

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Herr Prof. Freyberger hat in dem Hauptvortrag des heutigen Abends darüber gesprochen, wie vielgestaltig die Symptome psychischer Traumatisierung sein können und uns diesbezüglich sehr interessante Zusammenhänge vermittelt.

Das Stichwort der **Traumatisierung** aufgreifend möchte ich in meinem Vortrag versuchen, einen (weiteren) Bogen zum Klinikalltag zu schlagen, in dem ich mich mit folgenden Fragen auseinandersetze:

Wo kann es im Versorgungsalltag einer sektoral zuständigen Psychiatrie zu Zwang, zu Gewalt und somit **potentieller Traumatisierung** kommen, welches sind typische Ereignisse, die möglicherweise traumatisierend wirken, wer sind die Opfer, wer die Täter? Welche Schlüsse sind zu ziehen?

Es geht also um das Thema „Gewalterfahrungen in der Psychiatrie“.

### **Vorbemerkung:**

1): Wenn ich im weiteren von Patienten und Mitarbeitern spreche meine ich selbstverständlich auch Patientinnen und Mitarbeiterinnen.

### **Provokante Positionen:**

Frau Kerstin Kempker in: Junge Welt (Berlin) vom 04. Januar 1995:

„Die Psychiatrie ist, das liegt in ihrem Wesen, eine totale Institution. Ihr Machtmittel, das jedes psychiatrische Tun legitimiert und jede Prophezeiung zur Erfüllung bringt, ist die Diagnose. Mit ihr ändert sich schlagartig alles. Sie ist das Vergehen, für das mir meine Freiheiten entzogen werden, fürsorglich und vorsorglich, und nur zu meinem besten, für das ich eingesperrt, zwangsbehandelt und geschockt werde. Ohne Diagnose dürfte das keiner mit mir tun. Das wäre Freiheitsberaubung, Körperverletzung und versuchter

Totschlag. Mit der Diagnose Schizophrenie oder endogene Depression ist es ärztliche Heilkunst.“

Herr Marc Rufer, aus seinem Vortrag „Ordnungsmacht Psychiatrie“ vom 10. September 2005:

„Nach wie vor gelten Psychiater als Respektspersonen. Es herrscht Unsicherheit und Angst, schließlich ist potentiell jede und jeder in Gefahr, irgendwann als psychisch krank diagnostiziert zu werden. Die Psychiater gelten als die Experten, die „den Wahnsinn“, bzw. „die Geisteskrankheiten“ sogar dann, wenn sie noch nicht ausgebrochen sind, diagnostizieren können“.

„Nach wie vor sind und bleiben Zwang und Gewalt **das** bestimmende Element der heutigen Psychiatrie“.

### **Realität:**

Wie Sie wissen ist HH hinsichtlich der Versorgung psychisch Kranker in sogenannte Sektoren unterteilt. Je nach Wohnort ist eine bestimmte psychiatrische Klinik zuständig.

Wir, also die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Albertinen Diakoniewerk, haben ab Oktober 2003 zunächst partiell, ab Januar 2004 vollständig die sektorale Versorgungsverpflichtung für 141.000 Einwohner aus dem Einzugsgebiet Eimsbüttel-Nord übernommen und betreuen die Stadtteile Niendorf, Schnelsen, Eidelstedt, Lokstedt und Stellingen.

Wer dort stationär psychiatrischer Hilfe bedarf wird hier psychiatrisch untersucht, ggfs. aufgenommen und behandelt.

Im **stationären** Rahmen versorgen wir derzeit pro Jahr (bis zum Ende des Jahres noch an zwei Standorten) etwa 1200 Patienten, davon circa zwei Drittel in einem offenen Setting und etwa ein Drittel in unseren sogenannten geschützten Bereichen, also kleinen, meist geschlossenen Stationen.

Wir versuchen gegenüber unseren Patienten eine zugewandte, verstehende Haltung zu leben, die auch dem Leitbild des Albertinen Diakoniewerkes entspricht. Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit innerhalb der Abteilung ist uns wichtig. Biographische Zusammenhänge als Schlüssel zum Verständnis psychischer Störungen bewerten wir ausdrücklich als bedeutsam. Das Therapiekonzept ist ein eklektisch schulenübergreifendes.

Wir sind keine Götter in Weiß und arbeiten daher ohne explizite Berufskleidung, nämlich „in Zivil“.

