therapeut und Patient einschließe.

<sup>80</sup> Hier ist zu verweisen auf die Psychoanalytiker M. BALINT sowie D.W. WINNICOTT, die sich besonders in der Behandlung tief regredierter, basal gestörter Patienten engagierten und therapeutische Hilfe weniger in einer intellektuellen, deutenden analytischen Arbeit sahen, vielmehr in dem Angebot einer wohlthuenden Objektbeziehung, welche der (mütterlichen) *haltenden Umwelt* (D.W. WINNICOTT) gegenüber nachempfunden ist oder wie M. BALINT es nennt, eines „Sich-als-primäres-Objekt-anbieten-und-gebrauchen-lassen“.



und auf eine *sensible körperliche* (emotionale, pflegerische, sozialpädagogische) *Präsenz* im Sinne M. BALINTS und D.W. WINNICOTTS angewiesen ist.

Wie R. HELTZEL (1995) expliziert, sind psychiatrisch Tätige hier mit ihrer Bereitschaft gefordert, sich gegenüber Problemen der subtilen, der *unbewussten Beziehungsgestaltung* zu öffnen und damit Anregungen aus einem Bereich aufzunehmen, der von ihnen im Kontext „traditioneller“ psychiatrischer Ausrichtung vielfach übersehen, abgewertet und ängstlich abgewehrt wird. Oder anders formuliert: In der Beziehungsarbeit arbeiten psychiatrisch Tätige mit der Realbeziehung wie auch mit der Übertragungsbeziehung.

Wie u.a. von W. LEUSCHNER (siehe hierzu Kapitel 5.5) beschrieben, lässt sich die Verweigerung des emotionalen Einlassens von psychiatrisch Tätigen häufig als ein Schutz vor bzw. eine Abwehr von unerträglichen zwischenmenschlichen Abhängigkeitsbedürfnissen auffassen, dies vor dem Hintergrund, dass die Patienten den Stationsraum ausfüllen, wenn sie Gelegenheit erhalten, ihn zu nutzen und „etwas in Szene zu setzen.“ (R. HELTZEL 1995, 37). Verstrickungstendenzen scheinen zuzunehmen, wenn der Aufbau eines haltgebenden Rahmens vernachlässigt wird. Um den Irritationen durch Verstrickung entgegenzuwirken, lässt sich eine *Beziehungsbegrenzung* als ein Signal von *Unbewusst zu Unbewusst* deuten. U. SACHSSE (1999, 96ff.) zufolge ist dies in dem Sinne gemeint, dass das Signal des psychiatrisch Tätigen, dem Patienten nicht unbegrenzt (omnipotent) zur Verfügung zu stehen, auf der unbewussten Ebene die Ablehnung einer symbiotischen Verschmelzung bzw. Verstrickung bedeutet.

Jedes *Beziehungsangebot* und jede *Beziehungsbegrenzung* lösen Sehnsüchte, Enttäuschungen, Kränkungen und Erinnerungen aus. Sie sind in der Beziehungsgestaltung zu berücksichtigen, können jedoch nicht ausschließlicher Maßstab des Beziehungsgefüges sein, denn es gibt kein Beziehungsangebot, durch welches Enttäuschung und Aktivierung möglicher früherer Beziehungsabbrüche, Vernachlässigungs- und Deprivationserfahrungen in einer Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken verhindert werden könnte. Die eigentliche Herausforderung besteht somit in dem Paradoxon, sich einerseits „infizieren, gebrauchen, benutzen zu lassen“ (ebd., 33) und dabei zugleich innerlich abgegrenzt zu bleiben. Hier würde es darum gehen, dass psychiatrisch Tätige für den psychisch Kranken eine Behälterfunktion („container“) übernehmen, um das in ihm Erzeugte, Hervorgerufene und Gehaltene zu verstehen.

Diese Container-Funktion wird dabei nicht nur durch die Person dargestellt, sondern zudem durch den *Rahmen* als das Ensemble konstant gehaltener Bedingungen, in deren Grenzen

sich der Behandlungsprozess abspielt. In diesem Sinn betrachtet nimmt der von den psychiatrisch Tätigen gesicherte Rahmen den (psychotischen) Persönlichkeitsanteil des Patienten in sich auf und stellt eine Institution her, welche die *Beziehung* zwischen psychisch Kranken und psychiatrisch Tätigen überhaupt erst ermöglicht und günstigenfalls sichert.

Dieser Raum des Gewähren-lassens konstituiert sich aber nur, so R. HELTZEL (1995), wenn er von einem „Nein“, einer Hülle, einem Rahmen sicher abgegrenzt wird. Um das Schwanken von psychiatrisch Tätigen zwischen überreizter Härte und kindlicher Verwöhnung aufzulösen, sind die psychiatrisch Tätigen gefordert, einen Rahmen zu finden, durch den sie dem Patienten gewachsen sind.

In diesem Kontext gilt es für die Mitarbeiter, einen Umgang zu finden mit spezifischen Symptomen des Patienten wie Selbstverletzung/ Suizidversuch, akuten produktiven Symptomen usw., welche auch auf einer akutpsychiatrischen Station nicht in jeder Situation zu verhindern sind, sich möglicherweise *weder durch Medikamente noch durch Beziehungsangebote kurzfristig* ersetzen lassen. In Anerkennung der zentralen Funktion, die Selbstgefährdung und oder akuter Wahn für die innerseelische und interpersonelle Regulation psychodynamischer Prozesse des psychisch Kranken haben können, sollte ein einheitliches Prozedere durch die psychiatrisch Tätigen entworfen werden, welches sich bewegt zwischen einem das Symptom akzeptierenden Umgangsstil (wie korrekte medizinische Versorgung ohne weitere Zentrierung um die Selbstschädigung) und einem Umgangsstil, bei dem durch maximale Außensteuerung (wie durch Beobachtung, Sitzwache, Fixierung, hohe Medikation) eine erneute Selbstschädigung zu verhindern gesucht wird (U. SACHSSE 1999, 25). In diesen Rahmen gehören auch Entscheidungen zur Etablierung und zum Umgang mit verlässlichen Stationsregeln, die wichtige *soziale Signale* symbolisieren und insbesondere Spaltungstendenzen entgegenwirken (ebd., 27). Für alle Beteiligten stellen Regeln auf einer Station Orientierungspunkte dar. Nicht zwanghaft und starr an ihnen festhaltend, wird psychiatrisch Tätigen das Austragen einer konkreten Entscheidung jedoch nicht erspart:

