

Professionelle Paradoxien und Probleme im psychiatrischen Handeln und ihr Einfluss auf die Struktur der Arzt-Patient-Beziehungen

Hermann Müller, Hildesheim 2018

2.0.. Einleitung

Die Psychiatrie ist traditionell ein Teil der medizinischen Profession. Es gibt jedoch, wie im folgenden Kapitel gezeigt wird, einige Besonderheiten, die vom Modell der Allgemeinmedizin abweichen. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Bereits Goffman (1977, 307 ff.) hat diskutiert, inwieweit das ärztliche Berufsmodell auf die Anstaltspsychiatrie anwendbar ist. Fengler und Fengler (1980) rekonstruieren in ihrer ethnomethodologischen Untersuchung Prozesse, die aus professionstheoretischer Perspektive als mit dem Professionsmodell schwer vereinbar gewertet werden können. Bucher und Strauss (1972, 186) unterschieden mehrere Segmente der amerikanischen Psychiatrie. „Ein augenfälliges Beispiel für die Verschiedenartigkeit der charakteristischen Berufstätigkeiten bietet die Psychiatrie. Für viele praktizierende Psychiater bedeutet sie Psychotherapie, komplizierte Interaktionsprozesse mit einzelnen Patienten. Dagegen haben viele Psychiater möglichst wenig persönliche Interaktionen mit Patienten, sondern konzentrieren sich auf physikalische Therapien. Wieder andere verwenden vielleicht einen Großteil ihrer Zeit auf die Verwaltung und Leitung psychiatrischer Behandlungszentren, in denen verschiedene Therapien Anwendung finden“.

In diesem Kapitel geht es um die Anstaltspsychiatrie und um einen ambulant tätigen Psychiater. Das Datenmaterial aus einer psychiatrischen Klinik stammt aus einem DFG-Projekt zur Untersuchung von Gesprächen in Supervisions- und Balintgruppen (vgl. Giesecke; Rappe-Giesecke 1997). Untersucht wird ferner ein Ausschnitt aus einem Interview mit einem Psychiatriepatienten, das im Rahmen eines DFG-Projektes unter Leitung von Wolfgang Blankenburg und Bruno Hildenbrand in Marburg durchgeführt wurden (vgl. Blankenburg u.a. 1981, Hildenbrand 1991)

Es soll hier also weniger um die Aspekte im beruflichen Handeln der Ärzte gehen, die primär auf die Persönlichkeiten der Ärzte, ihre Vorlieben Stärken und Schwächen, zurückgeführt werden können. Die institutionsspezifisch-strukturelle Ebene und die persönlichkeitspezifische Ebene lassen sich zwar empirisch nicht klar trennen, da es zur Struktur des professionellen Handelns gehört, dass die Persönlichkeit des Professionellen im besonderem Maße sein berufliches Handeln mitbestimmt. Es gibt aber professionelle Strukturen und Problematiken, die sich unabhängig von den jeweils spezifischen Persönlichkeiten der Professionellen reproduzieren. Sie können zwar je nach der Persönlichkeitsstruktur des Professionellen unterschiedlich gehandhabt werden, bleiben dabei aber in ihrem strukturellem Kern unverändert. Diese Ebene ist der Schwerpunkt dieses Kapitels.

2.1. Theoretische Diskussion :Zur Anwendbarkeit des Professionsmodells in der Psychiatrie

Es soll die Frage erörtert werden, inwieweit das klassische soziologische Professionsmodell auf das ärztliche Handeln in der Psychiatrie anwendbar ist. Konstitutive Merkmale professionellen Handelns ist die Arbeit auf einer wissenschaftlichen Grundlage sowie ein spezifisches Arbeitsbündnis zwischen dem Klienten oder Patienten einerseits und dem Professionellen andererseits. Darauf soll zunächst eingegangen werden.

Die wissenschaftliche Grundlage der Psychiatrie

Die traditionelle wissenschaftliche Grundlagen der Medizin sind die Naturwissenschaften. Mit einem naturwissenschaftlichen Modell wurde die Entstehung von Krankheiten erklärt und auch die

therapeutischen Verfahren der modernen Medizin wurden auf der Grundlage von naturwissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt und dann naturwissenschaftlich begründet. Die Naturwissenschaften sind bis heute die wichtigste Grundlage somatischen Medizin geblieben, aber nicht die einzige¹. Die Psychiatrie nimmt hier innerhalb der Medizin eine Sonderstellung ein. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden auch Psychologie, Pädagogik und Soziologie als Grundlagendisziplinen angesehen (vgl. Schmeck 2004). Psychiater haben versucht, die Genese psychischer Erkrankungen naturwissenschaftlich zu begründen und damit die Psychiatrie auch wissenschaftlich in die Medizin zu integrieren. So stellte Griesinger zu Beginn des 20. Jahrhunderts fest: "Die Psychiatrie wird Naturwissenschaft sein oder sie wird nicht sein."² Dieser Versuch der naturwissenschaftlichen Begründung der Psychiatrie ist bis heute nicht gelungen, ohne dass jedoch die Psychiatrie als Teil der ärztlichen Profession verschwunden wäre. Die naturwissenschaftlichen Erklärungsansätze für funktionelle Psychosen und Neurosen haben weiterhin den Status von Theorien, für die es keine sicheren naturwissenschaftlichen Beweise gibt. Aber nicht nur die naturwissenschaftlichen, auch die psychologischen und sozialwissenschaftlichen Erklärungsmodelle konnten nicht hinreichend wissenschaftlich abgesichert werden. Scharfetter charakterisiert in Bezug auf die Schizophrenie die Situation folgendermaßen:

"Eine spezifisch zerebrale Ursache morphologischer und physiologischer Art ist in bald 100jähriger biologischer Forschung nicht gefunden worden. Die Versuche zur Subgruppierung, der Herausbildung einer Kerngruppe nach biologischen Kriterien, brachten bisher nichts Überzeugendes. Das genetische Entitätsargument stützt sich auf eine polymorphe Phänotypik. Eine einheitliche und nur für diese Gruppe gültige therapeutische Ansprechbarkeit ist nicht gegeben. Zentrale Physiologie und Hirnmetabolismus 'halten sich nicht' an die nosologische Dichotomie und fügen sich auch nicht der Gruppe der Schizophrenien. Spezifische Prädikatoren verlässlicher Art kennen wir nicht. Eindeutige Prognostika fehlen. Eine spezifische Psychodynamik, auch Familiendynamik oder Kommunikationsstruktur ist nicht erwiesen. Die Grenzen zwischen den Schizophrenien und den Affekterkrankungen sind fließend. Und die Grenzen zu Persönlichkeitsstörungen nicht psychotischer Art sind ebenfalls unscharf."³

Die Psychiatrie bewegt sich also hier auf einer unsicheren wissenschaftlichen Grundlage. Es ergibt sich daher die Frage, ob so diagnostizierte Zustände überhaupt als Krankheiten im eigentlichen Sinne begriffen werden können. Thomas S. Szasz (1982) vertritt hier die konservativ-medizinische Position "nur diejenigen im (menschlichen oder tierischen Körper) auftretenden Prozesse als Krankheit zu betrachten, die sie (Anmerk. H.M.: die Ärzte) identifizieren, messen und in objektiver physikochemischer Weise aufzeigen können". Schizophrenie ist daher für Szasz kein medizinischer Krankheitsbegriff.⁴ Auch Ciompi lehnt es ab, von Schizophrenie oder den Schizophrenien zu sprechen⁵. Demgegenüber hält Henning Saß psychiatrische Diagnosen für notwendig, weil es ohne diagnostische Begriffe "keine wissenschaftliche Kommunikation und keine Ordnung in den

¹ Lübke (2014, 35) fragt zur Palliativmedizin: „Wie lehrt man ein Fach, das zugleich eine Naturwissenschaft und eine Geisteswissenschaft ist?“

² Zitiert nach Bruno Hildenbrand, Alltag als Therapie, Ablöseprozesse in der psychiatrischen Übergangseinrichtung, Huber Verlag, Bern Stuttgart, Toronto, 1991, S. 165

³ Scharfetter, C., Definition, Abgrenzung, Geschichte, in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 4, Schizophrenien, Springer, Heidelberg, Berlin 1987, S.32. Zitiert nach Bruno Hildenbrand, Alltag als Therapie, Ablöseprozesse in der psychiatrischen Übergangseinrichtung, Huber Verlag, Bern Stuttgart, Toronto, 1991, S. 16

⁴ Thomas S. Szasz, Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Fischer Verlag, Frankfurt 1982, S.11 Einwenden kann man hier, dass sich auch viele andere Krankheiten schwer mit naturwissenschaftlichen Verfahren feststellbar sind.

⁵ Ciompi, Affektlogik, Klett-Cotta, Stuttgart 1982, zitiert nach Bruno Hildenbrand, Alltag als Therapie, Ablöseprozesse in der psychiatrischen Übergangseinrichtung, Huber Verlag, Bern Stuttgart, Toronto, 1991, S.

Untersuchungs- und Krankheitslehren" gebe.⁶ Dies wäre aber primär eine pragmatische Legitimation, keine naturwissenschaftliche Begründung. Jede wissenschaftliche Disziplin benötigt Kategorien, ob aber eine Situation als „krank“ kategorisiert wird oder nicht, hat soziale Folgen. Die Kategorie „schizophren“ lässt sich eher sozial als naturwissenschaftlich begründen.

Es stellt sich daher die Frage, ob nicht eine wissenschaftliche Grundlage angemessener wäre, die weniger nach Kausalitäten als nach Sinnzusammenhängen fragt. Dies wäre jedoch eine fachspezifische Fragestellung der Profession der Psychiater, die in diesem Zusammenhang nicht von Bedeutung ist.

Soziale Funktionen psychiatrischer Diagnosen

Psychiatrische Diagnosen sind häufig keine relativ wertneutralen Begriffe, wie etwa die soziologischen Begriffe Rolle oder Position. Bestimmte psychiatrische Diagnosen haben eine stigmatisierende Wirkung für den Diagnostizierten. So ist in der Psychiatrie allgemein bekannt, dass Diagnosen wie "Schizophrenie" oder "paranoid-halluzinatorische Psychose", wenn sie bekannt werden, die Möglichkeiten der sozialen Reintegration des Diagnostizierten beeinträchtigen. Einige Psychiater vermeiden daher möglichst solche Diagnosen oder stellen erst eine entsprechende Diagnose, wenn nach einem längerem Krankheitsverlauf die soziale Destabilisierung des Patienten deutlich erkennbar ist. Andere Psychiater dagegen diagnostizieren viel schneller eine Schizophrenie (vgl. Szasz 1982, S. 100). Aufgrund der unterschiedlichen Diagnosepraxis sind psychiatrische Diagnosen jedoch keine wissenschaftliche Kategorien mehr, die intersubjektiv überprüfbar sind. Es handelt sich vielmehr um eher deskriptive berufsgruppenspezifische Begriffe, mit denen bestimmte Personen aufgrund bestimmter Verhaltensauffälligkeiten typisiert werden, wobei die Zuordnung zu den einzelnen Typen auch vom persönlichen Stil des Psychiaters und seiner beruflichen Sozialisation (zum Beispiel den psychiatrischen Orientierungen) abhängt. Die wissenschaftliche wie die nicht-wissenschaftliche Typenbildung ist eine Abstraktion von den Einzelfällen. Bestimmte Typen können dabei soweit von den Einzelfällen abstrahieren, dass sie für viele Einzelfälle kaum noch Erklärungskraft besitzen. Dies scheint bei bestimmten psychiatrischen Begriffen der Fall zu sein. Der Psychologe oder Soziologe, der nach Erklärungen für die Entstehung psychischer Problematiken sucht, muss daher andere Kategorien und Typen entwickeln, die aber dann nicht mehr für Schizophrenie spezifisch sind.⁷ Dies gilt auch für andere „Krankheiten“, zum Beispiel den „Störungen des Sozialverhaltens“.

- „Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Dieses Verhalten übersteigt mit seinen gröberen Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen. Es ist also schwerwiegender als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit. Das anhaltende Verhaltensmuster muss mindestens sechs Monate oder länger bestanden haben. Störungen des Sozialverhaltens können auch bei anderen psychiatrischen Krankheiten auftreten, in diesen Fällen ist die zugrunde liegende Diagnose zu verwenden. (ICD 10 F 91)

⁶. Henning Saß, DSM III-Diagnostik phobischer Störungen, in: Hans Jäger (HG) AIDS-Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1988, S. 31.

⁷. Sicherlich lassen sich mit psychologischen und soziologischen Verfahren Strukturen herausarbeiten, die zur Entstehung von psychischen oder psycho-sozialen Problemen der als schizophren diagnostizierten Patienten beigetragen habe. Fraglich ist jedoch ob diese Strukturen dann gerade schizophreniespezifisch sind oder auch zur Entstehung anderer Problematiken (etwa Psychosomatosen, Alkoholismus) mit beitragen (Vulnerabilität).

Ob es sich um eine krankhafte Störung oder um „gewöhnlichen kindlichen Unfug handelt“ wird im Einzelfall festgestellt.

Wir können also feststellen, dass einige psychiatrische Diagnosen im naturwissenschaftlichen Sinne keine medizinischen Begriffe sind und auch als soziologische oder psychologische Begriffe nur bedingt geeignet oder ungeeignet sind. Wenn an diesen Begriffen dennoch festgehalten wird, so geschieht dies wohl hauptsächlich aufgrund der gesellschaftlichen Funktion der Psychiatrie.

Für den Betroffenen können psychiatrische Diagnosen primär Vorteile oder primär Nachteile haben. So kann eine Person, die aufgrund psychischer Problematiken arbeitsunfähig wird, leichter vorzeitig berentet werden, wenn sie als schizophren diagnostiziert wird. Ohne eine Berentung könnte eine solche Person materiell verelenden. Auch mit der Krankrolle sind bestimmte Rechte verbunden (Lohnfortzahlung, Krankengeld). Die Funktion der Psychiatrie ist also hier, festzustellen, ob bestimmte Personen von sozialen Rollenverpflichtungen entlastet werden und bestimmte Leistungen in Anspruch nehmen können. In diesen Fällen wäre es also ein sozialer Rückschritt, Psychosen nicht als Krankheiten zu bewerten. Eine andere Funktion der Psychiatrie ist die soziale Kontrolle und ggf. die negative Sanktionierung abweichenden Verhaltens und diese Funktion steht in einem Spannungsverhältnis zu den therapeutischen Aufgaben der Psychiatrie.⁸

Die forensische Psychiatrie zwischen Strafvollzug und Therapie

Die gesellschaftliche Funktion der Anstaltspsychiatrie als Institution zur sozialen Kontrolle einer bestimmten Gruppe sozial abweichender Personen wird in der forensischen Psychiatrie besonders deutlich. Die Insassen sind wegen Straftaten oder besonderer "Gefährlichkeit" zwangsweise eingewiesen worden. Es fehlt daher in der Regel auch die Grundlage für ein therapeutisches Arbeitsbündnis zwischen den dort tätigen Psychiatern und den Patienten. Dennoch werden die Insassen als Patienten bezeichnet und die dort arbeitenden Psychiater verstehen sich als behandelnde Ärzte. Die Widersprüchlichkeit dieser Institution wird auch in einem Beschluss des Marburger Landgerichts (AZ 7 b StVK 131/91) deutlich.⁹ Ein als schizophren diagnostizierter Insasse einer Anstalt für "besonders Gefährliche und/oder Therapieverweigerer" hatte wegen Therapieverweigerung Fernsehverbot erhalten und daraufhin die Strafvollzugskammer in Marburg angerufen. Das Gericht befand, dass dieses Fernsehverbot von Recht wegen nicht zu beanstanden sei, sondern dass die Klinik das Recht habe, im Rahmen ihres verhaltenstherapeutischen Konzept Fernsehverbote zu verhängen. Mit Strafe und Disziplinierung habe das Fernsehverbot, so die Klinik, nicht das geringste zu tun. Das Behandlungsmodell dieser Klinik weicht also sehr deutlich vom Modell einer professionell-medizinischen Behandlung im Rahmen eines Arbeitsbündnisses ab. Dem Patienten wird nicht das Recht zugestanden eine Therapie zu verweigern, was im einem Arbeitsbündnis sein Recht wäre. Der Patient begibt sich hier nicht aufgrund eines Leidensdrucks in eine therapeutische Behandlung, sondern wird dazu gezwungen. Das Fernsehverbot als "negativer Verstärker" unterscheidet sich strukturell nicht von einer Strafe oder Disziplinierung. Dabei geht es weniger um die Härte der Bestrafung, sondern um die prinzipielle Möglichkeit, die Freiheitsrechte einer Person ohne dessen Zustimmung einzuschränken und dies als Therapie zu legitimieren. Dass

⁸ Auf die Problematik der Beziehung zwischen Psychiater und Patient wies bereits Karl Jaspers hin: "Die Internierung geschieht oft gegen den Willen des Kranken, und schon dadurch kommt der Psychiater in eine andere Stellung zu seinem Kranken wie andere Ärzte. Er versucht diesen Unterschied möglichst gering zu machen durch bewusste Betonung des rein ärztlichen Standpunkts dem Kranken gegenüber .." (Karl Jaspers, Allgemeine Psychopathologie (1913), Berlin 1973 , S 394 zitiert nach Thomas S. Szasz a. a. O, S. 177)

⁹. Vgl. Psychisch Kranker erhält Fernsehverbot, weil er Therapie ablehnt, in: Frankfurter Rundschau vom 18.12.91, S. 1

dies kein Einzelfall ist, zeigen Begriffe wie Zwangsbehandlung oder "Strafbehandlung"¹⁰, in der zwei nicht miteinander kompatible Strukturlogiken vermischt werden. Auch eine Gefängnisstrafe kann als "negativer Verstärker" definiert werden, der den Verurteilten davon abhalten soll, sein abweichendes Verhalten zu wiederholen. Eine negative Sanktionierung könnte auch im Rahmen einer ambulanten Verhaltenstherapie erfolgen. Ein Patient, der sich freiwillig in eine solche Behandlung begibt, würde jedoch seiner Disziplinierung im Rahmen der Therapie zustimmen und diese Zustimmung wäre bereits Ausdruck seiner Autonomie. In diesen Fällen dagegen fehlt die für eine Therapie konstitutive Respektierung der Autonomie des Patienten völlig. Bei einer Bestrafung hingegen ist es nicht konstitutiv, dass der Bestrafte der Behandlung auch zustimmt, auch wenn es erwünscht sein mag, dass der Bestrafte die Strafe annimmt und Reue zeigt. Gegenüber dem regulären Strafvollzugsbeamten hat also der Psychiater zusätzliche Möglichkeiten der Disziplinierung der Insassen, die er mithilfe einer psychiatrischen Ideologie legitimieren kann. Erving Goffman spricht in diesem Zusammenhang von einer "diffusen Verordnungsvollmacht" der Anstaltspsychiatrie. "Es gibt jemanden, der die Verfügung über alles hat, was der Insasse erhält und was ihm vorenthalten wird, und diese Position hat offiziell der Psychiater inne. Auch ist der Psychiater nicht gezwungen, dieses Recht in Übereinstimmung mit einheitlichen bürokratischen Vorschriften auszuüben, wie dies Beamte oder Offiziere tun müssen. Fast jede der Lebensbedingungen, durch die der Patient an seinen Tagesplan gebunden ist, kann vom Psychiater beliebig modifiziert werden, vorausgesetzt, dass er eine psychiatrische Begründung dafür findet."¹¹ Ob und inwieweit es gerechtfertigt ist, diesen Kreis von als gefährlich eingeschätzten Personen zu internieren, ist eine politische Fragestellung, die in diesem Zusammenhang nicht beantwortet werden soll. Eine solche Internierung geschieht jedoch im öffentlichen Interesse und im öffentlichen Auftrag, eine Therapie hingegen erfolgt im Auftrag des Patienten. Durch diese Vermischung von Strafe bzw. Zwang und Therapie kann das Modell professionell-ärztlichen Handelns diskreditiert werden. Diese Praxis wird besonders von Thomas S. Szasz kritisiert. Bleulers Ruhm beruhe, so Szasz, darauf, dass er mit der Schizophrenie eine neue Krankheit erfunden habe "und damit eine neue Rechtfertigung lieferte, um den Psychiater als Arzt, den Schizophrenen als Patienten und das Gefängnis, in welches der erstere den letzteren sperrt, als Krankenhaus zu betrachten."¹²

Das Problem der Vermischung von Therapie und sozialer Kontrolle im öffentlichen Auftrag stellt sich nicht nur in der forensischen Psychiatrie, sondern auch in der regulären Anstaltspsychiatrie.

2. Gesprächsanalysen

Zu der gesamten Balintgruppensitzung habe ich eine strukturell-inhaltliche Beschreibung durchgeführt¹³. Präsentiert werden hier ausgewählte und überarbeitete Ausschnitte aus dieser strukturell-inhaltlichen Beschreibung zu Themen, die durch die strukturell-inhaltliche Beschreibung herausgearbeitet wurden. Hauptfall in dieser Sitzung ist die Beziehung zu einem Patienten, der nach einem Suizidversuch von einem Mitglied der Gruppe (Herrn Haag) aufgenommen wurde. Er kam dann auf die Station von Herrn Cramer und wurde von dort auf eine Therapiestation verlegt, in der

¹⁰ Irmgard Eisenbach-Stangl /Wolfgang Stangl, Ist die Zwangsjacke repressiv? in: dies. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984 S.11

¹¹ Erving Goffman, Asyle, Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp, Frankfurt 1972, S. 341

¹² Thomas S. Szasz, Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Fischer Verlag, Frankfurt 1982, S.18

¹³ Hierbei orientiere ich mich an dem biographieanalytischen Verfahren nach Schütze (vgl. Riemann 1987) Hier geht es jedoch nicht primär um die Analyse von Erzählungen. Der Text wird in Segmente unterteilt, die textstrukturell und inhaltlich beschrieben werden.

Herr Enders arbeitet. Den Suizidversuch erklärte der Patient mit Probleme mit seiner Freundin, die sich nach der Geburt ihres Kindes verändert habe. Neben diesem Fall wird in dieser Sitzung aber auch noch über andere Patienten und Probleme gesprochen. Alle Orts- und Eigennamen sind anonymisiert.

"Er hat ihn und damit uns bestraft" - Zur Beziehung zwischen den Ärzten und Patienten, die gegen ihren Willen in der Klinik behandelt werden.

Es geht in der Sitzung auch um Patienten, die nicht freiwillig in die Klinik kamen. Hierzu gehören die Patienten, die durch eine richterliche Verfügung wegen "Fremd- oder Selbstgefährdung" eingewiesen werden. Diese Patienten halten sich gegen ihren Willen in der Klinik auf und sind häufig nicht bereit, sich dort behandeln zu lassen. Andere Patienten haben sich nur in stationär-psychiatrische Behandlung begeben, weil andere Personen, zum Beispiel Verwandte oder die Hausärzte, einen entsprechenden Druck auf sie ausgeübt haben. Einige dieser Patienten wären, hätten sie sich nicht "freiwillig" aufnehmen lassen, zwangsweise eingewiesen worden. In all diesen Fällen fehlt meist die Grundlage für ein Arbeitsbündnis.

In der Balint-Gruppe wurde unter anderem über einen Patienten gesprochen, der nach ca. 20 Suizidversuchen wieder einmal zwangsweise in die Klinik eingeliefert wurde.

Cramer	Ja ich wollte das nur noch berichtigen (.) er ist ja nie selbstständig gekommen (!) sondern immer (,) äh (,) mit viel drohenden Worten des behandelnden Arztes der dann immer sagt ich kann die Verantwortung nicht übernehmen und so weiter geschickt worden ist (.)
Leiter	hmm ja (!)
Falk	Aber wenn man ihn fragt nicht (!) sie sind zu uns gekommen da sagt er nein (!) er hat mich gebracht (.) und dann (.) wenn Sie ihm sagen ja gut wir werden Sie entlassen (.) dann sagt er (,) ja ist gut (,) dann bringt man mich wieder (.) hierher (.)
Boll	Das entspricht den Realität aber das würde ich jetzt hier
Falk	ja sicher (.) er veranlasst die
Falk	Leute
Leiter	ja
Boll	nicht
Falk	Ne (!) nun ob direkt
Leiter	Hmm (!)
?	oder indirekt (.) ne (!)

Herr Cramer charakterisiert seinen Beitrag als eine Berichtigung. Es könnte der falsche Eindruck entstanden sein, dass der Patient selbständig entschieden hat, sich in die stationär-psychiatrische Behandlung zu begeben. Im Wort "selbständig" wird dabei die Eigenverantwortlichkeit und Autonomie eines Patienten verdeutlicht, die hier jedoch nicht gegeben sei. Ein Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patienten würde die Autonomie des Patienten als Vertragspartner voraussetzen. Mit der Berichtigung könnte Herr Cramer also auch darauf hinweisen, dass der vorherige Sprecher (dies war der Leiter) von falschen Voraussetzungen ausgegangen ist. Der Leiter hatte aus der Sicht eines Psychoanalytikers ausgeführt, es komme darauf an, die Gefühle gegenüber dem Patienten 'zuzulassen', aber darauf nicht unmittelbar zu reagieren, sondern sie als Erkenntnisinstrument zu nutzen. Die implizite Kritik von Herrn Cramer könnte dann darin bestehen, dass in diesem Fall die Voraussetzungen für eine solche therapeutische Haltung fehlen. Schon das Arbeitsbündnis zwischen dem behandelnden Arzt und seinem Patienten war nach dieser Darstellung gestört. Der behandelnde Arzt schickte den Patienten mit "viel drohenden Worten" in die Klinik. Ein Arzt kann einem Patienten

drohen, die Behandlung abubrechen, wenn er sich nicht an bestimmte Abmachungen hält, wenn er also das Arbeitsbündnis verletzt. Eine andere Drohmöglichkeit kann er eigentlich nicht haben, solange er den Patienten als einen autonomen Vertragspartner im Arbeitsbündnis respektiert. Schon die Drohung, eine Zwangseinweisung zu initiieren, wäre eigentlich eine Verletzung des Arbeitsbündnisses auf Seiten des Arztes. Man kann daher annehmen, dass der Patient vom Arzt nicht mehr als eigenverantwortlich handelnde Person angesehen wird, sondern als jemand der uneinsichtig und unmündig ist und daher zur Behandlung gezwungen werden muss. Dies entspräche auch der Begründung des Arztes, er könne die Verantwortung nicht übernehmen. Unter der Voraussetzung eines funktionierenden Arbeitsbündnisses müsste der Arzt, der die Verantwortung für eine Behandlung nicht mehr übernehmen kann, dem Patienten empfehlen, sich an einen anderen Arzt oder an eine Klinik zu wenden. Nur dann würde er die Autonomie des Patienten weiter akzeptieren. Hier droht er jedoch dem Patienten, wird also kontrollierend und sanktionierend aktiv.

Herr Falk stellt nun ein Interaktionsmuster zwischen diesem Patienten und Klinikärzten dar, das unter anderem dadurch möglich wird, dass der Patient, sich nicht freiwillig in die Klinik begeben hat. Die Feststellung "Sie sind zu uns gekommen" kann als indirekte Frage nach den Gründen für das Kommen interpretiert werden. Dies entspräche dann Eröffnungsfragen wie " Was führt Sie zu mir?" oder "Was sind Ihre Beschwerden?" In solchen Eröffnungen für ein Behandlungsgespräch wird jeweils die freiwillige Entscheidung des Patienten, sich aufgrund eines Leidens oder einer Erkrankung in eine stationäre oder ambulante Behandlung zu begeben, unterstellt. Einem Patienten, der eine solche Eröffnung nicht explizit korrigiert, könnte dann unterstellt werden, dass er sich freiwillig in die Patientenposition begeben hat. Gerade dies könnte auch die strategische Funktion einer solchen Eröffnung auch in den Fällen sein, in denen der Patient sich nicht freiwillig in die Behandlung begeben hat. Die unfreiwillige Behandlung würde so nachträglich in eine freiwillige uminterpretiert, so dass nun die Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten scheinbar vorliegen. Die Frage ist dann jedoch, wie tragfähig solche 'Als-ob-Arbeitsbündnisse' wären. Dieser Patient bestreitet nun die in der Äußerung des Arztes enthaltene implizite Unterstellung, er habe sich freiwillig in die stationäre Therapie begeben. Er wurde gebracht, ist also nicht aus eigenem Entschluss gekommen. Gleichzeitig macht er damit deutlich, dass die Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis zwischen ihm und dem Arzt bzw. der Klinik nicht gegeben sind. In seiner Reaktion darauf akzeptiert der Arzt die Autonomie des Patienten. Da die Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis nicht gegeben sind, kann eine Behandlung nicht erfolgen und daraus ergibt sich, dass der Patient entlassen werden muss. Der weitere Ablauf wäre nun von der Reaktion des Patienten abhängig. Akzeptiert er die Erklärung des Arztes, so würde sein Klinikaufenthalt beendet. Wenn er dagegen eine Entlassung ablehnen würde, käme doch noch ein Arbeitsbündnis zustande. Zumindest indirekt müsste er einen Behandlungswunsch äußern, denn nur so könnte er den Klinikaufenthalt legitimieren. Der Patient unterläuft dies mit der Erklärung, dann bringe man ihn wieder hierher. Eine Entlassung wäre dann sinnlos, der Patient braucht sich aber auch nicht in die Position eines Patienten zu begeben, der sich freiwillig in eine Behandlung begeben hat und der daher auch entsprechende Handlungsverpflichtungen übernehmen muss. Herr Falk kommentiert dies dahingehend, dass der Patient die "Leute veranlasse". Den Handlungen des Patienten wird damit der manifeste oder latente Sinn ("ob direkt oder indirekt) zugeschrieben, die "Leute" in die entsprechende Lage zu versetzen. Der Patient funktionalisiert bewusst oder nicht bewusst damit die institutionelle Struktur einer Psychiatrischen Klinik zu persönlichen Zwecken. Er veranlasst die "Leute" ihn in eine Klinik einzuweisen, blockiert aber gleichzeitig die Möglichkeiten des therapeutischen Handelns, da er die Position eines Patienten,

der behandelt werden möchte, nicht wirklich übernimmt.¹⁴ Der Patient benutzt dabei die Struktureigenschaft der Institution Psychiatrische Klinik und bringt damit eine professionelle Paradoxie zum Ausdruck. Da die Klinik auch Personen, die sich nicht freiwillig in die Klinik begeben haben, als "Patienten" akzeptiert entsteht eine Kategorie von Patienten, die keine Patienten sein wollen und es daher eigentlich auch nicht sind. Dies eröffnet Möglichkeiten zur Funktionalisierung durch Patienten, wobei der Arzt quasi als Gefangener der Struktur der Institution Psychiatrische Klinik gezwungen ist, 'mitzuspielen'. Die Behandlungsmöglichkeiten bei diesen Personen sind dann stark begrenzt, zumal eine psychiatrische Behandlung, die sich nicht auf eine Pharmakotherapie beschränkt, in besonderem Maße auf die Kooperation mit dem Patienten angewiesen ist. Dies ergibt sich schon daraus, dass die Diagnose vieler psychiatrische Krankheiten durch die Interpretation des sozialen Handelns der Patienten ermöglicht wird, körperliche Untersuchungen würden in diesen Fällen nicht ausreichen. Auch die Therapie besteht dann zu einem großen Teil in der Analyse und Veränderung der psycho-sozialen Situation des Patienten. Im folgenden Abschnitt geht es um einen anderen Patienten.

Boll Wenn man ihm seinen Wunsch erfüllt hätte wäre er sicher
nicht gekommen (.)

Falk ja (.)

Boll Aber dieser Wunsch war halt nicht so erfüllbar (.)
nicht (!) zumal ja sein Freund minderjährig war (!) und
von daher die ganze Sache (!) ja strafbar war (,) nech (!)

Falk Ja (.) sicherlich (.) dem Richter hat er gesagt der
Richter hat ihm gesagt ja (.) was wollen Sie da machen
wenn Sie entlassen sind hat er gesagt wollen Sie noch
mehr Selbstmordversuche machen hat er gesagt (,) mal
sehn (.) notfalls ja (.)
JEMAND LACHT KURZ AUF

Leiter Ja (,) was (,) was soll er auf diese Frage antworten (.)

Falk Ja (.)

Haag Ja er sachte aber mit einem ganz bestimmten Lächeln (.)

Leiter ja (!)

Falk Ja aber was (,) äh (,) wie hat das auf den Richter
gewirkt (!) der hat ihm sofort drei Monate auf der
geschlossenen Station gegeben (.)

Boll Der hat sich geärgert (.) LACHT

Dill Ja sicher (.)

Falk Trotzdem hat er (...)

Dill Er hat ihn und damit uns bestraft (.)

Der Patient, von dem hier gesprochen wird, hatte eine homosexuelle Beziehung zu einem jüngeren Freund, der noch minderjährig war. Der Freund trennte sich dann von ihm, was ein Motiv für die dann folgenden Suizidversuche des Patienten gewesen sein könnte. Herr Boll unternimmt hier nun einen Interpretationsversuch. Der Patient wäre nicht gekommen, wenn man ihm seinen Wunsch (den Freund zurück zu bekommen) erfüllt hätte. Die sich wiederholende Handlungsweise des Patienten könnte dann dadurch motiviert sein, dass er (bewusst oder nicht bewusst), durchsetzen möchte, dass man ihm seinen Wunsch erfüllt, etwa indem der Freund dazu veranlasst wird, zu ihm zurückzukehren. Herr Boll begreift damit die Handlungsweise des Patienten als sinnhaft strukturiert und versucht diesen sozialen Sinn zu entschlüsseln.

¹⁴ Ein solches Benutzen der strukturellen Widersprüchlichkeiten der Psychiatrie durch bestimmte Patienten könnte als Gegenreaktion bei den Ärzten als Reaktion das Gefühl auslösen, "ausgenutzt" zu werden. Dieses Gefühl wird später in der Balintgruppensitzung thematisiert.

Herr Falk stimmt dem Beitrag von Herrn Boll kurz zu und stellt dann ein Gespräch mit dem Richter dar. Wahrscheinlich handelte es sich um eine richterliche Anhörung des Patienten, der zwangsweise in einer psychiatrischen Klinik eingewiesen werden sollte. Der Richter fragte den Patienten, ob er nach seiner Entlassung noch mehr Suizidversuche machen wolle und der Patient antwortete: "Mal sehen notfalls ja". Diese Reaktion wurde vom Richter nach Einschätzung von Herrn Falk als eine Provokation interpretiert, wobei dieser provokative Charakter wohl auch an dem "gewissen Lächeln" des Patienten festgemacht wurde. Herr Falk fragt dann rhetorisch, wie dies auf den Richter gewirkt habe und antwortet dann selbst, der Richter habe ihm "sofort" drei Monate auf der geschlossenen Station gegeben. Die Formulierung "der hat ihm drei Monate auf der geschlossenen Station gegeben" weist eher auf eine Gefängnisstrafe als auf eine ärztliche Behandlung hin. Auch reagierte der Richter nach dieser Darstellung primär auf die Provokation des Patienten, während therapeutische Aspekte bei seiner Entscheidung kaum eine Rolle spielten. Bestraft würde der Patient für sein unbotmäßiges Verhalten, das in dem provokativen Nicht-Ausschließen von weiteren Suizidversuchen bestand. Ob dies nun die tatsächlichen Motive des Richters waren, mag hier eine offene Frage bleiben.¹⁵ Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die Gruppenmitglieder dies als eine spontane Reaktion des Richters, der sich über die Antwort des Patienten ärgerte, interpretieren. Mit der Sequenz "Er hat ihn und damit uns bestraft (.)" wird die Reaktion des Richters in zweifachen Sinne als Strafe deklariert. Für den Patienten wird die Therapie zur Strafe und damit wird für die Therapeuten auch das Therapieren zur Strafe. Die Strukturlogik von ärztlicher Behandlung wird dann konterkariert durch die Strukturlogik von Bestrafung. Eine Strafe, die von einem Richter verhängt wird, ist die negative Sanktion einer Rechtsverletzung. Eine strafbare Handlung des Patienten ist hier jedoch nicht ersichtlich, denn weder Suizidversuche noch das provokative Nicht-Ausschließen weiterer Suizidversuche, sind strafbare Handlungen. Auch kann die Strafe eigentlich nicht in einem Klinikaufenthalt bestehen, denn ansonsten würde die Klinik zu eine Art Ersatzgefängnis umfunktioniert. Zur Strukturlogik einer ärztlichen Behandlung gehört das Arbeitsbündnis mit dem Patienten, in dessen Auftrag der Arzt handelt. Das Personal einer Strafanstalt handelt dagegen im öffentlichen Auftrag. Die Charakterisierung einer ärztlichen Behandlung als "Strafe" würde die Strukturlogik ärztlichen Handelns geradezu auf den Kopf stellen.¹⁶ Unterstellt wird also dem Richter ein unprofessionelles Verhalten als Richter, auch müssen Frau Dill und Herr Falk in ihren Beiträgen voraussetzen, dass ihre Klinik als eine Art Strafanstalt benutzbar ist. Vor diesem Hintergrund kann auch die metaphorische Charakterisierung der ärztlichen Arbeit mit diesem Patienten als "Strafe" interpretiert werden. Eine berufliche Arbeit, die metaphorisch als Strafe bezeichnet wird, ist eine sehr unangenehme Arbeit. Hier könnte die "Strafe" darin bestehen, dass man einen Patienten behandeln muss, der sich nicht behandeln lassen will und daher gegen eine Behandlung Widerstand leistet. Der Arzt kann dann eigentlich seine Arbeit mit diesem Patienten nicht mehr als Therapie definieren und dem Patienten nicht mehr glaubwürdig als Arzt gegenüberreten. Indem der Richter den Patienten mit einer ärztlichen Behandlung bestraft, degradiert er den Arzt zum Strafvollzugsbeamten. Die Provokation des Patienten gegenüber der Klinik besteht so auch darin, dass er durch sein Handeln die strukturellen Widersprüche der stationären psychiatrischen Therapie verdeutlicht und damit implizit auch die professionelle Identität der Ärzte in Frage stellt. Herr Boll

¹⁵ Hier scheint eine Strukturlogik deutlich zu werden, die sich unabhängig von den tatsächlichen Intentionen der Gesetzgeber und der Richter durchsetzt. Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war, die suizidale Person vor sich selbst zu schützen. (Selbstgefährdung) Psychiatrische Stationen (nicht nur die forensischen Stationen) werden damit aber auch zu Zwangsinstitutionen, in denen bestimmte Personen eingesperrt werden.

¹⁶. In diesem Sinne wäre auch eine Maxime wie "Therapie statt Strafe" problematisch, da sie suggerieren könnte, Therapie könne ein Strafersatz sein.

versuchte vorher einmal, die Paradoxie dadurch aufzulösen, dass er den Patienten nach einem Suizidversuch wieder nach Hause schickte und ihn dann in die Poliklinik "einbestellte". In der Poliklinik hätte der Patient die Patientenposition mit allen Rechten und Pflichten übernehmen müssen, da man schwer glaubhaft machen kann, dass man sich unfreiwillig einer ambulanten Behandlung unterzieht. Dieser Lösungsversuch scheiterte dann jedoch, da der Patient dann zwangsweise eingewiesen wurde.

Die Besonderheit der Behandlung zwangsweise eingewiesener Psychiatriepatienten ist also, dass ein Arbeitsbündnis des Patienten mit dem Stationsarzt bzw. der Klinik zunächst nicht existiert und die Autonomie des Patienten in der Klinik nicht respektiert wird. Die Einschränkung der Autonomie des Patienten wird auch im Stationsalltag deutlich.

Falk zum Beispiel heute hat so ein Mädchen um fünfzehn angerufen ne (') und (,) wollte sie ihn unbedingt sprechen (.)
& da hab ich gesagt ja um was handelt es sich (') das sind ja was geht sie das eigentlich an (') Du Idiot (.)
LEICHTE UNRUHE IM HINTERGRUND

Falk und hat aufgelegt (.) ne (')

Das Mädchen wollte den Patienten "unbedingt" sprechen, es bestand also im besonderen Maße auf einem persönlichen Gespräch mit dem Patienten. Der Sprecher reagierte darauf mit der Frage: "ja um was handelt es sich" und nimmt damit eine Art Kontrolle vor. Man kann sich vorstellen, dass eine Sekretärin in ähnlicher Weise auf einen Anrufer reagieren würde, der ihren Chef sprechen möchte. Dies hätte meist die Funktion, nicht jeden Anrufer 'durchzustellen', sondern den Chef vor weniger wichtigen Anrufern abzuschirmen. Die Sekretärin würde diese Frage im Auftrage ihres Chefs stellen, sie kann in der Regel abschätzen, welche Anrufer der Chef persönlich sprechen will und welche nicht. Ähnliche Bedingungen sind hier jedoch wahrscheinlich nicht gegeben. Die Anruferin hat offensichtlich ein privates Anliegen an den Patienten, auch steht der Sprecher in keinem vergleichbaren Arbeitsverhältnis zum Patienten wie eine Sekretärin oder ein Kollege und der Sprecher wurde wohl kaum vom Patienten beauftragt, dessen Anrufe entgegenzunehmen und eine Vorauswahl zu treffen. Dies bedeutet, dass der Sprecher eine besondere Kontrolle auf den Patienten ausübt, die in dessen Privatsphäre hineinreicht. Möglicherweise könnte unter bestimmten Umständen ein Ehepartner eine solche Kontrolle vornehmen oder ein Elternteil eines unmündigen Kindes. Aber schon die Eltern von Jugendlichen, die sich ähnlich kontrollierend verhalten würden, müssten mit dem Protest ihrer Kinder rechnen. In einer Strafanstalt wäre eine solche Kontrolle denkbar, etwa wenn "Fluchtgefahr" oder "Verdunklungsgefahr" besteht oder wenn Drogen eingeschmuggelt werden könnten. Hier jedoch ist schwer erkennbar, was den Sprecher zu einer solchen Nachfrage legitimiert. Genau dies thematisiert das Mädchen, allerdings in einer sehr unhöflichen Form. Der Sprecher scheint sich der Problematik seines Kontrollverhaltens nicht bewusst zu sein. Zumindest gibt es keine Äußerung, die daraufhin deutet. Dies wäre ein Hinweis darauf, dass autonomieeinschränkende Kontrolle in dieser Institution habitualisiert ist. Die Notwendigkeit von Kontrollen könnte damit begründet werden, dass der Patient suizidgefährdet ist und in dieser Institution zwangsweise untergebracht ist. Ob dies jedoch auch eine Kontrolle von Telefongesprächen legitimieren würde, ist fraglich. Innerhalb der psychiatrischen Stationen etabliert sich so ein Kontrollsystem, dass die Autonomie der Patienten über das für die Behandlung notwendige Maß hinaus einschränkt und die Patienten damit tendenziell infantilisiert. Die Klinik übernimmt hierbei die Position einer überfürsorglichen Erziehungsperson.

Bestimmte Verhaltensweisen von Patienten, die unter diesen die Autonomie einschränkenden Bedingungen handelt werden, können wiederum Reaktionen auf diese Bedingungen sein. Auf diesen

möglichen Zusammenhang verweist auch Herr Boll an einer Stelle der Balintgruppensitzung. Ein Patient äußerte den Wunsch, im Schwesterzimmer zu frühstücken, weil es ihm auf der Station nicht gefiel. Der Patient hatte sich nach einem Suizidversuch freiwillig aufnehmen lassen und kam auf eine geschlossene Station.

Boll	Also ich würde ärgerlich reagieren (.) und zwar in hohem Maße (.) und äh ich kann natürlich jetzt nachträglich muss
Leiter	hmm
Boll	ich sagen (!) vielleicht wars einfach auch tatsächlich
m	RÄUSPERN
Boll	auch so das sehr viele unserer Patienten verhalten sich äh (,) sehr abwegig glich verglichen mit ihrem sonstigen Verhalten wenn man sie (,) einsperrt (!) äh einfach als Reaktion auf äh (,) dieses Eingesperrtsein (,) wobei
Leiter	hmm
Boll	das äh (,) ... halt sozusagen (!) sowohl den betrifft(!) ähh für den des Einsperren unumgänglich ist (!) als auch denjenigen der (,) vielleicht nicht <u>unbedingt</u> (,) äh geschlossen gehalten werden müsste (,) ...

Herr Boll antwortet hier zunächst auf eine Frage des Gruppenleiter zu den emotionalen Reaktionen eines Arztes auf einen Patienten, der glaube, etwas "Besseres" als die anderen Patienten zu sein und mit dem Personal Brötchen essen wollte. Dann folgt ein Erklärungsversuch für das ungewöhnliche Verhalten des Patienten. Es wird dabei explizit daraufhin gewiesen, dass es sich um eine nachträgliche Erklärung handeln, also nicht um eine spontane Reaktion als Klinikarzt. Herr Boll nimmt an, dass viele Patienten sich verglichen mit ihrem sonstigen Verhalten "abwegig" verhielten als Reaktion auf das Eingesperrt-sein. Ihr abweichendes Verhalten würde demnach erst durch die Struktur der psychiatrischen Behandlung auf einer geschlossenen Station erzeugt. Die prinzipielle Notwendigkeit, bestimmte Patienten 'einzusperrern' wird dabei durchaus anerkannt, wie in der Formulierung "für den des Einsperren unumgänglich ist" deutlich wird. Aber auch bei diesen Patienten kann das 'abwegige' Verhalten ebenso wie bei den Patienten, die nicht "unbedingt geschlossen gehalten" werden müssten, eine Reaktion auf das Eingesperrt-Sein sein.¹⁷

Zusammenfassung und Diskussion

Wir können feststellen, dass die strukturelle Problematik, die sich daraus ergibt, dass bestimmte Patienten auf einer psychiatrischen Station zwangsweise behandelt werden, von den Mitgliedern dieser Balintgruppe durchaus wahrgenommen wird. Besonders im Fall von Zwangseinweisungen kommt häufiger das sonst typische Arbeitsbündnis zwischen Patienten und Ärzten nicht zustande. Es vermischen sich zwei Strukturlogiken, die von Strafe und von Therapie. Die wurde treffend ausgedrückt durch Sequenzen wie „er hat ihm sechs Wochen auf der Geschlossenen gegeben“ und „er hat ihn und damit uns bestraft“. Das Behandeln selbst wird als Strafe bezeichnet. Auch die Autonomie des Patienten wird eingeschränkt, wie das Telefongespräch mit dem Mädchen zeigte. Der Lösungsversuch eines der Ärzte, der darin besteht, dass man solche Patienten nicht aufnimmt oder wieder entläßt, ist aber offenbar auch nicht immer zu verwirklichen. Eine andere Strategie die Psychiater scheint zu sein, gegenüber diesen Patienten so zu tun, als ob es sich um Patienten handelt, die sich aus eigenem Entschluss in die Behandlung begeben haben. Der Erfolg eines solchen Manipulationsversuchs ist jedoch zweifelhaft. Ein durch Manipulation hergestelltes Arbeitsbündnis bleibt wahrscheinlich immer instabil. Der Hintergrund der Problematik dürfte sein, dass in der stationären Psychiatrie zwei Aufgaben, die strukturell nicht miteinander vereinbar sind, vermischt

¹⁷ Die Formulierung "geschlossen gehalten" in Bezug auf Menschen klingt hier etwas ungewöhnlich, da sie an Tierhaltung erinnern könnte.

werden. Die erste Aufgabe ist die Behandlung von Patienten durch Pharmakotherapie und die Bearbeitung ihrer psycho-sozialen Probleme, was ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten voraussetzt. Die zweite Aufgabe ist die Verwahrung und soziale Kontrolle von Personen, die aufgrund ihres Verhaltens eine Gefahr für sich oder andere Personen darstellen oder in ihrer psychischen Verfassung eine zu große Belastung für die Angehörigen sind. Während eine ärztliche Behandlung im Auftrage des Patienten erfolgt, erfolgt die Verwahrung und soziale Kontrolle im öffentlichen Auftrage.

Auf diese Paradoxie hat bereits Goffman (1977) hingewiesen: „Während einige psychiatrische Fälle sich nahtlos dem Rahmen des medizinischen Modells einfügen, gibt es andere Fälle, die sehr evidente Schwierigkeiten verursachen; besonders gilt dies für die größte Gruppe der psychiatrischen Patienten, nämlich diejenigen mit sogenannten funktionalen Psychosen“ (S. 335) „Wenn wir die Geisteskranken als Menschen ansehen, welche anderen besondere Schwierigkeiten bereitet haben, dann wird die Verwaltungsfunktion der Klinik (recht ähnlich der Verwaltungsfunktion der Gefängnisse) verständlich, und wie viele glauben, berechtigt; es muss jedoch eingewandt werden, dass ein Dienst an der Verwandtschaft, Nachbarschaft oder am Arbeitgeber des Patienten, nicht notwendig ein Dienst an der ganzen Gemeinschaft ist (was immer darunter zu verstehen sein mag) und dass ein Dienst an diesen allen nicht notwendig ein Dienst, besonders nicht ein medizinischer Dienst am Insassen ist.“ (S. 335/336)

Man könnte nun argumentieren, dass, ähnlich wie in der Sozialarbeit, wegen der Grenzverwischungen zwischen Therapie und Kontrolle eine Professionalisierung dieser Tätigkeit nach dem Professionsmodell nicht möglich ist. Ich würde nicht so weit gehen. Die zitierten Ausschnitte zeigen ja auch, dass ein Problembewusstsein der Ärzte durchaus besteht. Es scheinen aber habitualisierte Handlungsmuster zu fehlen, um mit dieser Paradoxie professionell umzugehen.

Solche Grenzverwischungen wirken sich auch auf die Behandlungsgespräche aus.

Das psychiatrische Gespräch zwischen Behandlung und Verhör

In Alltagsgesprächen aber auch in der ärztlichen Sprechstunde kann bis auf weiteres unterstellt werden, dass die Äußerungen der Gesprächsteilnehmer glaubwürdig sind. Im psychiatrischen Kontext kann dies anders sein (vgl. hierzu auch Fengler und Fengler 1980). Im folgenden Interaktionsausschnitt wird das Aufnahmegespräch mit dem Patienten, der zwangsweise eingewiesen wurde, dargestellt.

Haag	ja ja (') also bei dem hatte ich Agressionen (.) der saß
m	hmm
m	hmm
Haag	vor mir (') nachts um drei Uhr (') und spielte mit mir
m	hmm
Haag	also Katz und Maus (.) und das hab ich (,) tat so als ob
Leiter	Wie sah das aus (')
Haag	nichts passiert wär (') ja (') ja dass er so vom lieben Gott dahingetragen wär (') und ich sollte jetzt aus ihm mal rauskriegen weshalb er nun vor mir säße (.)
Leiter	äh was meinen sie damit (') vom lieben Gott dahingetragen (')
Haag	ja (') ich wollt (,) wollte von ihm ja nur nen paar In- LEICHTES LACHEN
Haag	formationen (') was sich nun abgespielt hatte (.) weil ich also prinzipiell (') jeden Patienten danach frage (') weshalb er kommt (') und wer wegen welcher Beschwer- den (.) und da sagte er glaube ich gleich (') sss können
Dill	hmm

Haag Sie doch auf dem Zettel nachlesen (!) oder können Sie nicht lesen (.) oder so (.)

Die Aggressionen, die Herr Haag gegenüber dem Patienten empfand begründen sich aus dem Interaktionsverhalten des Patienten im Aufnahmegespräch. Der Patient verweigerte dem aufnehmenden Arzt die Kooperation. Auf diese Kooperation des Patienten hätte Herr Haag einen Anspruch gehabt, wenn man von dem Normalmodell einer ärztlichen Behandlung auf der Grundlage eines Arbeitsbündnisses ausgehen könnte. Der Sprecher scheint auch von diesem Normalmodell ausgegangen zu sein. Dies wird in der legitimierenden Darstellung deutlich, er frage prinzipiell jeden Patienten, weshalb und wegen welcher Beschwerden er komme. Nach dem Normalmodell der ärztlichen Behandlung begibt sich der Patient freiwillig aufgrund bestimmter Beschwerden in eine ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlung. Ob dieser Patient bestimmte Beschwerden hatte, können wir nicht feststellen, er hat sich wahrscheinlich jedoch nicht wegen dieser Beschwerden in eine stationär-psychiatrische Behandlung begeben, sondern wurde von anderen dazu gedrängt bzw. zwangsweise dort eingewiesen. Herr Haag verwendete also ein bestimmtes Muster für die Eröffnung ärztlicher Behandlungsgespräche, das in diesem Fall nicht anwendbar war, da die Bedingungen für ein Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient nicht gegeben waren. Herr Haag muss dennoch an der Erwartung festgehalten haben, dass der Patient zur Kooperation ihm gegenüber verpflichtet gewesen wäre. Da der Patient nicht freiwillig aufgrund bestimmter Beschwerden in die Klinik kam, hätte er die Gründe darstellen müssen, die andere Personen bewegen haben mögen, ihn in eine psychiatrische Behandlung zu zwingen. Dies wiederum hätte den Eindruck erwecken können, als seien diese Gründe für ihn akzeptabel. In polemischer oder ironischer Form stellt Herr Haag dar, der Patient habe so getan, als sei er vom "lieben Gott dahingetragen" worden und er (Herr Haag) solle jetzt mal herausbekommen, warum er jetzt vor ihm säße. Auch diese Polemik setzt das Normalmodell einer ärztlichen Behandlung voraus, nach der der Patient dem Arzt sein Anliegen darstellen muss.¹⁸ Der Patient weigert sich dies zu tun und verweist darauf, dass die Gründe für die Einweisung dem Arzt auch schriftlich vorliegen. Mit der Frage "Oder können sie nicht lesen?" wird er dann aggressiv-polemisch. Etwas zu erfragen (zumal nachts um drei Uhr), was bereits aufgrund schriftlicher Informationen bekannt sein dürfte, ist besonders erklärungsbedürftig. Unter bestimmten Bedingungen, zum Beispiel bei Gerichtsverfahren, kann eine mündliche Befragung zwar vorgeschrieben sein. Diese Bedingungen sind hier jedoch wohl nicht gegeben. Der Patient könnte aber auch davon ausgehen, dass der Arzt mehr wissen möchte, als die kurze Diagnose auf der Einweisung. Die Interaktionskrise, die hier entsteht ist so zum Teil auch dadurch zu erklären, dass Herr Haag bei diesem Gespräch von Voraussetzungen ausging, die hier nicht gegeben waren.¹⁹ Indem Herr Haag darstellt, der Patient habe mit ihm "Katz und Maus" gespielt, wird die Verantwortung dem Patienten zugeschrieben. Das Problem wird nicht aus der Widersprüchlichkeit der Situation, die eben keine 'normale' Interaktion zwischen Arzt und Patient ist, erklärt.

Auch bei einem anderen Typ von psychiatrischen Patienten, den Suchtpatienten ist es für die Ärzte eines psychiatrischen Krankenhauses häufig schwierig, ein 'normales' Behandlungsgespräch zu

¹⁸. Ein Ermittlungsbeamter wird zum Beispiel kaum erwarten können, dass ein Verdächtiger ihm freiwillig die Gründe darstellt, die zu dem Verdacht geführt haben könnten.

¹⁹. Eine ähnliche Konstellation wird in einem Aufnahmegespräch mit einer zwangseingewiesenen Psychiatriepatienten deutlich, das bei Christa und Thomas Fengler (Alltag in der Anstalt, Psychiatrie-Verlag, Loccum 1980, S.268/269) deutlich. Auch in diesem Gespräch erwartet der Arzt, dass die Patientin ihm die Gründe darstellte, die anderen Personen bewegen haben, sie in ein psychiatrischen Krankenhaus einsperren zu lassen. Er insistiert darauf das die Patientin diese Gründe kennen müsse und bezweifelt alle gegenteiligen Beteuerungen. Auch hier entsteht eine Interaktionskrise.

führen. Die Ärzte haben hier häufiger den Eindruck, dass diese Patienten ihre 'wirklichen' Probleme und Symptome verschleiern oder verbergen.

Haag Nun auf der anderen Seite ist doch gerade bei bei Süchtigen doch auch so (!) dass äh (,) Sie doch wohl auch (!) zum
 Leiter hmm
 Haag Teil erwarten dass der Patient von sich aus (!) doch über diese Problematik wenigstens in etwa (,) spricht (,) ich
 m hmm
 Haag ich habs also oft genug erlebt (!) es kommt jemand eben an mit diesem schönen roten Zettel (!) gut ich werf da mal kurz nen Blick rauf (!) aber ich frage dann den Patienten (!) LACHEND dass ich das erlebt habe dass Patienten die (,) völlig intoxikiert waren (!) mir ne halbe Stunde nur von ihrem Rücken erzählt haben (,) und nichts von Analgetika und nichts von Alkohol (!) und so weiter (!) und äh (,) dass ich dann (,) das geb ich schon zu (!) dann wurd ich auch mal in einem Fall wurde ich doch mal aggressiv (,) äh äh (h) weil ich äh (,) weil ich meine (!) dass (,) RÄUSPERN dass dann die Behandlungseinsicht so (,) minimal ist (!) dass man natürlich nicht weiter kommt (,) weil ich dann diesen Patienten natürlich schon frage (!) warum kommen sie in ein psychiatrischen Krankenhaus wenn sie Rückenschmerzen haben (!)
 Dill Oder fragen sie direkt (!) ihn was haben sie getrunken
 Leiter ja
 Dill oder was haben sie eingenommen (!) SPRICHT SEHR LAUT
 Haag Das frag ich (,) das frag ich schließlich auch (,) nur ich fang erst vorsichtig an (,) ich fang viel allgemeiner an (,) nur ich fang erst vorsichtig an (,) und dann werd ich werd ich allmählich zunehmend (!) äh RÄUSPERN äh (,) dominierender (,) ich (,) dann frag ich auch direkter (,) nämlich dann so dass sie (,) schon dann teilweise sich festlegen müssen (!) SPRICHT LACHEND also das (,) eigentlich nur die (,) Alternative ja oder nein übrig bleibt (,)

Herr Haag äußert zunächst die Erwartung an die Suchtpatienten, dass diese von sich aus über ihre Problematik sprechen. Dies impliziert, dass die Sucht auch subjektiv die Problematik ist ²⁰. Die Formulierung "gerade bei Süchtigen" könnte dabei darauf hinweisen, dass man es bei diesen Patienten eher erwarten kann als bei anderen Patienten, zum Beispiel bei als schizophren diagnostizierten Patienten oder bei zwangseingewiesenen Patienten. Suchtpatienten kommen in der Regel freiwillig in die Klinik. Auch wenn andere Personen (Vorgesetzte, Ehepartner, Verwandte) einen entsprechenden Druck ausgeübt haben mögen, bleibt der Entschluss zur Behandlung doch ihre eigene Entscheidung. Man könnte daher erwarten, dass diese Patienten die mit der Patientenrolle verbundenen Verpflichtungen übernehmen. Wie in der dann folgenden Darstellung deutlich wird, ist dies nach Einschätzung von Herrn Haag jedoch nicht der Fall. Der Patient stellt hier zwar gesundheitliche Beschwerden dar, es handelt sich jedoch nicht um die Beschwerden und Probleme deren Darstellung Herr Haag von einem Suchtpatienten erwartet.²¹ Der Arzt erwartet vielmehr, dass der Patient über seine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit von sich aus, also ohne danach gefragt zu werden, spricht. Das Gespräch mit dem Suchtpatienten wird von Herrn Haag zunächst weniger strukturiert, so dass der Patient Gelegenheit hat, seine Problematik aus seiner Perspektive relativ

²⁰ Wenn man wie Rost (2013) annimmt, dass hinter der Abhängigkeit eine andere psychische Störung oder Krankheit steht, muss dies nicht so sein.

²¹ Dies impliziert, dass auch für den Patienten die Sucht das Hauptproblem ist.

ausführlich darzustellen. Dies dürfte durchaus einem Normalmodell eines ärztlichen Behandlungsgesprächs entsprechen. Wenn das Verhalten des Patienten jedoch seinen Erwartungen nicht entspricht, ändern der Sprecher sein Verhalten. Er wird dann zunehmend "dominierender" und "direkter", wobei seine Strategie wird, den Patienten zu zwingen, sich in seinen Aussagen festzulegen. Dies erinnert dann eher an eine Zwangskommunikation, zum Beispiel könnte ein Richter, Staatsanwalt oder Polizeibeamter in ähnlicher Weise versuchen, einen Zeugen oder Verdächtigen auf eine bestimmte Aussage 'festzunageln'. Auch in 'harten' Interviews zum Beispiel mit Politikern wird eine ähnliche Strategie eingesetzt.

Die erste Reaktion des Sprechers könnte noch als eine Konfrontation interpretiert werden, die im Rahmen eines therapeutischen Gesprächs möglich wäre. Dem Patienten wird verdeutlicht, dass er sich unangemessen verhält, denn Psychiater sind für die Behandlung von Rückenschmerzen nicht zuständig. Der ironische Unterton dieser Intervention ist jedoch unverkennbar und dies dürfte erklären, warum der Sprecher selbst diese Intervention als aggressiv charakterisiert. Seine Aggressivität erklärt der Sprecher damit dass dann, also wenn der Patient nicht über seine Problematik spricht, die "Behandlungseinsicht" minimal sei. Wenn ein Patient mit einem Leiden zu einem Arzt geht, wird man bis auf weitere voraussetzen können, dass er einsieht, dass dieses Leiden behandelt werden sollte. Auch wenn er die Notwendigkeit einzelner Behandlungsmethoden bezweifeln mag, wird man eine prinzipielle Behandlungseinsicht voraussetzen können, denn ansonsten sind die Bedingungen für eine Behandlung nicht gegeben. Der Sprecher wird dann also aggressiv gegen den Patienten, weil dieser nach Ansicht des Sprechers kaum einsieht, dass er behandelt werden muss und man daher mit der Behandlung nicht "weiterkommt". Ob nun jedoch die "Behandlungseinsicht" durch eine solche Ironisierung oder durch die Strategie, den Patienten zu zwingen, sich festzulegen, gefördert wird, dürfte zweifelhaft sein.

Durch Patienten, deren "Behandlungseinsicht minimal" ist oder die nicht behandelt werden wollen, ändert sich so die Struktur der Arzt-Patienten-Interaktion in Richtung auf eine strategische Interaktion. Unter diesen Bedingungen ist auch die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient gestört.

In folgendem Ausschnitt geht es auch um einen Patienten, der drogensüchtig sein könnte. Der Patient war nach einem Suizidversuch in die Klinik gekommen. Eine erste Kategorisierung des Patienten nahm Herr Cramer aufgrund des Aussehens vor.

Cramer er trug also (,) also äußerlich (,) die äußerliche Beschreibung (') ja also so ganz sehr lange Haare (') ähm (,) dünne Haare eigentlich (,) so dass man sie so lang eigentlich garnicht tragen sollte (')
ALLGEMEINES GELÄCHTER

Haag das ist eine Wertung (.)

Cramer so splissig (') als ungepflegt (')

Leiter hm

Cramer dann (,) die Kleidung war (,) so in Richtung (,) Szene (') Bahnhofsviertelszene (') Drogenszene (') ganz enge Hosen (') hochhackige Lederstiefel (')

Aufgrund dieses Aussehens wird der Patient der Drogenszene zugeordnet.

Cramer und äh (,) ich hatte eigentlich gedacht (') als er auf die Station kam (') dass es sich um einen Drogen-süchtigen handelt (.) und beim Gespräch mit ihm hab (k) stellte sich dann auch heraus (') dass er auch Drogen nimmt (.) und zwar angeblich nich die harten (')wie Heroin und Valeron (') sondern äh (,) na was nahm Valium Captagon Distranneurin (') und äh Haschisch (,)..er arbeitet in einer (,) als Packer oder Transporteur von Medikamenten (') .. da kommt er dann auch immer an diese Sachen (,) heran (,) kannte sich aber auch in der Drogenszene von (,) Hannover aus (') in der ich mich auch auskenne (') und äh (,) so von früher her (') und wir haben uns darüber unterhalten (') und äh (,) eigentlich er gehört dazu (.) ähm (,)

Das Gespräch, das Herr Cramer hier darstellt, hatte für ihn im Wesentlichen die Funktion, die anfängliche Kategorisierung des Patienten als Drogensüchtigen zu überprüfen. Dies geschah dadurch, dass der Sprecher in den Aussagen des Patienten nach Indizien suchte, die diese Hypothese bestätigen könnten. Die ansonsten bis auf weiteres gültige Unterstellung, dass die Aussagen des Gesprächspartners der Wahrheit entsprechen, galt für den Erzähler in diesem Gespräch mit dem Patienten also nicht. Dies wird auch in Formulierungen wie "es stellte sich auch heraus" und "zwar angeblich nicht die harten .." deutlich. Die Aussage des Patienten, er nehme keine harten Drogen, die ein Gegenargument gegen die Kategorisierung des Patienten als Drogenabhängigen sein könnte, wird angezweifelt und mit dem Gegenargument entkräftet, der Patient kenne sich in der Drogenszene aus. Aufgrund dieses Indizienbeweises kommt der Sprecher zu dem Schluss, dass der Patient "eigentlich" dazugehöre. Das Gespräch hat die Struktur eines Verhörs, wobei die wirkliche Funktion, die das Gespräch für den Sprecher hatte, dem Patienten wahrscheinlich verborgen wurde. Dass ein Arzt den Aussagen seines Patienten manchmal eine andere Bedeutung beimisst als der Patient selbst oder dass der Arzt dem Patienten bestimmte Sachverhalten verschweigt²² kann auch im nicht-psychiatrischen Bereich vorkommen. Hier geht es jedoch um mehr als um unterschiedliche Interpretationen derselben Sachverhalte, nämlich um die Bezweifelung der Glaubwürdigkeit des Patienten. Ein Arbeitsbündnis zwischen dem Patienten und dem Arzt, der im Auftrage des Patienten die Behandlung durchführt, ist damit ausgeschlossen.²³ Die für eine Behandlung notwendige Vertrauensbasis fehlt nicht nur in vielen Beziehungen zwischen Psychiatern und solchen Patienten, die als drogensüchtig typisiert werden. Auch in den Beziehungen zwischen den Ärzten und Patienten, die als schizophrän diagnostiziert wurden, ist die Vertrauensbasis häufig prekär.

Falk Ich meine das ist ein (,) das ist ein Problem (,) ne (!)
 oder die andere Frage (,) wie gerne haben wir Leute die
 da (,) uns nicht herausfordern (,) diese ganz braven (,)
 Schäfchen (.)

Cramer Die direkt sagen dass sie Stimmen hören LACHEN

Mit seiner Frage skizziert Herr Falk ein Problem der stationären psychiatrischen Behandlung. Wenn Ärzte einer psychiatrischen Station, Patienten, die sie nicht herausfordern, sympathisch finden, belohnen sie indirekt deren Konformismus. Ein solcher Konformismus mag zwar den Stationsalltag erleichtern, die Belohnung dieses Konformismus kann aber auch antitherapeutisch wirken, zum Beispiel wenn es gerade zur Problematik des Patienten gehört, dass er in seinen Aggressionen gehemmt ist und sich nicht behaupten kann. Solche konformen Patienten noch für ihr Verhalten auf der Station zu belohnen, ist also therapeutisch nicht unproblematisch. Die Bezeichnung "brave Schäfchen" für diese Patienten enthält dann auch eine negative Konnotation. Als 'brave Schäfchen' bezeichnet man häufig Personen, die alles mit sich machen lassen.

Herr Cramer nennt als Beispiel Patienten, die direkt sagten, dass sie Stimmen hören. Sein Lachen könnte dabei die polemische Charakterisierung dieser Personen als 'brave Schäfchen' unterstreichen. Mit "Stimmen hören" sind hier akustische Halluzinationen gemeint, also ein Symptom, das auf eine Schizophrenie hinweisen könnte. Ein "braves Schäfchen" wäre dann ein psychotischer Patient, der seinem Therapeuten die Symptome seiner Erkrankung offen darstellt und nicht verschweigt. Gerade die offene Darstellung der Krankheitssymptome gehört jedoch zu den Verpflichtungen eines Patienten in dem Arbeitsbündnis mit dem Arzt. Wenn nun das Darstellen dieser Symptome ein

²². Etwa weil er dies nicht für notwendig hält, weil er meint, der Patient würde dies nicht verstehen oder er könnte es psychisch nicht verkraften.

²³. In dieser Balintgruppensitzung wurde in einer Rückmeldung auch von einer Patienten berichtet, deren Behandlung vom Arzt abgebrochen wurde, weil sie während der Behandlung öfters die Unwahrheit sagte. Damit wurde von der Patientin das Arbeitsbündnis verletzt, was zur Behandlungsabbruch führte.

Zeichen für übermäßigen Konformismus ist, muss das Einhalten des Arbeitsbündnisses durch den Patienten hier der abweichende Sonderfall sein und nicht der Normalfall. Auch dieses Beispiel zeigt, wie stark das psychiatrischen Handeln manchmal vom Idealmodell medizinischen Handelns abweicht. Patienten leiden häufiger unter den Nebenwirkungen der Behandlung mit Neuroleptika. Wenn nun die Patienten psychotische Symptome zeigen, werden die Ärzte die Medikamentendosis häufig erhöhen, auch könnte sich ihr Klinikaufenthalt dann verlängern. Um dieses zu vermeiden, kann es für den Patienten subjektiv von Vorteil sein, seine Symptome zu verschweigen. Er wird dann versuchen, seine Symptome zu verbergen und der Arzt wiederum wird versuchen, diese Symptome beim Patienten zu entdecken. Beide Seiten verhalten sich so strategisch, ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten kommt nicht zustande. Die Beziehung ist geprägt durch die soziale Kontrolle, die der Arzt gegenüber dem Patienten ausübt und der sich der Patient strategisch zu entziehen versucht. Im idealtypischen Arbeitsbündnis wäre der Patient an der Abwägung über die medikamentöse Behandlung beteiligt, die darin besteht, dass der therapeutische Nutzen einer Medikation gegen die befürchteten Nebenwirkungen abgewogen werden muss. In der Psychiatrie dagegen wird diese Entscheidung meist vom Arzt getroffen. Er handelt dabei nicht im Auftrage des Patienten sondern häufig sogar gegen dessen Willen. Der Arzt kann sich bei diesem Entscheidungsprozess jedoch meist nicht auf körperlich messbare Indikatoren stützen, sondern er muss dafür das soziale Verhalten des Patienten beurteilen. Da er dies nicht im Auftrage des Patienten macht, ist dies eine Form sozialer Kontrolle.

Zusammenfassung und Diskussion

Wie gezeigt wurde, weichen einige Arzt-Patienten-Beziehungen in Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung vom Idealmodell ärztlichen Handelns im Rahmen eines Arbeitsbündnisses ab. Einige Patienten wurden zwangsweise eingewiesen oder stimmten einer Aufnahme in die Klinik nur zu, weil andere Personen einen entsprechenden Druck auf sie ausübten. In diesen Fällen handeln die Ärzte nicht im Auftrage des Patienten, so dass die Bedingungen für ein Arbeitsbündnis nicht gegeben sind und sich die Patienten daher auch nicht zur Kooperation gegenüber dem Arzt verpflichtet fühlen. Es kann diesen Patienten gelingen, den Ärzten vorzuführen, dass ihr ärztliches Behandlungsmodell hier nicht funktioniert. Dies wiederum kann bei den Ärzten Aggressionen auslösen. Andere Patienten, vor allem Suchtpatienten, kommen zwar freiwillig zur Behandlung, halten aber dennoch die mit der Patientenrolle verbundenen Verpflichtungen nicht ein, da sie dem Arzt gegenüber ihre Problematik verleugnen oder zu verbergen suchen. Hier kann das ärztliche Behandlungsgespräch zum Verhör werden, wobei der Arzt den Patienten zu überführen versucht. Es vermischen sich somit die Strukturlogik des Verhörs und die der ärztlichen Sprechstunde. Einer Person, die verhört wird, wird die Glaubwürdigkeit entzogen, indem ihr unterstellt wird, dass sie etwas verleugnen oder verbergen möchte. Gerade dies versucht die verhörende Person mit bestimmten Gesprächstechniken aus der verhörten Person herauszulocken. Sie versucht sie zu überführen. ("Es stellte sich auch heraus...") Dieser Entzug von Glaubwürdigkeit steht im Widerspruch zur Strukturlogik der Arzt-Patienten-Interaktion. Ein Arzt, der kein Vertrauen zu seinem Patienten hat, kann auch kaum erwarten, dass der Patient Vertrauen zu ihm hat. Dieses Vertrauen aber ist für eine erfolgreiche Behandlung erforderlich. Auch von einem Teil der als schizophren diagnostizierten Patienten wird angenommen, dass sie Symptome verschweigen. Scheinbar sind die als schizophren diagnostizierten Patienten, die ihrer Symptome dem Arzt mitteilen, eher die Ausnahme. Der methodische Entzug von Glaubwürdigkeit wird auch in der Studie von Fengler und Fengler (1980) über eine psychiatrisches Krankenhaus beschrieben. Sie erklären dies

u.a. damit, dass von Patienten angenommen wird, dass sie in bestimmten Fällen gute Gründe haben, nicht die Wahrheit zu sagen.

Da der Arzt trotz dieser Schwierigkeiten häufig unter Zeitdruck Entscheidungen treffen muss, ist er häufig auf schnelle Kategorisierungen angewiesen, die nur eine geringe empirische Basis haben.

"Er hat im Grunde genommen die Karriere" - Kategorisierung von Patienten und der Einfluss auf die Struktur der weitere Behandlung

Es geht in den nächsten Ausschnitten wieder um den Patienten, der nach einem Suizidversuch freiwillig in die Klinik ging. Von Drogenpatienten wird häufig erwartet, dass ihre Motivation, sich behandeln zu lassen, gering ist. Die Ärzte reagieren daher auch häufig skeptisch auf diese Patienten.

Enders ich muss (,) hm dazu sagen dass ich (,) ähm als über die Verlegung gesprochen wurde (!) in mir auch (,) erstmal ne Skepsis (,) aufkam (,) äh der denn nun wollen wird (.) er sah (,) wie du schon beschrieben hast (!) schon so aus als (,) käme er direkt aus der Drogenszene (!) und dann kam auch noch dieses (,) dieses Betätigungsfeld hinzu (!) äh hat das (,) mich erstmal (,) gedacht habe (!) jetzt muss ich mal mit ihm reden (!) ja (!) was er eigentlich hier will

Wie vorher Herr Cramer typisierte Herr Enders den Patienten zunächst aufgrund des Aussehens als Drogenpatienten. Diese Kategorisierung führte bei ihm zur Skepsis und zu der Frage, was der Patient denn nun wollen werde. Normalerweise wird man davon ausgehen, dass ein Patient in einer Klinik behandelt werden möchte, da allein dies einen Klinikaufenthalt legitimiert. Diese Normalerwartung an die Patientenrolle scheint bei einem Drogenabhängigen jedoch nicht vorausgesetzt zu werden. Patienten ohne Behandlungswunsch wären dann eigentlich keine Patienten. Die Skepsis veranlasste Herrn Enders in einem Gespräch mit dem Patienten festzustellen, was der Patient "eigentlich hier will". Diese Sequenz könnte man auch so verstehen, dass der Patient zwar einen Behandlungswunsch äußerte, "eigentlich" aber andere Motive für den Klinikaufenthalt hat, als den, behandelt zu werden. Wahrscheinlich ist aber gemeint, dass Herr Enders den Aufenthalt eines solchen Mannes in einer psychiatrischen Klinik generell für erklärungsbedürftig hält. In diesem Fall ging es um die Verlegung des Patienten von der geschlossenen psychiatrischen Station auf die offene Station von Herrn Enders. Für Herrn Enders ergab sich daher die Frage, ob die Motivation des Patienten für eine weiterführende Behandlung überhaupt ausreicht.

Enders Un gewisses Unbehagen (!) nich weil äh es ist irgend-
Dill ja
Enders wie (,) immer nen bisschen äh (,) lästig wenn man also
Patienten verlegt bekommt (!) die also einen Tag später
wieder weg sind (.)

Die Befürchtung dieser Patient könne die Therapie vorzeitig abbrechen, begründet das Unbehagen von Herrn Enders gegenüber dem Patienten. An anderer Stelle führt Frau Dill zu diesem Problem aus, sie ärgere sich, wenn ein Patient am nächsten Tag weggelaufen sei, weil sie Zeit investiert habe und es ihr nicht gelungen sei, den Patienten davon zu überzeugen, dass sie gut genug sei, ihn zu behandeln. Die Befürchtungen, dass das therapeutische Engagement vergeblich bei diesen Patienten sein könnte und dass die eigene Qualifikation dann entwertet wird, kann dazu führen, dass solche Patienten nicht erst aufgenommen werden oder dass das therapeutische Engagement gegenüber diesen Patienten gering bleibt. Als Suchtpatient kategorisiert zu werden, kann also für den Patienten nachteilig sein. Dies gilt vor allem dann, wenn der Patient selbst nicht 'zugiebt' süchtig zu sein, weil dies als Hinweis auf eine geringe "Behandlungseinsicht" interpretiert würde. Bei diesem Patienten hat Herr Enders seine anfängliche Einschätzung revidiert. Zu dieser Revision trug mit bei, dass der Patient auf der Station von Herrn Enders ein anderes Verhalten zeigte, als man von einem Drogenpatienten erwartete.

Enders das hab ich dann von den Schwestern so gehört (') der sei garnicht so (') und der würde auch sein zimmer sauber halten (') und äh (,) pünktlich zum essen da sein (') also (,) was man so als angepasstes Verhalten bezeichnet (.) schon nach kurzer Zeit (.) und ähm (,) das kontrasierte eigentlich (') ziemlich deutlich zu der Erwartung (,) eines (,) Drogen (,)patienten (') der also doch (...) ziemlich (,) in der Regel ziemlich(,) äh (,) massiv auftritt mit seinen Ansprüchen und äh mit (,) Erwartungshaltungen und (,) und sich durchaus äh (,) den Anderen gegenüber überlegen gibt (.) das hat er eigentlich überhaupt nicht getan

Aus der Äußerung "Der ist gar nicht so" kann man folgern, dass die Schwester auch zunächst annahmen, dass der Patient "so", nämlich wie ein Drogensüchtiger, sei und in dieser Erwartung enttäuscht wurden. Drogenpatienten sind nach dieser Darstellung anscheinend unpünktlich und halten ihre Zimmer nicht sauber. Auch treten sie massiv mit Ansprüchen auf und geben sich anderen gegenüber überlegen.

Eine falsche Kategorisierung eines Patienten als Suchtpatient kann sich aber auch verfestigen, wenn ein Patient sich so verhält, wie man es von einem Drogensüchtigen erwartet und der behandelnde Arzt in Gesprächen mit dem Patienten primär nach Hinweisen **für** dessen Abhängigkeit sucht und diese dann auch findet. So blieb Herr Cramer bei der Einschätzung, dass es sich bei diesem Patienten um einen Suchtpatienten handele, was er im wesentlichen mit dem Aussehen des Patienten und dessen Kenntnis der Drogenszene begründete.

Cramer: ah ja (.) ja dazu is noch zu sagen (') dass er also (') wie viele Drogensüchtige die ich so auf der Station erlebt habe (') äh mit einer sehr großen Anspruchshaltung (,) herankam

Dies erwies sich dann in der Sitzung als ein sehr fragwürdiger Indizienbeweis.

Die Verallgemeinerung der Erfahrungen mit Suchtpatienten kann dazu führen, dass diese Kategorisierung subsumtionslogisch auf alle Suchtpatienten angewandt werden und so deren Behandlungschancen sich verringern. Auf die Problematik dieser Kategorisierungspraxis weist auch Herr Enders in einem Beitrag hin.

Enders Ich meine das ist nat ich finde es natürlich nicht richtig dass man die Leute so (') von vornherein in (,) Sippenhaft nimmt (.)

Dill hmm

Enders ha ha (h) durch die Erfahrung mit den Leuten (') ääh (,) ja

Enders wird man halt sehr leicht dazu (,) gedrängt (.) Also ich hab auch immer (,) das Gefühl (') wenn da einer so (,)RÄUSPERT SICH so intoxikiert zur Aufnahme kommt (') ..naja aufnehmen und dann fragt man ihn hat er nen Therapieplatz (') ja und (,) wenn ja dann nimmt man ihn (,)gerne auf weil man eben das Gefühl hat es geht weiter (') und wenn nicht (') dann hat man schon sehr (,) großes Unbehagen dabei (') wie (') der wird morgen sagen ich will gehen und (,) ich bin freiwillig da (') und dann

Leiter hmm

Enders wird wieder dasselbe von vorne anfangen (.)

PAUSE 6 SEKUNDEN

Die Praxis der Kategorisierung von Suchtpatienten aufgrund vorgängiger Erfahrungen mit solchen Patienten bezeichnet. Herr Enders hier selbstkritisch-polemisch als "Sippenhaft". Sippenhaft war eine Praxis nach der Angehörige eines Verwandtschaftssystems für das Verhalten eines ihrer Mitglieder negativ sanktioniert wurden, als ob sie für dessen Verhalten moralisch verantwortlich seien. Hier wird der Begriff metaphorisch verwendet. Gemeint sein dürfte, dass Suchtpatienten für das Verhalten anderer Suchtpatienten bestraft werden, indem man negative Erfahrungen mit Suchtpatienten auf alle Patienten verallgemeinert. Die Konsequenzen einer solchen Verallgemeinerung würden dann von Herrn Enders als Strafe interpretiert und diese Praxis wird missbilligt. Herr Enders beschreibt dann selbstkritisch seine eigene Praxis der Behandlung von Suchtpatienten, die dieser von ihm missbilligten Praxis entspricht. ("Also ich hab auch immer") Er

unterscheidet bei der Aufnahme zwischen den Suchtpatienten, die einen Therapieplatz haben, und solchen die keinen Therapieplatz haben. Während die Patienten mit Therapieplatz gerne aufgenommen werden, hat er gegenüber den anderen ein Gefühl von Skepsis und Unbehagen. Dieses Unbehagen wird mit der Befürchtung begründet, der Patient könne am nächsten Tag sagen, er wolle gehen und dabei darauf verweisen, dass er freiwillig behandelt werde. Diese Patienten kann man nicht dazu zwingen in der Klinik zu bleiben. Praktisch relevant wird die Befürchtung, der Patient werde die Behandlung vorzeitig abbrechen, wenn sie sich auf die Praxis der Behandlung dieses Patienten negativ auswirkt oder wenn solche Patienten wegen dieser Befürchtungen nicht aufgenommen werden. Herr Graf, ein anderes Gruppenmitglied stellt an anderer Stelle dar, er überlege sich bei vielen Suchtpatienten, ob sie diese behandeln sollten. Diese Patienten wären von der negativen Kategorisierung der Suchtpatienten betroffen, wobei die Frage wäre, inwieweit eine reale Chance bestünde, zu überprüfen, ob diese Kategorisierung in jeweiligen Einzelfall auch zutrifft. Dies wiederum dürfte auch davon abhängig sein, inwieweit der Arzt nicht nur den Patienten mittels bestimmter Kategorien typisiert, sondern auch einzelfallspezifisch arbeitet. Voraussetzung eines solchen Einzelfallverstehens wäre ein therapeutisches Engagement des Arztes, was aber zu gering sein könnte, wenn der Arzt aufgrund vorgängiger Kategorisierungen an der "Behandlungseinsicht" des Patienten zweifelt. Die Kategorisierung "Suchtpatient" hätte dann negative Folgen für die Entwicklung des Arbeitsbündnis der Ärzte mit solchen Patienten.

Schnelle Kategorisierungen von Patienten durch die Ärzte können bereits für die Entscheidung von Bedeutung sein, ob ein bestimmter Patient stationär aufgenommen werden soll oder nicht.

Leiter: hm .. und (,) Sie sagten dass Sie (,) ihn vorher schon kennengelernt haben (')

Haag: na (') ich hatte also an dem Tag Aufnahmedienst (') und (,) da hab ich ihn also kennengelernt (') und (,) ich muss sagen dass ich ihn auch nicht so sympathisch in Erinnerung habe (') dass ich in ihm (') typisch (k) typische Produkt (') aus (,) extrem ungünstigen sozialen Verhältnissen (,) und auch einer (,) Persönlichkeitsstruktur mit äußerst geringer Frustrationstoleranz sehe(') .. und (,) (,) was ich also zuerst auch überlegt habe (') ob ich ihn überhaupt aufnehmen sollte (') .. die Suizidversuche hatten sich (') soweit ich mich erinnern kann (') in der jüngeren Vergangenheit also doch (,) sehr gehäuft (') und den letzten Suizidversuch fand ich doch schon relativ ernst (,) das war (,) so eigentlich dann(,) der ausschlaggebende Grund gewesen (') weshalb ich ihn aufgenommen habe obwohl ich ja doch nicht leugnen will dass ich mir (,) damals schon (,) sagte (') dass man wohl (,) wenig an der Situation ändern (,) werden könne (') weil die (,) sozialen Gesichtspunkte doch so im Vordergrund standen (') ..

Nachdem Herr Cramer seine Falldarstellung abgeschlossen hat, wendet sich der Leiter an Herrn Haag, der den Patienten aufgenommen hatte und initiiert damit eine weitere Darstellung zum Fall. Der erste Teil dieser Darstellung ist minimal kontrastiv zur Falldarstellung angelegt. Herr Cramer hatte dargestellt, der Patient sei ihm unsympathisch gewesen, Herr Haag erklärt, er habe ihn "auch" nicht so sympathisch in Erinnerung. Dann geht der Sprecher auf die Aufnahmesituation ein und beginnt mit einer Kategorisierung des Patienten: "dass ich in ihm typisch typische Produkt aus extrem ungünstigen sozialen Verhältnissen und einer Persönlichkeitsstruktur mit einer äußerst geringen Frustrationstoleranz sehe". Indem der Sprecher den Patienten als "typisches Produkt" charakterisiert, dürfte er daraufhin weisen, dass er ihn einem Typus zuordnet, der häufiger auftritt, wobei er stets darin das Ergebnis des Zusammenwirkens der beiden Bedingungen sieht (kausale Erklärung). Die "extrem ungünstigen sozialen Verhältnisse" und die Persönlichkeitsstruktur des Patienten mit "äußerst geringer Frustrationstoleranz" wirken zusammen und bestimmen die psycho-soziale Situation des Patienten. Es handelt sich hierbei offenbar um ein Kürzel, das Herr Haag öfters zur Kategorisierung bestimmter Patienten einsetzt ("typisch"), das jedoch kaum etwas zum Verständnis des Einzelfalles beiträgt. Der Patient wird unter einen abstrakten Typus subsumiert, wobei es sich hier nicht um eine medizinische Kategorisierung, sondern um eine vorwissenschaftliche Kategorisierung handelt, auch wenn sie wissenschaftlich klingt. Als extrem ungünstig kann man sehr

unterschiedliche soziale Verhältnisse charakterisieren. "Geringe Frustrationstoleranz" ist ein psychologisches Kürzel, das bedeuten soll, dass die so charakterisierte Person Enttäuschungen und emotionale Belastungen schlecht bewältigen kann. Wenn eine solche Person mit sehr geringer Frustrationstoleranz, so könnte man folgern, dann auch noch in eine "extrem ungünstige soziale Verhältnisse" gerät, ist die Situation fast hoffnungslos. Die Hauptfunktion dieser Kategorisierung scheint auch zu sein, eine schlechte Prognose des Patienten zu begründen, was ein Argument gegen die Aufnahme des Patienten ist. In der anschließenden argumentativen Darstellungen geht dann Herr Haag auch auf die Gründe für und gegen eine Aufnahme ein. Während die schlechte Prognose gegen eine Aufnahme sprach, war die Zahl der Suizidversuche ein Argument für eine Aufnahme und die Ernsthaftigkeit des letzten Suizidversuchs der ausschlaggebende Grund für die Aufnahme des Patienten. Die Suizidversuche mögen ein Hinweis auf die Notsituation des Patienten sein, wieso dies aber ein Aufnahmegrund ist, da doch ein Behandlungserfolg bezweifelt wird, wird nicht ausgeführt. Der Sprecher scheint auch selber zu bezweifeln, ob seine Entscheidung, den Patienten aufzunehmen, richtig war. Die Formulierung "obwohl ich nicht leugnen will" könnte daraufhin weisen, dass eine Funktion seiner Darstellung ist, seine Entscheidung gegenüber den Kollegen zu legitimieren. Herr Haag scheint nach der Falldarstellung von Herrn Cramer davon auszugehen, dass seine Entscheidung sich inzwischen als falsch herausgestellt hat, und gesteht nun ein, auch sich "damals schon" gesagt zu haben, dass man an der Situation wenig werden ändern können. Der Aufnahmearzt muss die Patienten, die aufgenommen werden sollen, auswählen und gegebenenfalls gegenüber den Kollegen legitimieren, warum er einen bestimmten Patienten aufgenommen hat. Da diese Entscheidung häufig unter Zeitdruck erfolgt (Herr Haag an anderer Stelle: "Sie müssen innerhalb kurzer Zeit eine Entscheidung treffen") mag er geneigt sein, auf schnelle Kategorisierungen zurückzugreifen, die dann eine Fallrekonstruktion ersetzen. Die schlechte Prognose wird hier damit begründet, dass die "sozialen Gesichtspunkte" im Vordergrund stünden. Während sonst also "extrem ungünstige soziale Verhältnisse" häufig zugunsten des Patienten interpretiert werden, wirken sie sich hier nachteilig für ihn aus. Später in der Sitzung stellt Herr Haag noch einmal seine Einschätzung des Patienten dar.

- Haag wobei ich mich natürlich auch frage was er aktiv machen kann (') in einer Situation die doch bescheiden ist (') er hat im Grunde genommen die Karriere (') es fehlt nur noch die (,) Kriminalität (.) und an die wird er sicherlich auch irgendwann noch kommen (.) also er ist (-)
- Enders Die ist im übrigen (,) (...) aber das steht jetzt nicht mehr (...) (.)
- Haag oder die ist auch schonmal gewesen (.) ja ja und so wird er wahrscheinlich so und so kippen (.) das ist natürlich pessimistisch wenn ich das sage (') aber ich beurteile das eben doch so (') dass er zwischen diesen verschiedenen Institutionen hin und herpendeln wird (.) ... ich hab mir nur gesagt er (,) um ihm einfach mal die Chance zu geben (') auch aus diesem beengten sozialen auch beengten räumlichen Milieu herauszukommen (') deshalb hab ich ihm gesagt (') dass äh es besser wär (') oder ihm doch sehr stark zugeredet (') ihn aufzunehmen (.) ... nen gewisses
- Sievers (...)
- Haag Mitleid spielte dabei auch ne Rolle (.) aber auf der anderen Seite (') ... war ich damals (') und bin auch heute noch der Meinung dass man doch sehr wenig an der Situation (') wird ändern können (.) SPRICHT SEHR LEISE WEITER weil ihre (,) gesamten Bedingungen doch sehr ungünstig sind (.)

Nachdem Herr Haag vorher die pessimistische Haltung des Patient zu seiner Situation dargestellt hatte, kommentiert er nun diese Äußerungen indem er sie mit seiner eigenen Einschätzung kontrastiert. Dabei wird deutlich, dass er die pessimistische Einschätzung des Patienten teilt. Auch ihm ist nicht klar, was der Patient in einer Situation, die doch sehr "bescheiden" sei, aktiv machen könne. Er begründet diese Einschätzung damit, dass der Patient die Karriere "habe" und

wahrscheinlich "so und so" kippen werde. Mit dem Begriff der Karriere verwendet er ein ursprünglich soziologisches Konzept, das er jedoch in eine bestimmte Weise uminterpretiert. Gemeint sein dürfte hier nicht ein tatsächlicher Verlauf, sondern ein typisiertes Ablaufschema von Ereignissen, das quasi zwangsläufig zu einem negativem Ergebnis, dem "kippen" führen wird. Aus dem Konzept der Karriere, das ursprünglich eine ganz andere Funktion hatte, wird so eine Art von Label, mit der die Zwecklosigkeit von Bewältigungsstrategien des Patienten und von psycho-sozialen Interventionen von professioneller Seite ("so und so") begründet werden kann. Herr Haag nimmt an, dass der Patient zwischen verschiedenen Institutionen "hin- und herpendeln" werde, ohne dass dies sein weiteres Schicksal im positiven Sinne beeinflussen würde. Die Situation des Patienten wird so unter ein Ablaufschema subsumiert, das Herr Haag vielleicht von Kollegen übernommen oder selber aufgrund von Erfahrungen mit Patienten entwickelt hat. Das von Herrn Haag vermutete Fehlen der Kriminalität bei diesem Patienten führt nicht dazu, dass Herr Haag an der Anwendbarkeit des Schemas auf diesen Patienten zweifelt. Er vermutet vielmehr, dass die Kriminalität "nur noch" fehle, aber sicher noch "kommen" werde. Die Subsumtion des Einzelfalls unter dieses Konzept könnte so resistent gemacht werden gegenüber Falsifikationsmöglichkeiten. Aspekte des Einzelfalls, die zu einer Revision dieses Konzeptes oder dessen Anwendbarkeit auf diesen Einzelfall zwingen könnten, würden dann nicht mehr wahrgenommen oder entsprechend uminterpretiert.²⁴

Angesichts dieser negativen Prognose ist es erklärungsbedürftig, dass der Sprecher den Patienten überhaupt aufgenommen hat. Ein Patient wird in eine Klinik aufgenommen, weil eine medizinische Behandlung notwendig und sinnvoll ist. Eine Behandlung wäre jedoch sinnlos, wenn man die "Karriere" des Patienten ohnehin nicht mehr im positiven Sinne beeinflussen kann. Die Aufnahme des Patienten begründet Herr Haag dann damit, dass er dem Patienten eine Chance geben wollte "mal" aus dem beengten räumlichen und sozialen Milieu herauszukommen. Der Grund für die Aufnahme war demnach, dem Patienten einen kurzzeitigen Milieuwechsel zu ermöglichen, was jedoch an seiner Situation sehr wenig ändern würde. Dies wäre ein nicht-therapeutischer Grund für eine Klinikaufnahme, mit dem man diese Aufnahme gegenüber dem Patienten und gegenüber Dritten (zum Beispiel der Krankenkasse) wohl schwer begründen könnte. Herr Haag stellt dann auch dar, er habe dem Patienten "doch sehr stark zugeredet". Man kann sich kaum vorstellen, dass er den Patienten von der Notwendigkeit einer Klinikaufnahme damit überzeugt hat, dass er ihm erklärte, er müsse mal aus seinem Milieu herauskommen, was an seiner Situation aber wenig ändern werde. Es könnte dann die paradoxe Situation entstanden sein, dass der Arzt den Patienten von der Notwendigkeit einer Behandlung überzeugte, deren Sinnhaftigkeit er selbst bezweifelte. Objektiv wäre dies eine Täuschung des Patienten, die sich auf die therapeutische Beziehung auswirken dürfte.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Ärzte ordnen bestimmten Patienten bestimmten Typen und Kategorien zu, wobei sie damit bestimmte Vorstellungen zu deren Verhalten und zur medizinisch-sozialen Prognose verbinden. Hierzu gehört die Kategorie „Suchtpatient“ der Unordentlichkeit, Unpünktlichkeit und die Einstellung etwas besseres zu sein, zugeschrieben werden. Auch ein ernsthafter Behandlungswunsch wird nicht angenommen („was der denn will“). Die Kategorisierung kann sich auflösen, wenn der Patient diesen Erwartungen nicht entspricht, sie kann sich aber auch verfestigen. Wie die Darstellung von Herrn Haag zeigt, kann eine Kategorisierung auch mit einer schlechten Prognose verbunden sein. Angenommen wurde eine „Karriere“ zwischen verschiedenen Institutionen, die dann zum „Kippen“ führen werde.

²⁴. Im Laufe dieser Balintgruppensitzung gibt Herr Haag diese Kategorisierung des Patienten aber dann doch auf.

Es deutet sich auch die Funktion dieser Kategorisierungen, die nicht primär medizinisch abgeleitet sind, an. Unterschieden wird zwischen Patienten, bei denen eine gute Prognose angenommen wird und solchen, bei denen man wenig ändern kann. Das therapeutische Engagement kann so gesteuert werden, Enttäuschungen des Arztes werden vermieden.

Hier deutet sich eine weitere Paradoxie des ärztlichen Handelns in psychiatrischen Kliniken an. Wenn ein Patient einer Klinikaufnahme zustimmt, konstituiert sich ein Arbeitsbündnis zwischen dem Patienten und der Klinik, in dem beide Parteien bestimmte Rechte und Pflichten übernehmen müssen. So kann der Patient von der Klinik bzw. von den Ärzten erwarten, dass er ärztlich behandelt wird. Eine Klinikaufnahme ist also zumindest implizit mit einem **Behandlungsversprechen** von Seiten der Klinik verbunden. Das Arbeitsbündnis wird daher verletzt, wenn man einen Patienten aufnimmt, dessen Behandlung man nicht als erfolgversprechend oder sinnvoll einschätzt, dieses Einschätzung aber dem Patienten verschweigt.²⁵ Die Klinik müsste dann eine Behandlung durchführen, die sie nicht für sinnvoll hält oder ihr Behandlungsversprechen brechen. Beides wäre letztlich unprofessionell. Der Patient wiederum, der eine ärztliche Behandlung erwartet, dürfte enttäuscht sein, wenn dies nicht geschieht. Mit einer solchen Enttäuschung könnte zum Teil das Verhalten dieses Patienten auf der Station von Herrn Cramer erklärt werden.

"Was wird denn jetzt gemacht"- Behandlungswunsch und therapeutisches Angebot.

Leiter: sie brachten es hier ja ein (!) unter dem Gesichtspunkt (,) hm dass der ihnen unsympathisch war (!) und sie ihn (,) weitergebracht haben (.)

Cramer: ah ja (,) ja dazu is noch zu sagen (!) dass er also (!) wie viele drogensüchtige die ich so auf der Station erlebt habe (!) äh mit einer sehr großen Anspruchshaltung (,) herankam und sagte doch (!) was ist denn das hier (!) und da sag ich (!) wir müssen ja erstmal gucken was überhaupt los ist und dann wird ich sie schon wo anders hin verlegen (!) ja dann stand der immer vor der Tür rum (!) und meckerte (!) maulte son bißchen (!) und äh (,) wollte immer in mein Zimmer kommen weil es ihm draußen nicht gefiel (!)
((Auslassung. H.M.))

Cramer: und dann öfters (!) dann klopft er (,) an dem einen tag wo er da war bestimmt zehn mal an die tür und sagt was ist denn jetzt was wird denn jetzt gemacht (,) wird jetzt mal was anderes gemacht (!) oder wann wird denn (,) wann kümmert man sich um mich (!) .. ja (!) und dann äh (,) hab ich ihn nach oben verlegt (!) weil oben (,) also nach zwo ce (!) das is die (,) äh (,) au (,) äh (,) die offene station (!) weil da Gesprächstherapie und noch viele andere Aktivitäten noch gemacht werden (.)

Nachdem Herr Cramer seine Falldarstellung abgeschlossen hat, wird er vom Leiter daraufhin gewiesen, dass er diesen Fall unter dem Gesichtspunkt eingebracht habe, dass der Patient ihm unsympathisch gewesen sei und er ihn weitergebracht habe. In der Falldarstellung war Herr Cramer dann auf diese Antipathie gegenüber dem Patienten nicht mehr eingegangen, so dass unklar blieb, warum der Patient ihm unsympathisch war. Herr Cramer antwortet auf diese Leiterintervention mit einer ergänzenden Darstellung zum Fall. Er charakterisiert darin das Verhalten des Patienten als Ausdruck einer "sehr großen Anspruchshaltung" und es wird deutlich, dass er sich von den Wünschen und Forderungen des Patienten bedrängt fühlte. In der Formulierung "wie viele Drogensüchtige" wird deutlich, dass er dieses Verhalten des Patienten als typisch für Drogensüchtige interpretiert. Man kann also folgern, dass er auf andere Drogenpatienten auch mit Antipathie reagieren würde.

Das Verhalten des Patienten kann man zum Teil als Ausdruck eines **enttäuschten Behandlungswunsches** interpretieren. Der Patient ist enttäuscht, dass auf dieser Station so wenig mit ihm geschieht und bedrängt den ihn behandelnden Arzt mit Fragen ("was is denn das hier", "Was ist denn jetzt?" "Was wird denn jetzt gemacht?" "Wird jetzt mal was anderes gemacht oder wann wird denn (,) wann kümmert man sich um mich?") Mit seinen Fragen drückt der Patient nicht nur seinen Behandlungsanspruch aus, sondern stellt auch die Institution selbst in Frage. ("was ist denn das

²⁵ Medizinisch wäre das eine sehr fragliche Indikation, die dem Patienten mitgeteilt werden müsste.

hier?“) Als Patient einer Klinik kann er eine Behandlung erwarten, er klagt daher auch die Verpflichtungen der Klinik und der Ärzte ihm gegenüber im Rahmen des Arbeitsbündnisses ein. Herr Cramer hatte zwar einige Gespräche mit dem Patienten, dies scheint er jedoch selbst noch nicht als Behandlung zu interpretieren, wie in seiner eher defensiven Reaktion deutlich wird. Seine Antwort ("wir müssen ja erstmal gucken was überhaupt los ist und dann werd ich sie schon wo anders hin verlegen") ist eine Rechtfertigung dafür, dass so wenig mit dem Patienten geschieht. Indirekt bestätigt er auch mit dieser Antwort die Kritik des Patienten. Auf dieser Station soll der Patient allenfalls diagnostiziert werden ("wir müssen ja erstmal gucken was überhaupt los ist"), danach wird er verlegt. Dass er zur Diagnose auf der Station bleiben muss, dürfte auf den Patienten nicht sehr überzeugend gewirkt haben. Möglich wäre dies, wenn auf der Stationen von Herrn Cramer besondere diagnostische Verfahren eingesetzt werden, die es auf anderen Stationen nicht gibt. Wie in der Begründung für die Verlegung des Patienten deutlich wird, ist auch nach Einschätzung von Herrn Cramer das Angebot auf dieser Station relativ gering. Wenn die Begründung für die Verlegung ist, dass auf der offenen Station "Gesprächstherapie und noch viele andere Aktivitäten noch gemacht werden", muss man folgern, dass dies auf der Station von Herrn Cramer nicht geschieht. Der Patient musste verlegt werden, damit sein Behandlungswunsch erfüllt werden konnte. Mit seiner "Anspruchshaltung" konfrontierte der Patient Herrn Cramer so auch mit einem Defizit auf der Station. Die Station einer Klinik hat per definitionem einen Behandlungsauftrag, auf dieser Station ist das therapeutische Angebot jedoch relativ gering. Die Kritik des Patienten könnten Herrn Cramer daher auch in seiner beruflichen Identität als Arzt treffen. Dass die Ärzte dieser psychiatrischen Klinik sich aufgrund der Paradoxien ihres beruflichen Handelns in ihrer beruflichen Identität verletzt fühlen, wird in dieser Balintgruppensitzung sehr deutlich.

5. "Damit ich mir wie ein Arzt wieder vorkomme" - Zum Einfluss der professionellen Paradoxien in der Psychiatrie auf die berufliche Identität der Ärzte.

Nach dem Normalmodell einer professionellen Arzt-Patienten-Beziehung kann der Arzt vom Patienten erwarten, dass dieser aufgrund eines Leidens zur Behandlung kam und dass er sein lebenspraktisches Problem aus seiner Perspektive darstellen wird. Wie bereits dargestellt, wird diese Erwartung in der Psychiatrie oft enttäuscht, dennoch hält der Arzt prinzipiell an dieser Erwartung fest. An einer Stelle der Balintgruppensitzung verdeutlicht Herr Boll dieses Problem mit Hilfe eines Vergleichs mit dem Chirurgen.

Boll	ja nein so fass ich das nicht auf (.) so mein so so meine ich das nicht (.) ich meine nur (') äh (.,) wenn ich zum Chirurgen gehe (') und dem sage (') ätsch ich hab aber nichts (') dann schickt der mich wieder nach LEICHTES LACHEN
Boll	Hause (.) und (,) ääh (,) äh wenn ich dem aber zeige ich hab mich hier geschnitten (') ähh dann flickt der mir das zusammen (.)
Leiter	Vielleicht sag ich aber (,) aber (,) aber sie kommen zu mir (') ...
Boll	LAUT ja ja
Leiter	Ja (.) was was ist ihr Anliegen (') was soll ich kon-
m	ja das (-)
Boll	ja ich kann könnt konnte könnte könnte ich zum Beispiel sagen (') mich hat mein Vater gebracht (')

Herr Boll widerspricht in diesem Beitrag der Auffassung von Herrn Falk, nach der die Ärzte von den psychiatrischen Patienten verlangen, sich schwach und einsichtig darzustellen, damit sie ihnen helfen können. Er frage sich, so hatte Herr Falk dazu ausgeführt, ob sie als Ärzte diesen Patienten nicht "Kapitulationsbedingungen" diktieren wollten. Dass die Erwartung, der Patient müsse sein Leiden

dem Arzt darstellen, berechtigt ist, verdeutlicht Herr Boll am Beispiel der Beziehung zwischen einem Chirurgen und einem Patienten. Der Chirurg kann relativ problemlos erwarten, dass seine Patienten mit einem bestimmten Anliegen zu ihm kommen und dieses ihm auch darstellen oder zeigen. Von daher löst die Vorstellung, ein Patient könne dem Chirurgen erklären, er habe "nichts", Heiterkeit aus. Der Chirurg würde den Patienten wieder nach Hause schicken, es käme also zu keiner Behandlung. In der Psychiatrie gibt es hingegen häufiger Patienten, die aus Sicht der Ärzte ihr Problem verleugnen oder verschleiern. Der Leiter schlägt nun vor, in diesen Fällen den Patienten damit zu konfrontieren, dass er zur Behandlung käme und ihn nach seinem Anliegen zu fragen. Auch diese Konfrontation beruht auf der Normalerwartung, dass ein Patient, der einen Arzt aufsucht, auch ein Leiden haben muss. Herr Boll wendet daraufhin ein, der Patient könne erwidern, sein Vater habe ihn gebracht. Gemeint sein wird damit, dass sich der Patient unfreiwillig auf Druck des Vaters hin in die Behandlung begeben hat. Er thematisiert damit das bereits dargestellte Problem, dass die Bedingungen für ein Arbeitsbündnis fehlen, wenn sich der Patient nicht selbständig in die Behandlung begeben hat. In diesem Fall könnte man den Patienten nicht nach seinem Anliegen fragen, allenfalls könnte der Vater das Anliegen geäußert haben, dass sein Sohn in der Klinik behandelt wird. Der Vorschlag des Gruppenleiters ist daher nur bei Patienten anwendbar, die sich freiwillig in die Behandlung begeben haben. Der Interaktionsausschnitt ist so ein Beleg dafür, dass sich Herr Boll sich der professionellen Problematik, die sich aus der Behandlung von Patienten, die unfreiwillig in die Klinik kamen, ergibt, durchaus bewusst ist. Auch stößt der Beitrag von Herrn Boll auf keinen Widerspruch anderer Gruppenmitglieder.

Diese Paradoxie bei der Behandlung psychiatrischer Patienten prägt nicht nur die Beziehungsstruktur zwischen Arzt und Patient sondern auch die berufliche Identität der Ärzte eines Psychiatrischen Krankenhauses.

Graf	Ja ich frage mich (!) ich ich kanns nachempfinden (!) deswegen frage ich mich so weil ich mit den Suchtkranken ja auch halt (,) viel zu tun viel zu tun hab (!) äh (,) ob ich nicht auch auf so Schwächen achte und die Leute dafür belohne (!) dass die auch mal leiden (!) oder ob ich oder ob ich mit jemanden überhaupt umgehen oder auf einmal ehrlich sind (!)
Cramer	
Graf	kann da unten an der Pforte (!) der so selbstbewusst ist und da auch meinetwegen (,) so können sie nicht lesen oder so (!)
Leiter	hmm ... was Sie vorhin son bisschen kritisch gesagt haben war (!) also es muss sich schon jemand schwach und einsich- tig darstellen (!) dann (,) übertrieben ausgedrückt (!) äh damit ich mich mit dem auch damit ich den akzeptiere überhaupt (,)
Graf	Damit ich mir wie ein Arzt wieder vorkomme (,) oder sowas (,)
Boll	Ja (!) dazu möchte nur noch meinen (!) dass äh (,) einfach KURZES GEMURMEL
Boll	für uns (,) leichter ist zu einem Patienten zunächst mal (,) Kontakt zu finden (!) wenn er uns (,) seine
m	hmm
Boll	Schwächen zeigt (,) dass heißt so lange der Patient (!) äh uns gegenüber sich (,) stark verhält (!) ähh dann (,)
m	hmm
Boll	demonstriert er uns Gesundheit und äh (,) beweist uns dass wir ja garnicht nötig sind (,) und von daher (,) äh wird dann jedes Eingreifen für uns (,) schwierig (!) und von

daher sind (,) die einsichtigen Patienten und die
lieberer (.)

Herr Graf reflektiert hier selbstkritisch seine Behandlung von Suchtpatienten. Er fragt sich, ob er nicht auf die Schwächen der Patienten achte und sie dafür belohne, dass sie auch mal litten. Wenn ein Arzt einen Patienten für ein bestimmtes Verhalten "belohnt" konstruiert er zwischen sich und dem Patienten einen bestimmten Beziehungstypus. Es handelt sich dabei um eine hierarchische Beziehung zwischen einer Person, die belohnt und einer Person, die belohnt wird. So kann zum Beispiel ein Vater sein Kind für eine Leistung oder für eine als moralisch positiv zu bewertende Handlung belohnen. Auch in anderen Fällen von Belohnung wird man eher ein patriarchalisches Verhältnis (etwa Herr-Knecht, Obrigkeit-Untertan) vermuten als eine therapeutische Beziehung zwischen zwei autonomen Personen. Ein Arzt, der seinen Patienten belohnt, würde dann zu einem Erzieher seines Patienten, der dessen Lebenspraxis aktiv beeinflusst. Dies widerspricht dem Modell des Arbeitsbündnisses zwischen Arzt und Patient, das voraussetzt, dass die Autonomie der Lebenspraxis des Patienten prinzipiell respektiert wird. Der erziehende Arzt würde damit tendenziell den Patienten infantilisieren und dessen Subordination fördern.²⁶ Dies könnte dann auch antitherapeutisch wirken, wenn es zum Beispiel das therapeutische Ziel wäre, den Patienten zu mehr Eigenständigkeit und größerem Selbstbewusstsein zu verhelfen. Wenn die Schwächen und das Leiden der Patienten belohnt werden und nicht seine Stärken und "gesunden Anteile", wird implizit dessen Krankheit belohnt ("sekundärer Krankheitsgewinn").²⁷ Die professionelle Paradoxie, die Herr Graf hier aufzeigt, begründet sich wiederum aus der Abweichung vom Normalmodell des ärztlichen Arbeitsbündnisses. Wenn die Patienten ihr Leiden verleugnen oder verheimlichen, fehlen die Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis. Ärzte mögen dann erleichtert reagieren, wenn die Patienten Schwächen zeigen, und dies wiederum kann wie eine Belohnung von Schwächen und Leiden wirken. Herr Graf stellt weiter dar, er frage sich, ob er überhaupt mit Patienten umgehen können, die selbstbewusst seien. Selbstbewusstes Verhalten des Patienten würde dann geradezu die Behandlung des Patienten erschweren. Normalerweise ist das Selbstbewusstsein des Patienten kein Behandlungshindernis. Zum Beispiel kann ein Patient mit einer Wunde ansonsten durchaus eine hoch autonome selbstbewusste Person sein. Durch Erfahrungen mit Patienten jedoch, die Selbstbewusstsein demonstrieren, um Schwächen zu verdecken oder die gegen eine Behandlung Widerstand leisten könnte sich die Einstellung der Ärzte gegen selbständige Patienten ändern.

Herr Cramer greift mit seiner Äußerung "oder auf einmal ehrlich sind" eine Problematik des Vertrauens des Patienten zum Arzt einer psychiatrischen Klinik auf. Die Ehrlichkeit des Patienten gegenüber dem Arzt wird zu einer untypischen ("auf einmal") Sonderleistung, die belohnt werden muss. Die Ehrlichkeit des Patienten gegenüber dem Arzt im Rahmen des Arbeitsbündnisses ist also keine Selbstverständlichkeit mehr.

Der Leiter greift das Thema von Herrn Graf auf und wiederholt es in einer nach eigener Einschätzung überspitzten Form. Jemand müsse, so der Leiter, sich schon schwach und einsichtig darstellen, damit er (Herr Graf) ihn überhaupt akzeptiere. Die Überspitzung des Beitrags von Herrn Graf könnte vor allem in der Charakterisierung "schwach" liegen, da Herr Graf lediglich dargestellt hatte, er frage sich, ob er nicht auf "Schwächen" achte und die Leute dafür belohne, dass sie auch mal litten. Auch eine

²⁶. Tendenzen der Infantilisierung, die in der Übertragungsbeziehung zwischen Arzt und Patient ohnehin schon bestehen werden, würden dann noch zusätzlich verstärkt.

²⁷. Derartige latente "Belohnungen" mag es auch in anderen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Beziehungen geben, etwa wenn ein Therapeut besondere Vorlieben und Interessen hat, auf die der Patient dann unbewusst eingeht. Hier wären die Belohnungen jedoch durch die Struktur der Klinik bedingt, nicht primär durch die Persönlichkeit des Therapeuten.

stärkere Persönlichkeit wird einzelne Schwächen haben. Nach der Paraphrase des Leiters müssen sich, die Patienten schwach und einsichtig "darstellen", um akzeptiert zu werden, wobei offen bleibt, ob sie tatsächlich schwach und einsichtig sind oder sich nur so präsentieren müssen.

Herr Graf korrigiert den letzten Teil des Beitrags des Leiters, nicht jedoch den ersten Teil. Nach dieser Korrektur müssen sich die Patienten schon schwach und einsichtig darstellen, damit Herr Graf sich wie ein Arzt wieder vorkommt. Dies könnte zunächst so klingen, als ob Herr Graf schwache und einsichtige Patienten benötigt, um sein Identifikationsgefühl als Arzt zu sichern, das durch starke und uneinsichtige Patienten bedroht wird. Die vom Patienten geforderte Einsicht könnte sich auf die Notwendigkeit einzelner therapeutischer Maßnahmen beziehen oder aber auf die Anerkennung der Krankheit generell. Wahrscheinlich ist das letztere gemeint, denn Herr Graf fragte sich ja, ob er nicht Patienten dafür belohne, dass sie auch mal litten. Patienten, die nicht leiden, fühlen sich meist auch nicht krank, so dass die Voraussetzungen für eine ärztliche Behandlung fehlen. Es ist daher verständlich, dass sich Herr Graf gegenüber einem solchen Patienten auch nicht als Arzt fühlen kann. Wenn er solche Patienten aber dennoch behandelt, könnte er sich in seiner beruflichen Identität in Frage gestellt fühlen.

Zusammenfassung und Diskussion

Das Modell der Behandlung durch einen Chirurgen diene hier als maximaler Kontrast zu einer Situation, in der sich häufig Psychiater befinden. Während Chirurgen die Patienten nach Hause schicken würden, wenn sie vorgeben kein Leiden zu haben, müssen Psychiater auch solche Patienten behandeln. Schwäche und Einsichtigkeit der Patienten ermöglichen es dagegen dem Psychiater, sich wie ein Arzt zu fühlen.

Hier dürfte eine Differenz zu anderen ärztlichen Disziplinen deutlich werden. Der Chirurg zum Beispiel, würde sich in seiner beruflichen Identität nicht in Frage gestellt fühlen, wenn einer seiner Patienten nicht einsähe, dass er krank ist. Entweder kamen diese Patienten mit einem Leiden in die ärztliche Praxis oder Klinik und dann wurde festgestellt, unter welcher Krankheit sie litten oder aber bei einer Untersuchung (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchung) wurde eine Erkrankung mit quasi naturwissenschaftlichen Methoden entdeckt. In der Psychiatrie dagegen beruht die Diagnose einer Krankheit meist auf der Interpretation des sozialen Handelns des Patienten.²⁸

Die Bedrohung des beruflichen Identitätsgefühls durch solche "uneinsichtigen" Patienten wird auch in dem Beitrag von Herrn Boll deutlich. Es sei leichter, so Herr Boll, zu Patienten, die ihnen ihre Schwächen zeigten, Kontakt zu finden. Patienten hingegen, die sich stark verhielten, demonstrierten den Ärzten gegenüber "Gesundheit" und bewiesen ihnen, dass sie nicht nötig seien. Wiederum wird hier "Stärke" mit Gesundheit und damit auch Schwäche mit Krankheit gleichgesetzt, denn jemand der sich stark verhält, muss nicht davon überzeugt sein, auch gesund zu sein. Bemerkenswert ist auch die Sequenz "beweist uns, dass wir gar nicht nötig sind". Dies klingt von der Formulierung her so, als würde Herr Boll, diesen Beweis der Patienten im Grunde akzeptieren. Dann wäre jedoch eine Behandlung unnötig. Die Formulierung ist daher ein zusätzlicher Indikator dafür für die Verunsicherung des Arztes durch die Behandlung "starker" Patienten, die Gesundheit demonstrieren. Andererseits führt diese Verunsicherung nicht zum Abbruch der Behandlung. Aus der Sequenz "und von daher wird jedes Eingreifen für uns schwierig", ergibt sich dass er auch in diesen Fällen Eingriffe für nötig hält.

²⁸. "Fehlende Krankheitseinsicht" ist daher primär eine Kategorie in der Psychiatrie. Während der Arzt aufgrund seiner Interpretation davon überzeugt ist, dass der Patient krank ist, lehnt der Patient diese Zuschreibung ab.

Die Strukturproblematik der Behandlung von Patienten, die keinen Leidensdruck äußern, wird also von den Gruppenmitgliedern durchaus gesehen. Die Problematik hat Auswirkungen auf die emotionale Einstellung der Ärzte gegenüber den Patienten. Die einsichtigen Patienten sind ihnen, so Herr Boll, die lieberer, die uneinsichtigen dürften ihnen demgegenüber weniger "lieb" sein. Die Problematik wird von ihnen jedoch nicht mit den zwei gesellschaftlichen Funktionen der sozialen Kontrolle und Therapie und der Struktur der Institution Psychiatrische Klinik erklärt. Ein Lösungsversuch kann die Aufspaltung der Psychiatrie in einen Bereich für schwer behandelbare Patienten und einen Bereich für Patienten, mit denen ein Arbeitsbündnis möglich ist, sein.²⁹ Dann entstehen jedoch Konkurrenzprobleme zwischen zwei Psychiatrietypen.

6. "Kann der Arzt nicht gleichzeitig Therapeut sein" - Zur Konkurrenz zwischen "Aufnahmestationen" und "Therapiestationen".

Einige Mitglieder dieser Balintgruppe arbeiteten als Ärzte auf der geschlossenen Station ihrer Klinik, andere auf "offenen" Stationen oder "Therapiestationen." Die Ärzte der offenen oder therapeutischen Stationen haben die Möglichkeit, nur Patienten aufzunehmen, mit denen sie ein Arbeitsbündnis eingehen können. Daraus ergibt sich eine ganz andere Behandlungsstruktur als auf der geschlossenen Station.

Enders ich muss (,) hm dazu sagen dass ich (,) ähm als über die Verlegung gesprochen wurde (') in mir auch (,) erstmal ne Skepsis (,) aufkam (.) äh der denn nun wollen wird (.) er sah (,) wie du schon beschrieben hast (') schon so aus als (,) käme er direkt aus der Drogenszene (') kam auch noch dieses (,) dieses Betätigungsfeld hinzu (') äh hat das (,) mich erstmal (,) gedacht habe (') jetzt muss ich mal mit ihm reden (') ja (') was er eigentlich hier will (.) und ähm (,) dann hat er mir also (,) ziemlich spontan gesagt (') dass er sich hier unten (') und das ist die geschlossene station (') fehl am platze fühlte (') dass er nen suizidversuch gemacht hätte (') und(,) dass er schwierigkeiten mit seiner freundin (,) hätte (.) eigentlich als hauptgrund für diese suizidversuche (') und dass er irgendwie (,) alleine nicht mehr weiterkäme (') und dann hab ich gesagt (') dann (,) glauben sie dass sie da dran was (,) selbst tun können (') hat er gesagt (') er wüsst es nicht (.) vielleicht könnt ich ja mal mit seiner freundin sprechen (') das war so sein (,) erster gedanke (.) und dann hab ich ihm zugesagt(') dass er (,) verlegt werden könnte (') und so nach

Herr Enders erzählt hier von dem Patienten, der von der geschlossenen Station auf die Station des Sprechers, die eine offene Station ist, verlegt wurde. Der Patient hatte eine Zeit lang als Strichjunge gearbeitet (dieses Betätigungsfeld) Herr Enders war skeptisch, ob er diesen Patienten auf seine Station aufnehmen sollte und in dem hier dargestellten Gespräch verfolgte er das Ziel, festzustellen, ob die Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten gegeben waren. Diese Voraussetzungen müssen nach der Einschätzung des Sprechers gegeben gewesen sein, denn dem Patienten wurde zugesagt, dass er verlegt werden könnte. Der Patient begründete seinen Verlegungswunsch damit, dass er sich auf der geschlossenen Station "fehl am Platze" fühle und stellte als Hauptgrund für seine Suizidversuche Schwierigkeiten mit seiner Freundin dar. Mit der Erklärung, alleine käme er nicht weiter, äußert er einen Leidensdruck und implizit auch einen Behandlungswunsch, diese Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis waren also gegeben. Die Frage von Herrn Enders an den Patienten, was er selber tun könne, könnte die Funktion gehabt haben, mögliche 'Selbsteilungskräfte' beim Patienten festzustellen, die im therapeutischen Prozess relevant sein könnten. Gleichzeitig wird mit dieser Frage, implizit auf die Mitverantwortlichkeit des Patienten bei der Lösung seines Problems und damit auf die Autonomieverpflichtung des Patienten hingewiesen. Durch die Zusage des Arztes konstituiert sich dann ein Arbeitsbündnis, das der Patient freiwillig eingegangen ist und in dem er damit die Verpflichtungen der Patientenrolle übernehmen muss. Der weitere Behandlungsverlauf, der von den Gruppenmitgliedern als günstig eingeschätzt

²⁹. Eine andere Spaltungsmöglichkeit ist, dass der einzelne Psychiater gegenüber einzelnen Patienten besonders engagiert, andere dagegen nur routinemäßig betreut.

wird, kann zum Teil mit dem Zustandekommen des Arbeitsbündnisses erklärt werden. In jedem Falle waren die Behandlungsbedingungen für den Patienten auf der offenen Station günstiger. Die Ärzte der offenen Stationen, haben die Möglichkeit der Selektion von Patienten, indem sie die Patienten übernehmen, deren Behandlungsmöglichkeiten günstig sind. Es entsteht so eine Hierarchie zwischen den Stationen, die auch die Patientenkarrieren bestimmen.

Leiter sie (!) sagten dann (!) Freunde (!) seid mal vorsichtig (.) Der hier (!) stellt sich (,) ä ähm ein Stück als Opfer ungünstiger Verhältnisse dar (!) und schafft es
 Falk (...)
 Dill hmm

Leiter dann doch (!) Stufen höher zu kommen (.) zunächst mal (!) von der geschlossenen (!) auf die offene Station (!)

Der Leiter referiert hier die Position eines Gruppenmitglieds bzw. seine Interpretation dieser Position, es bleibt daher unklar, inwieweit er diese Position teilt. Nach dieser Darstellung ist dem Patienten, obwohl er sich als Opfer ungünstiger Verhältnisse darstellte ein **sozialer Aufstieg** innerhalb der Klinik gelungen, denn es gelang ihm "Stufen höher" zu kommen. Dieser soziale Aufstieg aus eigener Kraft könnte den Verdacht nahelegen, dass der Patient sich schwächer darstellt, als er tatsächlich ist. ("seid mal vorsichtig") Die Leistung des Patienten könnte dann als Argument gegen ihn verwendet werden. Wenn nun die Verlegung eines Patienten von der geschlossenen auf eine offene Station ein sozialer Aufstieg ist, müsste die Verlegung eines Patienten von einer offenen auf eine geschlossenen Station aus dieser Perspektive ein sozialer Abstieg sein. Es entstünden zwei Klassen von Patienten wobei eine Mobilität nach oben und unten möglich wäre. Dies wäre zunächst die ärztliche Perspektive, nicht die Patientenperspektive. Wahrscheinlich werden die Ärzte den Patienten diese Bewertung der Stationen und Patienten nicht mitteilen. Ihre Einstellung dürfte aber ihr Bewusstsein prägen und sich damit auch indirekt auf die Behandlungen und den Stationsalltag auswirken. Herr Cramer begründete die Verlegung dieses Patienten von der geschlossenen Station auf eine offene Station damit, dass auf der offenen Station "Gesprächstherapie und noch viele andere Aktivitäten noch gemacht werden". Man kann also folgern, dass auf der geschlossenen Station weniger "gemacht" wird, so dass die Patienten dort benachteiligt sind. Nun könnte man argumentieren, dass bei diesen Patienten bestimmte Behandlungsformen nicht indiziert und andere nicht möglich sind, weil die Patienten ihre Mitwirkung verweigern. Es könnte jedoch so auch ein Stationsmilieu entstehen, indem sich die Ablehnung der Patientenrolle durch die Insassen verstärkt. Insassen, die weniger behandelt werden, erfahren sich auch weniger als Patienten, deren psychosoziales Problem bearbeitet wird. Die Einstellung einzelner Patienten, dass sie nicht krank sind, fände dann im Stationsmilieu eine Bestätigung. Die Hierarchie zwischen den Stationen wird auch in der Unterschiedlichkeit der Verlegungspraxis deutlich.

Falk ja nun ich meine das ist auch ein bisschen (,) etwas was (,) bisschen unerschwellig aber das stört auch (.) zum Beispiel die Verlegungen (,) nicht (!)

Leiter ja (.)

Falk Wenn (-) die Alkoholikerstation oder eine offene Station
 HUSTEN

Falk einen zu uns verlegt ne (!) dann werden wir meistens nicht gefragt (.) ne (!) wird der Patient geschickt (!) mit einer (,) ganz kleinen Bemerkung (!) suizidal geworden (!) hat suizidale gedanken geäußert (,) ne (!) also von oben

Leiter hmm

Falk nach unten (.) wenn wir einen verlegen wollen (.) dann müssen wir dafür haften (!) dass er .. gesund ist (!) keine Schwierigkeiten macht und dies und jenes (-) ne (!)

Falk also (-)

Herr Falk thematisiert hier eine Problematik innerhalb der Ärzteschaft dieser Klinik, die "unterschwellig" sei, aber auch störe. Es handelt sich somit um einen **latenten Konflikt** um die Verlegungspraxis, der nicht offen ausgetragen wird. Er vergleicht die Praxis der Verlegung eines Patienten von einer offenen Station oder der Alkoholikerstation auf die geschlossene Station mit der Praxis der Verlegung eines Patienten von der geschlossenen Station auf eine offene Station. Sie, also die Ärzte auf der geschlossenen Station, würden nicht gefragt, wenn ein Patient von einer offenen Station auf ihre Station verlegt werde. Dies würde bedeuten, dass sie jeden Patienten aufnehmen müssten, der von einer anderen Station auf ihre Station verlegt wird. Im Kontrast zu den Ärzten auf den offenen Stationen können sie nicht mitentscheiden, ob sie einen bestimmten Patienten behandeln möchten. Nun haben auch in anderen Kliniken die Stationsärzte wohl kaum die Möglichkeit, zu entscheiden welche Patienten auf ihre Station (etwa von der Intensivstation auf eine internistische Station) verlegt werden. Vor dem Hintergrund jedoch, dass in der Psychiatrie einerseits die Kooperation zwischen Arzt und Patient besonders wichtig ist, da ein psycho-soziales Problem und keine körperliche Krankheit des Patienten bearbeitet wird, und andererseits die Bedingungen für ein solches Arbeitsbündnis häufiger nicht gegeben sind, wird die Unterscheidung bedeutsam. Indem die Ärzte auf einer offenen Station die Verlegung eines Patienten auf ihre Station ablehnen können, erhalten sie die Möglichkeit, mit dem Patienten einen persönlichen Arbeitsvertrag zu schließen oder aber, falls dies nicht möglich ist, die Verlegung des Patienten auf ihre Station abzulehnen. Die Ärzte auf der geschlossenen Station müssen dagegen auch Patienten 'behandeln' bei denen die Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient bzw. Klinik und Patient, nicht gegeben sind. Die entsprechende Paradoxie im psychiatrischen Handeln wird dann primär zu einem Problem der geschlossenen Station, während die anderen Stationen davon verschont bleiben. Herr Falk weist somit auf eine wichtige Differenz zwischen seiner geschlossenen Station und den offenen Stationen hin.

Dann kritisiert er, dass sie als Ärzte auf einer geschlossenen Station nur unzureichend über Patienten informiert werden, die von einer offenen Station auf eine geschlossene Station verlegt werden. Die kurze Bemerkung, der Patient sei suizidal oder habe suizidale Gedanken geäußert, ermöglicht keine genauere Einschätzung des psycho-sozialen Problems des Patienten, das ja der Fokus einer psychiatrischen Behandlung sein müsste. Wenn nun die Ärzte auf den offenen Stationen diese Kooperationsverpflichtung gegenüber ihren Kollegen auf der geschlossenen Station nicht erfüllen, könnte dies bedeuten, dass sie ihre Kollegen als Therapeuten nicht ernst nehmen, etwa weil sie davon ausgehen, dass das therapeutische Angebot auf der geschlossenen Station ohnehin gering ist. Tendenziell würde sich damit die Auffassung bestätigen, dass die Insassen der geschlossenen Station nicht therapeutisch behandelt, also auch keine Patienten sind. Die Verlegung eines Patienten von einer offenen Station auf die geschlossene Station wäre dann eher ein Behandlungsabbruch, der Patient wäre, etwa weil er als "suizidal" typisiert wird, zu einem Objekt sozialer Kontrolle geworden. Auch würde sich die Hierarchie zwischen beiden Stationen reproduzieren. In polemischer Form kontrastiert Herr Falk diese Verlegungspraxis dann mit der Praxis der Verlegung von einer offenen Station auf die geschlossene Station. Sicherlich muss Herr Falk nicht dafür "haften", dass der Patient, den er auf eine offene Station verlegen möchte, auch "gesund" ist. Haften muss zum Beispiel ein Kaufmann, wenn die von ihm verkaufte Ware Mängel aufweist. Ein Psychiater kann aber wohl kaum dafür haften, dass ein bestimmter Patient psychisch "gesund" ist und keine "Schwierigkeiten" macht, zumal der Patient keine Ware sondern eine Person mit eigenem Willen ist. Auch müsste ein gesunder Patient entlassen werden, es wäre widersinnig ihn auf eine andere Station zu verlegen. In

polemischer Form dürfte also ausgedrückt werden, dass die Verlegung eines Patienten von der geschlossenen auf eine offene Station an Bedingungen geknüpft wird, die kaum erfüllbar sind. Gleichzeitig richtet sich diese Polemik gegen die therapeutische Praxis der Ärzte auf den offenen Stationen: Sie wollen sich nur mit den leichteren Fällen befassen, also mit Patienten, die praktisch schon gesund sind und keine Schwierigkeiten machen. Durch ihre Praxis der Selektion würden sich diese Ärzte das Leben auf Kosten der Ärzte auf der geschlossenen Station erleichtern und jedes Risiko eines Misserfolgs der Behandlung vermeiden. Das Verlegungskriterium, dass der Patient keine Schwierigkeiten mache, verweist auf eine vorherige Diskussion in dieser Sitzung. Herr Haag führte an anderer Stelle zu diesem Thema aus, dass er als Arzt auf der geschlossenen Station dazu geneigt habe, den angepassten Patienten eher zu verlegen als den unangepassten Patienten, weil er damit rechnen könne, dass sich der angepasste auf der anderen Station auch "gut" verhalte.³⁰ Dies kommentierte Frau Dill: "Also eine Art Strafe, wie bei den Kindern." Konformes Verhalten würde damit indirekt belohnt, da es dem Patienten ermöglicht, "Stufen höher zu kommen" (Leiter) und non-konformes Verhalten entsprechend bestraft. (Frau Dill) Auch dies wäre ein Hinweis darauf, dass die Strukturlogik von Therapie, die die prinzipielle Autonomie des Patienten voraussetzt konterkariert wird durch die Strukturlogik von Erziehung, die die Unmündigkeit des Kindes voraussetzen muss.

Die Frage, inwieweit bestimmte ärztliche Tätigkeiten in einer psychiatrischen Klinik noch als therapeutische Tätigkeiten charakterisiert werden können, wird auch in folgendem Abschnitt aufgeworfen.

Falk RÄUSPERT SICH Ja Herr Graf das ist auch ein Problem das uns jetzt auf der Aufnahmestation ein bisschen beschäftigt ne (!) also auf Ihrer Station sind Sie der Therapeut ne (!) NIEST LAUT während der (,) des Aufnahmedienstes sind Sie der Arzt nicht (!) und jetzt sagen Sie kommt ne Klappe nicht (!) so als ob der Therapeut höher steht als der Arzt (.) ne (!) als ob die Therapiestationen höher stehen als die Aufnahmestationen nicht (!) das ist das Problem vorhin angesprochen (,) ja dann verlegen (,) wohin sollen wir verlegen (,) ne (!) oder hier was Herr Enders gesagt hat (,) wir ärgern uns wenn man zu uns einen Patienten verlegt und am nächsten Tag wegläuft (,) ne (!) ja was (,) was bedeutet das (!) ne (!) ich meine (-)

Leiter wie
meinen Sie das (!)

Falk Kann der Arzt nicht gleichzeitig Therapeut sein (!)

Herr Falk bezieht sich hier explizit auf einen Beitrag von Herrn Graf, den er auch direkt anspricht. Es handele sich, so Herr Falk, um ein Problem, dass sie auf der Aufnahmestation "n bisschen beschäftigt". Damit dürfte er verdeutlichen, dass es nicht um sein individuelles Problem geht, sondern um ein institutionelles Problem, das auch für seine Kollegen auf der geschlossenen Station relevant ist. Herr Falk konstruiert dann einen Gegensatz zwischen Therapeut und Arzt, wobei nicht ganz deutlich wird, ob dies seine Meinung ist oder die Auffassung, die er Herrn Graf unterstellt. Für letzteres spräche sein letzter Beitrag, in dem er rhetorisch fragt, ob ein Arzt nicht gleichzeitig Therapeut sein könne. Die Gegenüberstellung von Arzt und Therapeut ist ungewöhnlich. Sicherlich gibt es Ärzte, die keine Therapeuten sind. (z.B. Amtsarzt, Musterungsarzt, Arzt in der Forschung). Prinzipiell können Arzt und Therapeut jedoch keine Gegensätze sein, da jeder praktizierende Arzt per definitionem Therapeut ist. Es entsteht der Eindruck, als würde sich Herr Haag in zwei Rollen spalten. Während des Aufnahmedienstes sei er Arzt, ansonsten sei er Therapeut. Herr Falk könnte nun Herrn Graf unterstellen, dass er eine entsprechende Spaltung vornimmt und u.a. seinen Aufnahmedienst nicht mehr als Bestandteil seiner therapeutischen Tätigkeit begreift.³¹ Die Äußerung von Herrn Graf

³⁰ Herr Cramer, der Falleinbringer in dieser Sitzung, war von dieser Praxis abgewichen.

³¹ Die Bezeichnung Therapeut könnte hier zwar auch eine Abkürzung für Psychotherapeut sein, aber auch dann würde eine Hierarchie zwischen den Psychotherapeuten und den anderen Ärzten konstruiert. Der medizinische

"Da fällt ne Klappe", die Herr Falk hier zitiert, scheint Herr Falk auf den gesamten Aufnahmedienst zu beziehen³² und als eine Abwertung dieser Tätigkeit zu interpretieren. Herr Falk dürfte also Herrn Graf unterstellen, dass er die Arbeit des Arztes in einer psychiatrischen Klinik nicht mehr prinzipiell als eine therapeutische begreift und diese ärztliche Arbeit niedriger bewertet, als die therapeutische Arbeit auf seiner Station. Eine solche Spaltung wäre für die Ärzte auf der geschlossenen Station vor allem dann problematisch, wenn Herr Graf ihre Arbeit zu den nicht-therapeutischen ärztlichen Arbeiten zählt. Dann dürften sich Herr Falk und seine Kollegen als Ärzte abgewertet fühlen. Der Aufspaltung der Psychiatrie in einen Bereich für besser therapierbare Patienten und einen Bereich für die anderen Patienten entspräche die Aufspaltung von "Arzt" und "Therapeut". Diese Aufspaltung wird auch in der begrifflichen Unterscheidung zwischen "Aufnahmestationen" und "Therapiestationen" deutlich. Die Aufnahmestation müsste nach dieser Unterscheidung eine nicht-therapeutische Krankenstation sein, was ein Widerspruch in sich wäre, da auch nicht angenommen werden kann, dass es sich bei den Aufnahmestationen um reine Diagnoseeinrichtungen handelt. Die Problematik, dass bei vielen psychiatrischen Patienten, die Voraussetzungen für ein therapeutisches Arbeitsbündnis fehlen, könnte sich so durchdrücken bis in die Begriffswahl der Psychiater, ohne dass sich diese bewusst sein müssen, dass sie diese Problematik mit dieser Begriffswahl zum Ausdruck bringen. Ferner könnte sich hier durchdrücken, dass ein großer Teil der ärztlichen Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik eben keine therapeutische Arbeit ist, sondern soziale Kontrolle. Der Sprecher greift dann zwei Themen, die in dieser Sitzung behandelt wurden wieder auf. Die Frage "Wohin sollen wir verlegen?" dürfte eine rhetorische sein. Gemeint sein könnte, dass der Arzt auf der geschlossenen Station im Unterschied zum Arzt auf einer offenen Station weniger Möglichkeiten hat, bestimmte Problempatienten zu verlegen. Man ist daher gezwungen, mit diesen Patienten umzugehen. Gleichzeitig könnte er sich auf den in dieser Sitzung behandelten Fall beziehen. (Herr Cramer verlegte nach eigener Darstellung einen ihm unsympathischen Patienten von der geschlossenen Station auf eine andere Station). Das zweite Thema bezieht sich auf eine Äußerung von Herrn Enders, der erklärt hatte, er ärgere sich, wenn ein Patient von der geschlossenen Station auf seine Station verlegt werde, der am nächsten Tag wegläufe. Auch hier wird der Gegensatz zwischen der geschlossenen ("von uns") und den offenen Stationen indirekt thematisiert. Man kann sich in diesem Fall sowohl über den Patienten ärgern als auch über den Arzt auf der geschlossenen Station, der diese Verlegung empfohlen hat. Letzteres wäre eine Kritik an den ärztlichen Kollegen auf der geschlossenen Station. Die Ärzte der geschlossenen Station hätten, so könnte der Vorwurf lauten, diesen Patienten auf ihrer Station behalten müssen.

Dill	Ja sicher verärgere ich mich wenn ein Patient am nächsten Tag weggelaufen ist (.) weil ich habe Zeit investiert (!)
Leiter	hmm
Dill	Und (,) vielleicht ärgere ich mich auch selbst dass ich mich (,) mir nicht gelungen ist diesen Patient zu überzeugen dass ich gut genug bin um ihn zu behandeln (.) das könnte es auch so (.)
Leiter	Ja (!)
Dill	das Problem
Falk	Dieser (,) das sehr
Dill	Es ist ja im Grunde genommen sind gemischte Gefühle (.)

Begriff Therapie meint jedoch alle Formen von Behandlung, nicht nur die psychotherapeutische, und dies müsste den Gruppenmitgliedern geläufig sein.

³². Diese Äußerung von Herrn Graf bezog sich ursprünglich auf seine emotionale Reaktion gegenüber vielen Suchtpatienten während des Aufnahmedienstes, nicht auf den gesamten Aufnahmedienst.

meine Zeit aber auch meine Unfähigkeit irgendwo (.) wenn
man ganz ehrlich mit sich selbst ist (.)

Frau Dill antwortet auf das letzte Thema im Beitrag von Herrn Falk. Wenn Herr Falk in der Äußerung von Herrn Enders, er ärgere sich, wenn ein Patient, der auf seine Station verlegt wurde, am nächsten Tag wegläuft, als Kritik an den Ärzten der geschlossenen Station interpretiert haben sollte, so wird diese Interpretation hier nicht bestätigt. Frau Dill bestätigt zwar, dass sie sich ärgert, die Begründung für diesen Ärger enthält jedoch keinen Vorwurf gegen die Kollegen. Als ersten Grund für diesen Ärger gibt sie an, dass sie Zeit investiert habe. Hier wird noch nicht deutlich, gegen wen sich der Ärger wegen der nutzlos investierten Zeit richtet. Sie könnte sich zum Beispiel über den Patienten ärgern, der die Behandlung abgebrochen hat oder über den Kollegen von der geschlossenen Station, der ihr einen unmotivierten Patienten auf die Station schickte. Als weiteren möglichen Grund gibt sie an, dass sie sich über sich selbst ärgere, weil es ihr nicht gelungen sei, den Patienten davon zu überzeugen, dass sie gut genug sei, ihn zu behandeln. Wenn man vom Idealmodell einer professionellen ärztlichen Behandlung ausgeht, so müsste man sich zunächst wohl über den Patienten ärgern. Er hat das Arbeitsbündnis verletzt, indem er gegebene Zusagen nicht eingehalten hat; man könnte sich auch über die Unvernunft ärgern, sich einer notwendigen Behandlung zu entziehen. Interessant wäre dann, dass Frau Dill einen solchen Ärger auf den Patienten nicht formuliert. Statt dessen ärgert sie sich über sich selbst, da es ihr nicht gelang, den Patienten von ihrer Qualifikation zu überzeugen. Die Begründung impliziert, dass der Patient sicherlich geblieben wäre, wenn es ihr an diesem einen Tag gelungen wäre, ihn von ihrer Qualifikation zu überzeugen. Man kann also folgern, dass sie entweder die Widerstände solcher Patienten gegen eine psychiatrische Behandlung als gering einschätzt oder aber die Überzeugungskraft, die sie hätte haben müssen, als sehr hoch einschätzt. Auch in nicht-psychiatrischen Arzt-Patienten-Beziehungen kann es vorkommen, dass der Patient eine Behandlung abbricht, weil er den Arzt für nicht qualifiziert genug hält. Ein Chirurg oder Internist würde daraus aber wohl kaum die Folgerung entwickeln, er müsse seine Patienten vor der Behandlung davon überzeugen, dass er gut genug sei, sie zu behandeln. Es dürfte sich hier also um eine spezifisch **psychiatrische Selbstwertproblematik** handeln. Dieses Problem könnte sich aus dem spezifischen Gegenstand des psychiatrischen Handelns, der Behandlung psychosozialer Problematiken ergeben. Der Laie weiß zwar prinzipiell, dass es auch schlechte Chirurgen und Internisten gibt, ihm fehlt aber in der Regel die Kompetenz, um beurteilen zu können, ob seine Krankheit (zum Beispiel ein Tumor) auch richtig behandelt wird. Anders ist die Situation bei der Behandlung psychosozialer Problematiken. Die meisten Erwachsenen werden für sich in Anspruch nehmen, dass sie prinzipiell die Fähigkeit besitzen, psychosoziale Probleme zu lösen. Auch werden diese Erwachsenen dann viel eher glauben, beurteilen zu können, welche Personen im besonderen Maße dazu geeignet sind, psychosoziale Probleme zu lösen. Dies könnte nun Frau Dill dazu veranlassen haben, zu glauben, sie müsse ihre Patienten davon überzeugen, dass sie gut genug sei, sie zu behandeln. Diese psychiatrische Selbstwertproblematik wäre quasi die Gegenseite der Einschätzung, viele Patienten hätten eine "geringe Behandlungseinsicht", die die Uneinsichtigkeit der Patienten fokussiert. An anderer Stelle meinte Herr Boll hierzu, solche Patienten bewiesen den Ärzten, dass sie nicht nötig seien. Patienten, die nicht hinreichend davon überzeugt sind, dass ihre psychosozialen Probleme nur mit professioneller Hilfe zu lösen sind, entwerten so die Arbeit der Psychiater. Auch könnte es negative Konsequenzen für den therapeutischen Prozess haben, wenn sich die Ärzte ständig genötigt fühlen, die Patienten von ihrer persönlichen Qualifikation zu überzeugen. Der Psychiater ist daher in besonderem Maße darauf angewiesen, dass seine Patienten einen Leidensdruck haben und davon überzeugt sind, dass sie professionelle Hilfe benötigen.

Falk Das wäre gut aber (,) schlecht ist wenn man dem Kollegen der diesen Patienten verlegt hat (.) die Schuld gibt (.) also dein Patient ist weggelaufen (.)

Dill Nee das hab ich (,) glaub ich niemand hat hier gemeint also

Enders Doch das klingt also doch so durch von Kollegen von der geschlossenen Station dass einem so der Vorwurf gemacht wird ja der war noch nicht so weit und (,) äh (,) das empfinde ich eigentlich immer grundsätzlich so (.) wenn dann noch der Vorwurf gemacht wird (,) äh (,) äh (,) der war noch nicht so weit (.)

Dill Ja (.) das ist eben

Graf Das kann ja aus derselben Quelle gespeist sein nicht (!)

Enders Und ich muss also sagen auch umgekehrt als ich die offene Station hatte (,) äh ä

Dill Dass manchmal man Leute da schneller verlegen muß

Enders Also man schaltet selber auch schnell um ne (!) wenn man äh ich sehe da wohl keinen so`n äh elementaren Unterschied nur (,) der Betroffene sieht's natürlich anders aber (,) der Grund den Frau Dill da angeführt hat dass man (,) dann irgendwie nun Schuldgefühle hat dass man nicht gut genug war den hier zu halten und dem hier irgendwie was anbieten zu können (,) äh das (,) verdrängt man ganz flott und sagt (,) äh (,) ihr seid Schuld weil der noch nicht so weit war konnte er uns nicht akzeptieren ne (!)

Da Herr Enders zum Zeitpunkt der Balintgruppensitzung auf einer offenen Station arbeitete, vermute ich in diesem Abschnitt einen Transkriptionsfehler bei der Zuordnung der Sprecher. Herr Enders könnte wohl kaum sagen "als ich noch die offene Station hatte", wenn er zum Zeitpunkt dieser Aussage noch auf einer offenen Station arbeitet.

Herr Falk bezieht sich auf den Beitrag von Frau Dill, die dargestellt hatte, sie ärgere sich, wenn ein Patient am nächsten Tag weggelaufen sei, weil sie Zeit investiert habe und weil es ihr nicht gelungen sei, den Patienten davon zu überzeugen, dass sie gut genug sei, um ihn zu behandeln. Mit seinem Kommentar "das wäre gut" dürfte Herr Falk meinen, dass er eine solche selbstkritische Reaktion positiv bewerten würde. Im Konjunktiv könnten aber auch Zweifel darüber ausgedrückt werden, ob solche Reaktionen tatsächlich erfolgen. Dagegen ("aber") empfindet es Herr Falk als schlecht, wenn man dem Kollegen die Schuld gebe und ihm vorwerfe: Dein Patient ist weggelaufen. Nun kann es auch in nicht-psychiatrischen Kliniken vorkommen, dass sich die Verlegung eines Patienten auf eine andere Station im Nachhinein als eine Fehlentscheidung erweist. So könnte zum Beispiel ein Herzinfarkt-Patient zu früh von der Intensivstation auf eine internistische Station verlegt worden sein. Wie andere medizinische Entscheidungen müssten daher solche Verlegungen grundsätzlich Gegenstand kollegialer Kritik werden können. Würde ein Arzt nun eine solche Kritik grundsätzlich als schlecht bewerten, würde er entgegen den professionellen Standards in der Medizin dieses Thema der Kollegenkritik entziehen und es so tabuisieren. In diesem Fall geht es jedoch nicht um eine fehlerhafte Einzeldiagnose, sondern um das Verhalten des Patienten auf der anderen Station. Dem Kollegen auf der geschlossenen Station wird der Vorwurf gemacht, dass der Patient für eine Therapie auf der offenen Station nicht motiviert genug war. Nun könnte ein Heimerzieher zwar seinem Kollegen vorwerfen "Dein Zögling ist weggelaufen", wenn der Kollege seine Aufsichtspflicht verletzt hat oder den Zögling falsch erzogen hat. Wenn ein Arzt jedoch einem Kollegen einen entsprechenden Vorwurf macht, ist dies erklärungsbedürftig. Wenn dem Kollegen die Verantwortung für das "weglaufen" bzw. für die mangelnde Motivation des Patienten gegeben wird, kann man den Patienten nicht als autonome Person betrachten. Dann aber fehlt eine wichtige Voraussetzung für ein Arbeitsbündnis. Der Vorwurf kann auch beinhalten, dass der Kollege die Motivation des Patienten, sich einer bestimmten Behandlung zu unterziehen und die sich daraus ergebenden Belastungen in Kauf zu nehmen, überschätze. Dann würde ihm eine Auslege- und Zulieferfunktion für die Kollegen auf der offenen Station an gesonnen, was die Aufspaltung der Psychiatrie in zwei Stationstypen bestätigen würde. Der Vorwurf "Dein Patient ist weggelaufen" impliziert ferner, dass der Sprecher den Patienten nicht als seinen Patienten definiert, obwohl er bereits auf seine Station

aufgenommen wurde. Dies wäre eine Verleugnung der Verantwortlichkeit für die Behandlung des Patienten. Frau Dill will zunächst bestreiten, dass sie dies so gemeint habe, weitet dies dann aber dahingehend aus, dass niemand auf der Station dies so gemeint habe. Ein anderer Sprecher (E) insistiert ("doch") jedoch darauf, dass ein solcher Vorwurf durchklinge. Die Formulierung "das klingt so durch" verweist dabei darauf, dass ein solcher Vorwurf in der Regel unausgesprochen bleibt. Der Konflikt zwischen beiden Stationstypen bliebe somit latent, wäre aber dennoch wirksam. Wahrscheinlich enthält dieser Beitrag einen Versprecher. E. meint wahrscheinlich, dass von Kollegen auf den offenen Stationen der Vorwurf gemacht werde, der Patient sei noch nicht soweit gewesen. Sprachlich würde damit differenziert zwischen zwei Kategorien von Patienten: 1. Patienten, "die noch nicht soweit sind", und 2. Patienten, die "soweit sind." Auch dies wäre ein Beleg für die Statusdifferenz zwischen den Patienten, wobei die Patienten, "die soweit sind", die statushöheren Patienten wären, die schon für die offene Station geeignet sind.

E. gibt dann zu erkennen, dass er aus seiner Zeit als Arzt auf einer offenen Station auch die andere Perspektive kennt. Bemerkenswert ist dann die Sequenz "Also man schaltet selber auch schnell um." Gemeint sein dürfte damit, dass ein Arzt, der von einer offenen Station auf eine geschlossenen Station wechselt auch seine Grundeinstellung zu dieser Problematik wechselt. Dies würde bedeuten dass die Struktur der jeweiligen Institution und die Struktur des dort möglichen beruflichen Handelns das Bewusstsein und die Grundhaltung der Ärzte zumindest stark mitprägt. Der Konflikt muss dann auch institutionspezifisch, nicht nur persönlichkeitspezifisch erklärt werden.

Dann knüpft der Sprecher an den Beitrag von Frau Dill an. Die Schuldgefühle, weil man nicht gut genug gewesen sei um den Patienten zu halten und ihm etwas anzubieten, die Frau Dill als Grund für ihren Ärger angeführt habe, würden sehr schnell verdrängt, indem man sage: "Ihr seid Schuld weil der noch nicht so weit war konnte er uns nicht akzeptieren ne." Bemerkenswert ist hier zunächst die Vorstellung, man müsse den Patienten "halten" und "irgendwie was anbieten". Die Aufgabe der Station wäre dann gewesen, den Patienten dazu zu motivieren, auf der Station zu bleiben und ihm "irgendwie was" aus dem therapeutischen Angebot der Station anzubieten, was dieser auch akzeptieren konnte. Nach dem Modell des ärztlichen Arbeitsbündnisses, wird der Arzt dem Patienten ein bestimmtes Therapieangebot machen, dass dieser annehmen oder ablehnen kann. Der Arzt wird es weniger als seine Aufgabe ansehen, den Patienten, der sich bereits in der Therapie befindet zu motivieren und ihn mit einem passenden Angebot zu versorgen. Die Einschätzung des Arztes, er müsse den Patienten noch während der Therapie zur Therapie motivieren dürfte die professionelle Beziehung zwischen Arzt und Patient stark beeinflussen. So könnte sich der Arzt dann zum Beispiel in seinen Interventionen zurückhalten, um dem Patienten Belastungen zu ersparen. ('schonendes Verhalten') Nach Einschätzung von E. werden die Schuldgefühle verdrängt und durch den Vorwurf an die ärztlichen Kollegen auf der geschlossenen Station ersetzt. Nach diesem Vorwurf würde der Sachverhalt, dass der Patient die Ärzte auf der offenen Station nicht akzeptierte, damit erklärt, dass er "noch nicht soweit war". Das Beziehungsverhalten des Patienten würde dann mit dessen psychischen Zustand erklärt und nicht als Scheitern einer therapeutischen Beziehung begriffen. Wie vorher schon bei dem Vorwurf "Dein Patient ist weggelaufen" wird die Verantwortlichkeit für die Behandlung des Patienten geleugnet bzw. an den Arzt auf der geschlossenen Station oder an den Patienten zurückgegeben. Hier würde die 'Verdrängung' der Verantwortlichkeit für die Verhandlung des Patienten durch die Struktur dieser Klinik nahe liegt. Wenn die offenen Stationen primär für die Patienten reserviert werden, die "weit genug" sind liegt es eben nahe, jedes Scheitern einer Therapie oder jeden Therapieabbruch auf den offenen Stationen damit zu erklären, dass der Patient noch nicht "soweit war". So könnte auch eine selbstkritische Reflexion der Therapieverläufe vermieden und die Klinikstruktur zu einem persönlichen Abwehrprozess des Arztes genutzt werden. Hier würde

dieses Problem verschärft zum Ausdruck kommen, denn während die Hausärzte auch dann weiter behalten, wenn sie Fachärzte konsultieren, geben die Ärzte einer psychiatrischen Klinik die Verantwortung für die Patienten auch formal ab, wenn die Patienten auf eine andere Station verlegt werden. Eine Verzettlung der Verantwortung (vgl. Balint 1980) für die Behandlung eines Patienten kann der Hausarzt vermeiden, wenn er seine Haltung ändert, in der psychiatrischen Klinik kann eine solche Verzettlung nur durch eine Veränderung der Klinikstruktur überwunden werden.

Zusammenfassung und Diskussion

Deutlich wurde eine Konkurrenz und ein latenter Konflikt zwischen den Ärzten der „geschlossenen Stationen“ und der Aufnahmestationen einerseits und den Therapiestationen andererseits. Den Ärzten der Therapiestationen wird die Erwartung zugeschrieben, dass sie nur Patienten zu sich verlegt bekommen, die „schon soweit“ sind. Ein Arzt auf einer geschlossenen Station drückte dies in der Polemik aus, sie müssten dafür haften, dass der Patient gesund sei. Nach dem Eindruck der Ärzte auf den geschlossenen Stationen wird ihnen die Schuld zugeschrieben, wenn ein Patient vorzeitig geht, den sie auf die offene Station verlegten. („dein Patient ist weggelaufen“) Der Beitrag von Frau Dill dementiert einen solchen Vorwurf, verweist aber auf ein anderes Problem: man muss Patienten davon überzeugen, dass man gut genug ist, sie zu behandeln. Auf die geschlossenen Stationen würden dagegen Patienten nur mit lapidaren Begründungen verlegt.

Dies verweist auf eine Hierarchie der Stationen. Dies wird auch in einem Beitrag des Leiters deutlich, der die Verlegung eines Patienten als „höher kommen“ interpretiert. Schon die Bezeichnung „Therapiestation“ impliziert, dass es auch Stationen gibt, die keine Therapiestationen sind. Deutlich wird also wieder einmal, dass die Differenz zwischen professioneller Behandlung und Verwahrung die Perspektive dieser Psychiater stark prägt.

Die ganze Balintgruppensitzung wird von dem Strukturproblem der Psychiatrie überlagert bzw. überformt. Es wird auch immer wieder zum Thema der Supervision, wobei die Beziehungen der Ärzte zu einem der Patienten stärker in den Hintergrund treten.

Im folgenden Beispiel wird eine ambulante psychiatrische Praxis von einem Patienten thematisiert.

"Is ja bei den Psychiatern so, also die wollen eigentlich nichts mehr mit einem zu tun haben"- Zur Beziehung zwischen Patienten und frei praktizierenden Psychiatern

Das Datenmaterial stammt aus Projekten, die zwischen 1981 und 1985 an der Psychiatrischen Klinik der Universität Marburg angesiedelt waren.³³ In einem ethnographischen Familieninterview stellt Bernhard³⁴, ein als schizophrene diagnostizierter Sohn, seine Beziehung zu einem frei praktizierenden Psychiater dar.

Bernhard	LEISE ja ja + .. jedenfalls war ich im in in Seeheim zu der Zeit bei dem, Birkenbach ne (!) .. und, hät ich die ganzen Tabletten geschluckt die der mir verschrieben hätte hät ich wahrscheinlich gar keine Leber mehr ne also .. ich hab se nich genommen ehrlich nich .. ich weiss nich ob es mir besser ging oder schlechter eh ..
Mutter	nein nein er hat von vornherein den Doktor Birkenbach hat er von vornherein abgelehnt nich (!)

³³ Es handelt sich um ein Projekt zur Familiensituation und alltagsweltlicher Orientierung Schizophrener und ein Projekt zu psychiatrischen Übergangwohnheimen (vgl. Hildenbrand 1991). Projektleiter waren jeweils Wolfgang Blankenburg und Bruno Hildenbrand, Mitarbeiter waren neben dem Autor Barbara Beyer, Daniela Klein, Beate Lehmann, Norbert Leugering und Klaus Brücher (freier Mitarbeiter)

³⁴. Alle Orts- und Eigennamen sind anonymisiert.

Bernhard ja ja
Mutter Das war ja mit ihm da .. hat er
Bernhard nich von vornherein ich hab auch ver-
sucht mit dem gut auszukommen ne ne .. und de da kommt
man hin und der sagt wie geht es Ihnen .. LEISER ne .. da sagt
man gut ja , da sagt man schlecht .. wenn man schlecht sagt dann
nehmen Sie davon nen paar mehr und ne .
Mutter möchten Sie noch ne Tasse
Intv. mhm GESCHIRR KLAPPERT
Bernhard ja .. jedenfalls is ja .. bei den Psychiatern so (!) also die
wollen eigentlich nichts mehr mit einem zu tun haben .. die wol-
len von .. sie (h) sie bilden sich ein sie können einem (allein?)
an der Sprache oder was man sagt und so anhören ob man nun nor-
mal is oder nich .. und wenn sie denn in ihrem schlaun Buch nach-
kucken das muss so wirken dann, wirkt das so und wens nich so
wirkt dann haben wir eben Pech gehabt .. na na jedenfalls ..
war das so dass ich dann .. zu der Zeit das, ging ja jahrelang
dann so .. die Tabletten die er mir verschrieben hab nich genom-
men hab ne (!) .. dann ging das los mit der mit den Depot-
spritzen

In seinem ersten Beitrag geht Bernhard auf die Behandlung mit Psychopharmaka ein. Er bekennt, dass er nicht alle Tabletten einnahm, die der Arzt ihm verordnete, und begründet dies mit den befürchteten Nebenwirkungen. Die Erklärung, er hätte wahrscheinlich keine Leber mehr, wenn er alle Tabletten genommen hätte, kann dabei als eine ironische Übertreibung interpretiert werden. Mit der Aussage, er wisse nicht, ob es ihm besser oder schlechter gegangen sei, bezweifelt er die positive Wirkung der Medikamente.

Mutter nein nein er hat von vornherein den Doktor Birkenbach hat er
von vornherein abgelehnt nich (!)

Bernhard ja ja

Mutter Das war ja mit ihm da .. hat er

Bernhard nich von vornherein ich hab auch ver-

Die Mutter bestreitet Bernhards Darstellung, wobei interessant ist, dass sie nicht ihren Sohn anspricht (ansonsten würde sie von ihm in der zweiten Person sprechen), sondern wahrscheinlich den Interviewer. Da der Interviewer als Therapeut in einer psychiatrischen Klinik arbeitete, könnte ihr Beitrag ein Versuch sein, eine Koalition zwischen sich als Angehöriger und der therapeutischen Seite herzustellen. Nach dem Beitrag der Mutter wären Bernhards Vorwürfe unberechtigt, da er aufgrund eines Vorurteils handelte. Wenn er Dr. Birkenbach von vornherein ablehnte, kann dies keine Reaktion auf das Verhalten des Arztes sein. Als die Mutter zu einer Erklärung ansetzt, unterbricht sie Bernhard und bestreitet die Version der Mutter.

Bernhard nich von vornherein ich hab auch ver-
sucht mit dem gut auszukommen ne ne ..

Bernhards Erklärung, er habe auch versucht, mit dem Arzt auszukommen, weist auf die Besonderheit dieses Arzt-Patienten-Verhältnisses hin. Ein somatisch Kranker würde kaum sagen, er habe versucht, mit seinem Arzt auszukommen, da er mehr von diesem Arzt erwarten kann, nämlich dass dieser auf seine Probleme eingeht. "Auskommen" müssen eher Kinder mit Erziehern oder Lehrern, die sie nicht besonders mögen, oder Insassen einer totalen Institution mit dem Personal. Auch mit Kollegen, die man sich nicht ausgesucht hat, kann man versuchen auszukommen. Die Formulierung verweist dann auf eine Unfreiwilligkeit. Es wäre erklärungsbedürftig, wenn ein „normaler“ Patient sagen würde, er habe versucht, mit seinem Hausarzt gut auszukommen.

.Bernhard und de da kommt
 man hin und der sagt wie geht es Ihnen .. LEISER ne .. da sagt
 man gut ja , da sagt man schlecht .. wenn man schlecht sagt dann
 nehmen Sie davon nen paar mehr und ne .
 Mutter möchten Sie noch ne Tasse
 I mhm GESCHIRR KLAPPERT

Die Arzt-Patienten-Beziehung, die Bernhard dann darstellt, ist eine Beziehung über Medikamente. Wenn Bernhard äußerte, es gehe mit gut, geschah nichts, wenn er äußerte, es gehe ihm schlecht, bekam er eine höhere Dosis Psychopharmaka. Da diese Medikamente unangenehme Nebenwirkungen haben, wird dann aus der Perspektive des Patienten, die Äußerung von Leidensdruck von Arzt negativ sanktioniert. Auch wird der Wunsch, der hinter der Äußerung des Patienten, es gehe ihm schlecht, stecken könnte, ignoriert. Die Äußerung „ es geht mir schlecht“ kann auch als Angebot verstanden werden, über die Situation zu sprechen. Gerade dies wird jedoch durch die Antwort des Arztes verhindert. Dass die Mutter in dieser Situation dem Interviewer Kaffee anbietet, könnte durchaus eine indirekte Reaktion auf diesen Redebeitrag sein. Sie lenkt damit von Bernhards Kritik an den Psychiatern ab.

Bernhard ja .. jedenfalls is ja .. bei den Psychiatern so (!) also die wollen eigentlich nichts mehr mit einem zu tun haben

Bernhard stellt dann resümierend fest, dass die Psychiater eigentlich nichts mehr "mit einem", also mit Patienten wie ihm, zu tun haben wollen. Die Reaktion von Dr. Birkenbach kann in diesem Sinne als eine Ablehnung eines Beziehungsangebotes interpretiert werden. Dies wird dann auf die Berufsgruppe der Psychiater verallgemeinert.

..B die wollen von .. sie (h) sie bilden sich ein sie können einem (allein?)
 an der Sprache oder was man sagt und so anhören ob man nun normal
 is oder nich oder was man sagt und so anhören ob man nun normal
 is oder nich .. und wenn sie denn in ihrem schlaun Buch nachkucken
 das muss so wirken dann, wirkt das so und wens nich so wirkt dann
 haben wir eben Pech gehabt .. na na jedenfalls ..
 war das so dass ich dann .. zu der Zeit das, ging ja jahrelang
 dann so .. die Tabletten die er mir verschrieben hab nich genommen
 hab ne (!) .. dann ging das los mit der mit den Depot-spritzen..

Dargestellt wird hier eine Diagnose anhand sprachlicher Symptome. Dies könnte der weiter oben dargestellten Verhörlogik entsprechen. Gesucht wird nach Indizien für eine Krankheit Die Arzt-Patienten-Beziehung, die Bernhard hier beschreibt, entspricht nicht dem professionellen Modell ärztlichen Handelns auf der Grundlage eines Arbeitsbündnisses. Der Arzt subsumiert das Verhalten des Patienten unter psychiatrische Kategorien und auch bei der Vergabe von Medikamenten handelt er rein subsumtionslogisch ohne die spezifischen Reaktionen und Einwände des Patienten darauf zu berücksichtigen. Wenn die Medikamente nicht so wirken, wie dies allgemein beschrieben wird, haben die Patienten "eben Pech gehabt". Eine Fallspezifika fände dann keine Berücksichtigung. Nach Bernhards Interpretation wäre dies ein Ausdruck davon, dass der Arzt mit ihm als ganzer Person nichts zu tun haben will. Aus dem Arzt wird ein subsumtionslogischer Medikamentenverordner.

Die Darstellung verdeutlicht ein grundsätzliches Problem bei der Behandlung psychiatrischer Patienten, wenn ein Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient nicht möglich ist. Bei der Entscheidung über eine Medikamentendosis muss häufig (auch bei einer somatischen Behandlung) abgewogen werden zwischen dem erwartenden Nutzen einerseits und den möglichen kurzfristigen und langfristigen Nebenwirkungen andererseits. Normalerweise kann der Patient an diesem

Entscheidungsprozess beteiligt werden, auch können die tatsächlichen Nebenwirkungen bei einer Mitwirkung des Patienten besser festgestellt werden. Dies ist nicht mehr möglich, wenn das Arbeitsbündnis mit dem Patienten fehlt. Dann entscheidet der Arzt allein über den Patienten und greift damit massiv in dessen Lebenspraxis ein. Der Psychiater entscheidet, welche Nebenwirkungen und möglichen langfristigen Schädigungen der Patient in Kauf nehmen muss. Hinzu kommt, dass der Zweck der Medikamentenvergabe in der Psychiatrie nicht immer die Heilung des Patienten oder die Linderung von dessen Leiden ist. Häufig geht es dabei auch darum, dass ein Leben mit diesem Patienten für die Angehörigen erträglicher wird. Indirekt kann dies auch dem Patienten nützen, da so dessen soziale Desintegration verhindert und vielleicht eine drohende Internierung vermieden werden kann. Mit der Bestimmung der Medikamentendosis wird also auch entschieden, wie viel den Angehörigen des Patienten zugemutet werden kann. Diese Problematik kompliziert noch das Entscheidungsproblem und müsste eine spezifische psychiatrische Berufsethik erforderlich machen. Das Problem der Nebenwirkungen von Psychopharmaka scheint jedoch in der Psychiatrie lange tabuisiert gewesen zu sein. So stellt Wilhelm Burian fest, "dass die wissenschaftliche Literatur über die Wirkung bzw. Nebenwirkungen dieser Substanzen systematische Lücken aufzuweisen hat. So war es erst in den siebziger Jahren möglich, eine systematische Diskussion über die Nebenwirkungen der antipsychotischen, medikamentösen Therapie durchzuführen und allmählich konnten sich auch Begriffe wie Spätdyskinesie etablieren."³⁵ Die medikamentöse Behandlung kann eine soziale Integration psychotischer Patienten ermöglichen, sie bietet aber auch Möglichkeiten für eine technokratische Behandlung von Patienten, wobei die persönlichen Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung gemieden wird.

Zusammenfassung und abschließende Diskussion

Ich möchte keineswegs behaupten, dass die in diesem Kapitel zitierten Gesprächsausschnitte typisch sind für psychiatrisches Handeln. Das Datenmaterial ist mehr als 20 Jahre alt und in der Zwischenzeit kann sich einiges verändert haben. Es geht hier aber auch weniger um Typik oder Repräsentativität, sondern um die Rekonstruktion von Strukturprobleme. Diese Strukturprobleme mögen unterschiedlich bewältigt werden. Sie dürften aber spezifisch sein für psychiatrisches Handeln.

Deutlich wurde eine Verwischung der Grenzen zwischen der Strukturlogik des Strafens und der der Therapie. Die Zwangseinweisung eines „suizidalen“ Patienten kann wie eine Bestrafung für abweichendes Verhalten empfunden werden, was wiederum für die Psychiatrie selbst als Bestrafung empfunden werden kann. Die Versuche vor dem Hintergrund von Zwangseinweisungen ein ärztliches Arbeitsbündnis zu etablieren, erweisen sich als problematisch und prekär. Die Problematik solcher Arbeitsbündnisse kann sich auch negativ auf die berufliche Identität der Ärzte auswirken. Nur Patienten, die sich wie Patienten verhalten, bestätigen die berufliche Identität des Arztes („damit ich mir wie ein Arzt vorkomme“) Damit im Zusammenhang steht ein Entzug von Glaubwürdigkeit der zu einer Verwischung der Grenzen zwischen einem ärztlichen Gespräch und einem Verhör führen kann. Bestimmten Typen von psychiatrische Patienten wird unterstellt, dass sie dem Arzt etwas verheimlichen oder verbergen möchten, dass der Psychiater aber dennoch erfahren möchte. Es sammelt daher Indizien, zum Beispiel zur Drogensucht des Patienten oder zu psychotischen Symptomen. Deutlich wurde, dass neben den psychiatrischen Diagnosen in der Psychiatrie personale Kategorien von Patienten gebildet werden, die ihre Prognose, den Umgang mit ihnen in der Klinik und die ärztliche Behandlung beeinflussen können. Emerson (1983) hat solche Typenbildung in der Bewährungshilfe aufgezeigt. Danach ist es von der Kategorisierung abhängig, wie viel Engagement

³⁵. Wilhelm Burian, Die Ethik der chemischen Therapie in der Psychiatrie, in I. Eisenbach-Stangl /W. Stangl. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984, S. 73

ein Bewährungshelfer für einen Klienten aufbringt. In der Psychiatrie scheint dies ähnlich zu sein. Deutlich wird dies u.a. am Beispiel des Patienten, der nach Ansicht von Herrn Haag „schon seine Karriere“ hat. Das therapeutische Angebot scheint auf einigen Stationen stark reduziert zu sein, was bei bestimmten Patienten Irritationen auslösen kann („was ist denn das hier“) Dadurch können dann auch Legitimationsprobleme auf Seiten der Psychiatrie entstehen. Dies kann zum Teil damit erklärt werden, dass bei bestimmten Patienten die Therapiemöglichkeiten als begrenzt angesehen werden. Die Differenzierung zwischen verschiedenen Stationstypen, wie Aufnahmestation, Therapiestation, geschlossene Station, kann zwischen den einzelnen Ärzten zu Konkurrenzsituationen führen. Deutlich wurde dies u.a. an der Unterscheidung zwischen „Arzt“ und „Therapeut“.

Das Strukturproblem der Psychiatrie kann auch Auswirkungen haben auf die ambulante Behandlung. Wenn das normale Arbeitsbündnis, das einen im Prinzip autonomen Patienten voraussetzt, nicht möglich ist, entsteht ein besonderes Ethikproblem. Der autonome Patient hat ein Entscheidungsrecht, wenn es zum Beispiel um das Abwägen von Nutzen und Risiken einer Therapie geht. Da der Patient dies häufig nicht selbst einschätzen kann, gibt es eine Informationspflicht des Arztes. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird in anderen medizinischen Bereichen besonders betont (vgl. Borasio 2014, 2015). Damit wird der informierte Patient auch mitverantwortlich für die Nebenwirkungen. Bei der Pharmakotherapie von psychiatrischen Patienten liegt dagegen die Entscheidungskompetenz allein beim Arzt. Er entscheidet, wie viel akute Nebenwirkungen und welche Langzeitfolgen ein Patient in Kauf nehmen muss, um eine bestimmte Wirkung zu erzielen. Damit müsste er auch die volle Verantwortung für die Entwicklung des Patienten übernehmen. Wie das Beispiel zeigt, kann dies zu Störungen der Arzt-Patienten-Interaktion führen, vor allem wenn sich die Therapie auf die Vergabe von Medikamenten beschränkt. In der Beziehung zu dem Arzt lernen die Patienten, dass bestimmte Verhaltensweisen mit einer Erhöhung der Medikamentendosis „bestraft“ werden.