Von den in unseren geschützten Bereichen betreuten Patienten sind nicht wenige freiwillig, zum Teil ihrem ausdrücklichen Wunsch entsprechend auf diesen speziellen Stationen. Dies unter Umständen, weil sie sich verfolgt fühlen oder weil sie aus anderen Gründen einen abgegrenzten Schutzraum suchen oder brauchen. Ihnen kann der strukturierte Rahmen einer geschlossenen Station in ihrer derzeitigen psychischen Verfassung helfen.

Aber um diese Patienten bzw. um die Interaktion mit diesen Patienten geht es hier im weiteren nicht.

Es geht um den Umgang mit erheblich entgrenzten Menschen, denen ein hinreichender Realitätsbezug mehr oder weniger abhanden gekommen ist, die wir als schwer krank und somit behandlungsbedürftig erachten, auch wenn sie, die Betroffenen, dies im Einzelfall ablehnen.

Wir sind im übrigen keine forensische Psychiatrie, wir haben keinen primären Sicherungs-, oder Verwahrungsauftrag, es gilt vielmehr ein klares Behandlungsprimat.

## **Exkurs I:**

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass (neben den immer zu priorisierenden stationär-psychiatrischen Behandlungen auf freiwilliger Basis) aufgrund des „Hamburgischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (offizielle Benennung) Menschen, bei denen eine **akute** Eigen- und /oder Fremdgefährdung besteht, gemäß §12 dieses Gesetzes in den abgeschlossenen Teil einer psychiatrischen Krankenhausabteilung oder in eine sonstige geeignete Einrichtung eingewiesen werden.

Dabei wird der Charakter der Hilfe, bzw. Fürsorge in genanntem Gesetz ausdrücklich betont.

Ähnliches gilt für entsprechende Passagen im sog. Betreuungsrecht (§1896-1908 BGB), wo legitimiert wird, dass juristisch Betreute (volljährige) Menschen (in einer geschlossenen psychiatrischen Krankenhausabteilung) unterzubringen sind, wenn auf Grund einer psychischen Krankheit [...] die Gefahr besteht, dass sie sich selbst töten oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügen (§1906), bzw. wenn eine Heilbehandlung notwendig ist, deren Notwendigkeit der Betroffene (krankheitsbedingt) nicht erkennen kann [...] (§1906).

## **Exkurs II:**

Worauf basiert die **Option, Menschen mit psychischen Erkrankungen einer Behandlung gegen ihren Willen zu unterziehen?**

Sie basiert jenseits juristischer Vorgaben auf drei Grundannahmen:

1. Grundannahme:

- 1) Der partiellen oder vollständigen Aufhebung der Freiheit zur sogenannten „autonomen Willensbildung“ aufgrund der Erkrankung und damit dem Verlust der Fähigkeit, vernünftig über die Behandlungsnotwendigkeit zu entscheiden.

(unterscheide „**natürlicher Wille**“ [aktuell gezeigte oder verbalisierte Meinungsäußerung] und „**autonomer Wille**“ [freie Willensbestimmung, die bestimmte kognitive Fähigkeiten wie Verstehen des aktuellen Sachverhaltes, Fähigkeit zu kritischem Abwägen, vernunftgetragene Anwendung der getroffenen Abwägungen auf die eigenen Belange erfordert]).

2. Grundannahme:

- 2) Einer möglichen Selbst- und/ oder Fremdgefährdung als Folge der Erkrankung.

3. Grundannahme:

- 3) Der Aussicht den Krankheitszustand durch erzwungene Behandlung (die aus 1. und 2. abgeleitet wird) als „letztem Mittel“ zu bessern.

Die medizinische Rechtfertigung einer Zwangsbehandlung beinhaltet, dass die seitens des Patienten geäußerte Ablehnung nicht seinem freien Willen entspricht, denn dieser wird als krankheitsbedingt eingeschränkt oder sogar aufgehoben erachtet. Ziel ist es durch eine konsequente Behandlung den „autonomen Willen“ wieder herzustellen.

Genannt habe ich Ihnen (also) juristische Voraussetzungen einerseits und medizinethische Überlegungen andererseits, welche uns als Behandler unter bestimmten Bedingungen berechtigen, Zwang im Rahmen einer Behandlung auszuüben bis hin zur Anwendung von körperlichem Zwang am Ende einer Kaskade möglichst deeskalierender und vertrauensbildender, beziehungsorientierter anderer Maßnahmen!