„An den Außengrenzen inszeniert sich der Konflikt der Patientinnen im Umgang mit dem eigenen Über-Ich und Ich-Ideal. Da dies immer auch eine ganz persönliche Konfrontation mit den Behandelnden ist, lege ich mich selbst begrenzt fest und *behalte mir vor, eine Regel außer Kraft zu setzen, wenn ich durch ihre Anwendung die Patientin schädigen würde*. Gerade masochistische Triumphe und sadomasochistische Inszenierungen sind Beziehungsfallen, (...)“  
(U. SACHSSE 1999, 29)

Der begrenzende Rahmen als Konstante *außerhalb des Beziehungsprozesses*, wie er sich u.a. in der Stationsordnung, Aufgabenverteilung, Alltagsstrukturierung, Raum- und Zeitgrenzen darstellt, definiert durch seine klare Strukturierung Grenzen des Gewähren lassen und Begrenzung *gegenseitiger* Verwicklung (W. TRIMBORN 1983, 228). Der *Rahmen* hat somit für psychiatrisch Tätige *und* für Patienten schützende Funktion.

Im Idealfall widersteht rahmenbezogenes Arbeiten „verführerischen Versuchen“ (R. HELTZEL ebd.), diese Konstante in Frage zu stellen und allem Bemühen, diese „erregt anzugreifen“ (ebd.). Dies dürfte für Patienten auf der Akutstation von besonderer Bedeutung sein, erlaubt ihnen diese Grenze, sich „unintegriert, ja auch gewalttätig“ (ebd.) zu verhalten, ohne sich dabei massiv selbst zu gefährden oder mit einem Rückzug der psychiatrisch Tätigen rechnen zu müssen oder einer Sanktion durch eben diese ausgesetzt zu sein. Der psychisch Kranke kann erleben, dass das Objekt seinen Zorn und seinen Hass überlebt (W. TRIMBORN 1983, 229) und auch er selbst nicht zerstört wird. Der Rahmen, für Klarheit, Eindeutigkeit, klare Selbst-Objekt-Grenzen, also für Realität stehend, ist unabdingbare Voraussetzung für Halt und Sicherheit auf der Akutstation. Das „Nein“ des begrenzenden Rahmens kann nach dem psychoanalytischen Konzept der frühen Triangulierung (ebd.)<sup>81</sup> als das väterliche Prinzip<sup>82</sup> verstanden werden, das um so bedeutsamer wird, je tiefer die (Symbolisierungs)Störung des psychisch Kranken ist. Dies könnte einer der Gründe sein, weshalb schizophrene Patienten im Klinikalltag eine Betonung von haltenden Rahmenbedingungen geradezu provozieren.

In diesem Zusammenhang kritisiert R. HELTZEL die in vielen Kliniken praktizierten Aufteilungen zwischen „eigentlicher (psycho)-therapeutischer Arbeit“ (sofern diese auf einer Akutstation überhaupt vorgesehen ist) und der Konfrontation mit Stationsregeln, welche auch Zwangsmaßnahmen implizieren, auf unterschiedliche Mitarbeiter als ein Missverständnis, was die dialektische Wechselwirkung von Raum und Rahmen angeht. Die Folgerung wäre, dass *alle* psychiatrisch Tätigen für die Einhaltung des Rahmens auf der Akutstation zuständig und verantwortlich wären.

Davon ausgehend, dass psychiatrisch Tätige durch die von ihnen vorgefundenen Bedingungen auf der akutpsychiatrischen Station - wie widersprüchlich und behindernd diese auch erlebt werden mögen - in ihrem Handeln nicht restlos determiniert sind,

---

<sup>81</sup> Wenngleich U. BERNS (2002, 333) hier W. Trimborn widerspricht, da erster die Auffassung vertritt, dass der Rahmen als „das Dritte“ in sich keine eigene Kraft habe, kein Gesetz jenseits von Therapeut und Patient darstelle.

<sup>82</sup> Weil der Vater als der »Dritte« die Mutter – Kind - Dyade symbolisch und pragmatisch triangulierend erweitert, wird hier von der „väterlichen“ Strukturierungsfunktion gesprochen, was nicht heisst, dass nicht auch Frauen diese Funktion gleichermaßen wahrnehmen können.

vielmehr durch ihr Denken, Sprechen und Handeln im Institutionsgefüge den Krankenhausalltag herstellen, erscheinen sie als handelnde Subjekte, die miteinander und mit den Patienten etwas auszuhandeln haben. Alle Absprachen und Arrangements in der Beziehungsgestaltung sind Ergebnisse von Aushandeln und Abwägen. Hierbei gilt, sich der Funktion von „*Paktabsprachen*“, die bedeutsame strukturierende Parameter in der Begegnung mit strukturell Ich-gestörten Patienten sein können (U. SACHSSE 1999, 99), in den meisten Fällen *keinen wirklichen Vertrag zwischen den erwachsenen Anteilen zweier Beziehungspartner* darstellen, vielmehr der Entlastung des psychiatrisch Tätigen dienen. Andererseits, so wird von verschiedenen Autoren hervorgehoben (O. KERNBERG et. al. 1993), ist die Forderung von Selbstverantwortung und Übernahme selbstfürsorglicher Anteile unerlässlich<sup>83</sup>.

