

Macht, Gewalt und Opfer in der psychiatrischen Klinik

Autor(en): **Etzensberger, Mario**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie**

Band (Jahr): - **(1986)**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1050937>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

MACHT, GEWALT UND OPFER
IN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK

Mario Etzensberger

Wenn von Macht, Gewalt und Opfer in der Psychiatrie, und hier speziell in der psychiatrischen Klinik, die Rede ist, so werden viele, zumindest innerlich, zustimmend nicken und den Patienten, den geduldigen und duldenden, selbstverständlich in die Rolle des Opfers setzen, während sie in den Krankenhausstrukturen und dem Personal ebenso schnell die Täter erkennen. Gerade dieses oft rasch gefällte Urteil möchte ich mit meinem Vortrag in Frage stellen, wobei Sie keine repräsentative, empirische Untersuchung erwartet, sondern der Bericht über subjektiv Erlebtes und meine Gedanken darüber.

Während Sie also einen kurzen Blick in den klinischen Alltag tun mögen, verfolge ich einen weiteren Zweck. Ich habe nämlich entdeckt (besser nachentdeckt), daß die Erkenntnis über das gegenseitige Verhalten von Opfer und Täter auch hier, d.h. im Bereich der Legalität, helfen kann, mit Macht und Gewalt vernünftiger umzugehen. Wenn dieses Wissen aber schon bekannt ist, weshalb soll dann nochmals darüber gesprochen werden? Weil ich bei der Arbeit im Spital und ebenso als Gefängnispsychiater erlebte und erlebe, daß man zwar viel darüber weiß, sich dessen aber gerade dann meist nicht bewußt ist, wenn man in der entsprechenden Situation steckt und handeln sollte.

Gerade dieses Handeln-müssen aber weist darauf hin, daß nicht nur der Patient in die Rolle eines Opfers geraten kann, sondern auch der "Täter", also der Arzt und seine Helfer.

Eine kantonale, psychiatrische Klinik ist eine öffentliche Einrichtung, die von der Gesellschaft den klaren Auftrag erhalten hat, kranke Menschen zu behandeln und zu pflegen (die Diskussion über den Krankheitsbegriff lasse ich hier absichtlich beiseite). Dies schlägt sich besonders in der Pflicht nieder, alle Psychiatrie-Patienten aufzunehmen. Oft kommt es vor, daß Menschen mit sozialen Problemen, unter denen die Mitwelt leidet, zuletzt in der Klinik landen, da andere Institutionen sie aufgrund ihres Konzeptes als nicht passend zurückweisen. Die Klinik ist nun gezwungen, irgend eine Lösung zu finden oder andernfalls den Patienten "zu verwahren" und für ihn verantwortlich zu bleiben. Auf diese Weise fühlen sich die Behandelnden als Opfer; Täter sind Behörden und frei praktizierende Ärzte, die auf der Einweisung und Rückbehaltung bestehen. Hier hat die neue Gesetzesregelung (seit dem 1. 1. 1981) mit dem Art. 397 ZGB bezüglich den fürsorglichen Freiheitsentzug eine große Erleichterung für die Kliniken gebracht; allerdings immer wieder auf Kosten der

Angehörigen und Nachbarn, die z. B. dem langsamen Verfall eines Drogensüchtigen zusehen müssen und sich nun ihrerseits in der Rolle des Opfers sehen.

Bleibt der Patient in der Klinik, so setzt sich der Prozeß der "Opferung" fort. Jede Klinik gibt sich heute so liberal und fortschrittlich wie möglich. Die verschiedenen Abteilungen entwickeln ihre Konzepte genauso wie die Klinik selbst, die Türen werden geöffnet, die Geschlechter vermischt. Das Leben der Kranken soll sich schon bald demjenigen der "gesunden" Gesellschaft angleichen, sie selbst mögen wieder autonom und selbstverantwortlich werden, damit sie richtigerweise binnen weniger Tage oder Wochen an ihren angestammten Platz zurückkehren können. Dies alles ist gewiß sehr segensreich und hat den Kliniken ihren schrecklichen Ruf teils genommen, hinter ihren Mauern müsse ein einmal Eingewiesener für immer seine Hoffnung aufgeben.