Dabei gehen wir so vor, dass die Notwendigkeit einer „nächst höheren Stufe von Zwang“ immer wieder im Team (mit ärztlicher Endverantwortung) reflektiert wird.

Die entscheidende Frage ist stets: Berechtigt der Zustand des Patienten tatsächlich zu diesem oder jenen Ausmaß an Zwang oder ist ein solches Vorgehen unverhältnismäßig?

Dabei ist zu vergegenwärtigen: die Grenzen zwischen Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit sind unscharf, das heißt es ist unklar, wo Zwang (*der im übrigen vielfältige Aspekte hat*) anfängt.

Ist es Zwang, einen Patienten mit sogenanntem „sanftem Druck“ zu bewegen, eine als sinnvoll und notwendig erachtete Medikation einzunehmen, auch wenn der Patient das nicht will?

Ist es Zwang, mit einem chronisch schizophren Erkrankten, der allenfalls marginale Krankheitseinsicht in sein Leiden zeigt (zeigen kann), zu verhandeln, dass er die Station nur dann in Begleitung (oder alleine) zeitweise verlassen darf, wenn er seine Medikamente einnimmt?

Es ist sicher eine Ausübung erheblichen Zwangs, wenn das Behandlungsteam (mit ärztlicher Endverantwortung) entscheidet, einen hoch erregten, völlig entgrenzten Patienten, zeitweise körperlich zu fixieren und ggfs. parenteral zu medizieren, nachdem dieser im Rahmen vielfältiger Deeskalationsversuche („erst mal eine Rauchen“, Rückzug, Gesprächsangebote...) nicht in der Lage war Medikamente zu seiner akuten Behandlung einzunehmen.

Derartige Situationen (unterbringungsähnliche Maßnahmen) müssen genau dokumentiert werden, es gibt viertelstündlich zu bearbeitende Fixierungsprotokolle; entsprechende Ereignisse werden stets in den Teams nachbesprochen.

Mindestens einmal jährlich werden wir von einer gesetzlich verankerten, öffentlichen Aufsichtskommission besucht, die gerade auf den geschlossenen

Behandlungseinheiten sehr genau und kritisch die Wahrung der Rechte „untergebrachter“ Patienten prüft.

Im Rahmen unseres Behandlungsselbstverständnisses bemühen wir uns im übrigen auch, bei noch bestehenden Unterbringungsbeschlüssen mit unseren Patienten (und ggfs. ihren juristischen Betreuern) immer wieder aufs neue gestufte Ausgangsregelungen und sonstige Erleichterungen zu besprechen, um unsere primär zugewandte Haltung sowie das klare Behandlungsprimat deutlich zu machen.

**Es bleibt aber festzuhalten:**

**sektoral zuständige Psychiatrie hat neben dem Auftrag der medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung psychisch erkrankter Menschen immer auch einen öffentlichen Auftrag, nämlich den der sicheren Unterbringung von Personen, die gegen sich oder andere bedrohlich geworden sind, bzw. drohen dies zu werden.**

**Diese in gewisser Weise ordnungsbehördliche Aufgabe ist -ob man das will oder nicht- immanenter Bestandteil der psychiatrischen Arbeit.**

**Psychiatrie ist also in einem gesellschaftlichen Kontext verortet. Der Staat legitimiert an einer mehrdimensionalen Schnittstelle zwischen medizinischen und hoheitlichen Aspekten zur Ausübung von Zwang und zwar sowohl in einer strukturellen als auch einer ggfs. direkten (physischen) Form.**

Mit dieser Erkenntnis haben wir uns als Mitarbeiter einer sektoral zuständigen psychiatrischen Klinik auseinander zu setzen.

Das ist keine einfache Aufgabe; sie ist ernüchternd und kann verunsichern zumal diese Situation die „positiv besetzte“ Position des Helfers in Frage stellen kann und darüber hinaus

**den sog. psychiatrischen Grundkonflikt**

**zwischen dem Respekt vor der Patientenautonomie einerseits und dem Fürsorgeprinzip andererseits erheblich akzentuiert.**

Ernst hat dieses Dilemma im Dtsch. Ärzteblatt 1998 (95; A2990-2996) eindrücklich formuliert:

(Zitat): „Unverhältnismäßiger Zwang gegenüber dem Urteilsunfähigen zerstört dessen spätere Compliance, vorzeitiger Behandlungsverzicht sein soziales Beziehungsnetz“.