Angesichts der teilweise immensen Schwierigkeiten in der psychiatrischen Arbeit mit psychisch kranken Menschen liegt die Gefahr eines Verschanzens hinter starren routinierten Abläufen und Ritualen als psychosoziale Abwehr. Diese Gefahr hat, wie aufgezeigt wurde, auch damit zu tun, dass psychiatrisch Tätige in der Gegenübertragung mit ihrer je eigenen Vulnerabilität, mit als unerträglich empfundenen Ängsten und Schmerzen konfrontiert werden. Gefühle dieser Art können sich durch Hassgefühle und Aggression<sup>84</sup> gegen die Patienten äußern, welche den psychiatrisch Tätigen eine solche Konfrontation mit ungeliebten Erfahrungen zumuten (vgl. J. STAIGLE 1997, 18). In dem Versuch, der Wahrnehmung des eigenen Schmerzes auszuweichen, werden somit Empfindungen über Spaltung abgewehrt. Den Sinn des Abwehr- und Schutzverhaltens der psychisch Kranken kann jedoch nur verstanden werden, wenn psychiatrisch Tätige die grundsätzliche Bereitschaft zeigen, Gefühle eigener psychischer Verwirrung und die bedrohliche, Aggressionen begleitende Angst zuzulassen und wahrzunehmen.

Gelingt es, das Verhalten der Patienten als Ausdruck ihrer spezifischen innerseelischen Dynamik und im „szenischen Verstehen“ als Abbild der Interaktion miteinander zu begreifen, könnte das, was die Patienten präsentierten, wichtige Einblicke in ihre

---

<sup>83</sup> Hierzu zählen Angebote der psychiatrisch Tätigen an die Patienten wie u.a. im Aufsuchen tröstlicher oder narzisstisch bestätigender Traumwelten im Kino, im Theater, in Büchern, in der Zubereitung eines warmen Bades, im Anbieten von Musik hören.

<sup>84</sup> Nach D.W. WINNICOTT (1984: „AGGRESSION“) sind Liebe und Hass die beiden entscheidenden Elemente, aus denen sich zwischenmenschliche Beziehungen zusammensetzen. D. W. WINNICOTT betont die Bedeutsamkeit des Bewusstwerdens des eigenen Hasses als innere Realität beim Psychoanalytiker, der mit psychotischen Patienten arbeitet. Das gleiche gelte für psychiatrische Teams. R. LEMPP (1997: *Jenseits der Psychiatrie*) ergänzt, dass die verborgen gehaltenen Aggressionen des Therapeuten zu einem „pokerface“ bei diesem führen, was fatal ist, da ein „pokerface“ in seiner Ausdruckslosigkeit den psychotischen Menschen verunsichert und dadurch wiederum Angst erregt.

innerseelische Dynamik sowie in Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse ermöglichen statt in ein gekränktes Gegenagieren zu verfallen.

Die psychiatrische Akutstation mit ihrem Mehrpersonensetting könnte die Fähigkeit aufbringen, die oft heftigen Übertragungen/ Gegenübertragungen zu halten, zu reflektieren und sie in konstruktiver Form durch den einzelnen psychiatrisch Tätigen in der *Beziehung* zum psychisch Kranken zu verwenden. Solch ein Raum, welcher „Halten“, „Verdauen“ und „Denken“ der Mitarbeiter ermöglicht, um eine erste psychische Integration herzustellen, um aus *gespaltenen Beziehungsaspekten* eine konstruierte oder rekonstruierte Gestalt zu entwickeln, könnte beispielsweise im Rahmen einer Supervision erfolgen.

Die psychiatrische Arbeit im Mehrpersonensetting ist eng verknüpft mit der Funktion „des Dritten“, der äußeren Realität, im Versuch, eine Triangulierungsfähigkeit bei psychisch Kranken zu ermöglichen, die sich über psychotische Schutzmechanismen in duale Beziehungsformen einschließen. Die Settingsetzung als Arbeitshypothese impliziert bereits die erste Deutung an den Patienten, die besagt, dass bewusst nicht eine einzige Mitarbeiterin, ein einziger Mitarbeiter die ersehnte omnipotente Person sein kann. In diesem Zusammenhang sind zudem Mehrinstitutionensettings zu nennen, die mit ihrer sozialen Vernetzung, wie intensive Kooperation mit dem zuständigen Sektor und den dort tätigen Einrichtungen, notwendige Parameter in der Behandlung psychisch Kranker darstellen. D.h. eine Akutstation benötigt, um haltende und „container -Funktionen“ ausüben zu können, ebenfalls ein Umfeld reflektierender, integrierender und haltender Faktoren (R. HELTZEL 195, 38).

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass die Anforderungen an eine haltend konzipierte Akutstation hohe Anforderungen an die psychiatrisch Tätigen stellt, die jedoch nicht als idealtypische, perfekte Aufgabenerfüllungen im Sinne einer Vollendung verstanden werden wollen. Vielmehr ist gemeint, Umstände auf der Akutstation zu schaffen, die im Verständnis D.W. WINNICOTTS „gut genug“ sind, um den Bedürfnissen der Patienten in einer durchschnittlichen zu erwartenden *gelingenden* Weise gerecht zu werden. Hier stellen sich die Fragen nach den Voraussetzungen für eine Beziehung, welche die Dimensionen hat, den psychisch Kranken zu *halten* und *auszuhalten*.

## 6 RESÜMEE

Zu klären war in dieser Arbeit, wie „unmöglich“ die Beziehungsgestaltung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken auf der Akutstation ist. Dies kann in zweierlei Hinsicht gedeutet werden: Zum Einen in einer moralischen Empörung, dass die Beziehungsgestaltung in der Akutpsychiatrie alltagsprachlich wertend „unmöglich“ sei und zum Anderen, dass die tatsächlichen Möglichkeiten der Überprüfung bedürfen. Für eine wissenschaftliche Arbeit ist es obsolet, moralische Bewertungen vorzunehmen, also blieb in diesem Kontext herauszuarbeiten, unter welchen Bedingungen und mit welchen zwischenmenschlichen Widrigkeiten „Beziehung“ im institutionellen Gefüge stattfinden kann.