Überlegungen zur Professionalität psychiatrischen Handelns

Deutlich wurde, dass die Psychiater eine Berufsgruppe sind, die in mehrfacher Hinsicht von der übrigen Ärzteschaft abweichen. Eine rein naturwissenschaftliche Grundlegung der Psychiatrie ist nicht möglich. Es ist jedoch fraglich, ob auch in den anderen Arbeitsfelder der Medizin die naturwissenschaftliche Erklärung noch ausreicht. Die Wechselwirkungen von Körper und Seele lassen sich nicht ausschließlich naturwissenschaftlich erklären.

Das Hauptproblem für die Professionalität der Psychiatrie ist die Vermischung von zwei Funktionen, die von ihrer Strukturlogik her schwer miteinander kompatibel sind. Den "Doppelcharakter" der Psychiatrie beschreibt Jürgen Pelikan folgendermaßen: "Zum einen ist etabliert: Ein besonderes Gewaltverhältnis, d.h. ein Verhältnis legitimer Herrschaft von - mit staatlicher Gewalt ausgestatteten Organen einer bürokratischen Institution über ihre Insassen. Zum anderen gilt ein Vertragsverhältnis, d.h. ein Behandlungsvertrag zwischen den Ärzten der Krankenanstalt und deren Patienten"³⁶ Bei zwangseingewiesenen Patienten kann man jedoch kaum von einem Behandlungsvertrag mit dem Patienten sprechen. Auch bei Patienten, die sich nur aufgrund des Drucks ihrer Angehörigen in eine Behandlung begeben haben, bleibt die Grundlage für ein Arbeitsbündnis prekär.³⁷ Vertragspartner wären eher die Angehörigen. Die Anstaltspsychiatrie ist entstanden aus einer Institution des

³⁶ Jürgen M. Pelikan, Besonderer Rechts- und Persönlichkeitsschutz für psychiatrische Patienten -Eine Konsequenz des Doppelcharakters der Psychiatrie, in: I. Eisenbach-Stangl /W. Stangl. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984, S. 45.

³⁷ Manchmal werden Patienten gezwungen, sich "freiwillig" aufnehmen zu lassen, weil sonst eine Zwangseinweisung veranlasst würde.

absolutistischen Staates zur Aussonderung und Versorgung Abweichender.³⁸ Diese Funktion hat die Anstaltspsychiatrie nie aufgegeben, auch wenn heute ihr Handeln anders legitimiert (nämlich psychiatrisch) wird als damals. Nun kann man argumentieren, dass eine moderne Gesellschaft eine solche Institution benötigt, weil die Angehörigen dieser Personen nicht bereit oder in der Lage sind, die Belastungen des Zusammenlebens mit "akut psychotischen" oder "chronisch psychotischen" Personen zu ertragen. Gerade dieser Zusammenhang wird jedoch verschleiert, wenn man das Internierungsmodell mit dem medizinischen Behandlungsmodell vermischt. Der Anstaltsaufenthalt wird dann nicht damit begründet, dass die betroffene Person, gegenwärtig für die Angehörigen oder die Gesellschaft eine zu große Belastung oder Gefährdung darstellt, sondern mit "der Krankheit". Damit ist das zugrundeliegende Problem auch kein Familienproblem mehr, es wird individualisiert. Es entsteht so eine Koalition zwischen der Anstalt, den dort tätigen Ärzten und den Angehörigen bei der Ausblendung der realen Motive für die Aufnahme. Für die Angehörigen ist dieses geheime Übereinkommen moralisch entlastend und die Anstaltspsychiater können so ihre Arbeit als medizinische Behandlung definieren. Die Ausblendung der realen Zusammenhänge zeigt sich häufig bereits in psychiatrischen Aufnahmegesprächen, die der Arzt häufig mit Äußerungen wie " Sie sind zu uns gekommen" oder "was führt Sie zu mir" einleitet. In einem von Fengler und Fengler (1980,268/269) untersuchten Gespräch widersprach die Patientin

„Patientin ich weiß überhaupt nicht, warum man mich abgeholt hat
Dr. Kluge aber die werden doch mit Ihnen gesprochen haben da.
Patientin nee man ist einfach, und ich müßte weg, und da blieb mir
 ja gar keine andere Wahl“

(Fengler und Fengler 1980, S. 268)

Solche Patienten verdeutlichen den Ärzten, dass eine Grundlage für ein Arbeitsbündnis nicht besteht. Andere Patienten werden einen solchen Manipulationsversuch jedoch kaum bemerken. Hier kann man von einer Mystifizierung gegenüber dem Patienten sprechen. Dabei wird der Patient nicht nur verleitet, eine objektiv falsche soziale Identität zu übernehmen, sondern auch ein defektes medizinisches Behandlungsmodell. Damit könnte auch ein manifestes oder latentes Misstrauen des Patienten gegen Ärzte und Anstalten indiziert werden, das nicht primär als paranoid interpretiert werden kann. Hinzu kommt dann eine gesteigerte Abhängigkeit des psychiatrischen Patienten von der Anstalt und den dort tätigen Psychiatern durch die Vermischung beider Modelle in dieser totalen Institution. Nach Goffman hat der Psychiater ein "diffuses diagnostisches Mandat": "Alle Handlungen Gefühle und Gedanken des Patienten- seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft - werden in die Diagnose und Verordnung einbezogen".³⁹ Ein solch umfassendes diagnostisches Mandat hätte auch ein Psychotherapeut. Der Psychotherapeut müsste jedoch eine Abstinenzregel einhalten, dürfte also nicht direkt in die Lebenspraxis des Patienten eingreifen. Solche Eingriffe sind jedoch in einer psychiatrischen Anstalt alltäglich und damit entsteht eine starke Abhängigkeit des Patienten vom Psychiater. Man kann also hier die Hypothese entwickeln, dass die psychiatrische Klinik anstatt psychische Krankheiten zu heilen, nicht selten die sozialen und psychischen Bedingungen reproduziert, unter denen die psychischen Problematiken dieser Personen entstanden sein könnten.

Wegen ihres Doppelcharakters eignet sich die Anstaltspsychiatrie nicht nur zur latenten Funktionalisierung durch Familien oder Institutionen wie Kinder- und Jugendheime. Auch psychiatrische Patienten selbst scheinen mitunter die Psychiatrie entsprechend zu funktionalisieren.

³⁸ vgl. Pelikan, a.a.O. S.44.

³⁹. Erving Goffman, Asyle, Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp, Frankfurt 1972, S. 340

So äußerte in einer Balintgruppe ein Arzt ironisch, einige Patienten hörten plötzlich Stimmen, wenn sie ein gerade ein "Bettchen" bräuchten. Die Frage ist, inwieweit sich die Psychiatrie den Patienten auch anbietet zur Befriedigung infantiler Abhängigkeitsbedürfnisse. Dies wäre die Kehrseite des repressiven Charakters der Psychiatrie, die im Sinne eines Arbeitsbündnisses aufgrund des sekundären "Krankheitsgewinns" aber ebenfalls nicht unproblematisch wäre.

Aufgrund dieser Überlegungen stellt sich die Frage, inwieweit sich Psychiater einen professionell-ärztlichen Habitus aneignen können bzw. inwieweit ein solcher Habitus durch die berufliche Sozialisation in der Psychiatrie verloren geht. Ich habe den Eindruck, dass besonders junge Ärzte in der Psychiatrie die Spannung zwischen diesem ärztlichen Habitus und ihren Arbeitsbedingungen immer wieder spüren und dass so immer wieder aus der Profession selbst heraus ein Reformdruck entsteht, der einer weiteren Entprofessionalisierung entgegenwirkt. Bei einer langen beruflichen Tätigkeit als Arzt in der Psychiatrie könnte sich dieser professionell-ärztliche Habitus aber auch "abschleifen". Ein Problem könnte hier auch sein, dass viele professionsethische Maximen in der Psychiatrie keine Gültigkeit haben. Für eine "Ethik der Psychotherapie" formuliert Hans Strotzka 10 Postulate.⁴⁰ Keines dieser Postulate dürfte in der Anstaltspsychiatrie bei "krankheitsuneinsichtigen" Patienten erfüllbar sein, da diese gegen ihre Willen behandelt werden und auch die Wirksamkeit dieser Behandlung fraglich ist.⁴¹ Die Funktion der Anstaltspsychiatrie, im öffentlichen Auftrag eine bestimmte Personengruppe zeitweilig oder dauerhaft zu internieren, könnte sie auch anfällig machen für den Missbrauch durch einen totalitären Staat, indem die kleine Differenz zwischen sozial abweichenden Personen und politisch abweichenden Personen verwischt wird. Auch die Beteiligung von Psychiatern an der Ermordung von mindestens 100 000 psychiatrischen Patienten im Dritten Reich⁴² könnte unter anderem mit der Nähe der Anstaltspsychiatrie zum Staatsapparat erklärt werden. Szasz (1982, 100) weist auf einen Bericht hin, wonach sowjetische Psychiater davon überzeugt waren, dass Hippies und politische Dissidenten schizophr sind.

Man könnte nun die Auffassung vertreten, dass die Psychiatrie wegen ihres Doppelmandats, ähnlich wie die Sozialarbeit, nicht professionalisierbar ist. Sozialpolitisch und gesundheitspolitisch könnte es jedoch ein Rückschritt sein, wenn die Verwahrung und Behandlung solcher Patienten wieder in die Hände von Nicht-Professionellen gelegt würde. Die professionelle Psychiatrie kann für die Patienten auch ein Schutz sein, z.B. vor Zugriffen durch die Strafjustiz oder vor Schadensersatzansprüchen. Eine andere Möglichkeit wäre die Entwicklung eines idealtypischen Professionsmodells, das die spezifischen Paradoxien des psychiatrischen Handelns berücksichtigt.

Das idealtypische professionstheoretische Modell eignet sich auch zur Erklärung struktureller Probleme der Psychiatrie aber auch zur Erklärung der Ansätze der Psychiatriereform. Eine Trennung zwischen der "Verwaltungsfunktion" (Goffman) der Psychiatrie und der therapeutischen Funktion müsste eine Minimalbedingung für professionell therapeutisches Handeln sein. Nach Ansicht von Heiner Keupp lassen sich die institutionellen Konfigurationen jedoch nicht differenzieren zwischen,

⁴⁰ Hans Strotzka, Ethik der Psychotherapie, in: I. Eisenbach-Stangl /W. Stangl. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984, S. 78 - 80

⁴¹ Heilungserfolge bei Psychosen scheinen relativ selten zu sein. Schon Bleuler räumte in bezug auf die Schizophrenie ein: " Die Anstalt als solche heilt die Krankheit nicht" E. Bleuler, Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien (1911) München 1978 S. 383, zitiert nach Thomas S. Szasz, Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Fischer Verlag, Frankfurt 1982, S. 28

⁴² Zur Zahlenangabe vgl. Heiner Keupp, Alternativen zum Ausschluss - Perspektiven einer Psychiatriereform noch einmal neu durchdacht, in: I. Eisenbach-Stangl /W. Stangl. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984, S. 34

solchen die sozial kontrollieren und solchen die Hilfe leisten.⁴³ In dieser allgemeinen Form ist dies sicherlich richtig, denn jedes ärztliche Gespräch kann, wie ein Gespräch zwischen Nachbarn, auch soziale Kontrolle sein. Man muss jedoch jeweils fragen können, in wessen Auftrag der Psychiater handelt, da sich die Interessen verschiedener Auftraggeber (Staat, Angehörige, Institutionen, Patient) widersprechen können. Auch ein Psychiater, der im Auftrage des Patienten handelt, wird die Interessen der Angehörigen nicht ganz vernachlässigen können, da zum Beispiel Familienkonflikte zu Ausschluss des Patienten aus der Familie führen könnten. Es kann „psychotische“ Verhaltensweisen eines Patienten geben, die die Angehörigen für unzumutbar halten. Er müsste jedoch anders vorgehen, als ein Psychiater, der eine Person interniert, weil diese für andere Personen gefährlich werden könnte. Zwangsmaßnahmen sind mit Therapien nicht vereinbar, allenfalls könnte Therapie ein freiwilliges Angebot für zwangsinternierte Personen mit psychischen Problematiken sein, wobei der Therapeut jedoch nicht gleichzeitig Repräsentant der internierenden Institution sein könnte.

Diskutieren kann man eine Trennung zwischen einer therapeutischen Psychiatrie und einer Sicherheitspsychiatrie. Die Aufgabe der therapeutische Psychiatrie ist Heilung oder Besserung psychischer Problemlagen auf der Grundlage eines freiwilligen Arbeitsbündnisses. Eine Anstalt wird dafür nicht unbedingt benötigt. Eine stationäre Behandlung dürfte meist auch nicht ausreichen. Die Sicherheitspsychiatrie hätte die Funktion bestimmte Gruppen vorübergehend zu internieren. Es ginge hier nicht um Heilung. „Die Anstalt heilt die Krankheit nicht. Sie kann aber erziehen ...“ (E. Bleuler 1911. 383, zitiert nach Szasz 1982, S. 28). Ob die Anstalt eine Erziehungsfunktion haben kann, ist eine offene Frage. Jedenfalls wäre dies keine klassisch medizinische Aufgabe. Es ginge um die Internierung bestimmter Personengruppen

- Personen die Straftaten begangen haben, aber als nicht zurechnungsfähig kategorisiert werden
- Personen, die sich selbst oder andere gefährden
- Personen, die als nicht zurechnungsfähig charakterisiert werden, aber aufgrund ihres Verhaltens von der Familie oder von Nachbarn als nicht tragbar angesehen werden

Diese Profession der Sicherungspsychiatrie hätte unter anderen die Aufgabe abzuwägen zwischen den Sicherheitsinteressen und den Freiheitsrechten der Patienten während des Aufenthalts in der Anstalt. Eine zu starke Einengung des Patienten zugunsten der Sicherheitsinteressen führt zur Entmündigung, die Vernachlässigung der Sicherheit zur Gefährdung der Patienten und des Personals. Dieses Paradoxon kann eine Professionalisierungsbedürftigkeit begründen. Abwägen könnte man auch zwischen den Rechten des Betroffenen auf Freiheit trotz abweichendem Verhaltens und den Rechten Dritter, für die das Verhalten der Betroffenen nicht mehr erträglich erscheint. Inwieweit die Sicherheitspsychiatrie noch ein ärztliches Professionsmodell wäre, wäre zu diskutieren.

Literatur

Antonovski, A. (1997. Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit, Tübingen

Balint, M. (1980) Der Arzt sein Patient und die Krankheit, Klett-Cotta, Stuttgart, 1980⁵

⁴³ Heiner Keupp, Alternativen zum Ausschluss - Perspektiven einer Psychiatriereform noch einmal neu durchdacht, in: I. Eisenbach-Stangl /W. Stangl. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984, S.29

- Bahrs, O.; Matthiessen, Peter F. (hrsg.) (2007), Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis, Bern, Huber
- Bahrs, O., Heim S. (2007, Fallbezogene Betrachtung von Krankheit als Anpassungsleistung, in Bahrs, O.; Matthiessen, Peter F. (hrsg.), Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis, Bern, Huber, S. 260 -281
- Bergmann, J. (1981). Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In Schröder, P. & Steger, H. (Hrsg.). Dialogforschung. Düsseldorf: Schwann.
- Bergmann, J. (1988 a). Ethnomethodologie und Konversationsanalyse Kurseinheit I. Studienbrief der Fernuniversität Hagen.
- Bergmann, J. (1988 b). Ethnomethodologie und Konversationsanalyse Kurseinheit II. Studienbrief der Fernuniversität Hagen.
- Bergmann, J. (1988 c). Ethnomethodologie und Konversationsanalyse Kurseinheit III. Studienbrief der Fernuniversität Hagen.
- Blankenburg, W.; Hildenbrand, B.; Beyer, B.; Klein, D.; Müller, H. (1991) Familiensituation und alltagsweltliche Orientierung Schizophrener, unveröffentlichter Abschlussbericht an die DFG , Marburg
- Böhringer, D.; Karl, U.; Müller, H.; Schröder, W.; Wolff, St. (2012): Den Fall bearbeitbar halten. Gespräche in Jobcentern mit jungen Menschen. Opladen, Berlin, Toronto
- Böhringer, D.; Wolff, St. (2010), Der PC als „Partner im institutionellen Gespräch, in: Zeitschrift für soziologie 39, 3 S. 233-251
- Böhringer D.; Wolff, St. (2012) Mit dem PC im Gespräch, in: Böhringer, D.; Karl, U.; Müller, H.; Schröder, W.; Wolff, St. (2012): Den Fall bearbeitbar halten. Gespräche in Jobcentern mit jungen Menschen. Opladen, Berlin, Toronto , S. 212 - 237
- Borasio, G. D. (2013), Über das Sterben, München, Deutscher Taschenbuchverlag
- Borasio, G. D. (2014) selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet, was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können, München, Verlag C.H. Beck.
- Bruns, Georg (1986), Über die Funktion psychiatrischer Zwangseinweisungen. Ein Beitrag zur politischen Massenpsychologie. In Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 21: 350 -262
- Bucher, R. & Strauss, A. (1972). Wandlungsprozesse in Professionen. In Luckmann, T. & Sprondel W. M. Berufssoziologie. Köln: Kiepenheuer & Witsch. 182 -197
- Burian, W. (1984) Die Ethik der chemischen Therapie in der Psychiatrie, in I. Eisenbach-Stangl /W. Stangl. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984,
- Eisenbach-Stangl I.; Stangl, W. (1984) Ist die Zwangsjacke repressiv? in: dies. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984
- Emerson. R.M. (1983) Holistic Effects in Social Decision-Making. Law and Society Review 17 ,425 -455
- Fengler, Ch. & Fengler, Th. (1980). Alltag in der Anstalt. Wenn Psychiatrie praktisch wird. Rehbürg-Loockum: Psychiatrie-Verlag.
- Frankfurter Rundschau vom 18.12.91, S. 1, Psychisch Kranker erhält Fernsehverbot, weil er Therapie ablehnt
- Garfinkel, H. (1977). Bedingungen für den Erfolg von Degradationszeremonien. In Lüdersen, K. & Sack, F. (Hrsg.). Seminar Abweichendes Verhalten III. Die Gesellschaftliche Reaktion auf Kriminalität 2 (S. 31-40). Frankfurt am Main: Suhrkamp. engl. (1956). Conditions of Successful Degradation Ceremonies. American Journal of Sociology, 61, 420-424.
- Giesecke, M; Rappe-Giesecke, K. (1997), Supervision als Medium kommunikativer Sozialforschung, Die Integration von Selbsterfahrung und distanzierter Betrachtung in der Beratung und Wissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Gohde, H. & Wolff, St. (1990). Gutachterlichkeit in der Jugendgerichtshilfe. Neue Praxis, 20, 316-328.
- Goffman, E. (1977). Asyl. Über die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.
- Goerdeler, J. (2007): Jugendstrafrecht als institutionalisierte Schnittstelle von Strafgerichtsbarkeit und Jugendhilfe. In: Köttgen, Charlotte (Hg.): Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Frankfurt am Main: IGfH-Eigenverlag, S. 172-198.
- Hildenbrand, B. (1991). Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. Bern, Stuttgart: Huber.
- Jerneizig, R., Langemayr, A. Schubert, U. (1991), Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Karl, U.; Müller, H.; Wolff, St. (2011): Gekonnte 'Strenge im Sozialstaat. Praktiken der (Nicht-) Sanktionierung

- in Jobcentern. In: Zeitschrift für Rechtssoziologie, Jg. 32, S. 101–128.
- Karl, U.; Müller, H.; Wolff, St. (2012); Praktiken der Nicht-Sanktionierung, in: Böhringer, Daniela; Karl, Ute; Müller, Hermann; Schröer, Wolfgang; Wolff, Stephan (2012): Den Fall bearbeitbar halten. Gespräche in Jobcentern mit jungen Menschen. Opladen, Berlin, Toronto. S. S.139 – 184
- Keupp, H (1984), Alternativen zum Ausschluss - Perspektiven einer Psychiatriereform noch einmal neu durchdacht, in: I. Eisenbach-Stangl /W. Stangl. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984,
- Lepper, Georgia (2000), Categories in Text and Talk, London et. al: Sage
- Lübbe, A. S., (2014), Für ein gutes Ende. Von der Kunst, Menschen in ihrem Sterben zu begleiten, München: Heyne
- Luhmann, N. (1992). System und Absicht der Erziehung. In Luhmann, N. & Schorr, K. (1992). Zwischen Absicht und Person. Fragen an die Pädagogik (S.102-124). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Matthiessen, P. F. ; Büssing, A.; Ostermann, T.; Müller, H. (2006) Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von naturheilkundlich-komplementärmedizinischen Versorgungsleistungen von Versicherten der Continentale Krankenversicherung, unveröffentlicht.
- Matthiessen, P.F. (2007), Der salutogenetische Ansatz, in: Bahrs, O.; Matthiessen, Peter F. (hrsg.) Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis, Bern, Huber, S. 27 - 34
- Müller, H. (2016) Professionsanalytische Sichtweisen auf Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Opladen
- Müller S., Trenczek, T. (2005), Jugendhilfe und Strafjustiz, 857 -873 in: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans; Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik, München und Basel
- Müller, S. (1999), Jugendgerichtshilfe, in: Chassé, Karl August; Wensierski, Hans-Jürgen von; (Hrsg.), Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, Weinheim und München: Juventa, S. 103 – 102
- Oevermann (1981) Mitschrift eines Vortrages "Professionalisierung der Pädagogik" im SS 1981 im Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der FU Berlin
- Oevermann, U. (1990) Professionalisierungstheorie, Mitschrift der 1. Vorlesung SS 1990 20.4. 1990
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.). Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns (S. 70-182). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Parsons, T. (1965), Struktur und Funktion der Modernen Medizin, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, 25
- Pelikan, J. M. (1984), Besonderer Rechts- und Persönlichkeitsschutz für psychiatrische Patienten -Eine Konsequenz des Doppelcharakters der Psychiatrie, in: I. Eisenbach-Stangl /W. Stangl. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984
- Pomerantz, A. 1980, Telling my Side: „Limited access“ as a Fishing device. Sociological Inquiry 50,
- Riemann, Gerhard (1987): Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. Online verfügbar: <http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/1033>, letzter Aufruf 27.9.2015
- Rost. W.-D. (2013) , Psychanalytische Konzepte und deren Anwendung in der ambulanten Suchttherapie, Vortragsmanuskript, online verfügbar, Zugriff 17. Oktober 2013 www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Nachlese/2013/kbo_IAK_BASeV_PT_der_Sucht_Rost_Psychoanalyse_2013.pdf
- Saß, H. (1988) DSM III-Diagnostik phobischer Störungen, in: Hans Jäger (HG) AIDS-Phobie, Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1988,
- Schmeck, K. (2004): Bezugsdisziplinen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, Jörg M.; Schrapper, Christian (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa, S. 251–258.
- Schütze, F. (1984 a). Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. Versuch einer systematischen Überlegung. In Lippenmeier, N. (Hrsg.). Beiträge zur Supervision. Band 3 (S. 262–389). Gesamthochschule Kassel.
- Schütze, F. (1984 b). Kognitive Figuren des autobiographischen Stehgreiferzählens. In Kohli, M. & Robert, G. (Hrsg.). Biographie und soziale Wirklichkeit (S. 78–117). Stuttgart.
- Schütze, F. (1996). Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen. Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.). Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns (S.183–275). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.

- Schütze, F. (1996b) Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie, in: Krüger, Heinz-Hermann; Marotzki, Winfried (hrsg.) Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung, Opladen, S. 116 – 157
- Stichweh, R. (1996). Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In Combe, A. & Helsper, W. (Hrsg.). Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns (S. 49–69). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Strotzka, H. (1984) Ethik der Psychotherapie, in: I. Eisenbach-Stangl /W. Stangl. (Hrsg.) Grenzen der Behandlung, Westdeutscher Verlag, Opladen 1984,
- Student, J. C.; Mühlum, A.; Student, U. (2007) Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, München und Basel Reinhardt UTB
- Szasz, T. S., (1982) Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Fischer Verlag, Frankfurt 1982,
- Unger, Martina (2007), Salutogenese und Biographie, Dissertation an der Universität Witten-Herdecke
- Wernet, A.,(1997) Professioneller Habitus im Recht, Untersuchungen zur Professionalisierungsbedürftigkeit der Strafrechtspflege und zum Professionshabitus von Strafverteidigern., Berlin
- Wolff, St. (1995), Text und Schuld. Die Rhetorik psychiatrischer gerichtsgutachten, Berlin und New York 1995
- Stephan Wolff, Elisabeth Engelmeyer, Heinz Messmer und Hermann Müller (1997) Kompetente Skepsis (1996) , Konversationsanalytische Untersuchungen zur Glaubwürdigkeit als Handlung- und Darstellungsproblem im Strafverfahren, unveröffentlichter Abschlussbericht an die Volkswagenstiftung, Hildesheim.
- Wolff, St. ; Müller, H. (1997). Kompetente Skepsis. Konversationsanalytische Untersuchungen zur Glaubwürdigkeit in Strafverfahren. Opladen: Westdeutscher Verlag.