

Täter, Opfer, Helfer

Ein Gespräch von **Bettina Jahnke** mit dem Krankenpfleger **Axel Kramer** über Gewalterfahrungen in der Psychiatrie

Bettina Jahnke: Herr Kramer, der Impuls zu unserem Treffen ging von Ihnen aus. Warum?

Axel Kramer: Wir reden derzeit viel über Gewalt, die Patienten in der Psychiatrie widerfährt. Wir führen in den Pflegewissenschaftlichen Diskussionen über das subjektive Erleben von Patienten in der Fixierung. Zu Recht. Meiner Ansicht nach verdient auch das subjektive Erleben von Gewalt auf Mitarbeiterseite Aufmerksamkeit.

Bettina Jahnke: Sie sprachen das Thema Fixierung an. Unstrittig liegt hier das Machtmonopol aufseiten des Systems, wobei eine Rollendiffusion charakteristisch ist. Wenn ein Patient krankheitsbedingt zum Angreifer mutiert, sieht er sich schnell einer massiven Übermacht von Helfern gegenüber. In der Regel wird er überwältigt und fühlt sich am Ende als Opfer. Häufig zieht dies einen massiven Vertrauensverlust nach sich und der Patient identifiziert die Helfer fortan als Täter.

Axel Kramer: Für mich sind die Rollenzuschreibungen Täter, Opfer, Helfer in der Praxis nicht trennscharf. Ich würde sogar so weit gehen zu behaupten, dass jeder von uns Anteile der drei genannten Rollen in sich trägt. In Konfliktsituationen wird dies spür- und auch sichtbar.

Bettina Jahnke: In welcher Form?

Axel Kramer: In Form von Spannungen. Wenn ich meine Berufserfahrungen bis Anfang 2005 rekapituliere, sind Helfer- und Täterrolle häufig vermischt. Wie oft hieß es da von Mitarbeiterseite: »Bitte nehmen Sie die Medikamente, damit es ihnen besser geht. Sie wissen doch genau, was passiert, wenn sie die Medikamente nicht nehmen. Dann werden sie erst gegurtet und dann gespritzt.«

Bettina Jahnke: Das ist sicher keine vertrauensbildende Maßnahme, sondern Gewalt – vorerst in Form einer verbalen Macht demonstration. Haben Sie Ihr eigenes Verhalten damals kritisch reflektiert?

Axel Kramer: Kritisch ja, allerdings mehr unbewusst als bewusst. Einerseits sagte ich mir: Ich bin nun einmal Teil eines Systems, in dem diese Spielregeln gelten. Mich machte mein Tun erst nachdenklich, dann bereitete es mir Gewissensbisse.

Bettina Jahnke: Die sich wie äußerten?

Axel Kramer: Körperliches Unwohlsein, Magenbeschwerden, Grübeln.

Bettina Jahnke: Was sind nun Situationen, in denen Sie selbst in der Psychiatrie Gewalt erfahren haben?

Axel Kramer: Zwei Beispiele dazu: In der ersten Situation befreit sich ein junger Mann, akut psychotisch und fremdaggressiv, aus der Fixierung. Zusammen mit Kollegen bin ich bemüht, die Fünf-Punkt-Fixierung wiederherzustellen. Der Mann beißt sich daraufhin in meinen Unterarm fest.

In der zweiten Station sitze ich mit einer Kollegin im Stationsgarten, als sie plötzlich neben mich starrt und ruft: »Vorsicht, der hat ein Messer!« Ein schwer führbarer Patient attackiert mich hinterrücks. Nach späteren Aussagen gegenüber einem Kollegen tat er dies in klarer Tötungsabsicht.

Bettina Jahnke: Wie gingen die beiden Geschichten aus?

Axel Kramer: In der ersten Fallschilderung habe ich impulsiv reagiert und dem Patienten einen Schlag verpasst. Eine erfahrene Kollegin guckte mich daraufhin streng an und sagte nur: Raus! Anschließend rekapitulierten wir gemeinsam den Vorfall. Die Kollegin entlastete mich mit den Worten: »Das war eine in dieser extremen Situation nachvollziehbare Reaktion.« Direkt am nächsten Morgen begab ich mich zum Chefarzt sowie zur Pflegedirektorin, um ihnen meine Affekthandlung zu berichten. Sie dankten sich für meine Ehrlichkeit.