In die Akutpsychiatrie kommen Menschen in psychiatrisch einzuordnenden Krisen. Dabei bringen sie ihre „Anliegen“ häufig indirekt und verschlüsselt vor, wobei die psychisch Kranken ihr soziales Umfeld, „die Station“ derart szenisch einbeziehen, dass psychiatrisch Tätige sich mit einem massiven Handlungsdruck konfrontiert sehen. Die „traditionelle“ Akutpsychiatrie, so wie wir sie zumeist vorfinden, hat daher „gute Gründe“, die Beziehungsgestaltung zu begrenzen. Aber nicht nur von ihr geht die Begrenzung aus, sondern auch von der Gemeinde und anderen psychiatrischen Institutionen, in welchen sich der psychisch Kranke gewöhnlicherweise aufhält. Es ist daher gesellschaftlich gewünscht, den akut Kranken einen gesonderten Ort zuzuweisen, der ihnen selbst - aber auch ihrer sozialen Umgebung - Schutz gibt. Das Ziel ist hierbei, die psychisch Kranken nur kurz in dieser zugespitzten Krise zu behandeln, um sie als bald als möglich in die Gemeinde zu reintegrieren. Es geht ausdrücklich nicht darum, den Kontext der Krankheit mit zu behandeln und/oder langfristige Perspektiven zu entwickeln. Man stelle sich daher die Akutpsychiatrie als einen Ort vor, an dem massiv Verrücktheiten auftreten.

Wie muss demnach der Ort konzipiert werden, der selbst- und fremdgefährdendes Verhalten begrenzen soll, der es schafft, mit regressiven Tendenzen umzugehen als auch die Fähigkeit der Selbststeuerung in sozialen Kontakten wieder herzustellen? Die Methode der Akutpsychiatrie besteht, wie dargelegt, darin, in einem Regelwerk aus Gesetzen, (Ver) Ordnungen, (Gewalt) Maßnahmen und Ritualen *Begrenzungen* herzustellen, an die alle gebunden sind, die psychisch Kranken ebenso wie die psychiatrisch Tätigen.

Daraus ergibt sich folgerichtig, dass die Beziehungen ebenfalls durch diese institutionellen Vorgaben reguliert werden. Es ließe sich an dieser Stelle leicht argumentieren, dass sie zum

Nutzen aller seien. Herausgearbeitet wurde jedoch, dass diese eindeutige Festlegung nicht getroffen werden kann. Hingewiesen wurde auf die Funktion für die psychiatrisch Tätigen, die sich der institutionellen Vorkehrungen sinnhaft bedienen, um ständigen zermürbenden Beziehungsüberprüfungen und -Inszenierungen der psychisch Kranken und eigene Gegenübertragungsgefühle abzuwehren.

Folgt man, wie dargelegt, der Annahme, dass die Institution der Akutpsychiatrie in den Dienst der Abwehr gestellt wird, somit stabilisierende Funktion für alle Beteiligten hat und sich die Akutpsychiatrie ihrerseits die individuellen Bedürfnisse ihrer Mitglieder zunutze macht, muss für Veränderungen innerhalb der Akutpsychiatrie die Dimension der psychosozialen Abwehr berücksichtigt werden, was eine Verteidigung des status quo jedoch nicht rechtfertigt.

Die psychisch Kranken sind es, die äußern, dass die Akutpsychiatrie nicht zu ihrem Wohle die Beziehungen gestaltet, die personale Anerkennung, sich ausdrücken zu dürfen, nicht implizierend. Für sie bedeutet Beziehungsabwehr, ob durch die Beziehungsverweigerung psychiatrisch Tätiger oder durch Weiterverlegung auf andere Stationen, dass sich erst einmal nicht mit ihren Ängsten und Konflikten beschäftigt wird, dass es keinen Raum hierfür gibt.

Die Akutstation als Ort der aufgenötigten sozialen Isolation, welcher Patienten zurückwirft auf ihr Selbst, lässt sie angewiesen sein auf Andere, die mit ihnen auch und gerade in dieser zugespitzten Lebenslage in Beziehung treten. Diese Anderen sind in der Akutpsychiatrie, so ist es vorgesehen, die psychiatrisch Tätigen, nicht jedoch „der Dritte“. Er entfällt als „Dabeistehender“ neben Patient und Arzt, neben Klient und Sozialarbeiter, neben psychisch Kranken und Pfleger. Ohne „den Dritten“ ist die Beziehung zwischen psychiatrisch Tätigen und psychisch Kranken geschlossen. Ohne „den Dritten“ scheint die Chance auf ideologiekritische Innovation äußerst gering.

Wenn und solange Gesellschaft als System kollektiver psychischer Mechanismen zur eigenen Stabilisierung und Abwehr von eigenen regressiven und verrückten Tendenzen einen ausgesonderten Bereich für akut psychisch Kranke aus dem Gemeinwesen und aus der Psychiatrie selbst fordert, so muss auch nach dem Nutzen eines akutpsychiatrischen Bereichs gefragt werden.

Ihre Daseinsberechtigung könnte die Akutpsychiatrie gewinnen, wenn es ihr gelänge, ein Ort zu sein, der die Präsenz von Schmerz zulässt und der bereit ist, den Wahnsinn zu empfangen.

