

Schattenwelt – Vom Umgang mit Gewalt im psychiatrischen Arbeitsfeld

Eine Einführung

Jürgen Fais

„Bei mir bricht Aggression immer aus, wenn ich getrunken habe. Ich verliere dann die Kontrolle über mich. Mein Erkrankungshintergrund ist akute Schizophrenie. Ich bin seit 1998 in psychiatrischer Behandlung und seit 2011 im Maßregelvollzug.“ (Igor)

Im psychiatrischen Arbeitsfeld spielt der Umgang mit aggressivem Verhalten eine wichtige Rolle. Spector et. al (2014) stellten bei einer Metaanalyse von 136 internationalen Studien mit mehr als 150.000 befragten Pflegemitarbeitern in Einrichtungen und Heimen fest, dass 36% der Befragten bereits physischer Gewalt und 67% psychischer Gewalt ausgesetzt gewesen seien. Knapp 33% der befragten Pflegemitarbeiter seien durch einen Übergriff körperlich verletzt worden.

Wissenschaftlich evaluierte Daten über den Umfang aggressiver Handlungen durch Dritte und deren Folgen für die Patienten im psychiatrischen Versorgungssystem liegen nur begrenzt vor. Allerdings zeigt die Geschichte der Psychiatrie, dass den Patienten viel Leid zugefügt wurde und auch heute noch wirksame Behandlungen mit gravierenden Nebenwirkungen für die Klienten praktiziert werden. (Steinert, 2008) Auch sei erwähnt, dass die Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen von dem zu Behandelnden häufig als gewaltvoll beschrieben und erlebt werden. Aggression und Gewalt tritt nicht immer augenscheinlich auf. Sie tritt oft als „geschehenes Ungeschehenes“ innerhalb einer Schattenwelt auf, mit erheblichen Konsequenzen für die Gesundheit der Betroffenen.

„Wer im psychiatrischen Arbeitsfeld nach Wegen der Vorbeugung gegen Gewalt bzw. des angemessenen Umgangs mit gewalttätigen Handlungen und Äußerungen sucht, muss Differenzierungen auf mehreren Eben treffen. Die erste Ebene betrifft die verschiedenen Gesichter und Qualitäten von Gewalt. Die

zweite betrifft die Unterscheidung, wer Opfer der Gewalt ist. Die hilfsbedürftigen Menschen oder die psychiatrischen Fachkräfte. Und drittens ist zu differenzieren, aus welchen Quellen jeweils die Gewalt entspringt. Diese Differenzierungen vorzunehmen, mag mühsam und aufwändig erscheinen. Doch mit struktureller Gewalt, der hilflosen Gewaltäußerung einer demenzkranken Patientin oder der Gewalt einer Fachkraft ist jeweils unterschiedlich umzugehen. Der Weg der Differenzierung ist notwendig und lohnt. Er ist Voraussetzung, um wirksame Wege der Intervention und Prävention zu finden.“ (Beitrag Baer in diesem Buch)

Zum Inhalt des Buchs

„Gewalt lehne ich grundsätzlich ab. Ich finde Gewalt ist eine Sache, die ich nicht totschießen oder wegquatschen kann. Es wird sie in der Gesellschaft immer geben. Den jungen Kollegen sage ich auch immer, dass es nie eine gewaltfreie Psychiatrie geben wird, weil es auch keine gewaltfreie Gesellschaft gibt.“ (Leo S.)

In dieser Publikation werden die Erscheinungsformen von Gewalt, wie sie in (einem Teilbereich) der Psychiatrie erlebt wird, dargestellt. In ihren Beiträgen beschreiben langjährige Fachkräfte die vielfältigen Erscheinungsformen von Gewalt, die sie in ihrer Arbeit erleben und wie sie den Umgang damit bewältigen. Die AutorInnen unterscheiden sich in ihren disziplinären Bezügen, aber auch teilweise in ihren Einschätzungen und Bewertungen. Die Publikation kann nur einen begrenzten Überblick über den gegenwärtigen Wissen(schafts)stand geben. In diesem Sinne richtet sich das Buch bewusst an die Praktiker und soll somit auch Beschäftigte angrenzender Berufsgruppen ansprechen.

Vom Umgang mit Gewalt...

...im Arbeitsfeld der Sozial- und Gemeindepsychiatrie

Eine wesentliche, geradezu zentrale Leitlinie der Sozialpsychiatrie besteht in der konsequenten Verringerung von Gewalt und Zwang in der stationären wie in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. **Klaus Obert** erläutert und diskutiert in seinem Beitrag, wie das Ziel, Gewalt kontinuierlich zu verringern, erreicht werden kann. Aber auch, was zu tun ist, wenn in Situationen akuter Selbst- und Fremdgefährdung zwangsweise Unterbringungen nicht zu vermeiden sind und wie ein professioneller Umgang aussehen und gelernt werden kann. Anschließend beschreibt er Kategorien sozialpsychiatrischen Handelns, die von einer weitgehend demokratischen, partizipatorischen, selbstreflexiven Position geprägt ist bis hin zur Einleitung und Umsetzung einer zwangsweisen

Unterbringung. Klaus Obert erläutert anhand von Fallbeispielen aus der täglichen sozialpsychiatrischen Arbeit die Herangehensweise, die Reflexion und Auseinandersetzung mit dem Betroffenen.

Hermann Elgetis Beitrag ist die überarbeitete Fassung eines Artikels, der 1999 unter Mitwirkung einiger poliklinischer Mitarbeiter beider psychiatrischer Abteilungen der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) zusammengestellt wurde. Im Kern beschreibt er Präventions- und Interventionsstrategien zur Vermeidung von Situationen in der Gemeindepsychiatrie, die zu eskalieren drohen. Der Artikel entstand auf dem Hintergrund eines dramatischen Gewaltdeliktes. Eine Ärztin wurde während ihrer Ambulanztätigkeit in einer benachbarten psychiatrischen Abteilung von einem Patienten getötet.

In seinem Essay stellt sich **Ingo Bauer** die Frage, in wie weit Unwissenheit, Voreingenommenheit und Abwehr allein schon Aggression bei Patienten hervorruft. Psychiatrie erweckt immer mehr den Eindruck, alle ihr zuteilwerden, oft zusätzlichen, sich wandelnden oder gar unlösbaren Aufgaben beherrschen zu können und behindert sich somit selbst. Hinzu kommen eine personelle Ausstattung, eine sich stets ändernde Gesetzeslage sowie räumliche Gegebenheiten, die den in der Psychiatrie Tätigen trotz Weiterbildungen, Training und Supervisionen auch die Arbeit mit gewaltbereiten Patienten zunehmend erschweren.

...im Arbeitsfeld der Gerontopsychiatrie

Das gerontopsychiatrische Arbeitsfeld umfasst mittlerweile bei weitem nicht nur explizit als „gerontopsychiatrisch“ bezeichnete Einrichtungen. In den Altenheimen leben überwiegend Menschen mit Demenz- und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen. In der ambulanten oder häuslichen Pflege, in Tageseinrichtungen, in Wohngruppen – überall müssen Pflege- und andere Fachkräfte mit alten Menschen umgehen, die an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden. Der Beitrag von **Udo Baer** nimmt deshalb nicht nur die klassischen gerontopsychiatrischen Einrichtungen in den Blick, sondern das gesamte gerontopsychiatrische Arbeitsfeld.

Alte Menschen sind Opfer von Gewalt und Aggression. Um aggressives Verhalten besser verstehen zu können und geeignete Umgangsweisen damit zu entwickeln, sollte sich der Blick auf die Quellen aggressiven Verhalten richten. Das gilt auch bei der Beschäftigung mit gewalttätigen bzw. aggressiven Handlungen alter Menschen. Es bedarf z. B. unterschiedlicher Reaktionsweisen, wenn diese auf demenzieller Hilflosigkeit beruhen oder wenn sie von pflegebedürftigen Menschen ausgehen, die auch früher gewalttätig waren. Udo Baer rundet seinen Beitrag mit Hinweisen auf Präventionsmöglichkeiten ab.

...im Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aggressives oder oppositionelles Verhalten bei Kindern und Jugendlichen stellt kein ungewöhnliches Phänomen innerhalb einer normalen Entwicklung und Reifung dar. Doch müssen hinsichtlich der Qualität und Quantität der Verhaltensweisen, der Auftretenszeitspanne, sowie der Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung deutliche Abgrenzungen getroffen werden. Im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung stellt aggressives und gewalttätiges Verhalten ein oft unterschätztes Problem innerhalb der Therapie dar. Sowohl pflegerische und betreuende Mitarbeiter als auch Therapeuten und Mitpatienten sind häufig damit konfrontiert. Die Abläufe innerhalb der Behandlung werden bisweilen erheblich gestört; nicht zuletzt ziehen gewalttätige Handlungen von Kindern und Jugendlichen physische und psychische Konsequenzen sowohl für Patient als auch für Behandler nach sich. **Marcus Melzer und Katharina Strahler** beschreiben in ihrem Beitrag die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen, welche mit aggressiven Verhaltensweisen korrelieren und deren Auswirkungen auf die kinder- und jugendpsychiatrische stationäre Therapie.

