

# Opfer und Täter

Stellungnahme zur Gewalt, vornehmlich auf den psychiatrischen Akutstationen

Von Klaus Laupichler

Gewalt gilt immer noch als ein Tabuthema in der Psychiatrie. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass z.Z. aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln darüber öffentlich diskutiert wird. Ich möchte zu diesem Thema Stellung nehmen aus der Sicht des „Täters“, der in manischen Phasen Gewalt ausgeübt hat, und aus der Sicht des „Opfers“, nämlich einer Person, die während mehr als 5 Jahren Aufenthalt in der stationären Psychiatrie Gewalt ertragen musste.

Mich graust es immer wieder, wenn ich auf eine Station „meiner“ Heidenheimer Psychiatrie komme und das Notbett, das für Fixierungen gerichtet ist, sehe. Und dies, obwohl ich in „meiner“ Psychiatrie noch nie fixiert wurde und zur Minimierung von Gewalt an einem Fixierungsstandard mitgearbeitet hatte. Die Teilnahme an dieser Arbeitsgruppe in „meiner“ Psychiatrie war für mich hart. Ich konnte nicht an allen Sitzungen teilnehmen, da ich dabei feststellte, wie oft ich „zu Unrecht und aus Bequemlichkeit“ fixiert worden war.

Die Anhänger der sog. Antipsychiatrie tun so, als seien Fixierungen nur als eine reine Machtdemonstration der Psychiatrie anzusehen. Ich hingegen deute die Fixierungen in einer guten Psychiatrie als ein Eingeständnis der Ohnmacht gegenüber bestimmten Phasen einer psychischen Erkrankung.

Fixierungen verletzen erheblich die Würde des Menschen. Dieser traumatische Eingriff erfolgt zudem in einer Situation, in der der Mensch besonders würdevoll behandelt werden sollte, denn er ist auf dem Weg, sein Ich zu finden. Das sollte ausreichend Grund sein, auszuschließen, dass man stundenlang in seinen Ausscheidungen liegen bleibt und nicht

die Möglichkeit hat, die primitivsten und lebensnotwendigsten Alltagshandlungen zu verrichten.

Dringend ist geboten, dass man mit dem Fixierten spricht und versucht, das traumatische Erleben niedrig zu halten. Ich bin froh, dass das in vielen Psychiatrien schon gemacht wird. Wichtig ist für mich aber auch, dass mit der betroffenen Person über das die Fixierung auslösende Verhalten gesprochen wird. Mit mir wurde darüber nie gesprochen. Darum sind für mich heute noch die Situationen belastend, in denen ich Gewalt angewendet habe und schuldig wurde. Mich verfolgen in Alpträumen noch die Schläge, die ich meinen Kollegen in den Akutstationen angedroht habe. Mir liegt bis heute noch sehr schwer meine Arroganz während meiner damaligen manischen Phasen auf dem Magen, da ich damit meinen besten Freundeskreis zerstört habe. Über dieses mein Verhalten wurde nicht gesprochen oder es wurde leichtfertig darüber hinweg gegangen. So wurde mein Verhalten während der manischen Phasen auch zu einem Auslöser der schweren depressiven Phasen, unter denen ich dann später litt. Allerdings bin ich der Meinung, dass mit diesem Thema der Psychiater allein überfordert ist, vor allem auch weil er zu wenig Zeit dafür zur Verfügung hat. Für die Bearbeitung dieser Prozesse ist mir vor allem das Gespräch mit dem Klinikseelsorger wichtig geworden, weil es ohne Vergebung nicht geht, will man wieder zur Ruhe kommen und Frieden mit sich schließen. Darüber hinaus wünsche ich mir, dass auch die Menschen, die Schweres mit mir durchgemacht haben, mir vergeben können. Und es schmerzt mich, wenn ich erfahren muss, dass das auch nach 20 Jahren noch nicht geht. Ich würde gerne einmal dieses Thema in einem Arbeitskreis unseres

Bundesverbandes bearbeiten. Aber die Rückmeldungen waren bisher nicht ermutigend: Wenn du so bist, wenn du so gewalttätig bist, dann gehörst du in den Knast. Es ist aber doch nicht richtig totzuschweigen, dass Gewalt von manch einem Psychiatrie-Erfahrenen ausgeht! Wir sind nicht per se heilig und die friedfertigsten Mitmenschen. Es ist nicht richtig zu behaupten, dass Gewalt nur von den Psychiatern ausgeht wird.