So wie Menschen aber "draußen" ausgegliedert werden, so erhebt sich irgend eine Abteilung zur Klinik in der Klinik, der man alle mißliebigen, lauten, therapieresistenten und nicht ins therapeutische Setting passenden "Klienten" zuschiebt. Es finden sich dann auf solchen Abteilungen unruhige schizophrene und hirnkranken Patienten, Menschen, die etwa im Rausch plötzlich tödlich wurden, Kranke aus Gefängnissen, Verhaltensgestörte, Süchtige in der Phase der Entgiftung und Verurteilte im Maßnahmenvollzug. Diese Abteilung und ihr Personal aber sind nun die Letzten in der Reihe und können ihre Problemfälle nicht mehr weitergeben. Sie sind zu Opfern ihrer eigenen Kollegen geworden. Zugleich ist ihr Ruf der schlechteste innerhalb der Klinik, statt daß sie als Spezialisten und Retter in der Not geachtet würden. Damit ist aber der Vorgang immer noch nicht abgeschlossen; denn innerhalb der Abteilung gibt es wiederum Strukturen: Diplomiertes und undiplomiertes Pflegepersonal, Assistenzärzte und den Oberarzt. Die Pfleger erleben die Verhaltensstörungen der Patienten hautnah und können sich ihnen über Stunden nicht entziehen. Sie fühlen sich als doppelte Opfer, nämlich einmal als solche der Patienten, deren Leiden sie mitansehen, deren Angriffe sie erdulden müssen, und zugleich als Opfer der Ärzte, der Akademiker, die, scheinbar mehr wissend, ihre Anordnungen treffen, hinter verschlossener Türe mit dem Patienten gemeinsame Sache machen und sich in heiklen Situationen hinter Schreibmaschine und Telefon verstecken. Die Assistenten ihrerseits erleben sich genauso als Opfer, wenn sie mit mangelnder Erfahrung alleine dem "Kollektiv" des Personals gegenüberstehen, die vielen Erwartungen von Patient und Angehörigen nicht zu erfüllen vermögen und doch eine große Verantwortung zu tragen haben.

Dem Oberarzte endlich wird es auferlegt, zu vermitteln, zu richten, auszugleichen, gute Ideen zu produzieren und ein "Machtwort" zu sprechen, wenn sich die Ereignisse überstürzen und der Kontrolle zu entgleiten drohen. Auch er fühlt sich oft (das dürfen Sie mir glauben) als Opfer zwischen "Front" und Direktion der Klinik, die von ihm tadelloses Funktionieren seines Bereiches erwartet. Der Direktor aber wird trotz des Anscheins von Machtfülle auch rasch zum Opfer, wenn Politiker und Öffentlichkeit Rechenschaft von ihm fordern, während die Mitarbeiter der Klinik ihn daran messen, wie erfolgreich er um Stellen, Einrichtungen, Mittel kämpft und seinerseits auf alles eine gültige Antwort weiß. Zuletzt aber fürchtet auch der Regierungsbeamte um die

Gunst der Wähler, die zwar von ihm das Beste vom Besten fordern, aber zugleich nichts dafür bezahlen wollen. Um den Kreis zu schließen, möchte ich an den vielzitierten Satz der Bürger erinnern, die meinen, daß "jene dort oben doch machten, was sie wollten", sich also auch als Opfer eines anonymen Staatsapparates fühlen.

Nun mag es so aussehen, als hätte ich über der langen Reihe von Opfern den Patienten vergessen. Keineswegs: Er wird (z. B. 1984 20.7 % Eintritte durch fürsorglichen Freiheitsentzug) in einem von fünf Fällen gegen seinen Willen in eine fremde, ihm feindlich erscheinende und offensichtlich perfekt funktionierende Maschinerie eingewiesen, er muß Kleider und persönliche Dinge abgeben, wird eingeschlossen, muß sich einem vorgeschriebenen Tagesablauf unterziehen, erhält Medikamente, hat mit unbekanntem Menschen intime Dinge zu besprechen und erhält erst nach auferzwungenen (Anpassungs-)Leistungen seine Freiheit wieder. Er fühlt sich von Gott und der Welt verlassen, als Opfer einer Macht, die zudem noch behauptet, nur sein Bestes zu wollen, die von Mitleid, von Helfen spricht und gar nicht fragt, ob diese Hilfe auch erwünscht sei. Menschen in weißen Kleidern wissen plötzlich viel besser, was für diesen Menschen gut sein soll.

Mit diesen Schlaglichtern sollte klar geworden sein, daß es in der Psychiatrie zwar Opfer und Täter gibt, daß die Rollen aber nicht so eindeutig zuzuordnen sind wie das auf den ersten Blick möglich schien. Es wäre auch zu schön und machte es leicht, ebenso eindeutig Partei zu ergreifen.

Einen Aspekt des ganzen dynamischen Prozesses von Wirkung und Gegenwirkung möchte ich nun hervorheben, nämlich denjenigen eines bestimmten Gefühles.