Christine Straube skizziert in ihrem Artikel die Herangehensweise der Malteser Jugend- und Familienhilfe an Kinder- und Jugendliche mit verschiedenen psychischen Erkrankungen. Sie beschreibt, wie Erfahrungen der Erkrankten hypothetisch für die Entwicklung der verschiedenen Ausformungen ihrer Verhaltensauffälligkeiten, Denkweisen und ihrer z.T. verzerrten Wahrnehmungen in Bezug auf soziale Interaktionen verantwortlich sein könnten. Sie stellt insbesondere die Haltungen der Mitarbeiter sowie die Bedingungen dar, die notwendig sind, um einen adäquaten Umgang mit den Erkrankten zu finden.

...im Arbeitsfeld der forensischen Psychiatrie

Der gesetzliche Auftrag der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB beinhaltet die Behandlung von Aggressionen und gewalttätigem Verhalten. Parallel dazu muss durch die Mitarbeiter gewährleistet werden, dass die psychisch kranken Straftäter so gesichert werden, dass sie keine Gefahr für die Allgemeinheit darstellen. Ausgehend von einer kurzen Charakteristik von Maßregelpatienten wie psychische Erkrankungen, Delikte und Verweildauer beschreiben **Marcus Melzer und Katharina Strahler** den Zusammenhang von gewalttätigem Verhalten und Gewaltstraftaten. Im Maßregelvollzug ist die Diagnostik zur Vorhersage zukünftiger Gewalttätigkeit und Gefährlichkeit fester Bestandteil. und basiert auf empirisch gesicherte Kriminalitätsprognosen. Erkenntnisse zur Entwicklung und zum Zusammenwirken relevanter Risikofaktoren des kriminellen Verhaltens bilden die Grundlage für die Behandlung und sollen Rückfälle vermeiden, mindestens aber kontrollierbar machen. Im Einzelnen werden die wichtigsten Prognoseinstrumente für die Vorhersage von gewalttätigem Verhalten sowie wirksame Behandlungsstrategien

und therapeutische Programme beschrieben. Der Blick auf den oft belastenden Arbeitsalltag der Mitarbeiter rundet den Beitrag ab.

Jürgen Fais lässt Patienten und Fachkräfte im Maßregelvollzug über ihre Haltung, Erfahrungen und den Umgang mit Gewalt berichten. Die zum Teil autobiographischen Textpassagen sind aus einem vom Verfasser durchgeführten Leitfadeninterview entnommen.

... im Arbeitsfeld der neurologischen/neurochirurgischen Rehabilitation

Der Beitrag von **Brigitte Stemmer** untersucht, welche Hirnsysteme bei der Entstehung aggressiven Verhaltens beteiligt sind, inwieweit die Verletzung solcher Systeme gewalttätiges Verhalten vorhersagt, und welche anderweitigen Risikofaktoren eine Rolle spielen. Abschließend werden die ethischen und legalen Fragen diskutiert, die im Zusammenhang mit gewalttätigem Verhalten nach einem Schädelhirntrauma auftreten können.

...im Arbeitsfeld der Psychosomatik

In seinem Beitrag befasst sich **Christian Firus** mit den weitreichenden Folgen von Gewalterfahrung für das körperliche und seelische Wohlergehen. Nicht selten vergehen Jahre oder Jahrzehnte, bis sich Symptome zeigen, die zunächst nicht mit den Gewalterfahrungen der Vergangenheit in Verbindung gebracht werden.

Auf der Grundlage epidemiologischer Zahlen und psychosomatischer Forschung wird an zwei Beispielen dargestellt, welche Auswirkungen einerseits Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter, andererseits Erfahrungen über längere Zeiträume hinweg in Kindheit und Jugend haben können.

...aus der Perspektive der Betroffenen

In ihrem autobiographischen Beitrag beschreibt **Claudia Frank** beindruckend ihre eigenen Erfahrungen als Opfer wie auch als Täter und ihre Erlebnisse als Patientin im psychiatrischen Hilfesystem.

Die Mehrheit der Angehörigen mit einem (schwer) erkrankten Mitglied hat Erfahrungen mit verbaler und ggf. auch körperlicher Gewalt gemacht. Diese Vorkommnisse stehen im direkten Zusammenhang mit der Erkrankung des Familienmitgliedes. Die Mehrheit der Familien reagiert ähnlich wie in gewalttätigen Partnerschaften: mit Schweigen, Selbstvorwürfen, Rückzug und Isolierung. Ein offener Umgang mit dem Tabuthema findet selten statt. Deshalb gibt es auch überwiegend keine Hilfen vom professionellen Versorgungssystem. Im letzten Beitrag beschäftigen sich **Christian Zechert** und **Beate Lisofsky** mit Gewalt in Familien mit psychisch Kranken und fordern einen offenen Umgang mit dem Tabuthema.

Den beteiligten Autorinnen und Autoren gilt mein besonderer Dank, ohne deren Beiträge hätte dieses Buch nicht verwirklicht werden können. Die in den einzelnen Beiträgen dargestellten Überlegungen, Methoden und Zielsetzungen bedürfen der weiteren Umsetzung und kritischen Überprüfung in der Praxis. Auch vertreten die einzelnen AutorInnen jeweils eigene Auffassungen und Positionierungen. In diesem Sinne sind die LeserInnen eingeladen, sich ein eigenes Bild von den unterschiedlichen Perspektiven der AutorInnen zu machen.

Jürgen Fais

Literatur

- Spector, P. E., Zhou, Z. E. & Che, X. X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72-84.
- Steinert, T. (2008). *Basiswissen - Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag.

Begegnung und Umgang mit Gewalt im sozialpsychiatrischen Alltag

Klaus Obert

1 Einführung

Eine wesentliche, geradezu zentrale Leitlinie der Sozialpsychiatrie neben der „Wiederherstellung“ des psychisch kranken Menschen als Subjekt in Verbindung mit der Anerkennung seiner Würde, mit dem Recht auf den eigenen Lebensentwurf, dem Recht auf Krankheit und auf Hilfe besteht in der kontinuierlichen Verringerung von Gewalt und Zwang in der stationären wie in der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Die vollständige Abschaffung und Überwindung von Gewalt und Zwang, wie dies von nicht wenigen Psychiatrie Erfahrenen vehement gefordert wird, greift jedoch zu kurz. Sie setzt herrschaftsfreie, gesellschaftliche Verhältnisse voraus. Jedoch kann es in einer von Gewalt und Zwang nicht freien Gesellschaft auch keine völlig gewaltfreie Psychiatrie geben. Kritische Gesellschaftstheorien weisen auf den unauflösbaren Zusammenhang von übergreifenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und ihrer Teilbereiche (Adorno 1972, Habermas 1993, Horkheimer 1968, Sennett 2005). Gleichwohl hat sich sozialpsychiatrische Arbeit vorrangig am Engagement und an der Umsetzung für eine gewaltfreiere Psychiatrie zu orientieren.

Was heißt dies nun für sozialpsychiatrische Alltagsarbeit mit regionaler Versorgungsverpflichtung?

Es geht in erster Linie um die Verringerung von sichtbarer Gewalt und des unmittelbaren, physischen Zwangs durch die Reduktion von Zwangsunterbringungen und der Zwangsbehandlung, aber auch um die Sensibilisierung und Aufmerksamkeit für die weniger sichtbaren, subtilen, eher verdeckten Formen von Gewalt im ambulanten Feld bei den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDis), im betreuten Wohnen, in den Tagesstätten etc.

In diesem Beitrag wird erörtert, wie Gewalt und Zwang entstehen, auftreten, wie professionell damit umzugehen ist, verbunden mit dem Ziel, sie kontinuierlich zu verringern, aber auch, was zu tun ist, wenn in Situationen akuter Selbst- und Fremdgefährdung zwangsweise Unterbringungen nicht zu vermeiden sind.

Welche Orientierungshilfen und Handlungsmaxime lassen sich daraus ableiten für die sozialpsychiatrische Alltagsarbeit, wie akute Krisensituationen und nicht selten damit einhergehende Gewalt in ihren vielschichtigen Formen, wenn doch nicht immer vermieden, dann doch zumindest kontinuierlich verringert werden können.

Zunächst beschreibt der Beitrag die notwendigen Haltungen und Herangehensweisen Alltags- und Lebensweltorientierten, sozialpsychiatrischen Handelns, die über alle Felder und Bereiche der täglichen Arbeit hinweg Gültigkeit beanspruchen. Anschließend werden Kategorien sozialpsychiatrischen Handelns beschrieben, die von einer weitgehend demokratischen, partizipatorischen, selbstreflexiven Position geprägt sind bis hin zur Einleitung und Umsetzung einer zwangsweisen Unterbringung. Auf jeder Stufe wird dabei ersichtlich, wie und auf welcher Ebene sich Gewalt, Druck und Zwang äußern, wie aus Sicht der professionell Tätigen damit umgegangen wird (Offenheit, Klarheit, Echtheit). Erläutert wird die Herangehensweise, deren Reflexion und Auseinandersetzung mit dem Betroffenen und seiner Umgebung entlang an Fallbeispielen aus der täglichen sozialpsychiatrischen Arbeit. Diese findet unter der Voraussetzung regionaler Versorgungsverpflichtung statt, d.h., dass niemand aufgrund Art oder Intensität der Erkrankung abgewiesen werden kann.¹

2 Haltungen und Handlungsmaxime alltags- und lebensweltorientierten, sozialpsychiatrischen Handelns

2.1 Entstehung

Die Entstehung der sozialpsychiatrischen Bewegung und ihrer Leitlinien gründet auf vier Voraussetzungen:

Als Erstes ist auf die Entstehung der traditionellen Anstaltspsychiatrie („Psychiatrische Ordnung“, Castel 1979) hinzuweisen, ohne die es keine sozialpsychiatrische Bewegung hätte geben können (Näheres dazu vgl. Obert 2001, S. 91ff.).