Der Gesundheitszustand des Patienten besserte sich schnell. Er trat an mich mit den Worten heran: »Ich war nicht nett zu dir!« Darauf entgegnete ich: »Nee, aber du hast ja eine Antwort dafür bekommen. Ich war in der Situation hilflos und überfordert, sonst hätte ich dir sicher keine Ohrfeige verpasst.« Der Patient guckt mich daraufhin an: »Dich beißt ich auch nicht mehr.« Für mich war dieser Ausgang irgendwie stimmig.

Bettina Jahnke: Wie entwickelte sich der zweite Fall?

Axel Kramer: Ich überwältigte den Mann, indem ich ihn gegen eine Mauer drückte, bis mir Personal zur Hilfe kam. Die Schnittverletzung am Schulterblatt war relativ oberflächlich, aber die seelische Verwundung sitzt tief.

Bettina Jahnke: Wer leistete Ihnen in dieser Situation Beistand?

Axel Kramer: Alles in allem fühle ich mich



Kampfsport mindert Ängste – ein Schutz ist es nicht.

bis heute alleingelassen. Wichtig war für mich das Gespräch mit dem Polizeibeamten, als ich mich gegen große innere Widerstände schließlich durchringen konnte, Anzeige zu erstatten. Innere Widerstände, weil ich mir gewünscht hätte, hier würde mein Arbeitgeber aktiv. Der Beamte spiegelte mir sehr eindringlich, wie unzumutbar das Geschehene nicht nur in meinem subjektiven Erleben, sondern auch objektiv betrachtet, war.

Bettina Jahnke: Gab es am Arbeitsplatz eine Nachbesprechung, z.B. in Form einer Supervision? Und wie haben Ihre Vorgesetzten auf die Anzeige reagiert?

Axel Kramer: Supervisionen erlebe ich mehr verkopft gelenkt, anstatt emotional entlastend. Vorgesetzte nahmen die Anzeige zur Kenntnis.

Bettina Jahnke: Mit welchen Gefühlen bleiben Sie zurück?

Axel Kramer: Mit ambivalenten Gefühlen. Ich fühle mich ohnmächtig und hilflos. Der Konflikt arbeitet innerlich weiter, während die Staatsanwältin lapidar erklärt: »Herr Kramer, der Täter ist in einer höheren Sicherheitsstufe anderweitig untergebracht.



Fotos: Werner Krüper

Mehr geht nicht.« Ich fühle mich als Schutzbefehlener im Stich gelassen. Warum hat die Klinik nicht die Polizei an den Tatort gerufen und Anzeige erstattet? Ich fühle mich zugleich menschlich gereift. Immerhin habe ich den Täter in der Forensik »nur« überwältigt, ohne mich zur aktiven Gegenwehr hinreißen zu lassen.

Bettina Jahnke: Was würden Sie sich vonseiten des Systems künftig als Unterstützung wünschen?

Axel Kramer: Mehr Transparenz. Eine andere Form der Kommunikation und Räume für einen vertrauensvollen Erfahrungsaustausch mit Kollegen. Professionelle Hilfsangebote für Mitarbeiter zur Bewältigung von Gewalterfahrungen. Ergänzend würde es meiner Ansicht nach auch viel Sinn machen, den betroffenen psychiatrisch Tätigen Tools an die Hand zu geben, traumatische Gewalterfahrungen selbst zu bewältigen. Auch die Idee, dass eine mittel- bis langfristige Peer-

Begleitung durch Kolleginnen oder Kollegen aus dem eigenen Team stattfindet, finde ich sympathisch. Dies auf den Weg zu bringen, bleibt eine Managementaufgabe. Eine Hilfe zur Selbsthilfe. ■

Axel Kramer möchte anonym bleiben.

Bettina Jahnke ist psychiatrierverfahrene Journalistin. Sie hat beim Paranus-Verlag zwei Bücher herausgebracht: »Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Mit EX-IN zum Genesungsbegleiter« (2012) sowie »EX-IN-Kulturlandschaften: Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion?« (2014).