## LITERATURVERZEICHNIS

- ADERHOLD, VOLKMAR 1994: Die akute Schizophrenie als Prozess der Selbst-Gestaltung. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
- AMMON, GÜNTER 1973: Dynamische Psychiatrie.  
Darmstadt und Neuwied: Sammlung Luchterhand
- ANSEN, HARALD 2002: Neue Handlungsansätze in der psychiatrischen Sozialpädagogik.  
In: SOZIALE ARBEIT. Eigenverlag Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen. Nr. 7/2002, S. 242-250
- BALINT, MICHAEL 1970: Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Stuttgart: Ernst Klett Verlag
- BALZER, WOLFGANG 1993: Soziale Institutionen. Berlin, New York: de Gruyter
- BATESON, GREGORY 1990: Schizophrenie und Familie.  
Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 3. Auflage
- BAURIEDL, THEA 2002: Beziehungsanalytische Arbeit mit Sexualstraftätern im Strafvollzug. In: RECHT UND PSYCHIATRIE, 20. Jahrgang, Heft 2, S. 54-57
- BECKER, HANSJÖRG (Hrsg.) 1995: Psychoanalytische Teamsupervision.  
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- BELLAK, L./ SMALL L. 1972: Kurzpsychotherapie und Notfalltherapie.  
Literatur der Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- BENEDETTI, GAETANO 1998: Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie.  
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 5. Auflage
- BERNS, ULRICH 2002: Der Rahmen und die Autonomie von Analysand und Analytiker.  
In: FORUM DER PSYCHOANALYSE. Springer-Verlag, S. 332-349
- BLOS, PETER 1973: Adoleszenz. Stuttgart: Ernst Klett Verlag
- BOCK, THOMAS; ECKERMANN, I.: »Bittere Erfahrungen« - Perspektive und Lebenssituation von Angehörigen behandlungsunwilliger schizophrener Betroffener.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 3/2001, S.43-49
- BOCK, THOMAS 2003: Psychoseseminare – Ort, sich neu zu entwerfen.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 3/2003, S. 34-39
- BOPP, JÖRG 1982: Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik.  
Frankfurt am Main: Syndikat Autoren- und Verlagsgesellschaft. 2. Auflage



- BRÄUTIGAM, WALTER 1983: Beziehung und Übertragung in Freuds Behandlung und Schriften. In: PSYCHE 2/1983, S. 116-129
- BRUNS, GEORG 1988: Erleben und Deuten – Psychoanalyse in der Psychiatrie. In: PSYCHIATRISCHE PRAXIS Nr.15. Stuttgart: Georg Thieme Verlag., S. 155-158
- BRUNS, GEORG 1993: Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als Soziale Kontrolle. Opladen: Westdeutscher Verlag
- BRUNS, GEORG 1997: Aggression, Gegenaggression und institutionalisierte Abwehr in der Behandlung psychotischer Patienten. In: VEREIN FÜR PSYCHOANALYTISCHE SOZIALARBEIT (Hrsg.): Vom Umgehen mit Aggressivität. Zur Bewältigung von psychotischer Angst, Depression und agierter Aggression. Tübingen: Edition diskord, S. 93-114
- BRUNS, GEORG 1998: Einige sozialpsychiatrische Konzepte und ihre Grenzen aus psychoanalytischer Sicht. In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 2/98, S. 6-15
- BÜTTNER, CHRISTIAN; FINGER-TRESCHER, URTE; SCHERPNER, MARTIN  
1993: Psychoanalyse und soziale Arbeit.  
Matthias-Grünewald-Verlag. 2. Auflage
- CHODOROW, NANCY 1994: Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter. München: Verlag Frauenoffensive (deutsche Übersetzung)
- CLAESSENS, DIETER 1993: Das Konkrete und das Abstrakte. Soziologische Skizzen zur Anthropologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- CLAUSEN, JENS; DRESLER, KLAUS-D., EICHENBRENNER, ILSE 1997: Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung.  
Freiburg im Breisgau: Lambertus – Verlag. 2. Auflage
- DEBUS, STEPHAN 1997: Emotionale Gräben. In: EINK, MICHAEL (Hrsg.): Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 138-152
- DÖRNER, KLAUS; PLOG, URSULA 1992: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag. 7. Auflage
- DU BOIS, REINEMAR 1992: Patienten und institutionelle Gewalt. Untersuchungen zur Beziehungsdynamik im Alltag psychiatrischer Stationen. In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 2/92, S. 40–46
- DU BOIS, REINEMAR 1998: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche in der Klinik: Hilfen zwischen Alltag und Ausnahmesituation. In: METZLER, HEIDRUN; WACKER, ELISABETH (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen. Zur Qualität helfender Beziehungen. Tübingen: Attempto Verlag, S.127-149

- EBERT, URSULA 1996: Soziale Arbeit in der Psychiatrie.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 2/96, S. 5–10
- EHLERT, MARTIN; LORKE; BEATE 1988:  
Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion.  
In: PSYCHE, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen.  
Stuttgart: Klett-Cotta. Jahrgang XLII/88, S. 502–530
- EINK, MICHAEL 2000: Perspektiven Sozialer Arbeit in der Psychiatrie.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1/2000, S. 19-21
- ERDHEIM, MARIO 1986: Das Verenden einer Institution. In: PSYCHE.  
Klett-Cotta. Jahrgang XL/86, Heft 7, S. 1092-1104
- ERMANN, MICHAEL 2002: Gegenübertragung. In: MERTENS, WOLFGANG; WALDVOGEL,  
BRUNO (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: W.  
Kohlhammer 2. Auflage, S. 226-231
- ETYMOLOGISCHES WÖRTERBUCH DER DEUTSCHEN SPRACHE 1989:  
KLUGE, FRIEDRICH.  
Berlin, New York: Walter de Gruyter. 22. völlig neu überarbeitete Auflage
- FENGLER, CHRISTA UND THOMAS 1984: Alltag in der Anstalt.  
Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag
- FINZEN, ASMUS; HAUG, HANS-JOACHIM; BECK, ADRIENNE; LÜTHY, DANIELA 1993:  
Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag.  
Bonn: Psychiatrie-Verlag
- FINZEN, ASMUS 1999: Die Dimension des Sozialen in der Psychiatrie. In: FOLKERTS, H.;  
SCHONAUER, K.; TÖLLE, R.: Dimensionen in der Psychiatrie.  
Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 42-48
- FLOETH, THOMAS 2003: Regelgeleitetes Handeln in einer psychiatrischen Akutstation.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 3/2003, S. 20-28
- FOUCAULT; MICHEL 1999: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks.  
Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH. 5. Auflage.
- FOUCAULT, MICHEL 1996 (1969): Wahnsinn und Gesellschaft.  
Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. 12. Auflage.
- FOUCAULT, MICHEL 1997: Die Ordnung des Diskurses.  
Frankfurt am Main. Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- FOUDRAINE, JAN 1974: Wer ist aus Holz ? Neue Wege in der Psychiatrie.  
München: R. Piper & Co. Verlag. 2. Auflage
- FREUD, SIGMUND 1930: Das Unbehagen in der Kultur. In :KULTURTHEORETISCHE  
SCHRIFTEN. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, S. 193–270