Die zweite Voraussetzung ist die Paradigmakrise der Anstaltspsychiatrie. Diese entstand im 19. Jahrhundert, setzte sich durch und geriet aus verschiedenen Gründen nach 1945 in den industrialisierten Ländern in eine grundlegende Krise (Foucault 1977, Castel 1979, Scull 1980, Basaglia 1985).

Als Drittes ist die von verschiedenen gesellschaftlichen Gruppierungen erhobene Forderung zu nennen, den Umgang mit dem Anderssein nicht mehr allein den psychiatrischen Experten zu überlassen. Vielmehr sollte sie konkreter

¹ Nähere Informationen (Fakten, Zahlen, Analysen) zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Hilfen in Stuttgart können beim Autor dieses Beitrags angefordert werden.

Bestandteil des öffentlichen Diskurses werden (Basaglia 2002, Dörner 1973 und 1975, Finzen 1998).

Der vierte Grund liegt in der Weigerung vieler in der Psychiatrie Tätiger in Verbindung mit Angehörigen, Bürgern, engagierten Politikern und Journalisten, Menschen unter dem „Deckmantel“ eines vermeintlich wissenschaftlich abgesicherten Konstruktes von Krankheit und Behinderung weiterhin in menschenunwürdigen Bedingungen fernab vom Gemeinwesen unterzubringen (Bundesministerium für FJG 1975). Der Ausgangspunkt für die Entstehung der sozialpsychiatrischen Bewegung lag deshalb weder in einer Theorie noch in einer vorrangig methodischen Fragestellung. Die in den industrialisierten Nationen nach und nach Platz greifenden sozialpsychiatrischen Ansätze waren vielmehr ethisch, gesellschaftskritisch und kulturell fundiert (Dörner und Plog 1973, Finzen und Hoffmann-Richter 1995).

2.2 Leitlinien gemeinwesenbezogener, sozialpsychiatrischer Arbeit

Die Leitlinien sozialpsychiatrischer Arbeit, ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit mit dem damit verbundenen Menschenbild, ihre Handlungsweise und Methodik sowie ihre politischen Implikationen decken sich de facto mit den Leitlinien und Maximen Alltags- und Lebenswelt orientierter Ansätze (Obert 2001, S. 133 – 138 und 2013). Beide stellen den Menschen im sozialen Feld, in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt des Handelns. Der Respekt vor dem Anderen und dem Anderssein, die Akzeptanz und Förderung des Eigensinnes der Adressaten, die Anerkennung der Würde des Gegenüber in seinem So-Sein und seiner Gewordenheit innerhalb eines sozialen Netzes sind die grundlegenden Voraussetzungen Alltags- und Lebenswelt orientierten, sozialpsychiatrischen Handelns.

Der Mensch wird darin als soziales Wesen gesehen mit der Aufgabe, in der Interaktion mit seinem Umfeld die Kompetenzen zu erwerben, die es ihm ermöglichen, die Aufgaben, die sich aus dem Alltagsleben ergeben, zu bewältigen und neue Herausforderungen und Aufgaben konstruktiv zu integrieren. Erst wenn dieser Ausgleich und die dynamische Balance von Individuum und Umgebung (gelingender und misslingender Alltag) auseinanderdriften und damit Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten nicht (mehr) in adäquatem Maße vorhanden sind, können Spannungen, Irritationen, Missverständnisse und in fließendem Übergang krankheitsrelevante Verhärtungen entstehen (Thiersch 1986, 1995 und 1996).

Der diesem Konzept aus der Alltagstheorie² zugrundeliegende multifaktorielle Ansatz beruht auf dem Zusammenwirken somatisch-genetischer Konstitution, psychischen (sozialisationsbedingten) Entwicklungsmöglichkeiten sowie (prekären) materiellen und sozialen Lebensbedingungen, was letztlich zur

Manifestation einer psychischen Erkrankung führt (führen kann). Dabei kann das Zusammentreffen und Zusammenwirken ungünstiger bio-psycho-sozialer Faktoren in Verbindung mit dieser Verletzlichkeit eine Erkrankung oder einen Erkrankungsrückfall auslösen.

Wesentliches Ziel einer so verstandenen und begründeten Arbeit besteht darin, zu einem gelingenderen Alltag für den Einzelnen und seiner Umgebung beizutragen, indem die gestellten Aufgaben in der Spannung von positiver Routine und der Integration von Neuem bewältigt werden müssen.

2.3 Alltags- und Lebenswelt orientierte, sozialpsychiatrische Handlungsmaxime

In diesem ethisch-politisch begründeten Verständnis orientiert sich sozialpsychiatrisches Handeln an Menschen mit hohem, komplexem Hilfebedarf und weitgehender Ausgrenzung und einer häufig schon langen Psychiatriekarriere. Es findet in der Lebenswelt der Adressaten statt (flexible ambulant aufsuchende Tätigkeit). Sozialpsychiatrisches Handeln ist Ressourcen orientiert, so gering diese im Einzelfall auch immer sein mögen, ohne Defizite auszublenden. Sozialpsychiatrisches Handeln ist ganzheitlich, offen, mischt sich ein, übernimmt Verantwortung, mutet aber auch zu – sowohl dem Einzelnen wie der Umgebung. Es fördert Selbsthilfe und fordert diese heraus, wenn möglich im partnerschaftlichen und dialogischen Aushandeln, strukturiert, ordnet und plant mit Phantasie und Kreativität. Es übernimmt aber auch Verantwortung, wenn Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen und „stiehlt sich nicht davon“ unter der an dieser Stelle unzulässigen Berufung auf die Freiheit des Einzelnen (zur Verwahrlosung und Verelendung) und befindet sich damit zweifellos auf dem Feld der Ausübung zumindest von Druck und damit auch subtiler Gewalt.

² Die Alltags- und Lebenswelt orientierte Theorie ist im geisteswissenschaftlichen Paradigma verankert, welches Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstand, u.a. als Reaktion auf das sich nach und nach durchsetzende naturwissenschaftliche Paradigma im Zeitalter der Aufklärung. Das geisteswissenschaftliche Paradigma definiert sich letztlich darüber, den Menschen in seinem Alltag, in Interaktion mit seiner Umgebung zu verstehen, sein Verhalten, sein Handeln, seinen Lebensplan und seine Identität im Kontext zu begreifen und sein Verhältnis zur Gesellschaft als davon untrennbar zu betrachten und zu bestimmen. So nimmt z.B. die Fundierung des Sozialen in der Struktur des Handelns und die Einführung der Kategorie des Verstehens in der Tradition der Hermeneutik Schleiermachers und Diltheys bei Schütz eine große Bedeutung ein (Fischer-Rosenthal in: Flick 1995, S. 80–82, Habermas 1968 und 1995, Bd. 1, S. 225–366, Lamnek 1995, Bd. 1, S. 87, Schütz 1979 und 1993, Kosik 1986, Heller 1981). Phänomenologische Orientierungen und Strömungen waren auch in der psychiatrischen Diskussion zu verzeichnen, wenn diese auch nur eine eher untergeordnete Rolle in der Realität der Anstaltspsychiatrie einnahmen. Der bedeutendste Vertreter der phänomenologischen Orientierung war der Schweizer Psychiater Ludwig Binswanger (1946).

Sozialpsychiatrisches Handeln trägt zur Emanzipation, zur Erweiterung der Persönlichkeit und des damit verbundenen Handlungsrahmens bei (Empowerment: Amering 2007, Knuf 2007) und versucht sozial zu integrieren (Teilhabe und Sozialraumorientierung). Letztlich ist sozialpsychiatrisches Handeln eine ethisch-moralische gesellschaftskritische Arbeit und gleichzeitig Herausforderung (Wiederherstellung von Komplexität) gegen eine Welt von Ausgrenzung, Objektivierung, Gewalt und so genannten Einfachlösungen. Gemeint sind damit z.B. die Medikalisierung einer komplexen Problemlage, oder die Individualisierung/Psychologisierung unzumutbarer materieller-sozialer Bedingungen und die damit verbundene einseitige Anpassung des Menschen an gegebene gesellschaftliche Verhältnisse. Sozialpsychiatrisches Handeln entinstitutionalisiert, damit die Betroffenen ihre eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten entwickeln und erweitern können (Salutogenese: Antonovsky 1997).

Alltags- und lebensweltorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln nimmt Einfluss auf das Alltagsleben ihrer Adressaten auf verschiedenen Ebenen durch eine wohl durchdachte Lebensweltorientierung mit dem Ziel der Veränderung des Gemeinwesens und nicht einer einseitigen Anpassung der Betroffenen an die oft unzumutbaren alltäglichen Lebensbedingungen. Dies geschieht über Einzelfallarbeit, Netzwerkarbeit und Kooperation, Organisationsentwicklung und Steuerung sowie kommunalpolitische Einmischung in gemeinsamer Verantwortung.

Die sozialpsychiatrische Methodik und deren Verständnis folgt einer einfachen Logik: Von der Feststellung des Hilfebedarfs bei und mit dem Betroffenen und des Umfeldes (Nachbarn, Angehörige, Gemeinwesen, Kooperationspartner) zur Planung der Hilfen und ihrer Umsetzung mit dem entsprechenden Handeln und dessen (selbst-) kritischer Reflexion. Die Realisierung der Abfolge gestaltet sich in der praktischen Arbeit ungleich schwieriger und komplexer, da sich diese unter komplexen Voraussetzungen sich verwirklicht, die der Alltag und die Lebenswelt der Betroffenen darstellen.