Aufgrund welcher gesellschaftlicher Umstände auch immer, ob durch Hierarchie, echte Kompetenz, Diplomatie, rohe Körperkraft, trotziges Verweigerung, bösartige Destruktion, durch Gesetz oder Unrecht Macht ausgeübt wird, spielt keine Rolle, stets fühlt sich das Opfer ohnmächtig. Ohnmacht aber läßt den Menschen seine ganze Endlichkeit, seine Zerbrechlichkeit, seine wahre oder eingebildete Bedeutungslosigkeit, seinen Mangel an absoluter Macht und Wirksamkeit erst richtig spüren. Sie ist eine Empfindung, welche zusammen mit Schuld, Angst und Scham zu den unangenehmsten überhaupt gehört. Und so kommt es, daß die Reaktionen darauf entsprechend heftig sind und den Menschen in seinem ganzen Wesen ergreifen.

Zwei Antworten habe ich darauf vor allem bekommen: Erstens Resignation und Fatalismus, dann Wut, Empörung und Umsichschlagen, panikartiges Verhalten, wobei ebenfalls das Handeln nach Einsicht (Kognition) instinkthaftem Verhalten Platz macht und eine Kommunikation mit andern Menschen verunmöglicht. Beide Wege haben gemeinsam, daß sie beim Gegenüber ihrerseits Ohnmacht auslösen mit der gleichen, eben beschriebenen Alternative; denn sowohl auf den Passiv-Resignierenden wie auf den im Extremfall Rasenden scheint es keine andere Einflußnahme zu geben als die unüberlegte und rasche Anwendung von Gewalt oder den Rückzug mit der wenig überzeugenden Erklärung, daß eine Behandlung sinnlos sei. Dabei wird die Zielsetzung meist außer acht gelassen, dem Patienten zu angepaßterem Verhalten zu verhelfen, vielmehr

geht es einzig noch darum, das eigene Gefühl von Ohnmacht zu beseitigen. Der weitere Teufelskreis ist leicht abzusehen: Opfer und Täter wechseln ständig die Rolle, bis einer zusammenbricht und im anderen das schale Gefühl eines unerfreulichen Sieges hinterläßt.

Was soll man da tun? Die Psychiatrie abschaffen? Macht, Gewalt und Zwänge ausmerzen?

Ich glaube nicht; denn ich bin der Ansicht, daß es das Phänomen des störenden Verhaltens wirklich gibt. Ob man dieses je nach Weltbild dann als Krankheit, als Besessenheit von Dämonen oder als sozial bedingtes Mißverhältnis bezeichnen will, erscheint mir einerlei. Letztlich erblicke ich in der Fähigkeit zur Anpassung an die Realität (und mein Charakter und meine Bedürfnisse gehören auch dazu) eine Grundbedingung unseres Menschseins und die Basis größtmöglicher Freiheit von Um- und Mitwelt sowie zu sinnvollem Tun.

Wie also könnte man in der Psychiatrie der Ohnmacht ganz allgemein begegnen?

Es gibt Macht und Gewalt in der Psychiatrie, ja sie sind sogar dort nötig, wo man das Verhalten von jenen Menschen verändern will, die bisher die gemeinsamen Normen einer bestimmten Gruppe (Familie, Gemeinschaft, Staat etc.) nicht einhalten konnten. Dabei muß man sich im klaren sein, daß z. B. eine therapeutisch gemeinte, paradoxe Intervention innerhalb einer Familienbehandlung oder selbst die angeblich nicht manipulierende Anweisung eines Psychoanalytikers, den Gedanken freien Lauf zu lassen, ebenso Macht und Gewalt voraussetzen wie die Verabreichung von Medikamenten gegen den Willen des Patienten. Gerade der Einsatz von menschlicher Beziehung zur Verhaltensveränderung ist eine der macht- und gewaltvollsten Maßnahmen, die ich kenne. Gewalt, Macht und Zwang sind meiner Meinung nach also nicht aus der Welt zu schaffen, wie ich sie aber anwende, darauf vermag ich großen Einfluß auszuüben. Soll meine "Behandlung" nämlich einem wie immer gearteten Ziele dienlich sein, so muß emotional bedingte Willkür vermieden werden. Dieser Versuch ist uralte; König Hammurabi hat ihn uns als erster in der Weltgeschichte ca. 1750 Jahre v. Chr. schriftlich bezeugt, indem er Gesetze aufschrieb, die die Willkür der Mächtigen einschränken sollten. Am Beispiel von Verhaltensprogrammen, die gemeinsam mit dem Betroffenen ausgearbeitet werden, möchte ich mich erklären. Dabei lasse ich die Kunst, ein Programm aufzustellen, bei Seite und verweise hierzu auf die einschlägigen Werke und Rezepte der Verhaltenstherapie. Mir liegen vor allem zwei Voraussetzungen am Herzen, ohne die das schönste Programm im vornherein zum Scheitern verurteilt ist.

Damit also Macht und Zwang eines Verhaltensprogrammes sinnvoll und konstruktiv zur Geltung kommen können, ist zum ersten eine Beziehung zum Patienten grundlegend, die von Wohlwollen, Wärme und Ehrlichkeit oder zum Mindesten von Neutralität und Wertfreiheit dem Menschen gegenüber geprägt ist (Rogers). Dazu ist es nötig, daß ich mir der Mechanismen von Opfer und Täter bewußt werde (die Psychoanalyse spräche hier von Übertragung und Gegenübertragung), daß ich die Ohnmacht beider Seiten, also auch die Meinige akzeptiere und so Abstand von ihr nehmen kann. Dann erlebe ich das Tun und

die Reaktionen des Patienten nicht als persönlichen Angriff oder als Kränkung und brauche im Wirbel von Tat und Vergeltung nicht mitzumachen. Dieses Abstandnehmen, dieser Schritt zurück erscheint mir als wirkliche Bewußtseins-erweiterung oder als Metakommunikation, um in Begriffen eines anderen Modells zu sprechen.

Zweitens erachte ich es als äußerst wichtig, daß beide Seiten die getroffenen Spielregeln unbedingt befolgen. Willkür, sei es negative oder positive, muß nach Möglichkeit vermieden werden. Ein Beispiel dazu: Es gälte, daß der Patient des Morgens pünktlich um 8 Uhr, gewaschen und gekleidet, zum Frühstück erscheine. Tut er dies, so darf er am Abend eine Stunde spazieren gehen. Nach 10 Tagen, der Patient hat sich bisher lückenlos ans Programm gehalten, betritt er um 8.03 Uhr den Speisesaal. Der Pfleger, selbst in schlechter Stimmung, brüllt den Patienten an und verweigert ihm zusätzlich die tägliche Ration an Zigaretten. Falsch!, wird jedermann sagen.

Eine Schwester dagegen, an diesem Morgen gutgelaunt und überhaupt von mütterlichem Wesen, erinnert sich ihrer eigenen Schwierigkeit im Umgang mit der Uhr und läßt "Fünfe gerade stehen", d.h., sie ignoriert die drei Minuten Verspätung und erlaubt dem Patienten den Bummel am Feierabend. Hier sehen wir die positive Willkür am Werke, die vielen als richtig, einfühlsam und "vernünftig" erscheint, und doch genauso verderblich wirkt, wie das grillenhafte Verhalten des Pflegers; denn in beiden Fällen hängt der Patient wiederum von der seelischen Verfassung, eben der Willkür des Mächtigen ab, statt daß er einsehen lernt, daß es sein Nichteinhalten der gemeinsam getroffenen Abmachung ist, das ihm den Ausgang verwehrt. Er hat entschieden, drei Minuten zu spät zu kommen, er hat sich den Ausgang verunmöglicht. Morgen wird er pünktlich sein, morgen wird er das Recht haben, an die frische Luft zu gehen.

Nur so verliert er das Gefühl der Ohnmacht, nur so lernt er zu wirken und zu steuern. Dann aber wird er autonom, trägt er die Verantwortung für sein Handeln und wird mündig. Das Personal seinerseits erlebt Erfolg mit dem Patienten, kann sich fähig und tüchtig erleben, also ebenfalls nicht mehr ohnmächtig. Es kommt zu einem "Engelskreis", der aufbauend wirkt und beiden Parteien das Gefühl von Kompetenz verleiht. Das Hin und Her von Täter und Opfer hat aufgehört, die Macht ist von willkürlichen Menschen auf wertfreie Realität übergegangen und dieser kann mit Besonnenheit begegnet werden.

Das Gesagte tönt, wie schon erwähnt, sehr bekannt und erst noch trivial, ja sogar stellenweise kindlich optimistisch. Ich berichte jedoch so ausführlich darüber, weil ich, wie ebenfalls schon gesagt, sehr häufig das Gegenteil erfahren habe. Dieses Gegenteil aber verursachte immer große Schmerzen sowohl beim Täter wie beim Opfer.

Abschließend sei noch ein eigenartiges Phänomen dargestellt, über das ich mich seit langem wundere. Es kommt sehr selten vor, daß Patienten sich nach der Behandlung, selbst wenn sie gegen ihren Willen erfolgte, rächen wollen, was ja eine einfühlbare Vergeltung für die erlittene Ohnmacht wäre. Sollte es etwa sein, daß sie sich mit dem Aggressor, also dem Täter identifiziert haben, was als eine therapeutisch negative Reaktion angesehen werden müßte,

oder haben sie wohl das Karussell von Täter–Opfer verlassen und erleben den Arzt sowie das Personal als Menschen, die ihnen bei allen gemachten Fehlern tatsächlich Gutes tun wollen? Diese Erklärung ist fast schon zu schön, als daß sie wahr sein könnte.

Mario Etzensberger
Dr.med., Forensischer Psychiater
Psychiatrische Klinik Königsfelden
5200 Windisch