- FREUD, ANNA 1994: Das Ich und die Abwehrmechanismen.  
Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH
- GASTPAR, MARKUS 1999:  
Die biologische Dimension der Psychiatrie und ihre Interaktionen.  
In: FOLKERTS, H.; SCHONAUER, K.; TÖLLE, R. :  
Dimensionen in der Psychiatrie.  
Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 28-32
- GÖRNER, HERBERT 1999: Wörterbuch Synonyme.  
München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH, S. 161
- GROMANN, PETRA 1996: Schattenseiten der Reform oder Die »Zurückgebliebenen«.  
In: EINK, MICHAEL (Hrsg.) Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch.  
Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 164 –170
- GUNKEL, STEFAN; BRÖKER, MATTHIAS; PRIEBE, STEFAN 1996:  
Psychiatrische Behandlung aus der Sicht chronisch schizophrener Patienten.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1/ 96, S. 20-23
- HABERMAS, JÜRGEN 2001: Glaube, Wissen – Öffnung. Zum Friedenspreis des deutschen  
Buchhandels: Eine Dankrede.  
In: SÜDDEUTSCHE ZEITUNG Nr. 237 vom 15.10.01, S. 17
- HAMBURGISCHES GESETZ ÜBER HILFEN UND SCHUTZMAßNAHMEN BEI PSYCHISCHEN  
KRANKHEITEN (HmbPsychKG) vom 27. September 1995 (Auszug)
- HEBERLE, BRITTA 1995: Zur Funktion des Settings in der psychoanalytischen  
Teamsupervision. In: BECKER, HANSJÖRG (Hg.): Psychoanalytische Team-  
Teamsupervision. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S.26-50
- HEIMANN, PAULA 1964: Bemerkungen zur Gegenübertragung. In: PSYCHE 9/1964, S. 483-493
- HELLER, URSULA 1998: Angst vor erneuter Einweisung verloren.  
In: DIETZ, A.; PÖRKSEN, N.; VOELZKE, W. (Hrsg.):  
Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende  
Maßnahmen in der Akutpsychiatrie, S. 75–79
- HELTZEL, RUDOLF 1993: Der psychoanalytische Beitrag zur psychiatrischen Versorgung –  
Ein integrativer Ansatz.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1/94, S.2-13
- HELTZEL, RUDOLF 1995: Die haltende Beziehung im stationären Setting.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1/95, S. 30 – 39
- HELTZEL, RUDOLF 2003: Die Aggressionen der Professionellen im Maßregelvollzug –  
am Beispiel der Behandlung von Sexualstraftätern.  
SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1/2003, S. 7 - 12

- HEMPRICH, R. D./ KISKER, K. P. 1999: Die »Herren der Klinik« und die Patienten.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 2/1999, S. 31-40
- HEROLD, REINHARD; WEIß, HEINZ: Übertragung. In: MERTENS, WOLFGANG;  
WALDVOGEL, BRUNO (Hrsg.):  
Handbuch der psychoanalytischen Grundbegriffe.  
Stuttgart: W. Kohlhammer 2. Auflage, S. 758-768
- HOFFMANN, SVEN O.; HOCHAPFEL, G. 1999: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und  
Psychosomatische Medizin.  
Stuttgart; New York: Schattauer Verlagsgesellschaft. 6. Auflage
- KAPLAN, LUISE 1988: Abschied von der Kindheit. Eine Studie über die Adoleszenz.  
Stuttgart: Klett-Cotta
- KASTNER, PETER; KUNKEL, PETER 1998: Handlungstheorie in der Sozialarbeit.  
SEMINARSKRIPT FÜR DIE VERANSTALTUNG THEORETISCHE  
GRUNDLAGEN DER SOZIALEN ARBEIT. Hamburg
- KEUPP, HEINER 1986: Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch.  
Sieben Essays. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KEUPP, HEINER 1998: Sozialpsychiatrie. In: GRUBITZSCH, S.; WEBER, K. (Hrsg.):  
Psychologische Grundbegriffe. Ein Handbuch.  
Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 581-582
- KINKELBUR, KERSTIN; PIEGLER, THEO 1999: Psychodynamisch orientierte Sozialarbeit  
in der Psychiatrie – am Beispiel des AK Bergedorf in Hamburg.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 4/99, S. 10-16
- KISTNER, WALTER 1992: Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und  
Problemlösung in der psychiatrischen Pflege.  
Stuttgart; Jena: G. Fischer Verlag
- KÖNIG, KARL 1995: Einführung in die stationäre Psychotherapie.  
Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- KÖPKE, ARNILD 2002: Die Rolle des psychisch Kranken in der Gesellschaft.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 4/2002, S. 6-8
- KÖRNER, JÜRGEN; LUDWIG-KÖRNER, CHRISTIANE 1997:  
Psychoanalytische Sozialpädagogik.  
Eine Einführung in vier Fallgeschichten.  
Freiburg im Breisgau: Lambertus
- KÖRNER, JÜRGEN 1980: Über das Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik.  
In: PSYCHE. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen.  
Stuttgart: Klett-Cotta. XXXIV. Jahrgang Heft 7, S. 767-788