Allerdings ist sozialpsychiatrisches Handeln unabdingbar eingelassen in die Spannung, in die Dialektik von Hilfe und Kontrolle, von „jemanden-so-einlassen-können“ und „fürsorglicher Belagerung“. Dies bedeutet für die tägliche Arbeit und ihrer Reflexion, sich dieser Dialektik nicht zu entziehen, sondern vielmehr diese Spannung von Hilfe und Kontrolle bewusst aufzunehmen, offen und konstruktiv gemeinsam mit den Betroffenen und ihrem Umfeld zu gestalten, immer verbunden mit der Leitlinie, Gewalt zu reduzieren und Autonomie und Eigenverantwortung zu fördern.

3 Das Arbeitsspektrum von weitgehender Autonomie bis zur zeitlich begrenzten Fremdbestimmung

Sozialpsychiatrisch handelnde Mitarbeiter/-innen sehen sich in ihrem gesamten Arbeitsspektrum verschiedenen Konstellationen gegenüber, die sie im Kontakt und in der Beziehung mit den Betroffenen und ihrem Umfeld bearbeiten und gestalten müssen. Diese unterschiedlichen Konstellationen gilt es zu erfassen, zu verifizieren, zu reflektieren und in der Arbeit mit den Betroffenen entsprechend zu berücksichtigen.

Die Arbeit orientiert sich an der Leitlinie, immer so viel Autonomie, Verantwortung, Partizipation und demokratisches Aushandeln wie möglich, zu fördern und zu fordern. Wenn das professionelle Handeln immer auch der Utopie des idealen Diskurses, der normativen Kraft des besseren Argumentes folgt (Habermas 1995), so ist doch gleichzeitig die Beziehung zwischen Professionellen und Klient/-innen immer auch mit Elementen von Macht bestimmt und folgt nicht mehr den Prinzipien des dialogischen, kommunikativen Handelns, sondern dem einseitig auf Durchsetzung eigener Interessen und Zielen untergeordneter Prinzipien instrumentellen Handelns. Es kommt darauf an, diese in der Beziehung zu erkennen, zu thematisieren mit dem Ziel, sie kontinuierlich zu verringern mittels einer Haltung und Verhaltensweisen, die dazu beitragen, dass eskalierende, Gewalt fördernde Situationen erst gar nicht entstehen. Dies bedeutet letztlich, Zwang und Gewalt vorzubeugen oder in angespannten Situationen zu deeskalieren, zu entspannen, zu beruhigen, um direkte, physische Gewalt und Zwang zu vermeiden. Mitarbeiter/-innen werden auch mit akuten, gewalttätigen Situationen konfrontiert, in denen die Hinzuziehung der Polizei im Einzelfall unerlässlich ist und gegebenenfalls eine zwangsweise Unterbringung notwendig wird.

Im Folgenden werden unterschiedliche Fallkonstellationen mit unterschiedlichen Handlungsanforderungen in vier Kategorien gefasst. In allen vier Kategorien gelten übergreifend die oben geschilderten Haltungen und Handlungsmaxime. Diese Kategorien gestalten sich in der praktischen Arbeit nicht statisch, sondern gehen fließend ineinander über.

3.1 Beratung und Begleitung „auf Augenhöhe“ – Dialogisches Handeln

In der ersten Kategorie geht es um die Arbeit mit psychisch kranken Menschen, die eher nicht zur Mehrheit der Klient/-innen gehören, für welche die Einrichtungen und Dienste des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) zuständig und verantwortlich sind. Es sind Menschen, die über eine reflektierte, innere und äußere Austauschfähigkeit verfügen. Diesen Menschen gelingt es in der

Beratung und Begleitung, aktuelle Lebenslage, Biografie und psychische Erkrankung als sich gegenseitig bedingend und beeinflussend wahrzunehmen und in eine weitgehend gelingende Bewältigung des Alltags zu integrieren. In der Arbeit stehen deswegen die weitere Stabilisierung, autonome Lebensführung und Lebenszufriedenheit im Vordergrund in Verbindung mit der Aufgabe, wie diese drei Dimensionen durch die Beziehung positiv gestaltet und die Begleitung und Betreuung möglicherweise in beidseitigem Einvernehmen auch beendet werden kann.

Das Risiko subtiler Machtausübung und auch von subtilem Druck besteht in dieser Kategorie zweifelsohne und sollte kontinuierlich im Team und mit den Betroffenen thematisiert und reflektiert werden.

Fr. K³ ist 55 Jahre alt und hat seit 5 Jahren regelmäßigen Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi). Der Kontakt kam nach einem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik zustande, wo Fr. K. nach einem Suizidversuch und wegen mittelschwerer Depressionen in Behandlung war. Diesem Aufenthalt waren zwei weitere vorausgegangen, ebenfalls wegen Suizidalität und Depressionen.

Ihren Arbeitsplatz in einem Supermarkt, an dem sie sich permanent überfordert fühlte, musste sie aufgeben und lebt seitdem von ALG II.

Sie lebt alleine und schilderte zu Beginn des Kontaktes zum SpDi, dass sie große Mühe habe, ihren Alltag zu gestalten, außerdem fühle sie sich wertlos. Es gelang uns, Fr. K. an die Tagesstätte anzubinden, sie interessierte sich für mehrere Angebote dort und als wir sie fragten, ob sie sich vorstellen könne, bei uns gegen Bezahlung beim Kochen mitzuhelfen, sagte sie zu. Zu Beginn war Fr. K. sehr verunsichert, gemeinsam mit einer Mitarbeiterin oder Praktikantin für 20-30 Personen zu kochen und brauchte sehr viel Ansprache und Ermutigung.

Mittlerweile ist es so, dass Fr. K. die neuen Praktikantinnen beim Kochen anleitet und souverän und selbständig entscheidet, was gekocht und eingekauft wird. Sie wurde außerdem letztes Jahr zur Sprecherin der Tagesstätte gewählt.

Für Fr. K. ist die Arbeit in der Tagesstätte und der gute Kontakt zu den anderen BesucherInnen und den MitarbeiterInnen außerordentlich wichtig. Seit sie in der Tagesstätte angebunden ist, musste sie nicht mehr stationär behandelt werden, sie ist auch im Winter, der Jahreszeit, die sie am meisten fürchtet, psychisch stabil.

Sie sagt von sich, dass sie nicht mehr auf dem ersten Arbeitsplatz arbeiten kann und lebt immer wieder in Ängsten, wir würden ihr „kündigen“, weil sie nicht mehr gut genug arbeite. Dies thematisiert sie bei fast jedem Gespräch. Konstruktive kritische Rückmeldungen an sie brauchen viel Zeit und müssen genau mit ihr besprochen werden, da bei ihr sofort Ängste auftauchen, nicht zu

³ Die Fallbeispiele wurden ausführlich mit den Mitarbeiter/-innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes Stuttgart Süd/Mitte/Nord diskutiert mit weiteren wertvollen und wichtigen Anregungen für den gesamten Beitrag.

genügen. Fr. K. wäre sehr leicht zu manipulieren, da sie alles tun würde, es „recht“ zu machen.

Aus diesem positiv verlaufenden Fallbeispiel geht aber auch hervor, dass seitens der Mitarbeiter/-innen ein hohes Maß an selbstkritischer Reflexionsfähigkeit erforderlich ist, sich nicht durch die eher ängstliche und regressive Haltung von Frau K. zu Manipulationen verführen zu lassen, sondern mit ihr immer wieder diese Situation offen zu gestalten und mit ihr darüber zu kommunizieren mit dem Ziel, dass sie ihre Position selbstbewusster und angstfreier wahrnehmen und auch behaupten kann.

3.2 Eingeschränkte Auseinandersetzung mit den Symptomen der psychischen Erkrankung

Das Handeln in dieser Kategorie bedeutet, mit Menschen zu arbeiten, denen es zeitweise oder auch über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder schwer fällt, sich so mit ihrer Lebenslage und den damit verbundenen Symptomen der psychischen Erkrankung auseinanderzusetzen, dass von einem gelingenden Alltag im Sinne weitgehend autonomen Handelns nicht mehr gesprochen werden kann. Vielmehr besteht die Einschränkung in Zeiten geringerer innerer und äußerer Austauschfähigkeit oft in Verbindung mit akuterer Symptomen der Erkrankung, die häufig mit negativen Folgen für den Alltag einhergehen: Zunehmende Isolierung und vermehrter Rückzug oder drohende Wohnungskündigung, Verlust des Arbeitsplatzes, Schulden etc. Jedoch besteht auch hier in der Regel noch ein kontinuierlicher Kontakt, bzw. eine auf Vertrauen beruhende Beziehung zu den ambulanten Sozialpsychiatrischen Hilfen.