**Systematische Erhebungen zur Häufigkeit von zwangsweise durchgeführten Behandlungen** gibt es wenige, wenn, dann fast ausschließlich bezogen auf die zwangsweise Behandlung mit Psychopharmaka:

Untersuchungen aus der Schweiz ( a) Universitätsklinik Zürich, 1981; + Nachuntersuchung; b) Basel 1993 ) weisen aus, dass zwischen 13% und 19% der aufgenommenen Patienten von einer Zwangsinjektion betroffen waren. Dabei handelte es sich überwiegend um meist jüngere schizophrene und bipolar erkrankte Patienten mit maniformer Auslenkung. Ähnliche Zahlen gibt es recht aktuell (2003) aus Finnland.

Interessanterweise zeigt eine Arbeit aus der Universitätsklinik Tübingen (Psychiatrische Praxis, 2000; 27; 243-247), dass nach Einführung einer umfangreichen Dokumentation für die Zwangsmedikation deren Häufigkeit von vormals 12% auf 5% der stationär behandelten Patienten (überwiegend mit Schizophrenie) sank.

Entsprechende Befunde aus den USA sind inkonsistent und schwanken hinsichtlich Zwangsmaßnahmen bei der Behandlung psychiatrischer Patienten zwischen 1,8% und 16%.

Möglicherweise offenbaren sich hier auch grundsätzlich unterschiedliche Einstellungen gegenüber medikamentöser Behandlung in unterschiedlichen Ländern.

Zur Frage, ob sich eine **empirische Evidenz für die Wirksamkeit von zwangsweise durchgeführten ärztlichen Behandlungen in einem stationären Setting** nachweisen lässt, gibt es kaum aufgearbeitete Daten.

(Wenige kleine Untersuchungen für Patienten mit Anorexie, Substanzmissbrauch und Schizophrenie (Steinert und Schmid, 2004), sowie eine Arbeit aus den USA (1996) fanden im Behandlungsverlauf etwa gleichartige Verbesserungen sowohl bei freiwillig, wie unfreiwillig Behandelten.)

Im Gegensatz hierzu liegen betreffend ambulante Zwangsbehandlungen mit (Depot)- Antipsychotika einige recht deutliche Befunde aus den USA betreffend das sog. „Involuntary Outpatient Commitment“ OPC = Verpflichtung unfreiwilliger ambulanter Patienten vor.

Verglichen mit einer Gruppe von schizophrenen Patienten, die „nur“ intensive psychosoziale Betreuung erhielten, zeigten sich bei den Patienten, denen zusätzlich regelmäßig Depot-Neuroleptika verabreicht wurden (auch gegen ihren Willen), über einen längeren Beobachtungszeitraum eindeutig weniger stationäre Wiederaufnahmen, als bei den Kontrollen.

Betreffend die **Sichtweise der Patienten** ist zum einen festzustellen, dass deren subjektive Einschätzung zu der Frage, ob sie von einer Zwangsmedikation betroffen waren, keineswegs immer mit den von den Behandlern dokumentierten Abläufen übereinstimmt.

Ein anderer Aspekt ist folgender: Früher galt eine steigend retrospektive Akzeptanz der ursprünglich unfreiwilligen Behandlung mit zunehmender Symptombesserung als allgemein plausibler und gesicherter Befund.

Neuere Untersuchungen (überwiegend aus dem englischsprachigen Raum) geben ein differenzierteres Bild, wonach zwar ein Teil der betroffenen Patienten

die Maßnahme im Nachhinein akzeptiert oder sogar begrüßt, ein etwa gleich großer, in manchen Studien sogar überwiegender -von Ärzten und Pflegern eher unterschätzter Anteil- sie aber nachhaltig ablehnt, auch langfristig mit vielen negativen Gefühlen und Bewertungen verbindet und retrospektiv für vermeidbar erachtet [evtl. genauer fassen!, was ist 29-32?].

Im Deutschsprachigen Raum gibt es zur Patientenbewertung von medikamentösen Zwangsmaßnahmen größere Untersuchungen aus den Jahren 1993 (Arbeitsgruppe um **Finzen**) sowie 2003 (Studie **Pieters**).