- KRAUSE, RAINER 1997: ALLGEMEINE PSYCHOANALYTISCHE KRANKHEITSLEHRE. BAND 1.  
Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- KRUCKENBERG, PETER. 1997: Wer ist am kränksten?  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1/97, S. 11-14
- LANGHANKY, MICHAEL 2002: Hospitalismus und Gastlichkeit. Vortrag vom 30.4.2002  
in der VORLESUNGSREIHE „ANTHROPOLOGISCHE PSYCHIATRIE“  
Universitätsklinikum Eppendorf (unveröffentlichtes Manuskript)
- LAU, EPHREM ELSE 1978: Interaktion und Institution.  
Zur Theorie der Institution und der Institutionalisierung aus der Perspektive  
einer verstehend –interaktionistischen Soziologie.  
Berlin: Duncker und Humbolt
- LEHER, STEPHAN P. 1997: Ethik im Krankenhaus. Sozialpsychologischer Befund.  
Philosophische Ethik. Theologische Interpretation.  
Wien: Springer-Verlag, S. 21-25
- LEMPPE, REINHART 1997: Jenseits der Psychiatrie. Von den Ängsten des Patienten und der  
Therapeuten. In: VEREIN FÜR PSYCHOANALYTISCHE SOZIALARBEIT (Hg.):  
Vom Umgehen mit Aggressivität. Zur Bewältigung von psychotischer Angst,  
Depression und agierter Aggression.  
Rottenburg und Tübingen: edition Diskord, S.71-76
- LEUSCHNER, W. 1985: Psychiatrische Anstalten – ein institutionalisiertes Abwehrsystem.  
In: Psychiatrische Praxis 12.  
Stuttgart: Georg Thieme Verlag, Teil I, S. 111 - 115 u. Teil II, S. 149 - 153
- LEXIKON ZUR SOZIOLOGIE 1973: FUCHS, WERNER; KLIMA, ROLF; LAUTMANN,  
RÜDIGER; RAMMSTEDT, OTTMAR; WIENOLD, HANS. OPLADEN (Hg.):  
Westdeutscher Verlag
- MARQUARD, ODO 1997: Über die Unvermeidlichkeit der Geisteswissenschaften.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 4/97, S. 2-7
- MATAKAS, FRANK 1988: Psychoanalyse in der Anstalt. In: PSYCHE. Zeitschrift für  
Psychoanalyse und ihre Anwendung.  
Stuttgart: Klett-Cotta. Jahrgang XLII/88, S. 132-158
- MENTZOS, STRAVOS 1993: Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie.  
Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. 3. Auflage
- MENTZOS, STRAVOS 1996: Interpersonale und institutionalisierte Abwehr.  
Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag. Erw. Neuauflage, 4. Auflage
- MERTENS, WOLFGANG 1997: Psychoanalyse. Geschichte und Methoden.  
München: Becksche Reihe

- MÖLLER, HANS-JÜRGEN; LAUX, GERD; DEISTER, ARNO 1996: Psychiatrie.  
Stuttgart:Hippokrates Verlag
- MÜCKE, KLAUS 1992: Kritik der psychiatrischen Diagnostik.  
In: FORUM KRITISCHE PSYCHOLOGIE 29/1992,  
Argument-Verlag, S. 130-146
- MÜLLER, BURKHARD 1995: Außensicht – Innensicht. Beiträge zu einer analytisch  
orientierten Sozialpädagogik.  
Freiburg im Breisgau: Lambertus -Verlag
- MÜHLUM, ALBERT; BARTHOLOMEYCZIK, SABINE; GÖPEL EBERHARD 1997:  
Sozialarbeitswissenschaft Pflegewissenschaft Gesundheitswissenschaft.  
Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- MÜHLUM, ALBERT 2001: Sozialarbeit & Gesundheitsarbeit = Klinische Sozialarbeit?  
In: GESUNDHEITSWESEN 2001; Sonderheft 2.  
Stuttgart New York: Georg Thieme Verlag, S.130-133
- NADIG, MAJA 1986: Zur ethnopschoanalytischen Erarbeitung des kulturellen Raums der  
Frau. In: PSYCHE. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen.  
Stuttgart: Klett-Cotta. Jahrgang XL 1986. Heft -Nr. 3, S. 193-217
- NOUVERTNE, KLAUS 1991: Notfallhilfe. Kein Monopol der Klinik. In: BOCK, THOMAS;  
WEIGAND, HILDEGARD (Hrsg.): Hand –werks -buch Psychiatrie.  
Bonn: Psychiatrie Verlag, S.384-399
- PECHER, WILLI 2002: Zur Psychodynamik der Institution Strafvollzug.  
In: RECHT UND PSYCHIATRIE, 20. Jg., Heft 2, 2002, S. 63-66
- PETERS, UWE HENRIK 1999: WÖRTERBUCH DER PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND  
MEDIZINISCHEN PSYCHOLOGIE. München, Wien: Urban & Schwarzenberg,  
5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage
- PETZOLD, HILARION 1987: Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung.  
Paderborn: Junfermann - Verlag, 2. Auflage
- PSYCHIATRIE – PERSONALVERORDNUNG VON 1990, Auszug aus dem Verordnungstext
- PSYCHREMBEL 2002: Klinisches Wörterbuch.  
Berlin, New York: Walter de Gryter. 259. neu bearbeitete Auflage
- QUINDEL, RALF 2001: Aus der Klinik in die Freiheit?  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 4/2001, S. 28-34
- QUINDEL, RALF 2002: Psychosoziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Hilfe und  
Kontrolle.In: LENZ, ALBERT; STARK WOLFGANG (Hrsg): Empowerment.  
Neue Perspektiven für Psychosoziale Praxis und Organisation.  
Tübingen dgvt Verlag, S.129-138