Mit sich selbst befreundet sein

Mit Gewalterfahrungen bleiben psychiatrisch Tätige oft alleine **Von Christoph Müller**

Vertraut kommt mir der Bericht von Axel Kramer vor. Seine Erfahrungen sind kein Einzelfall. Egal, zu welcher Berufsgruppe psychiatrisch Tätige gehören, Aggression und Gewalt kommen immer wieder vor. Es mag Diskussionen geben, welche Faktoren Aggressionen und Gewalt begünstigt haben. Es mag Erfahrungen geben, die die Reaktionen von Einrichtungen auf traumati-

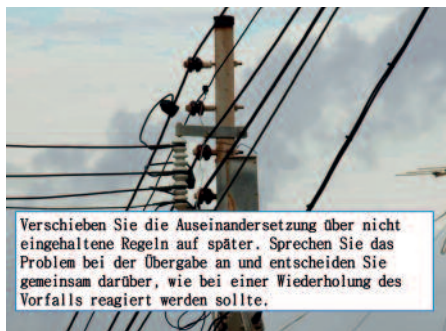
sierende Ereignisse angreifbar machen. Was dem psychiatrisch Tätigen, der ein traumatisierendes Erlebnis hinter sich hat, häufig begegnet, ist das Alleingelassensein mit seinem subjektiven Leiden.

Das erlebe ich als Mitarbeiter als Paradox: Während die Selbstbestimmung und die Subjektivität der psychiatrierverfahrenen Menschen eine zunehmende Bedeutung er-

leben, gerät das Leiden psychiatrisch Tätiger nach einem Übergriff aus dem Blick. So subjektiv das Leiden der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist, so subjektiv ist auch die Bewältigung. Dirk Richter hat das in seinem Beitrag im Praxishandbuch Aggression und Aggressionsmanagement (Huber 2012) unterstrichen: »Die Regeneration nach einem traumatisierenden Ereignis

hängt natürlich nicht nur von den Unterstützungssystemen ab, sondern auch von der Bereitschaft der Opfer, sich aktiv um eine Verbesserung des psychischen Befindens zu kümmern.« (S. 444)

Dass Strukturen in den Einrichtungen geschaffen wurden wie Deeskalationstrainings zur Prävention und Ersthelfer in Not-situationen, die kollegiale Unterstützung anbieten, ist ein Verdienst einer sich profes-



sionalisierenden Pflege sowie anderer Berufsgruppen. Arbeitgeber wie Unfallkassen sind sich einig im Denken und Handeln, dass therapeutische Begleitung einen Sinn machen kann. Die Idee, dass die Nachsorge traumatischer Ereignisse durch Peergroups geleistet wird, hat meine Sympathie.

Doch letztendlich ist der psychiatrisch Pflegende darauf angewiesen, mit sich selbst befreundet zu sein, um mit einem Buchtitel des Philosophen Wilhelm Schmid (Suhrkamp 2004) zu sprechen. In der Tradition von Michel Foucault leitet Wilhelm Schmid an, existenziell über die Fragen des Alltags nachzudenken. Über das Traurigsein schreibt er: »Die Erfahrung der Erschütterung des Lebens bis in seine Grundbestandteile hinein kann Traurigkeit verursachen: zu erfahren, dass nichts Bestand hat, dass alles vergänglich ist, dass der Boden, auf dem Menschen leben, auf Schritt und Tritt brüchig ist, dass überall Abgründe sich auf-tun. Vom Traurigsein zu sprechen soll anzeigen, dass darin nicht etwa ein defizienter oder gar pathologischer Zustand, sondern eine Art und Weise menschlichen Seins zum Vorschein kommt: ein Sein, das wohl wesentlich zur Existenz des Menschen gehört.« (S. 294)

Deshalb ermuntert der Philosoph Wilhelm Schmid, sich mit der Melancholie zu befreunden. Die gefühlswegte und reflektierte Melancholie stehe für Sensibilität, Besinnung und Selbstbesinnung. Schmid sieht in der Freundschaft mit der Melancholie ein Geschenk, »eine Atmosphäre für sich zu schaffen, sich selbst Aufmerksamkeit zu widmen.« (S. 304)

Direkt nach einer Traumatisierung im psychiatrischen Alltag haben die betroffenen Menschen dafür keinen Sinn. Allzu präsent sind die Aufregung und die Wut über das Geschehen – und der Schmerz. Was bleibt ist die Unsicherheit und die Angst der betroffenen Menschen. Seltsamerweise bleibt aber nicht nur in dem »Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe«, das 2014 Anja Kusserow und Thomas Hax-Schoppenhorst herausgegeben haben, diese Angst von psychiatrisch Pflegenden nach einem Übergriff durch Patienten unerwähnt. So stellt sich die Frage, ob die Angst psychiatrisch Tätiger ein Tabu im psychiatrischen Alltag sein könnte. Ist es verboten, über Angst im psychiatrischen Alltag nachzudenken oder gar zu reden? Beantworten mag sich jeder die Frage selbst.