Auch hier zeigt sich in der Zusammenschau, dass Zwangsmaßnahmen im Nachhinein sehr unterschiedlich bewertet wurden, wobei das Spektrum des diesbezüglichen Erlebens von Gleichgültigkeit bis zu Todesangst reichte.

Hinsichtlich des Vorgehens

im Rahmen offensichtlich unvermeidbarer medikamentöser Zwangsmaßnahmen gibt es neben einer Leitlinie aus Groß- Britannien

(Clinical Practice Guidelines vom National Institute für Clinical Excellence [NICE], 2005)

im Deutschsprachigen Raum eine medizinisch-ethische Richtlinie der Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaft aus dem Jahr 2004

sowie eine vom Arbeitskreis der Chefarzte [...] der psychiatrischen Kliniken in Rheinland-Pfalz publizierte Leitlinie für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen aus dem Jahr 2005.

Diese Ausarbeitungen sind auch Grundlage unseres eigenen diesbezüglichen Vorgehens.

### **Zurück zum Alltag:**

In Rahmen der Arbeit auf einer geschlossenen psychiatrischen Station gilt es konstruktiv mit der Tatsache umzugehen, dass es mitunter nicht ausschließlich um einvernehmliche Behandlung psychisch erkrankter Menschen geht, sondern zusätzlich ein öffentlicher Auftrag bezogen auf die sichere Unterbringung von

selbst- oder eigengefährdend handelnden Menschen besteht, inklusive der Möglichkeit von Zwangsmaßnahmen zur Herbeiführung einer notwendigen Behandlung.

Die Mitarbeiter eines entsprechenden Behandlungsteams sind also qua Auftrag autorisiert, strukturellen, sowie ggfs. auch physischen Zwang auszuüben.

Diese Perspektive der Psychiatrie ist eine im Innern potentiell schwierige und nach Außen sicher wenig publikumswirksame.

Gerade deshalb ist es wichtig, sich mit diesem Faktum immer wieder reflektierend auseinanderzusetzen, um sich **die eigene Arbeit betreffend** im Sinne persönlicher Psychohygiene sicher und innerlich stimmig verorten zu können!

Psychische Störungen nehmen gemäß demographischer Hochrechnungen zu, der Bedarf an psychiatrischen Betten ist hoch, Fachpersonal in psychiatrischen Kliniken wird gesucht!

Die WHO prognostiziert, dass depressive Störungen 2020 zu den zweithäufigsten Erkrankungen auf der Erde zählen werden.

## **Physische und psychische Übergriffe auf psychiatrischen Stationen im Speziellen:**

Grundsätzlich ist hierbei zu berücksichtigen, dass Patienten, wie Mitarbeiter Täter oder Opfer, manchmal beides sein können.

Zudem sollte vergegenwärtigt werden: es kommt nicht nur auf das Ausmaß eines Realtraumas an, sondern immer auch auf die „innere Verfasstheit“, auf die derzeitige psychische Fragilität eines Betroffenen, sei es nun ein durch inneres Erleben massiv geängstigter Patient oder aber ein junger Mitarbeiter in der Psychiatrie mit geringer Berufs- und vielleicht auch Lebenserfahrung. Beide sind möglicherweise besonders vulnerabel.

### **Patienten als Opfer:**

In der Behandlung erheblich entgrenzter, psychisch kranker Menschen können Situationen entstehen, in denen Zwang ausgeübt werden muss.

Leider kann nicht sicher vorhergesehen werden, wie einzelne Patienten dies verarbeiten.

Zu vermuten ist, dass die Gefahr möglicher Traumatisierung psychiatrischer Patienten ärztlicherseits bislang unterschätzt worden ist.

Diese „sekundäre Traumatisierung“ kann im Verlauf das Grundleiden überlagern und wie akute, aber auch wie posttraumatische Belastungsstörungen verlaufen.

Dabei müssen eindruckliche Zwangsmaßnahmen gar nicht erfolgt sein; Irritation verschiedenster Ausprägung bis hin zur eigentlichen Traumatisierung kann im Einzelfall bereits durch deutlich niedrigschwelligere aber subjektiv erheblich bedrohliche Umstände und Ereignisse ausgelöst werden. Diese gilt es in der Arzt- Patienten- Beziehung zu detektieren und zu bearbeiten.