- RAUCHFLEISCH, UDO 1996: Menschen in psychosozialer Not. Beratung – Betreuung – Psychotherapie. Göttingen; Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- REICHEL, WOLFGANG 2000: Sozialarbeit und Psychiatrie.  
In: LEHMANN, KARL-HEINZ (Hrsg.) 2000: Recht sozial.  
Rechtsfragen der Sozialen Arbeit.  
Hannover: Blumhardt Verlag. Schriftenreihe der Evangelischen  
Fachhochschule Hannover
- REIMER, F.; KÖNIG, W., WILLIS, E. (Hg.) 1995: Krankenhauspsychiatrie.  
Ein Leitfaden für die psychiatrische Arbeit: Stuttgart, Jena, New York:  
Gustav Fischer Verlag, 2. völlig neu überarbeitete Auflage
- REGUS, MICHAEL; DEPNER, ROLF 1998:  
Ambulante und mobile Krisenintervention und Notfallpsychiatrie.  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1/98, S.13
- RUDOLF, GERD 1993: PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN.  
Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage.  
Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- SACHSSE, ULRICH 1999: Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie  
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 5. Auflage
- SANDLER, JOSEPH 1983: Die Beziehungen zwischen psychoanalytischen Konzepten und  
psychoanalytischer Praxis. In: PSYCHE XXXVII. JAHRG.,  
Heft 7/1983, S.577-595
- SCHERNUS, RENATE 1994: InnenAnSichten. Aspekte aus einer Psychosegruppe.  
In : SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN Nr.3/94, S. 9–13
- SCHMALZ, ULLA 2002: Beziehungsgestaltung und Krankheitsverständnis.  
Hilfe in der Klinik. Alles besser oder was?  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN Nr.2/02 S. 2 – 4
- SCHÖPF, ALFRED 2002: Hermeneutik. In: MERTENS, WOLFGANG; WALDVOGEL, BRUNO  
(Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe.  
Stuttgart, Berlin; Köln: W. Kohlhammer 2. Auflage, 278-280
- SCHUCHARDT, CHRISTIANE; BÜTTNER, CHRISTIAN 1993: Institutionsanalytische  
Annäherungsversuche an sozialpsychiatrische Arbeitsbedingungen.  
In: BÜTTNER, CHRISTIAN; FINGER - TRESCHER, URTE;  
SCHERPNER, MARTIN (Hg): Psychoanalyse und soziale Arbeit.  
Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 2. Auflage, S. 129–143
- SCHÜRGER, GEORG 2002: Von Menschen, Maschinen und dem Geheimnis  
des Verstehens.  
In: STANDPUNKT: SOZIAL 2/2002, S. 5-12

- STAIGLE, Jörg 1997: Vom Umgehen mit Aggressivität.  
 IN: VEREIN FÜR PSYCHOANALYTISCHE SOZIALARBEIT.  
 Tübingen: Edition discord, S.13-17
- STAUB-BERNASCONI, SILVIA; HEINER, MAJA; MEINHOLD, MARIANNE; VON SPIEGEL, HILTRUD;  
 1994: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit.  
 Freiburg im Breisgau: Lambertus –Verlag
- SENFLEBEN, HANS ULRICH 2001:  
 Gesundheitswesen, Krankenhaussozialarbeit und „Clinical Social Work“.  
 In: FORUM *Sozial* 2/2001, S.18-22
- TRIMBORN, WINFRID 1983: Die Zerstörung des therapeutischen Raumes. Das Dilemma  
 stationärer Psychotherapie bei Borderline-Patienten.  
 In: PSYCHE, Jahrg. XXXVII., Heft-Nr.3/ 1983, S.204-236
- TROST, MICHAEL 2001: Clinical Social Work – keine Hilfe für die Praxis.  
 In: FORUM SOZIAL 2/ 2001, S. 10-11
- VAN HEESWIJK, AD 1996: Psychiatrie als Verhandlungsprozeß.  
 In. SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1/ 96.  
 Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH, S. 41-43
- WELLENDORF, FRANK 1997: Einige Gedanken zum Konzept der Institutionsanalyse.  
 In: PSYCHOSOZIAL 20. Jg. Heft IV Nr.70, S. 41 -46
- WEIDMANN, REINER 2001: Rituale im Krankenhaus. Organisationen verstehen und  
 verändern. München: Urban und Fischer Verlag. 3. Auflage
- WIENBERG, GÜNTHER 1997: Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und  
 Grundsätzliches zum Problem der Gewalt in der Psychiatrie.  
 In: EINK, MICHAEL (Hrsg.) Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch.  
 Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 14 – 26
- WINKLER, WALTHER TH. 1971: Übertragung und Psychose.  
 Bern: Verlag Hans Huber
- WINNICOTT, DONALD W.1973: Die therapeutische Arbeit mit Kindern.  
 München: Kindler Verlag.
- WINNICOTT, DONALD W.1984: Aggression.,  
 Stuttgart: Ernst Klett Verlag
- WINNICOTT, DONALD W. 1990: Das Baby und seine Mutter.  
 Stuttgart: Ernst Klett Verlag
- WOLF, MICHAEL 1995: Stellvertretende Deutung und stellvertretende Leitung.  
 In: Psychoanalytische Teamsupervision.  
 Göttingen, Zürich: Vandenhoeck& Ruprecht, S.126-174



- WOLF, MICHAEL 2002: Szene, szenisches Verstehen. In: MERTENS, WOLFGANG;  
WALDVOGEL, BRUNO (Hrsg.) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe.  
Stuttgart; Berlin; Köln: W. Kohlhammer. 2. Auflage, S. 705 - 708
- WOLTER-HENSELER, DIRK K. 1998: Kosten, Nutzen und Kontrolle –  
Psychiatrisches Handeln im Bermuda-Dreieck?  
In: SOZIALPSYCHIATRISCHE INFORMATIONEN 1/98, S. 29-45
- WÖRTERBUCH DER SYNONYME 1999: GÖRNER, HERBERT.  
München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH
- WYNNÉ, LYMAN C.; RYCKOFF, IRVING M.; DAY, JULIANA; HIRSCH, STANLEY J.  
1990: Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen.  
In: Bateson, Gregory: Schizophrenie und Familie. Beiträge zu einer neuen  
Theorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 3. Auflage
- ZIMMERMANN, RALF-BRUNO 2001: Theorien und Methoden psychiatrischer  
Krisenintervention. In: WÜLLENWEBER, E. ; THEUNISSEN, G. (Hg.) 2001:  
Handbuch Krisenintervention.  
Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, S. 95-110

## ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst habe und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche und sinngemäße Zitate sind als solche gekennzeichnet.

Hamburg, den