Im Hinblick auf die Ausübung von Druck und (sogar) Macht findet das sozialpsychiatrische Handeln auf zwei Ebenen statt:

Die erste besteht darin, während „guter Phasen“ gemeinsam Früherkennung zu betreiben und festzustellen, an welchen Anzeichen sich eine beginnende Krise abzeichnet und welche Schritte dagegen unternommen werden können, um eine Eskalation zu vermeiden. Auch hier ist wieder auf die Möglichkeit und das Risiko subtiler Machtausübung wie oben schon beschrieben, hinzuweisen. Wenn dies nicht möglich ist, bzw. der Betroffene sich in einer beginnenden, akuter werdenden Krisensituation befindet, findet das professionelle Handeln auf einer sichtbaren Ebene von Machtausübung, sanftem und massiverem Druck statt, auch hier wieder mit dem Ziel, eine weitere Eskalation und damit drohende direkte und für den Betroffenen weitaus einschneidendere Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Klare, eindeutige Ansagen werden getroffen, die „Wenn dann“-Sätze beinhalten, z.B.: „Wenn es Ihnen nicht gelingt, sich an die Absprache hinsichtlich der freiwilligen Geldverwaltung zu halten, komme ich nicht umhin, einen Antrag auf eine gesetzliche Betreuung stellen zu müssen, weil ansonsten wiederum das Risiko entsteht, dass sie weiter verarmen und sich in

größerem Maße verschulden“; oder der Verweis auf zurück liegende Situationen, in denen z.B. immer wieder die Wohnungslosigkeit drohte aufgrund der Zuspitzung der Krisensituationen und ihrer Folgen. Dieses Vorgehen ist häufig zurück liegenden Erfahrungen geschuldet und der Tatsache, dass der Betroffene sich eher extrinsisch und weniger intrinsisch an Vereinbarungen hält, die mehr einseitig vorgegeben als gemeinsam getroffen werden.

Frau C. ist 46 Jahre alt, Hausfrau und lebt zusammen mit ihrem Mann in einer Mietwohnung. Sie erkrankte vor ca. 15 Jahren an einer schizophrenen Psychose, war des öfteren in stationärer Behandlung. Seit über 6 Jahren befindet sich Frau C. in Betreuung des SpDi. Während der Zeit der Betreuung und Begleitung durch den SpDi lernte sie Schritt für Schritt, wie sie mit der psychischen Erkrankung besser umgehen kann, um stationäre Behandlungen zu vermeiden und ihren Alltag gelingender zu bewältigen. Dieser Prozeß gestaltet sich jedoch unsicher und schwankend. Immer wieder gerät sie in latente Krisensituationen, die eine intensive Begleitung erfordern mit klaren und eindeutigen Absprachen, um die Krisen im ambulanten Rahmen bewältigen zu können.

Drei grundlegende Konflikte, die zumindest bis dato nicht zu lösen sind, bedingen aus unserer Sicht den (noch) unsicheren und brüchigen Umgang mit der psychischen Erkrankung:

- Die Beziehung zu ihren Eltern: Bei Frau C. besteht eine von ihr immer wieder beklagte Abhängigkeit von ihren Eltern.
- Die Beziehung zu ihrem Mann: Er will nichts mit ihrer psychischen Erkrankung zu tun haben und schottet sich ohne plausible Gründe gegen Gespräche ab. Frau C. meint, dass er selbst sehr sensibel sei und Ängste hätte, sich damit auseinanderzusetzen.
- Die Beziehung zum inzwischen 18-jährigen Sohn: Sie leidet unter großen Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Aus ihrer Sicht konnte sie auf Grund ihrer psychischen Erkrankung und den langen stationären Aufenthalten gerade während der Kindheit ihres Sohnes nicht die Mutter sein, die sie gerne gewesen wäre.

Diese hatten in der Vergangenheit zweifellos immer wieder ihren Anteil an der Entstehung akuter Krisensituationen, an deren Ende die Einweisung in die psychiatrische Klinik stand. In den zurückliegenden vier Jahren konnte jedoch ein Prozeß in Gang gesetzt werden, der es ihr ermöglicht, die psychische Erkrankung weitgehend als Teil ihrer selbst zu sehen und zu akzeptieren. Dazu gehört, die ersten Symptome frühzeitig zu erkennen (Schlaflosigkeit, vermehrte innere Unruhe in Verbindung mit Beziehungsideen und beginnenden akustischen Halluzinationen) und - im Unterschied zu früher - sich umgehend mit dem SpDi und/oder ihrer Ärztin in Verbindung zu setzen. In dieser Phase muss sie den inneren Druck, ihre Gefühle und Gedanken mitteilen in Verbindung mit Überlegungen, was sie dagegen tun kann. Eine leichte und zeitlich befristete Erhöhung der Medikamente führen wieder zu mehr Schlaf und innerer Ruhe. Mit

der Intensivierung der Betreuung wird die Eskalation der Krise verhindert. Dies bedeutet zwei- bis dreimalige Kontakte pro Woche im SpDi oder zuhause, wenn sie wegen der Ängste vor vielen Menschen das Haus nicht verlassen kann, sowie tägliche Telefonkontakte. Nach drei bis vier Wochen geht es Frau C. wieder so weit gut, dass sie ihren üblichen Alltagsangelegenheiten nachgehen kann.

Wie ist es nun gelungen, dass sich Frau C. im Unterschied zu früher in einer beginnenden Krisensituation bewusster und konstruktiver im Sinne der Problembewältigung verhalten kann? Nach einer geraumen Zeit des Kontaktes mit dem SpDi sagte sie vereinbarte Termine mit der Begründung ab, dass es ihr gut ginge oder etwas anderes vorhätte. Vorsichtig bestand ich mit sanftem Druck auf dem Termin aufgrund der Vermutung, dass es ihr schlechter ging. Über das Angebot zu ihr nach Hause zu kommen, konnte ich feststellen, dass es ihr in der Tat schlechter ging und sie Hilfe benötigte. Sie erlebte, wie durch die oben beschriebene Intervention zum ersten Mal zu Beginn einer Krise eine stationäre Behandlung vermieden und ambulant aufgefangen werden konnte. Dies bewirkte in ihr eine langsame Veränderung ihrer Haltung und ihres Verhaltens. Sie erklärte sich mit intensiveren Kontakten, Gesprächen und unmittelbarem Handeln einverstanden, sah deren Notwendigkeit ein und hielt sich an die getroffenen Absprachen. Sie akzeptierte Hausbesuche in Verbindung mit entlastenden und Angst lösenden Gesprächen und Beratungen: Schuldgefühle ihrem Sohn gegenüber, Ärger und Wut gegenüber ihrem Mann und ihren Eltern, moralische Bedenken und Selbstvorwürfe wegen ihrer sexuellen Bedürfnisse in Verbindung mit imperativen Stimmen. Gleichzeitig stimmte sie einer intensiveren Kooperation mit ihrer Nervenärztin zu, ebenso häufigeren Kontakten mit dem SpDi und einer zeitlich befristeten Erhöhung der Medikamente. Die Erfahrung, dass mit diesem Vorgehen die Krise nicht eskalierte, der Leidensdruck geringer wurde und vor allem die Situation ohne stationäre Behandlung bewältigt werden konnte, bestärkte sie für die Zukunft, sich unmittelbar an uns zu wenden. In den zurückliegenden vier Jahren konnten vier beginnende, akuter werdende Krisensituationen auf diese Weise bearbeitet werden.

Sobald die Krisensituation überwunden ist, reduziert Frau C. von sich aus wieder die Kontakte und möchte danach nur ungern über die zurückliegende Phase sprechen, obwohl eine vorsichtig durchgeführte Verarbeitung sicher wirkungsvoll wäre. Gleichwohl gelingt mit zunehmendem Vertrauen sukzessive eine intensivere Bearbeitung ihrer Gefühle und Ängste, die sie mit sich herumträgt und bislang noch niemandem mitgeteilt hat. In gesundheitlich guten Phasen findet ca. einmal im Monat ein Gesprächskontakt statt. Er dient dazu, die Befindlichkeit von Frau C. und aktuelle Alltagsangelegenheiten zu besprechen, aber auch, um den Kontakt aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren. Die Absage von Terminen wird differenziert und ohne Umschweife mit ihr geklärt. Sie traut sich selbst noch nicht ganz und ist deshalb damit einverstanden, dass regelmäßige Kontakte stattfinden und ich auch meinerseits nachfrage, wenn der Eindruck entsteht, dass ihr Zustand sich wieder verschlechtert. Eine Betreu-

ungsbeziehung, in der sie sich nur dann an uns wendet, wenn der Bedarf entsteht und sonst keine regelmäßigen Termine vereinbart werden, wäre augenblicklich zu riskant und noch nicht zu verantworten. Sie wird aber möglich, wenn das jetzt erreichte Niveau der Auseinandersetzung mit der Erkrankung über eine längere Zeit hinweg aufrechterhalten werden kann.

Die Früherkennung der ersten Symptome und die Intensivierung der Intervention sind mit ihr abgesprochen und haben sich eingespielt, ohne dass wir allzu sicher sein können. Deshalb ist ein kontinuierlicher Kontakt auf zeitlich reduziertem Niveau erforderlich. Dieser Kontakt beinhaltet die Ausübung von sanftem bis eindeutigerem Druck, indem auf dem Kontakt insistiert und gleichzeitig aufgezeigt wird, welche Konsequenzen sich durch den Abbruch des Kontaktes ergeben können. Die Erfahrung der möglich gewordenen ambulanten Bewältigung erleichtert ihr die Annahme dieser Vorgehensweise. Zudem will sie eine stationäre Behandlung unbedingt vermeiden.

3.3 Fragile Kontakte und Beziehungen

In dieser Kategorie schränkt der Betroffene realitätsorientierte Kontakte mehr und mehr ein und lebt vermehrt in „seiner Welt“. Dialogisches Handeln, Absprachefähigkeit und Zugänglichkeit lassen nach. Kommunikatives Handeln im Sinne des wechselseitigen Austauschs gerät mehr und mehr in den Hintergrund. Sozialpsychiatrisches Handeln bedeutet hier Arbeit mit eindeutigem (sanftem und direktem) Druck, um real wie symbolisch, den „Fuß in der Tür zu halten“. Trotz aller Bemühungen um dialogisches, kommunikatives Handeln, welches auf demokratische und verständnisorientierte Wechselseitigkeit angelegt ist, treten eindeutige „Wenn Dann Sätze“ in den Vordergrund der Kommunikation unter der Voraussetzung, immer offen und klar mit dem Betroffenen zu kommunizieren. Es wird geprüft, ob das Amt für öffentliche Ordnung eingeschaltet werden muss zur Abklärung einer eventuell vorliegenden Selbst- oder Fremdgefährdung. Dies geschieht häufig in Verbindung mit der Abwägung der Erwartungen der unmittelbaren Umgebung an die sozialpsychiatrisch Tätigen, dass sich an der Situation zwingend und schnell etwas ändern müsse. Beide Lebenslagen, die der Umgebung und des Betroffenen müssen ins Blickfeld genommen und abgewogen werden unter gleichzeitiger Herstellung von Klarheit, was die jeweilige Aufgabe und Rolle der Mitarbeiter/-innen der Sozialpsychiatrischen Hilfen ist. Oft bewegt sich der Prozess gerade noch unterhalb akuter Selbst- und Fremdgefährdung, d.h. Zwangsmaßnahmen sind noch nicht möglich, aber es genügt auch nicht, sich in der Hoffnung, dass schon nichts passieren wird, aus der Situation zurück zu ziehen.

Wie das folgende Beispiel zeigt, muss die Situation gemeinsam immer wieder und vor allem regelmäßig mit möglichst allen Bezugspersonen aktualisiert und neu eingeschätzt und bewertet werden, ob sie sich verändert hat oder gleichge-

blieben ist, wie das Verhalten in der Auslotung von Nähe und Distanz zu gestalten ist, wer noch Kontakt und Vertrauen zum Betroffenen hat, wie weitere Entspannung und Beruhigung erreicht werden kann.

Mit dieser flexiblen, aber eindeutigen und „vorsichtig“, aber „bestimmt dranbleibenden Haltung“ soll der Kontakt aufrecht erhalten bleiben und damit auch Gewalt und Zwang auf beiden Seiten verringert bzw. eine weitere Eskalation verhindert werden.

Frau D. ist 47 Jahre alt, geschieden, lebt allein in einer Mietwohnung von Erwerbsunfähigkeitsrente und aufstockender Sozialhilfe. Von Beruf ist sie Erzieherin. Den Prozeß des Ausstiegs aus dem Berufsleben hin zur Frühberentung in den letzten vier Jahren erlebte sie sehr schmerzhaft. Vor ca. 13 Jahren erkrankte Frau D. an einer schizoaffektiven Psychose und befand sich des öfteren in stationärer Behandlung, davon dreimal zwangsweise.

Immer noch gestaltet sich ihre Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung virulent und lebhaft. Auf der einen Seite wehrt sie sich dagegen, lehnt sie ab und lehnt sich dagegen auf. Dies ist teilweise auch verbunden mit einem Protestverhalten gegen einseitige Normalisierung. Sie fragt sich, warum gerade sie an der für sie schmerzhaften und kaum zu akzeptierenden Psychose erkrankt ist. Sie beschreibt Lebensgefühle und Antriebssteigerungen, die sie nur in einer psychotischen Phase wahrnimmt. Andererseits gibt es Phasen, in denen sie die Erkrankung akzeptiert und nach Abklingen einer psychotischen Krise depressive Stimmungen durchlebt. Dies geschieht u.a. auch deshalb, weil sie sich ihrer Handlungen und Aktivitäten während der Psychose teilweise schämt. In ruhigen Phasen äußert sie klar, keine weiteren Psychosen mehr erleiden zu wollen. Die unterschiedlichen Gefühlswelten und Wahrnehmungen, die für sie sehr ambivalent sind, können nicht einfach durch eine sozialpsychiatrische Behandlung und Begleitung aufgelöst und verändert werden. Die Psychose beinhaltet Anteile, die für sie zumindest zeitweise lebenswert sind im Unterschied zu manchen sogenannten normalen Phasen.

Die Arbeit des SpDis besteht darin, mit Frau D. auszuhandeln und zu verhandeln, welcher Zustand nach der einen wie nach der anderen Seite hin für sie und ihre Umgebung noch erträglich und lebenswert ist. In gesundheitlich guten Phasen, das sind aus unserer Sicht Zeiten, in denen sehr kooperativ und „vernünftig“ mit ihr zu verhandeln ist, kann diese Ambivalenz ohne weiteres mit ihr thematisiert werden. Frau D. versucht dann, mit unserer Hilfe und der Unterstützung ihres Nervenarztes mit der Ambivalenz leben zu lernen.

Krisensituationen entstehen und spitzen sich dann bei ihr zu, wenn zur Ambivalenz als grundlegende Verunsicherung zusätzliche Belastungen oder neue Situationen hinzutreten, z.B. Schulden, hohe Anforderungen am Arbeitsplatz, Ärger mit dem Vermieter, aber auch, wenn sie sich neu verliebt. Da sie sich gleichzeitig in solchen Phasen gesund fühlt, beginnt sie nach und nach die ohnehin auf eine Minimaldosis reduzierten Neuroleptika wegzulassen. Dadurch kann sich innerhalb eines Monats eine akute psychotische Krise aufbauen.

Introspektions- und Reflexionsfähigkeit, die in guten Phasen vorhanden und zur Alltagsbewältigung zu nutzen sind, reichen in der Übergangszeit nicht mehr aus. Ihre sich verändernden Gefühle setzen sich mehr und mehr durch, es sei denn, dass es gelingt, sie noch in einem relativ frühen Stadium zu erreichen und „wieder zurückzuholen“:

In den vergangenen zwei Jahren konnten zwei schon relativ heftige Krisen gerade noch ambulant bewältigt werden. Aufgrund ausbleibender Mietzahlungen strengte der Vermieter eine Kündigung mit Räumungsklage an, unterstützt durch Mitteilungen der Mitbewohner im Haus. Frau D. wäre nachts sehr laut und reagiere äußerst unfreundlich bis aggressiv, wenn sie darauf angesprochen werde. Da eine ähnliche Situation schon einmal gegeben war, mußte die Haltung und die Reaktion des SpDis genau überlegt werden. Wir wollten ihr einerseits keine weitere Legitimation dafür verschaffen, sich unter dem Vorzeichen der psychischen Erkrankung in äußerst prekäre Situationen zu bringen, die wiederum von psychiatrischen Einrichtungen wie dem SpDi anschließend auszuräumen waren. Frau D. hatte die Betreuung durch den SpDi seit Beginn der Krise trotz mehrfacher Interventionen unsererseits abgebrochen. Gleichzeitig wußten wir und sie, dass sie sich in früheren Zeiten des öfteren in ähnliche Situationen gebracht hatte und wir eine gewisse Selbstverantwortung ihrerseits annehmen und voraussetzen konnten. Andererseits drohte Wohnungslosigkeit, deren Vermeidung zu einer wichtigen Aufgabe und Funktion des SpDis gehört.

Unser Handeln war bestimmt von der Verantwortung ihr, dem Vermieter und den Mitbewohnern gegenüber. Diese hatten in der Vergangenheit einiges zu ertragen und konnten deswegen nicht allein gelassen werden. Vor diesem Hintergrund entschieden wir, wieder initiativ zu werden, nachdem wir über den Vermieter und das Amt für öffentliche Ordnung die geschilderten Informationen erhielten.

Wir teilten diesen Sachverhalt Frau D. schriftlich mit. Aufgrund der Vorerfahrungen und der oben beschriebenen Situation knüpften wir an unsere Intervention folgende unmissverständliche Voraussetzung: Wenn sie wollte, dass wir ihr bei der Verhinderung der Wohnungslosigkeit behilflich sein sollten und sie weiterhin in ihrer Wohnung leben wollte, mußte sie sich wieder in nervenärztliche Behandlung begeben und gegen ihre zunehmenden psychotischen Symptome Neuroleptika einnehmen. Diese Entscheidung trafen wir nach längerer Diskussion in der Fallbesprechung des Teams. Die Kompensation der Mietschulden und die Verhandlungen mit dem Vermieter, Frau D. noch eine letzte Chance einzuräumen, um damit der drohenden Räumung entgegenzusteuern, machten nur dann einen Sinn, wenn sie bereit war, wieder in die sie umgebende Realität zurückzukehren und nicht weiter in ihre eigene psychotische Welt abzugleiten.

Frau D. ließ sich ohne Diskussion auf unseren Vorschlag ein. Sie konnte trotz der zunehmenden psychotischen Krise noch so weit realitätsbezogen denken und handeln, dass ihr der Erhalt der Wohnung von zentraler Bedeutung war. Eine intensive Begleitung mit fast täglichen Kontakten war notwendig. Diese

ermöglichte in einem Zeitraum von ca. vier Wochen die Bewältigung der gesamten Krisensituation. Der Aufwand konnte nur mit Unterstützung eines erfahrenen Praktikanten, dessen Einsatz eng mit der betreuenden Fachkraft abgestimmt war, erbracht werden. Die Arbeit bestand im wesentlichen in Verhandlungen und Gesprächen mit ihr, dem Vermieter, dem Sozialamt und in der engen Kooperation mit dem Nervenarzt. Die Unterstützung umfaßte auch die Kontrolle der Medikamente und die Einhaltung der vereinbarten Termine. Bei allen notwendigen Schritten galt es immer wieder abzuklären, was Frau D. wieder selbständig tun konnte, was sie mit uns und was wir noch ohne sie in ihrem Auftrag zu tun hatten.

Seither kommt Frau D. mit ihrer Erkrankung einigermaßen zurecht. Jedoch besteht aufgrund der bislang nicht aufzulösenden Ambivalenz weiterhin das Risiko und die Unsicherheit, dass sie sich unter bestimmten Rahmenbedingungen wieder in eine Krise hineinmanövriert (manövrieren will?). Aus diesem Grund vereinbaren wir zur Abklärung aktueller Vorkommnisse und zu ihrem Umgang mit der Erkrankung monatlich mindestens einen Termin.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass

- der Umgang und das Leben lernen mit der beschriebenen Ambivalenz,
- deren vorsichtige und schrittweise Bearbeitung mit dem Ziel, mehr Stabilität und Ruhe in ihren Alltag zu bringen, und
- gleichzeitig ein bestimmtes, mit ihr kommuniziertes Maß an Kontrolle unter Ausübung von subtilem und offenem Druck
- sowie klare und eindeutige Bedingungen für die Betreuung zur Vermeidung einer weiteren individuellen und sozialen Verrandständigkeit

die Haltung und die Handlungsweise des Sozialpsychiatrischen Dienstes bestimmen. Damit konnte mit „der wechselnden Einsicht“ von Frau D. eine ambulante Bewältigung der Krisensituationen erreicht werden.

3.4 Abbruch und Ablehnung des Kontaktes und (drohende) Zwangsmaßnahmen

In zugespitzten Situationen kommt es nicht selten zu einem zumindest zeitweiligen Abbruch des Kontaktes. Mit Sicherheit steht der Kontakt mit dem Betroffenen auf tönernen Füßen und muss immer wieder neu oder wenigstens wieder eine etwas sicherere Basis hergestellt werden.

Wenn die bisherigen Erfahrungen und/oder in Verbindung mit Informationen aus der direkten Umgebung auf akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung schließen lassen, müssen (vor allem auch zum Schutz der Mitarbeiter/-innen) folgende Handlungsregeln beachtet werden: Hausbesuche müssen zu zweit durchgeführt werden. Es ist darauf zu achten, dass der Betroffene die Tür nicht abschließt und im Notfall der „Fluchtweg“ offen steht. Bei weiterer Eskalation (akut drohende tätliche Übergriffe) ist der Rückzug anzutreten, darauf zu ach-

ten, dass niemand mehr in der Wohnung ist und gleichzeitig die Polizei eingeschaltet wird.⁴ In derart zugespitzten Situationen wird dann eine zwangsweise Unterbringung nicht zu umgehen sein. Auch hier haben die o.g. Handlungsmaximen mit der dahinterstehenden Haltung unverändert Gültigkeit. Wenn dies auch nicht so scheint, Kontinuität und dabeibleiben festigen dennoch langfristig den Kontakt mit dem Betroffenen. Nur in ganz wenigen Ausnahmefällen ist der Kontakt mit dem Betroffenen nach einer Zwangsunterbringung abgebrochen, die von den sozialpsychiatrischen Hilfen beantragt und auch begleitet wurden. Schnelle und offene Erläuterung und Aufarbeitung der Gründe für das Handeln, noch während der stationären Behandlung, treffen bei den Betroffenen häufig auf Nachvollziehbarkeit und Verständnis verbunden mit dem Ziel, Wege zu erarbeiten, die eine erneute Zuspitzung der Krise verhindern können.

Herr D. ist 45 Jahre alt, lebt von Sozialhilfe, hat weder einen Beruf erlernt noch über einen längeren Zeitraum hinweg gearbeitet. Dies hängt damit zusammen, dass er schon sehr früh an einer schizophrenen Psychose in Verbindung mit Suchtproblemen erkrankte. Insgesamt befand er sich schon 33 mal in der psychiatrischen Klinik mit einer kumulierten Behandlungsdauer von über 6 Jahren. In den letzten beiden Jahren war er fast nur noch in der Klinik untergebracht. Davor gab es einige ernsthafte Versuche in Wohngemeinschaften, die allerdings immer wieder wegen Gewalttätigkeiten gegenüber MitbewohnerInnen und MitarbeiterInnen scheiterten. Zwischenzeitlich war er über Monate hinweg in einem geschlossenen Wohnheim in Stuttgart nach § 1906 BGB untergebracht. Immer wieder waren Aufenthalte in der Klinik erforderlich, während er sich zunehmend weigerte, in das Heim zurück zu kehren.

Die Situation von Herrn D. kennzeichnet sich durch ein zentrales Problem. Das Leben draußen bringt er immer in Verbindung mit dem Zustand, gesund zu sein. Medizinisch-psychiatrische Behandlung lehnt er ab und akzeptiert höchstens eine Betreuung und Begleitung „an der langen Leine“ durch den SpD oder durch die Kolleg/-innen des Betreuten Wohnens. Er will frei sein von Bevormundungen und der Psychiatrie. In der Klinik fühlt er sich zwar auch nicht krank, äußert körperliche Beschwerden, die er den Nebenwirkungen der Medikamente zuschreibt. Er muß die Klinik jedoch als Zwangsmittel akzeptieren. Gleichzeitig wurden Klinikaufenthalte zwischenzeitlich auch zum Ritual, das sich seit 20 Jahren immer nach ähnlichen Abläufen vollzieht. Die Lösung von Alltagsproblemen verband er seit jeher mit körperlicher Gewalt. Auseinandersetzungen mit anderen führen selbst in nicht-psychotischen Phasen zu gewalttätigen Übergriffen. Während psychotischer Phasen entwickelt sich dadurch sukzessive ein fremdgefährdendes Verhalten, welches in Verbindung mit den Stimmen und den Verfolgungsideen unvorhersehbar wird. Bislang entging er der forensischen Psychiatrie. Bisher wurde Herr D. nie wegen seiner tät-

⁴ Detailliertere Informationen zu Gewalt und Zwang deeskalierender Haltung und den daraus folgenden Handlungsweisen siehe. Rupp 1996

lichen Übergriffe angezeigt. So konnte eine Unterbringung in der forensischen Psychiatrie nicht verfügt und auch nicht mit der entsprechenden Auflage ausgesetzt werden. Dies ist insofern kritisch zu diskutieren bis unverständlich, weil ihm dadurch sämtliche Verantwortung für sein Verhalten entzogen wird und er eine krankheitsbedingte „Narrenfreiheit genießt“, ohne zur Verantwortung gezogen zu werden. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass die gewalttätigen Übergriffe schon einige Jahre zurück liegen. Zwischenzeitlich hat sich hier eine Haltungsänderung in der Sozialpsychiatrie vollzogen: Androhungen von Gewalt oder gar tätliche Übergriffe werden zur Anzeige gebracht, um dem betroffenen Menschen zu vermitteln, dass wir ihn dadurch ernst nehmen und ihn als verantwortliches Subjekt seiner Handlungen betrachten, wenn die auch immer mal wieder durch die Erkrankung eingeschränkt sein kann.

Der Umgang mit ihm kennzeichnet und bestimmt sich seit Jahren durch einen bislang nicht aufzulösenden Widerspruch: Auf der einen Seite konnte kein befriedigender Weg mit Herrn D. gefunden werden, um ein Leben draußen zu ermöglichen, wenn auch auf minimalem Niveau. Seine vehement ablehnende Haltung gegenüber der psychischen Erkrankung ist bisher unbeeinflussbar und führte zu gefährlichen Situationen, die ein Leben außerhalb stationärer Einrichtungen kaum verantwortbar erscheinen ließen. Die Gründe dafür liegen in seiner Person in Verbindung mit kognitiven, intellektuellen und sozialen Einschränkungen. Diese haben bisher ein auf Einsicht basierendes pädagogisch - therapeutisches Vorgehen verhindert. Diese Beobachtung rechtfertigt aber nicht, dass die professionellen Dienste „die Hände in den Schoß legen können“. Im Gegenteil. Wir wissen, dass sich sein Verhalten im Kontext entwickelt und auch darin verändert, also abhängt von seiner Beziehung zur Umgebung und umgekehrt. Dies bedeutet, dass sich nur innerhalb dieser Bedingungen - wenn auch momentan schwer vorstellbar - Veränderungen vollziehen können.

Auf der anderen Seite fehlt bisher eine rechtliche Auflage für den Fall, wenn alle anderen Instrumente ausgeschöpft sind und nur noch eine geschlossene Unterbringung als Alternative ansteht. Diese Auflage könnte eine sozialpsychiatrische Betreuung und Begleitung in Verbindung mit medikamentöser Behandlung beinhalten, wodurch die Chancen für ein Leben im Gemeinwesen deutlich sicherer wären, was Herr D. unbedingt will. Gleichzeitig müsste er sich zu seinem eigenen Schutz und zum Schutz der Umgebung einer Behandlung und Betreuung unterziehen, was er wiederum nicht will. Allerdings besteht zu einer solchen Konstruktion keine Alternative.

Aktuell zeichnet sich ein Weg in diese Richtung ab. Das momentan gültige psychiatrische Gutachten legt eine längere geschlossene Unterbringung nahe. Mit seinem rechtlichen Betreuer, der psychiatrischen Klinik und ihm arbeiten wir derzeit an einer Vereinbarung, welche aufgrund des bestehenden Gutachtens wie oben beschrieben umgesetzt werden könnte: Aussetzung der geschlossenen Unterbringung mit entsprechender rechtlicher Auflage und Inanspruchnahme offener Hilfen. Sobald eine Wohnung über das Amt für Wohnungswe-

sen zur Verfügung gestellt wird, kann mit diesem Weg begonnen werden, ihn mit täglicher Medikamentenkontrolle durch den SpDi und den psychiatrischen Pflegedienst zu betreuen. Aufgrund der Vorerfahrungen und der unveränderten Haltung von Herrn D. gegenüber seiner Erkrankung ist eine gewisse Skepsis berechtigt. Herr D. wird sich draußen wieder gesund und frei fühlen, Marihuana rauchen und versuchen, seine Interessen mit körperlicher Gewalt durchzusetzen. Und trotzdem gibt es keine Alternative zu diesem Vorgehen auf der Basis der beschriebenen rechtlichen Auflage. Die Unterbringung nach § 1906 BGB kann unter den geschilderten Bedingungen aufgehoben werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Herr D. einen eigenen Weg eingeschlagen hat, der ohne die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen unter Anwendung von Gewalt und Zwang bisher kaum zu beeinflussen war. Es scheint Schritt für Schritt, nach und nach, zu gelingen, die Form seines Strebens nach Freiheit und eigenständigem Leben in Verbindung zu bringen mit einer Auseinandersetzung um seine psychische Erkrankung. Dies ist aber erforderlich, damit er auch nur annähernd Kompetenzen erwerben kann, die ein Zurechtkommen im Alltag ermöglichen.

Die krankheitsbedingten Risiken und Gefahren werden gleichrangig behandelt wie sein Recht auf Freiheit und Eigenständigkeit. D.h. der Schutz für ihn und seine Umgebung stehen auf der gleichen Stufe wie sein Recht auf ein Leben im Gemeinwesen. Dazu gehört auch die sukzessive Rückgabe der Verantwortung an ihn. Ihm muss immer wieder unmissverständlich verdeutlicht werden, dass gewalttätige Übergriffe zu Anzeigen führen und somit keine „krankheitsbedingte Freisprechung“ geduldet wird. Dahinter steht die Auffassung, dass er in seinem Handeln ernst- und wahrgenommen und nicht per se als schuldunfähig eingestuft wird.

4 Arbeit zwischen Polen – In der Spannung (der Dialektik) von Hilfe und Kontrolle

Sozialpsychiatrisches Handeln würde seine Möglichkeiten reduzieren und gleichzeitig riskieren, auszugrenzen oder weniger zur Vermeidung von Gewalt und Zwang beizutragen, wenn sie nicht in Alternativen denkt und handelt, d.h. auch immer zwischen zwei gegenüberliegenden Polen tätig wird. Arbeit in und mit Gegensätzen findet nicht nur bei unterschiedlichen Personen statt, sondern zeitlich in unterschiedlichen Phasen und unterschiedlichen Befindlichkeitssituationen auch bei ein und derselben Person. So werden z. B. in akuten Krisensituation nicht selten Autonomie und Eigenverantwortung eingeschränkt und begrenzt, um nach Abklingen der Krise wieder zu mehr Autonomie und Eigenverantwortung zurückzukehren. Wesentlich ist jedoch, dass diese Arbeit in und mit Gegensätzen, mit Alternativen, dialektisch zu denken und zu handeln nicht

willkürlich und hinter dem Rücken der Betroffenen erfolgt, sondern mit ihnen transparent, offen und eindeutig verhandelt und bestimmt wird.

Mit dieser flexiblen, geschmeidigen, im positiven Sinne an die Situation angepassten Herangehensweise kann die Perspektive kontinuierlich realisiert werden, Zwang und Gewalt als ultima ratio durch die Ordnungsbehörden und die Polizei mittels einer präventiven Arbeit durch die Sozialpsychiatrischen Hilfen kontinuierlich zu reduzieren. Dies gilt sowohl für die Mitarbeiter/-innen und das psychiatrische Versorgungssystem in Form von struktureller Gewalt als auch für die Vermeidung von Gewalt seitens der Betroffenen.

Zur konkreten Illustration werden einige dieser Gegensätze benannt, innerhalb der die Arbeit sozialpsychiatrischer Hilfen verwirklicht wird:

- Hilfe und Kontrolle: die übergreifende, grundlegende und gleichzeitig unauflösbare Dialektik sozialpsychiatrischen Handelns
- Recht auf Erkrankung aber auch Recht auf Hilfe und Unterstützung
- Recht auf Eigensinn und persönlichem Lebensentwurf, aber auch Recht auf Begrenzung und Einschränkung, wenn Verelendung und Obdachlosigkeit drohen
- Recht auf Verwahrlosung, aber auch Recht auf Fürsorge
- Recht auf eigenverantwortliches Handeln, aber auch zumindest zeitweiliger Entzug der Verantwortung bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung
- Dort beginnen, wo der Klient steht, was ihn in den gegebenen Verhältnissen unterstützt, aber auch für ihn Entscheidungen treffen, falls er krankheitsbedingt überfordert ist
- Sich der Lebenswelt aussetzen, sich darauf einlassen, aber auch notwendigerweise in reflexive Distanz gehen, provozieren, verfremden und gleichzeitig (unter-) stützen
- Die Gegenseitigkeit wahren mit dem Ziel, „auf gleicher Augenhöhe“ zu verhandeln unter gegenseitiger Achtung und gegenseitigem Respekt, aber auch in kritischen Situationen Verantwortung übernehmen (behandeln) und dabei immer wieder das Verhältnis von Nähe und Distanz ausloten
- Mit Fantasie und Kreativität an die Aufgaben herangehen, in schwierigen Situationen zu vermitteln und Kompromisse auszuhandeln, offen und umfassend zu handeln, aber auch zu strukturieren, durchzuhalten, Geduld walten zu lassen, zu planen, zu organisieren und zu managen
- Einerseits sozialanwaltliche Tätigkeiten und alltagspraktische Hilfen zur (Wieder-)herstellung der materiellen Existenzgrundlage umsetzen. Andererseits gilt es aber gleichzeitig, darin eine realistische, an bestehenden gesellschaftlichen Normen und Konventionen ausgerichtete Vorgehensweise im Umgang mit materiellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zu schaffen
- Auf der einen Seite die Orientierung am Subjekt in seiner Lebenswelt; auf der anderen Seite aber auch kritische Solidarität zeigen, d.h. keine einseitige Parteinahme (z.B. klare Anerkennung der Bedürfnisse der Umgebung) oder

die ruhige und sachliche Vermittlung einer anderen Wahrnehmung und Haltung

- Flexibilität, Offenheit und Ressourcenorientierung, aber auch die realitätsbezogene Umsetzung kleiner Schritte unter Berücksichtigung von Defiziten.

5 Schlussbemerkung

Es gibt keinen Königsweg, kein allgemeingültiges Rezept, um Gewalt und Zwang sowohl seitens des psychiatrischen Versorgungssystems als auch durch psychisch kranke Menschen selbst zu reduzieren. Eine Psychiatrie ohne Gewalt und Zwang bleibt unverändert eine anzustrebende Utopie. Jedoch sind die Gestaltung und die Perspektiven der Psychiatrie untrennbar mit der Entwicklung der gesellschaftlichen Verhältnisse verbunden und dies bezieht sich notwendigerweise auch auf die Verringerung von Gewalt und Zwang in der Gesellschaft.

Wichtig auf diesem Weg ist u.a. der Umgang mit der Öffentlichkeit. Es kommt darauf an, ein sachliches, realistisches Bild zu vermitteln, um dadurch gleichzeitig zu entstigmatisieren. Viele Studien belegen, dass psychisch kranke Menschen nicht gewalttätiger sind als alle anderen Menschen auch. Zweifellos gibt es Risikosituationen und -gruppen, die nicht ausgeblendet werden dürfen (Steinert 2008).

Aber es ist zwischenzeitlich auch anerkannter Standard in der Fachöffentlichkeit, dass kritische, zur Eskalation von Gewalt und Zwang neigende Situationen vermieden, zumindest jedoch verringert werden können, wenn die erforderlichen Ressourcen mit der entsprechenden sozialpsychiatrischen Haltung vorhanden sind und weiter ausgebaut werden.

Vor allem: Ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin oder eine Einrichtung schafft es nicht allein. Nur die vertrauensvolle Zusammenarbeit und die gemeinsam übernommene und getragene Verantwortung im Gemeindepsychiatrischen Verbund führen zu einer weiteren Verbesserung der regionalen Versorgungsverpflichtung und damit auch zu einer kontinuierlichen Verringerung von Gewalt und Zwang.

Eine gewaltfreie Psychiatrie, d.h. ein vorrangig ambulant und gut ausgebautes, dezentralisiertes Netz an Hilfen bedeutet schließlich weniger Gewalt seitens der Sozialpsychiatrischen Hilfen selbst und der Betroffenen. Dieser wechselseitige Zusammenhang sollte vor allem der Öffentlichkeit und der Politik immer wieder vor Augen geführt werden gegen eine Haltung oder Stimmung, die Gewalt und Zwang als unabdingbar und unveränderbar erscheinen lassen sowohl hinsichtlich der Erkrankung als auch hinsichtlich der strukturellen Gewalt des Versorgungssystems. Der überwiegende Teil der Verhältnisse zwischen und unter Menschen wird von Menschen gemacht und kann auch wieder nur von Menschen verändert werden.