Unbearbeitete Traumafolgen können den gesamten weiteren Krankheitsverlauf belasten und Behandlungsabbrüche oder Vertrauensverlust in anderen Bereichen nach sich ziehen.

Um genau dies zu verhindern bemühen wir uns - wie dargelegt - möglichst reflektiert und gestuft vorzugehen.

War die Ausübung von Zwang im Behandlungsverlauf unvermeidlich, besprechen wir derartige Situationen regelhaft mit den Patienten nach, zu einem Zeitpunkt, an dem sich deren psychische Situation so weit wie möglich verbessert hat.

### **Ein anderer Aspekt:**

Wie wohl grundsätzlich im gesamten Medizinbetrieb gibt es auch in der „geschlossenen Psychiatrie“, die Gefahr physisch und psychisch **übergreifigen Handelns von Mitarbeitern gegenüber Patienten.**

Die Möglichkeiten derartigen Tuns sind vielfältig: Unverhältnismäßiges Auftreten z.B. mit Verbreitung von Angst, Missachtung, emotionaler Vernachlässigung, unangemessene Medikation, aber auch das Ausnutzen der Therapeutenrolle im speziellen (bis hin zu sexuellen Beziehungen mit Schutzbefohlenen) sind nur einige Bereiche.

Genauso vielfältig sind die **Gründe** potentiellen Fehlverhaltens seitens Mitarbeitern.

Die grundsätzliche Eignung für eine Arbeit in der Psychiatrie vorausgesetzt müssen hier in erster Linie meist langandauernde Überforderungssituationen benannt werden, manchmal durch chronische Unterbesetzung, Zeitdruck, Raumnot usw. akzentuiert.

Ausgehend von diesen Realitäten gilt es gerade bei sog. schwierigen und /oder Langzeitpatienten darauf zu achten, dass sich nicht wenig reflektierte aversive Gegenübertragungsimpulse „einschleichen“, wodurch der therapeutische Auftrag letztlich konterkariert werden kann.

Die Möglichkeit einer offenen, verständnisorientierten Aussprache mit Kollegen und Vorgesetzten sowie im Team einschließlich regelmäßiger Supervision sind notwendig, um derartige Entwicklungen möglichst nicht aufkommen zu lassen.

### **Mitarbeiter als Opfer:**

Aggressives Verhalten gegenüber Personal ist in der aktuellen Psychopathologie der Betroffenen begründet. Diese kann durch praemorbide Auffälligkeiten erheblich akzentuiert sein.

Neben lautem, gereiztem verbalen Auftreten u.U. mit Beschimpfungen und Drohungen kommen im Speziellen sexualisierende Einlassungen vor, die sehr entwertend sein können.

Manche Patienten ängstigen durch „öffentliche“ sexuelle Handlungen, andere hantieren z. B. gefährlich mit offenem Feuer, entwenden Eigentum, werfen mit Gegenständen oder verhalten sich anders destruktiv.

Schwerwiegende konkrete Gewalt, wie das gezielte Verletzen von Mitarbeitern, kommt glücklicherweise selten vor.

Problematischer, als mit offensichtlicher Aggression ist es für Mitarbeiter häufig mit subtiler Entwertung - meist durch intelligente, hoch verhaltensauffällige Patienten - umzugehen.

Gelegentlich erfordern vehemente Entlassungsbegehren schwerst psychotischer und dabei akut selbstgefährdeter Patienten das Auftreten und körperliche Eingreifen einer größeren Zahl von Mitarbeitern, wobei vor einer Fixierung - wie dargelegt - mittels einer Kaskade von deeskalierenden Maßnahmen versucht wird, weitergehenden Zwang zu vermeiden.

Grundsätzlich kann der Umgang mit erheblich entgrenzten - manchesmal auch provozierend handelnden Patienten - auf Dauer eine zunehmende Belastung für die Kohärenz des Behandlungsteams darstellen.

Wir versuchen derartigen Tendenzen durch verschiedene teambezogene Maßnahmen wie lebendige Kommunikation untereinander (Humor!), hohe Besprechungsfrequenz sowie regelmäßige (mindestens 14-tägige) Supervision zu begegnen.

Hierdurch lassen sich schwierige Behandlungsetappen meist beherrschen. Nur sehr selten werden Verlegungen innerhalb der Abteilung oder in andere Einrichtungen (sofern möglich) notwendig.