Ich war lange Zeit als ein zur Gewalt neigender Patient bekannt. Das hatte zur Folge, dass ich in einer Uniklinik sofort mit Neuroleptika so voll gestopft wurde, dass ich nicht mehr handeln konnte. Während dieser Aufenthalte war ich dann auch sehr friedlich, nur der vollgesabberte Pullover zeigte die Länge des Aufenthaltes an. Der Preis: Ich war pharmazeutisch so fixiert, dass an eine Therapie nicht zu denken war und ich nach 8 bis 12 Wochen wieder entlassen wurde, ohne dass ich einen Zugang zu meiner Handlungsweise gefunden hätte. Damit hatte ich auch keine Chance, mein Verhalten zu ändern. So tappte ich später wieder in die gleiche Falle. Alles wiederholte sich total. Die Schäden bei meinem Freundeskreis und in meiner Familie wurden immer größer. Ich geriet in einen Strudel und landete zuletzt als aggressiver Penner volltrunken und vereinsamt auf der Straße. Diese pharmazeutischen Fixierungen führten in den gesellschaftlichen Tod und in die persönliche Katastrophe, aus der ich mich nur mit viel Glück und Unterstützung nach einem erneuten Supergau herausarbeiten konnte.

Ich war schließlich richtig froh, als man mir in einer Landesklinik „nur“ mit körperlicher Fixierung drohte, falls ich aggressiv reagieren sollte. Ich erhielt wenige Medikamente, die mich nicht wochenlang therapieunfähig machten. Weil ich nun nur noch wenige Medikamente bekam, konnte ich an den Therapien teilnehmen und meine Aggressionen dosiert beim Sport und Spaziergang heraus lassen. Im Nachhinein bin ich immer noch sehr froh über die

Geduld des Pflegepersonals und meines Psychiaters, die meine Aggressionen aushalten mussten. Arg fiel ich damals meinen Mitpatienten auf den Wecker, aber das war der einzige Weg, um zu einem friedlichen Leben zu finden. Ich hatte einen sehr starken Bewegungsdrang, war innerlich sehr aufgewühlt und aufgrund meiner fast aussichtslos erscheinenden Situation sehr aggressiv. Schon alleine, dass ich kaum Taschengeld hatte und jeden um eine Zigarette anschnorren musste, sorgte für eine missliche Situation.

Es war ein langer Weg, bis ich ins Leben zurück fand. Und da meine Scham übergroß war, traute ich mich aus dem Getto der Landesklinik nicht heraus und brauchte für lange Zeit diesen Schutz. Schon aus diesem Grund stehe ich den heutigen kurzen Liegezeiten in der Klinik sehr kritisch gegenüber. Aussöhnende Arbeit muss m.E. unbedingt in den Kliniken beginnen, weil das Voraussetzung ist für Schritte nach draußen. Heime und Einrichtungen des Betreuten Wohnens sind damit überfordert, wenn dieser Verarbeitungsprozess nicht schon im Rahmen der Klinik-Behandlung begonnen hat.

Das soll aber natürlich nicht heißen, dass ich Fixierungen als notwendige Therapiemaßnahme ansehe. Für mich sind Fixierungen der allerletzte Ausweg aus einer verfahrenen Situation und sind gleichzusetzen mit dem Offenbarungseid eines jeglichen psychiatrischen Pflorgeteams. Ich bin sehr dankbar, dass in „meiner“ Klinik ein Standard entwickelt wurde, der vor allem auf Deeskalation setzt. Das heißt, dass man in der Musiktherapie auf die Pauke hauen, dass der Boxsack oder das Kissen malträtiert werden kann. Das kann auch heißen, dass zwei Pflegekräfte mit dem Kandidaten einen längeren Waldspaziergang machen. Das kann weiter heißen, dass man zur Ergotherapie geht oder stundenlang entspannende Bäder genießt. Die Einhaltung dieses hilfreichen und wirkungsvollen Maßnahmenkatalogs ist zeitintensiv. Und so beschleicht mich die Angst, dass diese Leis-

tungen auf Dauer nicht erbracht werden können. Das Pflegepersonal ist ohnehin schon überfordert und es mangelt bei all den „Reformen“ an Geld, weiteres Personal für diese Arbeit einzustellen.