Wenn Jacqueline Rixe und Kollegen nicht nur die Einübung von »Verhaltensprävention«, sondern auch von »Verhältnisprävention« zum Selbstschutz einfordern, dann kommen wir dem Überleben psychiatrisch Tätiger in ihrem alltäglichen Handlungsfeld näher. Der psychiatrisch Tätige muss ein Verhältnis zu sich selbst finden in seinem psychiatrischen Alltag. Es kann nicht nur darum gehen, therapeutisch wirken und helfen zu wollen. Es muss darum gehen, ein Selbstverständnis psychiatrischen Handelns zu entwickeln.

Es muss ein Nachdenken im Team darüber geben, wie jemand wirkt. Es muss überlegt werden, welche Dynamiken aus einem bestimmten Verhalten entstehen können. Vor allem muss es darum gehen, die eigene Verletzlichkeit zu thematisieren. Jeder psychiatrisch Tätige ist nicht nur als Helfender in seinem Aktionsfeld präsent, vielmehr muss er als Mensch spürbar sein, um sein Gegenüber begleiten zu können. Verhältnisprävention kann somit bedeuten, Weggefährtschaft auf Zeit anzuerkennen und Helferimpulse nicht bis zum Äußersten auszuleben.

Man sollte jedoch nicht nur den Angegriffenen näher betrachten. Bildet ein Übergriff vielleicht ab, was atmosphärisch auf der Station geschieht? Welche Botschaften werden mittelbar über den psychiatriee erfahrenen Menschen oder die therapeutische Gemeinschaft gesendet? Es könnte ja sein, dass der Übergriff eines psychiatriee erfahrenen Menschen unzureichende Teamdynamiken offenlegt.

Noch etwas möchte ich in den Blick nehmen: die Schuldfrage. Es gibt eine juristische Schuld, die der psychiatriee erfahrene Mensch auf sich lädt, wenn er Aggression und Ge-

walt gegenüber Mitarbeitenden in der Psychiatrie auslebt. Diese juristische Schuld haben ein Staatsanwalt und ein Richter zu bewerten. Gleichzeitig gibt es eine moralische Verantwortung, die es im psychotherapeutischen Prozess wie in der Bezugspflege zu bearbeiten gilt. Ob der Ausgang dieser Diskussion befriedigend sein mag, bleibt letztlich offen.

Recovery für psychiatrisch Tätige

Dass Übergriffe auf psychiatrische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den schrecklichsten Szenarien ihres beruflichen Alltags gehören, steht außer Diskussion. Dem ärgsten Feind mag man diese Erfahrung nicht wünschen. Ein erlebter Übergriff ist die maximale Verletzung der persönlichen Integrität. Bis auf den heutigen Tag gibt es leider noch viele Kolleginnen und Kollegen, die ein solches Verhalten einfach hinnehmen. Sie zeigen auch Körperverletzungen nicht an. Sie lassen sich weder psychotherapeutisch noch medizinisch versorgen. Sie erscheinen einen Tag später wieder an der Versorgungsfront und schweigen über das Erlebte.

Empowerment, Recovery und Adherence sind Ideen, mit denen dem Alltagsstolpern psychiatriee erfahrener Menschen begegnet werden soll. Richtigerweise wird in diesem Zusammenhang immer auch über die innere Haltung gesprochen, die psychiatrisch Tätige dafür brauchen. Es ist aber auch so, dass psychiatrisch Tätige sich in der Praxis von Empowerment, Recovery und Adherence selbst begegnen. Es kann nicht darum gehen, in der Einrichtung nur zu funktionieren. Wenn psychiatrisch Tätige im Umgang mit sich achtsam sind, können sie auch im Miteinander mit den psychiatriee erfahrenen Menschen aufmerksam sein. Wenn der psychiatrisch Tätige seinen eigenen Gefühlen in der Begegnung mit betroffenen Menschen nachspürt, dann öffnet er sich die Türen zu seinem Gegenüber. Dann ergibt sich die Möglichkeit, die dynamischen Entwicklungen des Alltags und des therapeutischen Prozesses aufzugreifen. Die eigene Gesundheit ist dabei die Voraussetzung, um andere auf ihrem Genesungsweg begleiten zu können. Es geht darum, auch für psychiatrisch Tätige Perspektiven zu entwickeln, wie ein individuelles Trauma bewältigt werden kann. Zur Tagesordnung kann nach einem Übergriff nicht übergegangen werden. ■

Christoph Müller arbeitet als Krankenpfleger auf einer forensischen Station der LVR-Klinik Bonn.