Eine Herausforderung für das Team sind daneben Situationen, wo es gilt professionell mit Patienten zu arbeiten, die **auch** Täter sind, oder es waren.

Es gilt die Gefahr von Spaltungsprozessen im Team durch offene Gespräche und ggfs. Supervision zu begrenzen, um das Behandlungsprimat nicht aus den Augen zu verlieren.

Besonders belastend sind schwere Suizidversuche bzw. gar vollendete Suizide stationärer Patienten. Ihr Tun - auch wenn hier massive Gewalt in erster Linie gegen sich selbst gerichtet wird - kann als erheblich destabilisierend, ja traumatisierend erlebt werden und so die psychische Integrität der Mitarbeiter und letztlich deren Arbeitsfähigkeit zeitweise nachhaltig belasten.

Schon die Zeugenschaft schwerer autoaggressiver Handlungen kann zu Traumatisierungen (Stichwort Ersthelfer) führen.

Außergewöhnliche Team- und Supervisionssitzungen sowie Angebote betreffend Einzelgespräche, intern und extern, sollen helfen, derart schwierige Situationen möglichst unbeschadet zu durchstehen.

### **Ich fasse zusammen:**

Ziel meines Vortrages war es, für einen besonderen Aspekt psychiatrischen Arbeitens innerhalb des stationären medizinischen Versorgungssystems zu sensibilisieren.

Im einzelnen sollte die Interaktion zwischen Patienten und Mitarbeitern in der sog. „geschlossenen Psychiatrie“ mit ihren Besonderheiten und Schwierigkeiten beleuchtet werden.

Die Arbeit in einer psychiatrischen Abteilung mit sektoralem Versorgungsauftrag findet zum Teil an einer Schnittstelle zwischen rein medizinischem und öffentlichem Auftrag statt. Entsprechende Behandlungseinheiten kommen nicht umhin, in besonderen Situationen Zwang auszuüben, der vielfältige Facetten haben kann.

**Für die psychiatrische Versorgung stellt sich insofern letztlich nicht die Frage ob, sondern wie mit dem der Versorgung innewohnenden strukturellen Gewaltanteil aber auch Zwang in der Patientenbehandlung, umzugehen ist.**

Ausgehend von einem Selbstanspruch wertschätzender, zugewandter Haltung gegenüber unseren Patienten gilt es, das Thema „Gewalt in der Psychiatrie“ zu identifizieren und zu enttabuisieren, in einem ersten Schritt dadurch, dass Zwang in seinen verschiedenen Bildern bewusst benannt und besprochen und somit aus der Grauzone des Heimlichen geholt werden.

Der Grundkonflikt zwischen Respekt vor der Patientenautonomie und dem zur Behandlung auffordernden Fürsorgeprinzip bleibt dabei weiterhin auszuhalten.

Die umfassenden interaktionellen Auswirkungen psychischen Krankseins erfordern bei den in der Psychiatrie Tätigen ein hohes Maß an kritischer Selbstreflexion.

Nur so kann es gelingen eine therapeutische Balance zu erreichen, die einerseits einen professionellen, zugewandten aber auch selbstbewussten Umgang mit den Patienten sicherstellt und gleichzeitig die Durchführung als notwendig erachteter Behandlungsschritte ermöglicht.

Eingedenk unseres Arbeitsauftrages, der im Einzelfall auch den Einsatz von Zwangsmaßnahmen verlangt, ist es unabdingbar sich auch die Gründe und Erscheinungsformen aggressiver Impulse „auf Behandlerseite“ bewusst zu machen und regelmäßig zu bearbeiten.

Dies mit dem erklärten Ziel, dem Anspruch einer humanen und gleichzeitig realistischen Zielen verschriebenen psychiatrischen Arbeit immer wieder aufs Neue, so weit wie möglich, gerecht zu werden.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

**P.S.:** In der Diskussion wurde unter anderem das potentielle Vorkommen sog. „narzisstischen Missbrauchs“ in therapeutischen Beziehungen angesprochen.

Es erfolgte des weiteren ein Hinweis auf sog. „stalking“ seitens schwer verhaltensauffälliger Patienten gegenüber Mitarbeitern des medizinischen Systems.

Dr. Rolfs, 05.10.2006