Wenn es dennoch zu einer Fixierung kommt, dann sollte eine qualifizierte Sitzwache zugeordnet werden. Es ist nichts schlimmer als 12 Stunden in seinen eigenen Ausscheidungen zu liegen und ungehört zu bleiben. Auch sollte einem Raucher hin und wieder eine entspannende Zigarette gereicht werden. In unserer Klinik berät das Team spätestens alle zwei Stunden, ob man die Fixierung aufheben oder lockern kann. Auch wird die Fixierung als Möglichkeit gesehen, einen neuen Kontakt zum Fixierten knüpfen zu können. Es werden nur leicht entspannende Medikamente gegeben, vor allem keine Depotspritzen. Eine Fixierung darf auch niemals als eine Strafaktion angewandt werden. Ganz wichtig ist, dass der Patient seine Notdurft mit einer Bettpfanne aus Plastik verrichten kann und dass die Gurte richtig angelegt sind. Sie dürfen weder eindrücken noch einschneiden. Aber wie schon gesagt, jede Fixierung kommt einem Offenbarungs-

eid gleich und die Psychiatrie gesteht ihre eigene Ohnmacht ein.

Deshalb sollte schon beim Bau einer Station auf Deeskalation geachtet werden. Ich habe selbst die Entdeckung gemacht, dass es auf hellen freundlichen Stationen weniger zur Gewalt kommt als auf dunklen oder mit Gittern versehenen Stationen. Wichtig ist auch, dass die Mitarbeiter miteinander harmonieren. Für mich sind Bezugspfleger unheimlich wichtig. Dass es wesentlich darauf ankommt, wie man behandelt wird, ist unbestritten. Mir stellt sich zudem die Frage, ob nicht Tiere auf den Stationen zugelassen werden sollten. Von meiner Schwester, die ein Pflegeheim mit leitet, weiß ich, dass ein kleiner Hund auf der Station wahre Wunder bewirkt.

Auch wünsche ich mir, immer in eine Soteria aufgenommen zu werden, die Wert legt auf Gemeinschaft - auf das Miteinander von Betroffenen, Psychiatern, Ergotherapeuten und vor allem dem Pflegepersonal. Auf diese Weise sollte es möglich sein, den eigenen Ausnahmezustand ohne viel Aufwand und möglichst ohne Psychopharmaka zu überleben. •

## Chancen für die Sozialarbeit in der Psychiatrie

Bericht über den Bundeskongress der Diagnostic relativ groups (DVSG)

Von Manfred Voepel

Drei für die Sozialarbeit im Krankenhaus konstituierende Systeme ändern sich zurzeit unabhängig voneinander - und niemand weiß wirklich, wohin diese zum Teil umwälzenden Prozesse die Berufsgruppe der Krankenhaussozialarbeit befördern wird. Auf der ersten Ebene, der Makroebene, findet eine massive Veränderung der Lebenswelt der Adressaten von Krankenhaussozialarbeit vor dem Hintergrund gesetzlicher Veränderungen im Leistungsrecht und langfristig zu sehenden Beschäf-

tigungslosigkeit relativ breiter Bevölkerungsschichten statt. Auf der zweiten Ebene der Mesoebene - geht die zunehmende Privatisierungstendenz zu Lasten öffentlicher Träger im Krankenhausbereich und insbesondere im Bereich der Psychiatrien. Auf der dritten Ebene findet ein Wandel der beruflichen Rolle statt, wobei die konstituierenden Merkmale mit einer Art Professionalisierungsdebatte sich verbinden. Bezogen auf die Arbeit in der Psychiatrie stellt sich die Frage: