

Hochschule Merseburg

BA Soziale Arbeit

Sommersemester 2015

Bachelorarbeit

Erstbetreuer: Prof. Dr. phil. Jens Borchert

Zweitbetreuer: Dipl.- sozialpäd. Mario Kulisch

Thema:

„Erstkontakt mit der Psychiatrie-

Zwangsaufnahme in akutpsychiatrischen, staatlichen Krankenhäusern“

Vorgelegt von: **Karoline Leithold**

E-Mail- Adresse: karoline.leithold@gmx.de

Matrikel- Nummer: 19412

Datum: 17. August 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Erstkontakt mit der Akutpsychiatrie im Zwangskontext- eine qualitative Forschung	3
2.1 Vorüberlegungen	3
2.2 Untersuchungsmethodik	3
2.2.1 Qualitative Sozialforschung	5
2.2.2 Analyse der Interviews – Qualitative Inhaltsangabe	6
2.2.3 Kategorienbildung über die Qualitative Inhaltsanalyse	7
2.3 Untersuchungsergebnisse	8
2.3.1 Analyse der Interviews	8
2.3.2 Rollenverständnis	9
2.3.4 Rolle des Präpatienten	10
2.3.5 Erstkontakt mit der Psychiatrie- die Rolle als Inpatient	11
2.3.6 Bewältigungsstrategien für Krisen	14
2.4 Zusammenfassung	15
3. Psychiatrische Diagnosen im Kontext des Konstruktivismus	18
4. Alternativen zur klinischen Psychiatrie	19
4.1 Begriffsbestimmung Krise	20
4.2 Krisenintervention	21
4.3 Status Quo der Angebote zur Krisenintervention in Leipzig, deren Herausforderung ..	23
4.4 Perspektivwechsel: Anthropologische Psychiatrie	25
5. Fazit	27
Literaturverzeichnis	30
Anhang	33
Eigenständigkeitserklärung	52

1. Einleitung

Das menschliche Leben ist, von Beginn an, geprägt durch Krisen und bedrohliche Situationen. Der Verlust von nahestehenden Menschen durch Trennung, Scheidung oder das Lebensende fordern Menschen oft besonders. Ereignisse, die mit Abschied, Schmerz, Verletzung und Loslassen einhergehen, können für Menschen tiefe Krisen bedeuten oder aber auch Wachstum und Entwicklungschancen sein.

Der Begriff „crisis“ bedeutet Entscheidung, Urteil, Streit und Höhe- oder Wendepunkt. (Peters 2004)

Menschen haben, wie alle Lebewesen, eine natürliche Fähigkeit „Krisen“ zu bewältigen. Diese Strategien entwickeln sich aus der genetischen Disposition und einer Vielzahl selbstentwickelter Ressourcen.

Eine solche besondere Lebenskrise kann auch der Aufenthalt im Krankenhaus sein, insbesondere in einem psychiatrischen Krankenhaus, im sogenannten geschlossenen Bereich.

Jährlich sind in Deutschland etwa 200.000 Menschen von einer sogenannten Zwangseinweisung betroffen. (Joeres 2011) Sie werden gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Die Gründe dafür sind vielfältig, eigene Ohnmachtsgefühle, die Hilflosigkeit von Angehörigen, ärztliche Einschätzung und/oder durch rechtlichen Zwang.

In jedem Falle handelt es sich für die Betroffenen um einen tiefen Einschnitt in ihr bisheriges Leben.

Ich möchte mit der Methode eines leitfadengestützten Interviews den Erstkontakt mit einem staatlichen, akutpsychiatrischen Krankenhaus im Zwangskontext darstellen.

Während meiner Arbeit als Ergotherapeutin habe ich mit Menschen gearbeitet, die Erfahrungen mit Aufenthalten in psychiatrischen Krankenhäusern gemacht haben. Bei den Betroffenen als auch bei den Angehörigen konnte ich Parallelen bzw. Unterschiede in der Entstehung der Mitwirkungsbereitschaft feststellen. Diese ist maßgeblich durch die Wahrnehmung des Erstkontaktes mit der Psychiatrie geprägt. Erwartungen, Wünsche, Bedürfnisse und Enttäuschungen spielen in dieser Zeit eine große Rolle für die Betroffenen und ihre Familien. Im ersten Teil der Arbeit wird die individuelle und persönliche Erfahrung einer Betroffenen bearbeitet. Das entsprechende Interview bildet im Weiteren die Grundlage für eine Analyse und die Diskussion verschiedener

vorhandener und notwendiger Angebote der Krisenintervention für Menschen in der Region Leipzig. Eine sicher sehr nützliche quantitative Forschung diesbezüglich, würde den Rahmen einer Bachelorarbeit übersteigen.

Erweitert man den Kontext vom Individuum über Familie, Natur bis zur Gesellschaft, drängen sich weitere Themen in den Mittelpunkt. Besonders dann, wenn der Staat seinem Schutzauftrag nachkommt. Der Philosoph Immanuel Kant lehrte einst: „Die Freiheit des Einzelnen endet dort, wo die Freiheit des Anderen beginnt.“ Diese Grenzen sind durch Gesetze definiert und werden bei Überschreitung sanktioniert. Im Falle einer möglichen psychiatrischen Erkrankung können Menschen auch gegen ihren Willen in psychiatrische Krankenhäuser untergebracht, wenn Gefahr für ihre Leben oder das der anderen besteht. Wann jedoch ein Verhalten als Grenzüberschreitung gesehen wird, hängt stark von dem Kontext ab, in welchem es gezeigt wird. In dieser Arbeit wird auf die Wirklichkeitskonstruktionen von Menschen sowie den Konstruktivismus (Foerster und Glasersfeld 1992) genauer eingegangen und als eine Erklärungsgrundlage für psychiatrische Verhaltensauffälligkeiten herangezogen. Somit können auch normabweichende Verhaltensweisen im Krankenhaus besser verstehbar werden. Im „Deutschen Ärzteblatt“ wurde im Oktober 2003 von einer drastischen Zunahme der Zwangseinweisungen berichtet (Müller 2004). In diesem Zusammenhang möchte ich die psychosoziale Situation der Betroffenen und Angehörigen diskutieren. Auf dieses Thema wurde immer wieder die Aufmerksamkeit gelenkt, begonnen mit der „Psychiatrie- Enquete“ 1975. Ein geschichtlicher Einblick ist somit unabdingbar, wenn man sich mit diesem Thema beschäftigt, denn es ist stark kontextabhängig. Die Wechselwirkung zwischen der Psychiatrie als „totale Institution“, welche repressiv auf Betroffene wirkt und dem psychiatrischen Patient in seiner psychosozialen Situation beschrieb GOFFMANN im Jahr 1972. Welche Merkmale einer totalen Institution man heute noch in staatlichen Krankenhäusern findet, wird grob im Kapitel 2.4 angerissen. Diese Ausführungen können nicht als Grundlage für Reformen gesehen werden, jedoch kann es interessierte Fachkräfte für die Wichtigkeit der Beziehungswirkung des Erstkontaktes sensibilisieren und welchen Einfluss der Erstkontakt für den Verlauf des Prozesses des Betroffenen haben kann.

Da eine Zwangseinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus als letzte von vielen Genesungsmöglichkeiten gesehen wird, setzt sich der letzte Teil dieser Arbeit mit der Krisenintervention im ambulanten als auch stationären Bereich auseinandersetzen. Exemplarisch werde ich mich stets auf lokale Einrichtungen und Träger beziehen. Durch einen Einblick in die anthropologische Psychiatrie, werden neue Perspektiven und Denkrichtungen angeschnitten. Die intensiven Ausführungen und komplexen Zusammenhänge können sicher nur angedeutet werden und verlangen in einer weiteren Arbeit ihre Präzisierung. Zur Vereinfachung bei Generalisierungen wird die männliche Form der Anrede gewählt, gemeint ist stets auch die weibliche.

2. Erstkontakt mit der Akutpsychiatrie im Zwangskontext- eine qualitative Forschung

2.1 Vorüberlegungen

Bevor sich die Arbeit den wissenschaftlichen Untersuchungen anderer Forscher zuwendet, wird mithilfe eines Einzelfalls ein subjektiver Einblick in das Thema dargestellt. In diesem Zusammenhang wurde ein Interviewfragebogen entwickelt, um eine psychiatrieerfahrene Person zu ihrem Ersteindruck zu befragen (Ist- Zustand). Dieser umfasst alle Geschehnisse, vom eigenen Bewusstsein der problematischen Situation, dem aktiven Handeln seitens des Hilfsystems, bis zur Integration in den Krankenhausalltag (nach ca. 1- 3 Tagen). Gefragt wurde nach objektiven Handlungsabläufen, sowie nach subjektiven Wahrnehmungen der Betroffenen.

2.2 Untersuchungsmethodik

Bei dem Interview handelt es sich um ein leitfadengestütztes Interviews. Die Auswahl des Interviewpartners erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Die Bedingung war, einen Erstkontakt mit der Psychiatrie im Freistaat Sachsen im Zwangskontext erlebt zu haben. Die Grundlage für die folgende qualitative Einzelfallanalyse bildet ein Interview, welches in einer gemeindenahen, ambulanten psychiatrischen Einrichtung durchgeführt wurde. Die Interviewsituation fand im häuslichen Rahmen der Interviewten statt, damit eine vertrauensvolle Umgebung gewährleistet war. Dies kann eine Grundlage für das offene Sprechen über persönliche Erfahrungen sein. Die Basic- ID vor, während und nach dem Interview wurden hinzugefügt, um einen Eindruck von der emotionalen Belastung der Betroffenen zu bekommen. Da eine genaue emotionale Analyse der

emotionalen Belastung für den Interviewten den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde, wird vielmehr eine kurze Vorstellung der qualitativen Sozialforschung stattfinden. Auf dieser beruht die Auswertung der Daten – im Speziellen dient die Qualitative Inhaltsanalyse (QI) zur Auswertung der Transkription, welche von MAYRING, 1990 im Buch „Einführung in die qualitative Sozialforschung“ vorgestellt wurde. Die QI als Forschungsansatz kombiniert Planung, Durchführung und Auswertung einer Untersuchung, wobei die Konzentration in der vorliegenden Arbeit auf der Auswertung liegt. So umfasst das Forschungsprojekt all diese Schritte über Akquirierung des Interviewpartners, Konstruktion von Interviewleitfaden, Planung und Durchführung des Interviews und schließlich der Transkription und Auswertung, wobei sich für diese Bachelorarbeit nur auf die Auswertung konzentrieren wird. Die QI entspricht dabei auch weitgehend dem von MAYRING (Mayring 1996) vorgestellten Forschungsprozess in der Sozialforschung. Die Festlegung der Fragestellung (Untersuchungsgegenstand) führt zur Planung (Untersuchungsmethodik), welche die Datenanalyse und Interpretation über die Datenerhebung zugänglich macht. Die Publikation lässt wieder Rückschlüsse auf die ursprüngliche Fragestellung zu. Weiterhin fand die Datenauswertung soweit möglich in Analysegruppen statt, um dem Kriterium der Intersubjektivität aus der qualitativen Forschung gerecht zu werden, was unter anderem auch die QI unterstützt. Das Interview wurde ausgedruckt und über die Verfahren der QI ausgewertet. Es handelt sich um eine Einzelfallanalyse. Die Interviewpartnerin wurde lediglich mit der Bedingung den unfreiwilligen Erstkontakt mit der Psychiatrie im Freistaat Sachsen erlebt zu haben, ausgewählt. Die Arbeit orientiert sich am Einzelfall, sie dient der Exploration und soll nicht vorab aufgestellte Hypothesen prüfen. Es handelt sich hierbei um ein theoretisches Sampling welches sich am Kontext orientiert. So bilden induktive Verfahrensprinzipien der qualitativen Forschung das zentrale Orientierungskriterium, weshalb im Folgenden eine grobe Einführung in die qualitative Sozialforschung gegeben werden soll. Die Skalierungsfrage im Interview kommt aus dem systemischen Methodenkatalog und dient einer leichten Einschätzung der Befragten nach dem Status Quo. Würde man die Fragen im weiteren Verlauf wiederholen, könnte man Prozesse besser einschätzen. (Andri Girsberger, S. 9)

2.2.1 Qualitative Sozialforschung

Die qualitative Sozialforschung kann als entdeckende Forschung bezeichnet werden. Im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung bezieht sie sich auf geringe Datensätze bzw. kleine Fallzahlen und zielt auf die Generierung von Theorieaussagen anhand von empirischen Daten ab. Innerhalb der qualitativen Sozialforschung ist der einzelne Fall analytischer Bezugspunkt, die Person wird als Ganzes untersucht (Brüsemeister 2000). Qualitativer Forschung liegen keine vorab formulierten Theorien zugrunde. Ihr Ziel ist es, mit Hilfe generativer Fragen Themenfelder zu explorieren, um diese anschließend der quantitativen Forschung zugrunde zu legen (Brüsemeister, 2000, S. 27). Die Forschung erfordert Offenheit und Fingerspitzengefühl, da neue Entdeckungen aufgrund von Beobachtungen, Interviews oder Dokumenten gemacht werden und oft nur eine grobe Richtung angegeben ist. Im Vergleich zur quantitativen Forschung sind Ausgang bzw. Ergebnis der qualitativen Forschung nicht vorhersehbar und es können nur die nächsten Untersuchungsschritte auf der Basis von Zwischenhypothesen aufgestellt werden. Dies gilt besonders im Fall dieser Einzelfallanalyse, in der lediglich ein Interview ausgewertet wird. Die qualitative Forschung zeichnet sich durch das Prinzip der Offenheit aus und „es gilt die Daten sprechen zu lassen, sie möglichst unvoreingenommen, beginnend bei vorläufigen Klassifikationen bis hin zu reichhaltigeren Konzepten zu analysieren“. (Witzel, 1985, S. 228)

Ausgangspunkt qualitativer Sozialforschung ist, dem Untersuchungsgegenstand ein entsprechendes Wirklichkeitsverständnis zu Grunde zu legen und entsprechende Konsequenzen für den Forschungsprozess zu ziehen. Im vorliegenden Fall meint dies die soziale Konstruktion der Wirklichkeit anhand des transkribierten Texts, im Sinne der subjektiven Sichtweisen der Betroffenen. Die Bedeutung des Gesagten muss dafür interaktiv hergestellt werden. Genauer muss der definierte Forschungsgegenstand reflektiert werden. So geht es darum, den Sinn und die Bedeutung eines Textes oder Textabschnitts zu rekonstruieren. Dabei wird anhand des subjektiv gemeinten Sinns (des Interviewpartners) angestrebt, ein subjektives Relevanzsystem zu rekonstruieren (durch den Forscher). Hierbei wird die Perspektive des Gegenübers nachvollziehend fremdzuverstehen versucht, was über das Hintenanstellen eigener Wirklichkeitsvorstellungen geschieht. So können komplexe Zusammenhänge erfasst werden, und der Forscher wird sich konsequenterweise methodisch vom Text entfremden. (Flick et al. 2008, S. 20 ff.)

Die qualitative Sozialforschung bietet verschiedene Methoden der Datenerhebung und Interpretation. Auf erstere soll nicht weiter eingegangen werden, da im Rahmen dieser Bachelorarbeit die Erhebung der Daten eine untergeordnete Rolle spielen. Es handelt sich im vorliegenden Fall um ein qualitatives, leitfadengestütztes Experteninterview. (Flick, et al. 2007, S. 214 ff) Als Mittel zur Umsetzung der geforderten Kriterien der qualitativen Sozialforschung und aufgrund des Interviewcharakters und des daraus resultierenden Transkripts, wurde die QI als primäres Analyseinstrument gewählt, da auch anhand ihrer Grundlage die Daten erhoben wurden. Die QI als einziges, eigenständiges und abgrenzbares Analyseinstrument zu sehen, wäre allerdings unpassend und würde nicht dem qualitativen Charakter entsprechen. Um tiefer liegende Strukturen eines Textes aufzubrechen, bedarf es beispielsweise der texthermeneutischen Analyse¹. Die QI ist dabei sicherlich im Vordergrund zu sehen, da es darum geht, soziale Prozesse und Situationen zu beschreiben und den Text in Kategorien aufzubrechen. Allerdings ist eine qualitativ entsprechend in die Tiefe gehende Analyse nur dann möglich, wenn Analyseverfahren kombiniert werden. So kann man im Rahmen der Auswertung von einer Methoden-Kombination sprechen, die der Leser im Blick haben sollte. (Jensen, 2008, S. 257 ff.)

2.2.2 Analyse der Interviews – Qualitative Inhaltsangabe

Die Analyse des durchgeführten Interviews orientiert sich an der qualitativen Inhaltsangabe² (QIA). MAYRING erklärt den Grundgedanken dieser, als eine systematische Analyse von sprachlichen Material und/ oder Texten. Die Vorgehensweise beschreibt er folgendermaßen: „[Die QIA analysiert,] indem sie das Material zergliedert und schrittweise bearbeitet; indem sie im theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystem die Analyseaspekte vorher festlegt.“ (Mayring et al. 1996, S. 91)

Ausgangspunkt der QIA bilden Leitideen oder Konzepte, die durch Ausarbeitung eines Vorverständnisses und Ausarbeitung von Vorurteilen gegenüber dem Gegenstandsbereich gekennzeichnet sind. Das Kernstück der QIA liegt in der leitfragenorientierten, systematischen Auswertung des Interviews. Die Datenerhebung und – die Auswertung am Text werden dabei nicht getrennt. Die Untersuchung

¹ Die texthermeneutische Analyseverfahren ermöglicht über die Beachtung von Aufmerksamkeitsebenen (Interaktion, Semantik, Syntax, Erzählfiguren) ein besseres Textverständnis und spielt bei der Deutung von Texten eine große Rolle (Kruse, 2009, S. 145-163).

² Die QIA innerhalb einer Bachelorarbeit ausreichend darzustellen würde den gesetzten Rahmen sprengen. Eine gute Zusammenfassung zum groben Verständnis bietet MAYRING (1996).

ermöglicht das Generieren von Hypothesen, die zunächst nicht formuliert werden, sondern erst anhand des Interviews gebildet werden. So werden alle relevanten Aspekte erfasst und Konzepte gebildet. Weiterhin ist für die QIA der Prozesscharakter unabdinglich, wo beispielsweise die persönliche Situation des Interviewpartners zu beachten ist. (Mayring et al. 1996, S. 92 f.)

Der zentrale Interpretationsvorgang geschieht über inhaltsanalytische Zusammenfassung. Zunächst werden Kategorien gebildet bzw. überprüft. Im Laufe der Auswertung werden diese immer zahlreicher, abstrakter und differenzieren sich zu Subkategorien. Das Interview wird zeilenweise durchgegangen, um abschließend die Subkategorien im Zusammenhang interpretiert zu werden. (Mayring et al. 1996, S. 93)

2.2.3 Kategorienbildung über die Qualitative Inhaltsanalyse

„How categories are defined [...] is an art. Little is written about it“³ (Krippendorff et al. 1980, S. 76). Dieses Zitat macht deutlich, dass es schwer zu erklären ist, woher die gebildeten Kategorien überhaupt kommen und dass es eine individuelle Kunst ist, diese zu definieren.

Es wird in eine induktive und deduktive Kategorienanwendung unterschieden. Die induktive Klassifizierung entwickelt nahe am Material und aus dem Material heraus die Auswertungsaspekte. Die hierbei entwickelten Einordnungen werden immer wieder in einer „Rückkopplungsschleife“ (Mayring, 2000, S. 4) auf ihren Realitätsbezug überprüft und überarbeitet. Des Weiteren können diese im Anschluss auch zu Überkategorien zusammengefasst werden. Im Gegensatz dazu trägt man bei der deduktiven Klassifizierung „zuvor festgelegte, theoretisch begründete Auswertungsaspekte an das Material“ (Mayring 2000) heran. Ausgangspunkt dieser Kategorienanwendung ist die genaue Definition der vorgegebenen Einordnungen und eine präzise Festlegung von inhaltsanalytischen Regeln für die Zuordnung zu bestimmten Textstellen. (Mayring, 2000, S. 5) Die Kategorienbildung richtete sich in der Auswertungsphase weitgehend nach der induktiven Anwendung. MAYRING (2008) beschreibt dabei die rekonstruktive Haltung des Forschers, der Offenheit für das Forschungsthema mitbringen muss, sich nicht an Vorurteilen oder bereits vorgefertigten Meinungen bedienen darf und sich am Text orientieren soll. Weiterhin muss er eine Sensibilität für Sprache (Satzbau, Sprachbilder etc.) mitbringen (entspricht der texthermeneutischen Analyse). Die Kategorisierung funktioniert über eine Aufbrechung des Datenmaterials hin zur Bildung von Zusammenhängen und Motiven sowie der Zusammenfassung von

³ Wie Kategorien definiert werden ist eine Kunst. Wenig ist darüber geschrieben. (aus dem englischen)

Kernkategorien und zentralen Deutungsmustern. Dabei werden die induktiven Erkenntnisse am Text belegt und mit Konzepten verglichen, wobei bei einem solchen Vergleich die Aussagekraft und Reichweite der Ergebnisse eingeschränkt ist.

2.3 Untersuchungsergebnisse

Die QI liefert ein gutes Analyseverfahren, um die Texte aufzubrechen, auszuwerten und zu kategorisieren. Ziel dieser Untersuchung ist, eine Darstellung des Erstkontaktes im Zwangskontext mit einem staatlichen, akutpsychiatrischen Krankenhaus. Desweiteren soll die Untersuchung den Kriterien der qualitativen Sozialforschung gerecht werden. Die Fragestellungen aus der Einleitung sollen dabei zur Orientierung dienen und als Kernelemente innerhalb der Auswertung im Blick behalten werden. Es soll gezeigt werden, wie ein menschliches Lebewesen in einer Krise den Erstkontakt mit der Psychiatrie im Zwangskontext erlebt.

Dabei wurde versucht, die jeweiligen Kategorien möglichst mit prägnanten Textstellen zu beschreiben und nahe am Originaltext darzulegen, so dass der Leser den Kategorisierungsvorgang einigermaßen nachvollziehen kann, was bei einem solchen komplexen Analyseverfahren denkbar schwierig ist.

Die Auswertung erfordert eine Anonymisierung der Protagonisten. Deshalb wird die Betroffene mit M. benannt.

2.3.1 Analyse der Interviews

Die Analyse des Interviews hat verschiedene Kernkategorien zum Vorschein gebracht. Zunächst das Rollenverständnis, dieses findet ihre Unterkategorien in der Rolle als Präpatient⁴. Erstkontakt mit der Psychiatrie- die Rolle des Inpatient⁵ umfasst der zweite Teil. Präzisierend: Wahrnehmung der Situation, Wahrnehmung des Personals, Wahrnehmung der Patienten und die Wahrnehmung Ortes. Es folgen krankenhauserne Anforderungen und krankenhausexterne unter dem Oberbegriff Bewältigungsstrategien für Krisen.

Die Begriffe des Präpatienten, Inpatienten und Expatienten⁶ haben ihren Ursprung in der Medizinsoziologie.

⁴ Der Präpatient bezeichnet eine Person, die deviantes Verhalten zeigt, dieses als „psychisch krank“ bewertet wird und ein Veränderungswunsch (psychiatrische Behandlung) notwendig wird. (Ridder 1974, S. 19)

⁵ Der Inpatient bezeichnet eine Person, die eine psychiatrische Behandlung im Krankenhaus unternimmt. (Ridder 1974, S. 19)

⁶ Expatient bezeichnet die Rolle einer Person, die das Krankenhaus verlassen hat (Ridder 1974, S. 19)

Es wurde versucht, viele direkte Zitate der Interviewten zu übernehmen, um den Prozesscharakter nachvollziehbar zu machen.

Die Bildung der Auswertungskategorien lassen auf die jeweilige übergeordnete Oberbegriffe schließen. Weiterhin wird durch eine derartige Vorgehensweise den Voraussetzungen der qualitativen Forschung im Hinblick auf die Kategorienbildung Rechnung getragen.

In der Auswertung werden einige Textstellen unter verschiedenen Kategorien aufgeführt. Das erscheint nützlich, um zu verdeutlichen, wie viele Informationen sich aus einer einzigen Textstelle über einen gesamten Sachverhalt gewinnen lassen. Außerdem fällt eine genaue Differenzierung in eine einzige Kategorie oft schwer. Diese Kategorisierung versucht einen Prozess bzw. eine gewisse Situation zu verdeutlichen. Dabei ist es einschlägig, dass gewisse Sachverhalte oder Informationen nicht getrennt voneinander betrachtet werden können. Dennoch ist eine solche Abstrahierung notwendig, um Texte aufzubrechen und ihnen die gewünschte Information zu entnehmen.

So soll die Wahrnehmung des Erstkontakts mit der Psychiatrie im Zwangskontext in einem staatlichen, akupsykiatrischen Krankenhaus beschrieben werden, die über die Interviewanalyse evident wird. Sicherlich muss diese auch im Zusammenhang zur Psychiatrie als „totale Institution“ (Goffmann, 1981) betrachtet werden und soll auch einen Bezug zum Konstruktivismus nach FOERSTER (1992) erhalten. Die Aufarbeitung der zu Grunde liegenden Fragestellung (Wie sieht der Erstkontakt mit einem akupsykiatrischen, staatlichen Krankenhaus im Zwangskontext für den Betroffenen aus?), sowie eine abschließende Zusammenfassung werden am Ende der Auswertung thematisiert.

Die Zeilenangaben beziehen sich auf die Transkription im Anhang 3.

2.3.2 Rollenverständnis

Den Begriff Rollenverständnis einzugrenzen, ist aufgrund der vielen verschiedenen, individuellen Interpretationsmöglichkeiten und Definitionsmöglichkeiten schwierig. Im Folgenden werden unter dem Begriff all jene Rollennormen dargestellt, die der Interviewten aus verschiedenen Positionen (Angehörige, Polizei, eigene) zugetragen wurden.

2.3.4 Rolle des Präpatienten

Um die Vielfalt der Interessengruppen besser abgrenzen zu können, wurden weitere Subkategorien gebildet. Diese sollen die Sichtweise der Angehörigen, der Polizei und eigene darstellen. Da dieses Interview nur mit M., der Betroffenen geführt wurde, sind die Angaben mit dem Wissen der Subjektivität zu betrachten.

Perspektive der Angehörigen

Aus dem Interview mit M. konnten diverse Sichtweisen der Angehörigen entnommen werden. Eine zentrale Bedeutung während der Phase als Präpatient nahmen Schwager und Schwester ein. „Das waren die, denen ich am meisten vertraut habe [...]. Immer wenn mir was spanisch vorkam, habe ich die angerufen.“ (Z. 99- 101) Kurz vor dem entscheidenden Moment der Ersteinweisung durch die Polizei (Z. 122) gab es ein Telefonat mit dem Schwager. M. fragte: „Soll ich [...] jetzt zur Polizei gehen?“ (Z. 122). Er meinte, sie solle gehen, da scheint etwas nicht zu stimmen (Z. 123). Daraufhin ist M. zur Polizei gegangen. Ob der Schwager bzw. die Schwester den Anlass tatsächlich als gefährlich eingeschätzt haben, kann aus dem Interview nicht abgeleitet werden. Der Schritt zur Polizei ist in der Retrospektive als Auslöser für die Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus zu deuten.

Eine weitere Funktion nahmen Schwester und Schwager auch in der Organisation ein, so z.B. das Abholen des Autos von der Polizeiwache (Z. 151 f.). M.'s Tochter I. half ebenfalls⁷ (Z. 152).

Als M. in J. war, lebte sie alleine und war arbeitslos (Z. 57 f.). Da ist sie „immer mehr in ein tiefes Loch gefallen“ (Z. 58), ihre Kinder „haben dann auf [sie] eingeredet [sie] sollte nach H. zurückkommen“ (Z. 60 f.)

Zum damaligen sozialen Umfeld zählte auch eine Freundin, „die [M.] immer wieder aufgerichtet hat“ (Z. 58). Als dann aus besonderen, privaten Umständen nicht mehr „so die Zeit und Muße [da war], dass sie sich [ihre] Probleme auch noch aufhalsen wollte“ (Z. 64) ging M. zurück zu ihren Kindern nach H. Im weiteren Verlauf hat M. „wirklich allen und jedem misstraut. Bis zu [ihrer] besten Freundin.“ (Z. 79 f.)

⁷ Auch in der Rolle als Inpatient ist diese Funktion erhalten geblieben (Z. 328 f.)

Perspektive des Hilfsystems

Das Hilfsystem stellte zwar in den Ausführungen von M. eine untergeordnete Rolle dar, ist jedoch für das Entwickeln von Alternativstrategien zum Krankenhaus sehr wichtig.

M. erwähnte die Psychologen, die jedoch keine Zeit für sie hatten (Z. 353) und direkt an stationäre Einrichtungen verwiesen (Z. 364 f.). „[S]ie müsse[] erstmal ein Stückchen runter kommen, bevor überhaupt [ge]h[o]lfen [werden] kann.“ (Z. 365)

Eine anderer Psychologe „hat gesagt, Therapie geht nur mit Medikamenten“ (Z. 365).

„[W]enn sie Medikamente ablehnen, kann nicht [geholfen werden].“ (Z. 366)

Für M. „war es nicht akzeptabel, um ruhiger zu werden“ (Z. 373) Medikamente einzunehmen. Sie „wollte [...] bewusst heraus bekommen, was ist und das auch bewusst erleben.“ (Z. 373 f.)

Als ausschlaggebenden Moment für die Einweisung war der Kontakt mit der Polizei. M. schilderte die Ereignisse und bat um Hilfe (Z. 148). Die obligatorische Prüfung der Personenangaben (Z. 126 f.) zeigt, dass M. in J. gar nicht gemeldet war. Dies verunsicherte M. und machte sie immer verrückter (Z. 131). „[J]etzt sieht das so aus, als wolltest du irgendwas verbergen.“ (Z. 132)

Auf der Polizeiwache „haben die mich natürlich behandelt, wie jemanden der nicht ganz dicht ist“ (Z. 134 f.), berichtet M. Sie war verunsichert und die Situation beängstigte die Interviewte, dass sie daraufhin ihren Anwalt einschalten wollte (Z. 138). Wegen des Wochenendes verschob er das Gespräch auf Montag und empfiehlt M. mit der Polizei zu kooperieren (Z. 142). Im Weiteren schlug die Polizei eine Einweisung ins akupsyhiatrische Krankenhaus vor, mit der Intension, dass dort jemand zum Reden wäre und sie erst mal Hilfe bekommt (Z.145 f.). M. lehnte diesen Vorschlag ab, weil sie nicht verrückt sei, stattdessen Hilfe von der Polizei bräuchte (Z. 148). Wiederholt schlug die Polizei eine Einweisung vor, mit der Androhung von unmittelbarem Zwang (Z. 149). „Und dann ging es schnell“ (Z. 150).

2.3.5 Erstkontakt mit der Psychiatrie- die Rolle als Inpatient

Der Präpatient wird mit der Einweisung ins Krankenhaus zum Inpatient. Bei den Leitfragen im Interview wurde der Fokus auf den Transport, die Aufnahme-prozedur und die ersten 24 Stunden gelegt. Die Subkategorien sollen die Wahrnehmung des Personals, der Mitpatienten und des Ortes an sich darstellen.

Nach 3 Tagen wechselte M. das Krankenhaus. Die Auswertung der Antworten zentriert den Aufenthalt in der ersten Psychiatrie (den Erstkontakt).

Allgemein sagte M, über ihre Erfahrung im Krankenhaus: „Das Geschehen da im Krankenhaus war mir schon klar, dass das kein Zuckerschlecken ist, aber das es dann halt so krass manchmal war. Das hätte ich nicht so eingeschätzt.“ (Z. 298 ff.)

Wahrnehmung des Personals

Den Transport ins Krankenhaus beschreibt M. nicht sonderlich ausführlich. Während des Transports gab es keine freiheitsentziehenden Maßnahmen (Z. 160).

Vom Krankenhaus erwartete M., „dass [ihr] jemand zuhört [...] [und sie] endlich mal [ihr] Herz ausschütten kann.“ (Z. 164 f.) Dieser Erwartung konnte das Personal leider nicht gerecht werden (Z. 166). Nach dem Berichten ihrer Auffassung für den Grund der Einweisung (Z. 174) in einer „Ärztterunde“ (Z. 170), „ging es direkt um die Maßgabe der Medikamente[]“ (Z. 174 f.). M. lehnte dies kategorisch ab (Z. 250 f.) und verwies auf den Rat ihrer Hausärztin. M. empörte sich über dieses Vorgehen, ersichtlich wurde dies durch eine erhöhte Lautstärke während des Interviews.

In Bezug auf das Pflegepersonal sagte M.: „behandelt wurde ich genauso, wie jeden Bekloppten den sie da angebunden auf ner Trage reingefahren haben.“ (Z. 211 f.) „ich hatte weder Rechte noch konnte ich irgendwelche Forderungen stellen. [...] Ich musste mich einfach fügen. Und das war schwer in dem Moment.“ (Z. 212 f.) „[...] [D]ie Schwestern waren freundlich und nett, solange wie du freundlich und nett warst und nichts wolltest“ (Z. 239). Wenn die Schwestern M. auf das Telefon warten lassen haben, hat es sie sehr wütend gemacht (Z. 442).

Die Unwissenheit darüber, was im weiteren Verlauf passiert, verunsicherte die Interviewte zusätzlich (Z. 249).

Wahrnehmung der Mitpatienten

„Also das waren Erfahrungen die haben mich immer irrer gemacht“ (Z. 188), sagte M. in Bezug auf das Vier- Bett- Zimmer, in welchem sie vorerst untergebracht wurde. Ihre Mitpatienten wertete sie zu Beginn ihrer Zeit im Krankenhaus eher ab (Z. 186, 192, 197, 221, 246), hat sich verschlossen (Z. 232, 234, 283, 307) und abgegrenzt (Z. 285 f., 245 f.).

Das Miterleben devianter Verhaltensweisen von Mitpatienten „haben [M.] immer irrer gemacht“ (Z. 188).

Im weiteren Verlauf des Interviews beschreibt sie jedoch einen Wechsel der Beziehung zu anderen Patienten. GOFFMANN beschreibt dieses Phänomen als Fraternisierung⁸. Von einer eher abwertenden, distanzierten Beziehung hin zu einer mitfühlenden, verbündeten. Die Interviewte beschreibt, wie sie anderen hilft in dem sie zuhört (Z. 306 f., 319) und Ratschläge gibt (Z.315 f.). Sie hat damit eine Aufwertung ihrer selbst erlebt (Z. 319).

Nach der Verlegung in ein anderes Krankenhaus „[waren] die Fälle eben auch nicht so schlimm“ (Z. 331), es waren „nicht solche akuten Fälle“ (Z. 332). Ihre neue Mitbewohnerin beschreibt M. sehr positiv (Z. 333). Die häufige Teilnahme an Beschäftigungsangeboten (Z. 334 f.) zeigt eine bewusste Bereitschaft zur Interaktion mit anderen Patienten.

Wahrnehmung des Orts

Bei einer Skalierungsfrage nach der ersten emotionalen Wahrnehmung des Krankenhauses, gab M. folgende Antworten:

Unsicher	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	sicher
Wütend/energisch	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	erschöpft
Mutig	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	ängstlich

Das Gebäude „war nichts Besonderes [...], [d]as war eben wie ein Krankenhaus.“ (Z. 208 f.). Das Vier- Bett- Zimmer, „wo tatsächlich Bekloppte drinnen l[a]gen“ (Z. 186) war zu Beginn für die Betroffene schwer auszuhalten (Z. 187). Ebenso die Erfahrung auf einer geschlossenen Station zu sein und die ersten zwei Tage diese auch nicht verlassen zu dürfen (Z. 189, 210, 248).

Während der Beschäftigungsmöglichkeiten wie Lesen und Rauchen kamen M. viele Objekte „ganz komisch“ (Z. 197) vor. Die Zigarettenanzünder als Videoüberwachungskamera, (Z. 195), die Bücher mit geheimen Nachrichten (Z. 199) und all die Menschen die „einem nur schaden wollen“ (Z. 202).

Ansonsten hatte „man ja keine großen Möglichkeiten [...] mehr war da ja nicht“ (Z. 289).

⁸ "...wenn Menschen ohne soziale Bindung einander sich plötzlich gegenseitig Hilfe leisten und eine Gegenkultur gegen das System entwickeln, ..." (Goffman 1981, S. 61)

2.3.6 Bewältigungsstrategien für Krisen

Um einen ressourcenorientierten Blick zu wahren, wurde im letzten Teil des Interviews Krisenbewältigungsstrategien (KBS) erfragt. Die dazugehörigen Subkategorien organisieren diese in krankenhauserne KBS und krankenhausexterne KBS.

Krankenhausinterne KBS

Am Anfang ihrer Krankenhauserfahrung waren die Beschäftigungsmöglichkeiten für M. zu wenig (Z. 290). Sie nutzte den Raucherraum, den Leseraum und die Möglichkeit Tischtennis zu spielen (Z. 194, 282, 288). Anderen zu zuhören (306 f.) und Ratschläge zu geben (Z. 321) half ihr, ihr eigenes Ich aufzuwerten (Z. 319). Medikamente als Krisenbewältigungsstrategie kamen für M. unter den im Krankenhaus vorherrschenden Bedingungen nicht in Frage (Z. 176 f., 251). „[Sie] wollte es bewusst heraus bekommen was ist und das auch bewusst erleben“ (Z. 373 f.). M. lehnte Psychopharmaka nicht gänzlich ab, sondern forderte vorab eine vertrauensvolle Grundlage zu einem Arzt (Z. 378 f.).

Nach der Verlegung in ein anderes Krankenhaus und auf eine teilweise offene Station hat die Interviewte viel mehr Beschäftigungsangebote wahrnehmen können (Z. 334 f.) und empfand diese als wohltuend (Z. 341). Auch nach ihrer Entlassung nahm sie weiterhin an ambulanten Angeboten der Einrichtung teil (Z. 392).

Die Gespräche im Rahmen einer ambulanten Nachsorge, wurden ebenfalls als hilfreich erwähnt (Z. 392).

Krankenhausexterne KBS

M. hat bereits vor ihrer Einweisung ins Krankenhaus einige Strategien zur Krisenbewältigung angewandt. Die häufigen Wohnortwechsel (Z. 47, 51, 65), damit einhergehender Wechsel des sozialen Umfeldes, berufliche Neuorientierung (Z. 48, 54, 70) waren auffällig.

Auch nach der ihrem Aufenthalt im Krankenhaus war es M. wichtig einer Beschäftigung nach zugehen. „[Sie] wollte alten Menschen helfen“ (Z. 394).

Gespräche mit Freunden und Angehörigen benennt M. als Erstes bei der Frage nach krankenhausexternen KBS (Z. 398). Sie spricht von „Glück“ (Z. 353), wenn sie in der Krise einen vertrauensvollen Psychologen gefunden hätte, der ihr auch kurzfristige Gesprächstermine angeboten hätte (Z. 354). Aus dieser Aussage kann man den Wunsch

nach mehr ambulanten, spontanen Gesprächsmöglichkeiten ableiten oder ggf. vorhandene besser zugänglich zu machen.

Ein weiterer Punkt ist Sport. Expliziter benennt M. das Praktizieren von Yoga, da sieht sie auch den Ursprung des Mutes zur Trennung von ihrem damaligen Ehemann (Z. 409). Die Übungen haben ihr sehr geholfen (Z. 414), jedoch konnte sie die Philosophie und den dahinterstehenden Glauben nicht annehmen (Z. 418).

Nach wie vor bewertet sie die sportliche Komponente in ihrem Leben als wichtig (Z. 420), jedoch ist sie aktuell nach der Arbeit zu erschöpft, um regelmäßig Sport zu treiben (Z. 421).

2.4 Zusammenfassung

Der Erstkontakt mit einem akutenpsychiatrischen, staatlichen Krankenhaus im Rahmen einer Zwangsunterbringung ist ein sehr entscheidender Moment für die weitere Krisenbewältigung des Patienten. Die im Interview befragte Person, wurde aufgrund von psychisch auffälligen Verhaltensweisen zu einem stationären Aufenthalt gezwungen. Die Einschätzung dessen fand vorab durch die Polizei statt. Nach BÖHME kennzeichnet eine Krise keine Krankheit eines Organs, sondern vielmehr ein Leiden des gesamten Organismus. Sie geht mit einer schnellen Verschlechterung des Gemütszustandes einher und benötigt somit eine schnelle Intervention. (Haase 1988, S. 293 f.) Die Einweisung in eine akutenpsychiatrische Station im Krankenhaus kann sich der Angemessenheitsfrage stellen.

Zusammenfassend nahmen die Angehörigen in der Phase Präpatient verschiedene Funktionen ein, als Realitätsabgleich, als Ratschlaggeber, bei der Unterstützung in organisatorischen Angelegenheiten und beim Zuhören. Letzteres spielt auch im weiteren Verlauf des Interviews eine zentrale Rolle. M. betont öfter, dass sie dies während der gesamten Zeit gebraucht hat, auch von „Professionellen“ wie Psychologen.

Es fällt auf, dass M. eine Reihe von Hilfsangeboten aufgesucht hat, jedoch keine adäquate (ihren Erwartungen entsprechend) gefunden hat. Der Weg ins Krankenhaus gehörte jedenfalls nicht dazu. Durch eine vielfältige Interessenkorrelation (Patient, Angehörige, Staat) entsteht das Dilemma der Zwangseinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus.

Diese findet ihre Gesetzesgrundlage im "psychisch Kranken Gesetz" (PsychKG). In diesem werden freiheitsentziehende Maßnahmen legitimiert, wenn angenommen wird, dass eine "Selbst- der Fremdgefährdung aufgrund einer psychischen Erkrankung"

vorliegt. Es muss festgestellt werden, dass dieses Kriterium ohne Straftatbestand vorliegt. (Halmi 2008, S. 68)

Eine psychische Erkrankung ist die Störung des Erlebens und Verhaltens eines Individuums. „Zur Beschreibung eines klinischen Bildes können mehrere Diagnosen vergeben werden, wobei eine Hauptdiagnose und weitere Neben- bzw. Zusatzdiagnosen festzulegen sind.“ (Davison et al. 1979, S. 66) Die Anforderungen für eine Zwangsunterbringung ist im §104 GG festgehalten. Die Spezifik der Auslegung ist länderabhängig. „Geregelt werden die Hilfen (Prävention, Nachsorge), die Maßnahmen vor der Unterbringung, sowie Richtlinien zur Unterbringung und die Aufstellung einer Besuchskommission.“ (Dörner et al. 2002)

Beim Betroffenen werden tiefe Eingriffe in die Grundrechte vorgenommen.

Im Art. 2 des Grundgesetzes versichert die Bundesrepublik Deutschland die "körperliche Unversehrtheit und die Freiheit der Person" (Abs. 2) und das Recht auf "die freie Entfaltung der Persönlichkeit" (Abs. 1). Diese werden durch eine Zwangsmaßnahme stark eingeschränkt. Durch die Abgabe der Vormundschaft (Betreuungsgesetze §§1896 bis 1907) an einen rechtlichen Betreuer werden dem Betroffenen weitere Gesetzesgrundlagen entzogen. (Halmi 2008, S. 67). Dies wirkt mit einem nicht vorhandenen Krankheitsbewusstsein sehr beängstigend auf Betroffene (Z. 133ff). „Die moralischen Aspekte dieser Karriere beginnen also typischerweise mit der Erfahrung des Verlassenseins, des Treuebruchs und der Verbitterung.“ (Goffman 1981, S. 133)

Die dritte Interessengruppe sind die Angehörigen (Z. 118, 152, 241). Sie befinden sich ebenso in einem krisenähnlichen Zustand, obwohl diese nicht unmittelbar betroffen sind (haben keine Symptome). Bereits während der Akutsituation des Betroffenen sind sie gesellschaftlichen Stigmata ausgesetzt.

Es kann zu massiven Beziehungsirritationen zu dem "kranken" Angehörigen kommen, welche Konflikte mit sich bringen. (Fikentscher 1988, S. 20–21)

Diejenigen Vertrauten, die die Zwangseinweisung unterstützen, erhalten meist eine indirekte Schuld aus Sicht der Betroffenen. Ein Loyalitätsbruch zwischen Angehörigen (Vertrauten) und Betroffenen (Patient) kann damit einhergehen. Später kann es zu einer reziproken Situation kommen, indem die Schuld im Hilffsystem (behandelnde Ärzte, richterliche Beschlüsse) gesucht wird. Dann kann die Beziehung zwischen Betroffenen und Angehörigen zu einer Ressource werden. (Goffmann 1981, S. 142–143)

Während des Erstkontakts mit dem akupsykiatrischen, staatlichen Krankenhaus (in der Rolle als Inpatient) konnte das Personal den Wünschen und Bedürfnissen der Interviewten nicht gerecht werden. Teilweise echauffierte sie sich sogar über die konsequente Gleichbehandlung der Patienten durch das Personal. Die schnelle Medikamentengabe durch Ärzte kritisierte sie.

Die Beziehung zu den Mitpatienten hat die Betroffene sehr wechselhaft beschrieben. Eine Begründung für die positive Beziehungsentwicklung kann die Fraternisierung⁹ nach GOFFMANN liefern.

Die räumlichen Gegebenheiten des akupsykiatrischen Krankenhauses lösten Gefühle wie Unsicherheit, Wut und Angst aus. Beschäftigungsmöglichkeiten waren rar und der räumliche Abstand zu anderen Patienten war zu gering. Deviante¹⁰ Verhaltensweisen konnten somit sehr eindringlich wahrgenommen werden. Besonders beeindruckend für die Interviewte waren selbstverletzendes und wahnhaftes Verhalten bei Mitpatienten. Die Definition von abweichenden Verhalten, hängt stark von dem Kontext ab, indem es gezeigt wird ab. Zusätzlich wirkte die strenge Tagesstruktur im Krankenhaus ängstigend und einschränkend auf die Betroffene.

Die zentrale Antwort auf der Suche nach Bewältigungsstrategien für Krisen waren Gespräche. Ein vertrauensvoller Zuhörer, der die betroffene Person erst nimmt, und auch sehr kurzfristig gesprächsbereit ist. Diese können in verschiedenen Kontexten angeboten werden: regelmäßige Gespräche bei Psychologen, Therapeuten außerhalb, sowie innerhalb der Klinik; ebenso wie Selbsthilfegruppen. Die Beschäftigungsangebote sowohl während des Aufenthaltes als auch danach wurden als förderlich zur Überwindung der Krise gesehen. Spezifischer wurden sportliche Angebote benannt, wie Yoga, Volleyball und Tischtennis. Kompatibel ist dies zum bewussten Erleben der Situation und sicherlich auch, um sich selbst und seinen Körper besser zu spüren.

Die medikamentöse Behandlung hat eine zentrale Rolle in der Krisenbewältigungsstrategie gespielt. Die Vorgehensweise wie diese an die Patientin herangetragen wurde, erschien problematisch. Wenn der Wunsch nach einem bewussten Erleben der Situation besteht, wird durch die Gabe von Psychopharmaka eine Diskrepanz deutlich. Wie diese abgebaut werden kann, um dennoch den Interessen von

⁹ „...wenn Menschen ohne soziale Bindung einander sich plötzlich gegenseitig Hilfe leisten und eine Gegenkultur gegen das System entwickeln, ...“ Goffmann 1981, S.61

¹⁰ Deviant (frz. abweichend, nicht der gesellschaftlichen Norm entsprechend)

Ärzten und Patienten zu entsprechen, wäre Thema für eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung.

Um eine Aufwertung seines Selbst zu erfahren, ist die Unterstützung anderer Betroffener eine mögliche Strategie.

3. Psychiatrische Diagnosen im Kontext des Konstruktivismus

Der Konstruktivismus geht davon aus, dass Menschen sich ihre Wirklichkeiten subjektiv erschaffen. Je nach (Gedanken-) Konstrukt entsteht eine Realität in der Farbe des Gedankenguts des Individuums. Realitäten entstehen in einem demokratischen Prinzip. Je mehr Menschen unser subjektives Erleben bestätigen bzw. vorgeben es zu teilen, desto mehr gewinnt es an Wirklichkeit. Es scheint einen Kompromiss der Realität zu geben.

Erwirbt der Betroffene den Patientenstatus oder er wird er zugeschrieben?

Wenn es dem Individuum gelangt seine Wahrnehmungen zu verketteten und als schlüssig zu erleben, so „[...] erwächst die Konstruktion, einer kohärenten Wirklichkeit“ und damit die Identifizierung mit sich selbst. (Foerster und Glasersfeld 1992, S. 32 f.)

Besonders dieser Vorgang stellt für den therapeutischen Prozess eine besondere Herausforderung dar. Wenn der Betroffenen ein „wahnhaftes Gedankenkonstrukt“ geschaffen hat, sich mit seiner (pathologischen), „kohärenten Wirklichkeit“ identifiziert hat, ist eine der ersten therapeutischen Aufträge den Betroffenen zu veranlassen, dieses in Frage zu stellen. Der Wahn stellt einen Selbstheilungsversuch und Lösung für ein dahinterliegendes Problem dar, deshalb ist es wichtig diesen zu würdigen, um ihn nachgehend zu integrieren und zu verabschieden. Nur was gewürdigt wird, kann versöhnlich verabschiedet werden.

Betrachtet man deviantes Verhalten im Kontext des Konstruktivismus, so ist dies ebenfalls ein Kompromiss der individuellen Perspektiven. Zeigen Menschen in bestimmten Kontexten, bestimmte Verhaltensweisen, werden sie anders bewertet als in anderen Situationen. Die subjektive Realität wird hauptsächlich durch zwei Faktoren bestätigt: Im kommunikativen Austausch mit anderen und der eigenen Interpretation des Handelns eines Anderen. (Foerster und Glasersfeld 1992, S. 36)

Die Interpretation der psychiatrisch auffälligen Verhaltensweisen ist Teil der subjektiven Wahrnehmung der Individuen. „[U]nsere Sinnesorgane ‚melden‘ uns stets nur mehr oder weniger hartes Anstoßen an ein Hindernis, vermittelt uns aber niemals Merkmale oder Eigenschaften dessen, woran sie stoßen. Diese Eigenschaften stammen

ganz und gar aus der Art und Weise, wie wir die Sinnessignale interpretieren.“ (Foerster und Glasersfeld 1992, S. 21) Um eine möglichst objektive Perspektive in der Behandlung von Betroffenen einnehmen zu können, gibt es verschiedene Klassifikationssysteme (ICD- 10¹¹, DSM¹²). Diese beinhalten eine Ansammlung von typischen Symptomen/ Verhaltensweisen und ordnen sie Krankheitsbildern zu. Je allgemeiner eine Klassifikation ist, desto einfacher ist sie anzuwenden und desto mehr kann integriert werden. Problematisch ist bei jeder Klassifikation das gewisse (entscheidende) Informationen verloren gehen. Klassifikationen werden dort vorgenommen, wo bestimmte Merkmale für einen bestimmten Zweck (psychiatrische Diagnosestellung) als relevant gelten (diese werden zusammengefasst) und andere nicht. Die Entscheidung über die Relevanz und Bewertung der Eigenschaften wird von diversen Gremien getroffen und zusammengefasst in diagnostischen Systemen. „Um z.B. die Diagnose unbewusst zu verheimlichen, können die Betroffenen ein sehr besonderes Verhalten zeigen, da sie Wissen, das ihr Verhalten normabweichend ist. Ebenso kann sich die Beziehung zu anderen Menschen ändern, da diese ebenfalls Stigmata von Psychiatrie besitzen.“ (Davison et al. 1979, S. 69)

4. Alternativen zur klinischen Psychiatrie

Die Notwendigkeit jener Einrichtungen, die als Alternative zur klinischen, stationären Psychiatrie angeboten werden können, ist bereits vor 40 Jahren präsent geworden.

„Diese mit der Psychiatrie- Enquete (1975) und analog in den neuen Bundesländern mit den Rodewischer Thesen (1964) eingeleiteten Entwicklungen stimulierten die Versorgungsforschung in der Psychiatrie vergleichsweise früh.“ (Riedel-Heller et al. 2008, S. 175)

Neben Entwicklungsrichtlinien zur Umgestaltung der vorhandenen Einrichtungen, räumlich wie auch strukturell, wurde auch der Ausbau gemeindenaher, ambulanter Versorgungsangebote gefordert. Ebenso wie die Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit zur Prävention und einem einfacheren Zugang zur psychiatrischen Versorgung.

(Materialsammlung II zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, 1973, S. 219)

¹¹ ICD- 10 (engl. International classification of disorder), internationales Klassifikationssystem für Krankheiten herausgegeben von der WHO

¹² DSM (engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), diagnostischer und statistischer Leitfadens psychischer Störungen, herausgegeben von der American Psychiatric Association

Besonders in Bezug auf eine schnelle Krisenintervention sind diese beiden Forderungen von zentraler Bedeutung.

Die Expertenkommission von 1988 veranlasste eine Vereinigung der bisher getrennten Leistungserbringer. Der Patient musste vorher je nach Bedarf/ erwünschter Leistung (Therapie, Wohnen, Arbeit) meist die Einrichtung wechseln.

Der „gemeindepsychiatrische Verbund“ stellt somit einen Zusammenschluss der Leistungserbringer in einer Gemeinde dar.

4.1 Begriffsbestimmung Krise

Eine psychische Krise kann eng verbunden sein mit dem psychiatrischen Notfall.

Dennoch ist eine Abgrenzung vor allem in Sichtweise auf die Behandlung notwendig.

Betrachtet man die entsprechende Literatur kann man verschiedene Begriffsbestimmungen finden.

Im Lexikon für Psychiatrie findet man die psychische Krise definiert als, „einzelne Lebensabschnitte, Lebenssituationen, in denen Wendungen nach der einen oder anderen Seite möglich ist.“ (Peters, 2004, S. 315)

Bei KIND wird Krise als „Beschreibung für schwierige, bedrohliche Situation verwendet, die mit einer Entscheidung einhergeht. Bei dieser Definition ist jedoch nicht relevant ob mit oder ohne Hilfe von außen.“ (Müller und Adams, 1973, S.327)

FEUERLEIN definiert dies genauer: „Unter einer Krise im psychiatrischen Sinne soll eine innerhalb kurzer Zeit sich zuspitzende Situation verstanden werden, in der der Betreffende nicht mehr in der Lage ist, mit inneren oder äußeren Belastungen mit Hilfe seiner individuellen Bewältigungsstrategien fertig zu werden.“ (Katschnig und Kulenkampff, 1987, S. 41)

Für KATSCHNIG und KONIECZNA ist die Krise „ein durch ein äußeres Ereignis hervorgerufener schmerzhafter seelischer Zustand.“ (Kisker et al. 1986, S. 47) Dieser kann zum psychiatrischen Notfall werden, wenn ein seelischer Leidenszustand bei psychotischen Erkrankungen vorhanden ist ebenso wie eine medizinische Komponente, welche sofortige ärztliche Intervention verlangt. (Kisker et al. 1986, S. 47)

Betrachtet man Krise aus entwicklungspsychologischer Sicht, ist es ein Nicht- Gelingen der zu bewältigenden Entwicklungsaufgabe.

„Erikson sieht das Leben des Menschen aufgrund bestimmter Prozesse und deren Folgen in Phasen unterteilt. [...] Entwicklungspsychologisch betrachtet, hat das Individuum in jeder Phase die ‚Aufgabe‘, einen positiven Prozeßverlauf zu erreichen.“ (Mönks und Knoers 1996, S. 21) Er teilt das Leben eines Menschen in acht

Entwicklungsphasen ein, mit entsprechend gesellschaftlich und kulturell festgelegten Prozessen. Bei Menschen zwischen 45 und 65 Jahren sieht ERIKSON zum Beispiel den entwicklungspsychologischen Prozess der Auflösung, der Ambivalenz, zwischen Generativität und Stagnation.

1967 leitete HAVIGHURST aus den Entwicklungsphasen von ERIKSON 1957, verschiedene Entwicklungsaufgaben ab. Diese sind gesellschaftlich und kulturell geprägt. Es obliegt der "freien Entscheidung"¹³ des Individuums, welche es annimmt und welche es ablehnt. Gelingt es dem Menschen, eine angenommene Entwicklungsaufgabe (wie Kindererziehung im frühen Erwachsenenalter oder Akzeptanz des Älterwerdens im mittleren Alter) erfolgreich zu bewältigen, wird es ihm im Selbstwert stärken. (Mönks und Knoers 1996, S. 26)

Gelingt es dem Individuum nicht, eine der angenommenen Entwicklungsaufgaben zu erfüllen z.B. bei Trennung vom Partner, Verlust vom ökonomischen Lebensstandard (Arbeitslosigkeit), Abschied von den nun eigenständigen Kindern kann es eine Krise auslösen. Maßgeblich für die emotionale Annahme der Situation und somit Grundlage für die Bewältigung der Krise, kann eine Umdeutung¹⁴ der Situation sein: die Krise als Chance.

4.2 Krisenintervention

SONNECK beschreibt 1975 ein allgemeines Interventionskonzept. Als ersten Schritt beschreibt er einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau. Im Weiteren wird die emotionale Situation besprochen und der Anlass. Gemeinsam wird die spezifische Gefahr eingeschätzt, die von der krisenhaften Situation ausgeht. Eine Vermittlung in vorhandene Hilfsangebote erweitert die Lösungsmenge des Betroffenen. Ob und wie er diese in Anspruch nimmt, hängt von der individuellen Motivation ab. Das Kriseninterventionsgespräch endet mit der Planung der weiteren Schritte.

PÖLDINGER erweitert den Bezugsrahmen auf Angehörige des Betroffenen. Er bezieht diese in die Interventionsstrategien nach Möglichkeit mit ein. Sie sind Begleiter des Betroffenen vor, während und nach der Krise und sollten somit berücksichtigt werden. Nach der Krisenintervention folgen weitere Treffen, in welchen die Gefahr einer pathologischen Entwicklung abzuwenden ist. Die Integration in Selbsthilfegruppen oder

¹³ Philosophen (Locke, J., Descartes, R.) und andere Wissenschaftler diskutieren seit Jahrhunderten über die Existenz oder Nicht- Existenz des freien Willen. Dieser wäre Grundlage für eine freie Entscheidung.

¹⁴ Methode aus der systemischen Therapie

zu anderen Netzwerkpartnern, kann den Betroffenen in seinem Prozess der Krisenbewältigung begleiten.

Das Verabreichen von Psychopharmaka kann dann zum Thema werden, wenn Angst und Erregung eine unkontrollierbare Dimension einnimmt. (Pöldinger 1997, S. 14–16)
Krisenintervention ist auch ein sinnvoller Mittelweg zwischen Führung durch die Fachkraft (Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter) und Selbstermächtigung des Betroffenen. HÄFNER zeigt auf, dass je schwerer ein Krisenverlauf ist, desto wichtiger ist eine klare Führung im interdisziplinären Team. Ist Krisenintervention eingebettet in eine Notfallbetreuung (vorher) und einer Langzeitbehandlung (nachher) wird aus einer kurzen, eindimensionalen Unterstützung ein multidisziplinäres Vorgehen. (Schnyder und Böker 1993, S. 20–21)

SAUVANT unterstreicht, dass „eine Trennung zwischen Psychotherapie und Krisenintervention [...] wichtig ist und sinnvoller Weise [...] mit einem Wechsel des (der) Therapeuten(in) [...] [einher geht]“. (Schnyder und Böker 1993, S. 92)

Das erste Ziel ist die tiefere Sinnsuche der Krise und das Herausarbeiten dieser. Dadurch kann der Betroffene ein neues Verhältnis zur Angst aufbauen und diese abbauen. Krisenintervention bedeutet auch äußere Probleme (aus systemischer Sicht: das System) zu verändern, Ressourcen zu finden und zu aktivieren. (Kast 1991, S. 22)
Es gibt die traumatische Krise. Menschen geraten durch ein plötzliches Ereignis in einen seelischen Notzustand. Die Krisenintervention bei dieser Form hat hohe Relevanz, da eine pathologische Entwicklung bzw. eine Chronifizierung der Krisenreaktionszeichen (Alkohol- Drogenabusus, somatische Störungen, suizidales Verhalten) verhindert werden muss.

Die Veränderungskrise unterscheidet sich besonders durch ihren schleichenden Charakter. Es gibt kein plötzliches Ereignis, sondern das entscheidende Ereignis ist absehbar. So kann z.B. der Hausarzt anstehende Herausforderungen dosiert thematisieren und im Vorfeld bzw. während dessen gemeinsam mit dem Patienten Strategien entwickeln. (Pöldinger 1997, S. 11–13)

Welche Versorgungsform (ambulant oder stationär) für den Betroffenen sinnvoll ist, muss gemeinsam mit ihm herausgefunden werden. Generelle Unterschiede, Vor- und Nachteile jeweiliger Versorgungsstrukturen müssen dabei abgewogen werden (Anhang 1).

„Therapie hat Erfolg wegen der Motivation und der Ressourcen, die KlientInnen diesem Bemühen entgegenbringen, in Verbindung mit dem natürlichen Wunsch der meisten

TherapeutInnen, diese Bemühungen zu unterstützen, trotz allen Pressionen, es anders zu machen.“ (Duncan und Miller 2000, S. 196)

4.3 Status Quo der Angebote zur Krisenintervention in Leipzig, deren Herausforderung

Als Grundlage für die Darstellung des Status Quo des psychiatrischen Versorgungssystems soll der Psychiatriebericht 2014 von der Stadt Leipzig dienen. Die psychiatrische Versorgung basiert auf drei Säulen: die ambulante Versorgung, die stationäre und die komplementäre. Diese kooperieren untereinander und konzentrieren sich auf verschiedene Gebiete (Sektorisierung).

Die komplementäre Versorgung wird von fünf Trägern gewährleistet. (Krause-Döring 2014, S. 6) Krisenintervention ist angegliedert an die Institutsambulanzen der Krankenhäuser, davon verfügt Leipzig über drei. Der Verbund Gemeindenahe Psychiatrie hat ebenfalls eine Kriseninterventionsstelle. Dazugehörig gibt es auch Krisentelefone. (Krause-Döring 2014, S. 36)

Je nach Einrichtung sind diese mit erfahrenen Psychologen, Sozialarbeitern, Ärzten, Psychiatriebetroffenen und/ oder besonders ausgebildeten sonstigen Personal besetzt. Laut Psychiatriebericht 2014 stieg die Zahl der telefonischen Kontakte zur Krisenintervention von 4.033 (im Jahr 2010) auf 5.901 (im Jahr 2013) an. (Krause-Döring 2014, S. 26) SCHMAL stellte 1992 in seiner Untersuchung fest, dass das "Telefon des Vertrauens" für psychiatrische Notfallpatienten in Leipzig keine wesentliche Rolle gespielt hat bzw. nicht bekannt war. (Schmal 1992, Glossar) Vergleicht man das Forschungsergebnis von SCHMAL mit dem Psychiatriebericht 2014 der Stadt Leipzig, kann man eine Erhöhung der Inanspruchnahme des Krisentelefonats feststellen.

Im ambulanten Versorgungsbereich angesiedelt findet man auch die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten. Durch eine lange Wartezeit können diese den Bedarf an ambulanter, dringender Versorgung (Krisenintervention, psychiatrischer Notfall) nicht allein nachkommen. Damit bleibt die Notwendigkeit bestehen, alle psychiatrischen Institutsambulanzen sowie den Verbund Gemeindenahe Psychiatrie in diese Versorgung mit einzubeziehen. (Krause-Döring 2014, S. 36)

Ursache einer Zwangseinweisung kann eine gescheiterte Krisenintervention bzw. zu lange Wartezeiten dafür sein. Wie im Punkt 2.6 und 4.2 beschrieben, ist es besonders wichtig, schnell zu intervenieren.

Gelingt dies nicht, kann es zu einem Ohnmachtsgefühl bei Betroffenen kommen, welche dann psychiatrisch auffälliges Verhalten zeigen. Hat dieses selbst- und/oder fremdgefährdende Elemente können Betroffene in einer Krise zwangsuntergebracht werden. „Die Zahl tatsächlich umgesetzter Unterbringungen Leipziger Bürger (sog. Zwangseinweisungen) liegt [...] [mit] etwa 110 Einweisungen in die Krankenhauspsychiatrie relativ stabil niedrig.“ (Krause-Döring 2014, S. 7)

Der Landespsychiatrieplan von 2011 sieht eine aufsuchende Krisenintervention vor, diese kann Menschen in Momenten der Resignation und Verzweiflung unterstützen. Jedoch fehlt es derzeit in Sachsen noch an dieser Umsetzung. (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2011, S. 40)

Die Kriseninterventionsstellen sollen ganzjährig, 24 Stunden am Tag erreichbar sein, sie sollen an bereits vorhandene Einrichtungen angegliedert werden. Es wird des Weiteren auf die Nutzung des vorhandenen Netzwerkes verwiesen. Durch Weiterbildungen und Qualitätsmanagement sollen die Fachkräfte professionell agieren. (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2011, S. 39)

Aus dem Psychiatriebericht der Stadt Leipzig geht weiter hervor, dass sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in stationären, psychiatrischen Einrichtungen verkürzt hat und die Zahl der Aufnahmen angestiegen ist. Betrachtet man dies, kann man einen "Drehtüreffekt"¹⁵ vermuten. Ursachen dafür sind vielfältig. Die Ursachen werden in den gesellschaftlich bedingten Veränderungen gesucht. (Krause-Döring 2014, S. 34) Aber auch im Helfersystem sind Ursachen dafür zu vermuten. Gescheiterte Kriseninterventionen können ebenfalls zu stationären Aufenthalten führen. Betrachtet man das Krankheitssystem bzw. das Krankenhaus aus einer marktwirtschaftlichen Perspektive, können ebenfalls Ursachen für einen „Drehtüreffekt“ gefunden werden.

Die psychiatrische Versorgung in Leipzig ist ambulant sowie stationär strukturell und organisatorisch gut ausgebaut, umfangreiche Angebote unterstützen Menschen mit psychischen Erkrankungen ein möglichst autonomes, selbstbestimmtes Leben zu

¹⁵ Unter „Drehtüreffekt“ wird in der Psychiatrie die mehrmalige Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus verstanden

führen. Die Kooperation im Hilffssystem wird durch regelmäßige Treffen in den jeweiligen Stadtbezirken gewährleistet. (Krause-Döring 2014, S. 36)

Die Richtlinien des Sächsischen Landespsychiatrieplans stellen für das ambulante als auch stationäre Helfersystem einheitliche Versorgungsgrundsätze dar. Die Angebote zur Grundversorgung psychisch Kranker sind vielfältig. Von ambulanter bzw. stationärer medizinischer Versorgung, über Rehabilitation, Arbeitsangebote und Tagesstrukturierung, bis zu therapeutischen Wohneinrichtungen, Selbsthilfegruppen und Angehörigenarbeit. Dennoch fallen Menschen durch das Stufensystem¹⁶ der Hilfen durch (Auswertung Interview) und erleben den Erstkontakt mit einem psychiatrischen Krankenhaus im Zwangskontext, welche einschneidende Erinnerungen hinterlässt.

4.4 Perspektivwechsel: Anthropologische Psychiatrie

„Die Gemeindepsychiatrie kann die Anstaltspsychiatrie ablösen und die äußere Ausgrenzung aufheben. Ausgrenzung geschieht aber subtiler; sie zu beheben, bedarf es nicht nur organisatorischer und struktureller Maßnahmen.“ (Bock et al. 2011, S. 11)

Alle Kriseninterventionsdienste sind an den psychiatrischen Sektor angegliedert. Das bedeutet das der Kontext (vgl. Punkt 3) stets der gleiche ist- die diagnoseorientierte Psychiatrie.

In der anthropologischen¹⁷ Psychiatrie möchte man davon wegrücken. Damit verbunden ist ebenfalls der Perspektivwechsel des Menschenbildes. Die Anthropologie sieht den Menschen als Ganzes, eingebettet in alle Formen des menschlichen Seins¹⁸.

Psychiatrisch auffälliges Verhalten wird angenommen, zugelassen, bevor es wertschätzend verabschiedet wird. Die pathologisierende Psychiatrie (be-)handelt anfangs symptomatisch¹⁹ u.a. um den Betroffenen in einen niedrigeren/ höheren Erregungszustand²⁰ zu versetzen und den Patienten „therapiebereit“ zu machen. Das *Kapitulationsgebot* der anthropologischen Psychiatrie an die pathologisierende beinhaltet:

- *Diagnoseverzicht*: der Betroffene wird als einzigartiges, menschliches Lebewesen gesehen, mit all seinen Besonderheiten;

¹⁶ Ambulante vor stationärer Behandlung

¹⁷ Anthropologie ist die Wissenschaft vom Menschen

¹⁸ Erich Fromm setzte sich bereits 1975 in seinem Werk „Haben oder Sein“ mit den Formen menschlichen Seins auseinander

¹⁹ Symptomatische Behandlung lindert die Krankheitszeichen

²⁰ Abhängig vom Krankheitsbild

- *Therapieverzicht*: mit therapeutischen Interventionen wird solange gewartet, bis der Betroffene den professionellen Helfer als glaubwürdig sieht;
- *Theorieverzicht*: Erst das Abwenden von Theorien und Hypothesen, lässt den Betroffenen in seiner Einzigartigkeit bestehen. (Bock et al. 2011, S. 24)

Bei einer schematischen Zuordnung von Diagnosen und Behandlungsmethoden entfremden sich nicht nur die Helfenden von den Betroffenen, sondern auch umgekehrt. Orientiert man sich an der Integration von (verrückten) Wahrnehmungen in das eigene Ich, entfremdet sich der Betroffene noch mehr von sich selbst. Versucht man dann, im weiteren Behandlungsverlauf, die psychische Verhaltensauffälligkeit als Teil der Persönlichkeit zu sehen, ist es (zu) spät. Die Selbststigmatisierung fand bereits mit der Zuschreibung "psychisch krank" statt. (Bock et al. 2011, S. 320)

Um nicht Teil des Stigmatisierungsprozesses (Selbst- und/oder Fremdstigmatisierung) zu werden, ist die Schwelle der professionellen Hilfesuche hoch.

5. Fazit

Anlass dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung war es, den Erstkontakt mit einem akutpsychiatrischen, staatlichen Krankenhaus im Zwangskontext darzustellen. Mit Hilfe des Interviews konnten verschiedene Feststellungen gemacht werden. Die Interviewte sieht den Erstkontakt im Zwangskontext als einschneidendes Moment in ihrem Leben. Die schnelle Medikalisierung, der Freiheitsentzug, das Miterleben der eigenen Ohnmacht und die der anderen (Angehörigen, Mitpatienten), forderten die Betroffene, zusätzlich zu ihrer Krise, besonders heraus. Angehörige stellen sich im Falle einer (Zwangs-) Einweisung einer ebenso schweren Herausforderung. Während des Behandlungsverlaufs nehmen sie verschiedene Rollen ein und leiden meist mit dem Betroffenen mit. In diesen verschiedenen Aufgaben sind sie besonders zu unterstützen und in den therapeutischen Prozess mit einzubeziehen. Sie können eine wirksame Ressource darstellen.

Behandlungen im Zwangskontext können sich negativ auf die Compliance²¹ des Betroffenen auswirken, diese Non-Compliance wird dann als Symptom einer Krankheit bewertet. Damit entsteht ein Kreislauf, der bei unreflektierten Handeln seitens des Hilffsystems, schwer zu durchbrechen scheint.

Die Compliance mit dem Einsatz von Psychopharmaka zu erlangen ist ein leichter Weg, jedoch wird damit die Akzeptanz und Integration der eigenen Wahrnehmung des Patienten erschwert bis unmöglich.

Die Stigmatisierung durch sich selbst und durch die Gesellschaft wird mit dem Zuschreibungsprozess „psychisch krank“ bereits während der Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus präsent. Anders als bei einer somatischen Erkrankung, sieht die Gesellschaft die Ursache für eine psychische Erkrankung meist bei dem Individuum selbst und dessen engerem sozialen Umfeld.

Deviantes Verhalten steht im unmittelbaren Zusammenhang mit Normen und Werten einer Gesellschaft. Definiert sich eine Gesellschaft über Leistung, Besitz und Macht wird es stets auch Verlierer in diesem System geben. Nämlich Menschen, die den Maßstäben nicht entsprechen (sei es durch Aussehen, Denken, Verhalten, etc.). Im gesellschaftlichen als auch psychiatrischen Kontext begünstigen BeWERTungen die Stigmatisierung von Individuen. Um einer Zwangsunterbringung in einem

²¹ Compliance (engl. Therapiebereitschaft eines Patienten)

akutpsychiatrischen Krankenhaus zu veranlassen, bedarf es bereits das Label „psychisch krank“. Der Beginn eines Stigmatisierungsprozesses.

Es gibt bereits verschiedene Antistigma- Projekte in Deutschland (z.B. „Irre menschlich Hamburg“; „open the doors“ der World Psychiatry Association; „Forschungsnetzwerk Schizophrenie“).

Eine Differenzierung der Begriffe psychiatrischer Notfall und Krise ist lediglich in der klassifizierenden Krankheitsbetrachtung relevant. Entfernt man sich von einer pathologisierenden Psychiatrie, rückt die Aktualisierung des vorhandenen Menschenbildes in der Psychiatrie in den Vordergrund. Dieses ist unabhängig von Symptomen und Diagnose, sondern drückt vielmehr eine allgemeine Haltung gegenüber menschlichen Lebewesen, mit all seinen individuellen Ausdrucksformen seiner Wünsche und Bedürfnisse, aus.

Die Betrachtung des psychiatrischen Versorgungssystems in Leipzig stellt unter den Maßstäben vergangener Richtlinien, (Psychiatrie- Enquete, Rodewischer Thesen, Expertenkommission) ein vielfältiges Behandlungsnetz dar. Die Organisation und Strukturierung der Einrichtungen scheint ökonomisch, logistisch und personell einen adäquaten Standard erreicht zu haben. Dies wurde u.a. durch die Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung, durch gute Netzwerkarbeit und Qualitätsmanagement erreicht.

Die ambulanten Kriseninterventionsangebote sind eher als mangelhaft zu bewerten. Schnelle Pathologisierung und Medikalisierung verändern niedrigschwellige Krisenintervention zu einem schwer überwindbaren Schritt für Betroffene. Schaffen es Betroffene dennoch den Schritt Richtung Hilffsystems zu gehen, wirken lange Wartezeiten auf Termine z.B. bei Psychologen und Psychotherapeuten, kontraproduktiv hinsichtlich der Krisenbewältigung. Es kann sogar zu einer Intensivierung der Krise führen. Eine besondere Relevanz hat hier die telefonische Seelsorge. Durch ihre permanente Verfügbarkeit und absolute Anonymität erscheint diese als ein tatsächlich niedrigschwelliges Angebot. Im historischen Rückblick hat diese auch an Nutzung zugenommen.

Möchte man einen Ausblick auf die Entwicklung der Psychiatrie geben, kann man zwei konträre Gedanken verfolgen: Erhalt und Verschärfung des pathologisierenden, defizitorientierten Systems auf der einen Seite und Veränderung des Menschenbildes mit einer Erweiterung an wertschätzenden und ressourcenorientierten Elemente auf der anderen Seite.

Betrachtet man die psychiatrische Versorgung sind meist Laien (Angehörige, Freunde) und medizinische Professionen (Hausärzte, niedergelassene Psychologen) „Ersthelfer“. Die besondere Bedeutung der „Ersthelfer“ ist nicht zuletzt aus der Notfallmedizin bekannt und erfordert besondere Kenntnisse. Die Schulung der Fachkräfte auf dem Gebiet der Krisenintervention stellt damit unmittelbaren Charakter dar. Ebenso wie die verstärkte Aufklärung der Gesellschaft (Laien).

Die zentrale Frage der Arbeit, wie der Erstkontakt in einem akuten psychiatrischen, staatlichen Krankenhaus unter Zwang wahrgenommen wird, ließ sich durch qualitative Sozialforschung darstellen.

Bei einem umfangreichen und vielfältigen Thema wie diesem, werden stets Fragen unbeantwortet bleiben. So zum Beispiel Krisenintervention in Zusammenhang mit Suizidalität. Aus Hilflosigkeit und Ohnmacht, aus Verzweiflung und SINNlosigkeit kann auch der Wunsch nach dem Lebensende erwachen. Den Betroffenen ganzheitlich zusehen, mit all seinen Ängsten und Wünschen stellt ebenso eine Herausforderung für das Hilfesystem wie für die Angehörigen dar. Wie der Spagat zwischen Autonomie des Individuums (der Wunsch zu Sterben) und gesellschaftliche Verantwortung zu meistern ist, kann eine eigene wissenschaftliche Arbeit darstellen.

Ebenso unbeleuchtet blieb der Einfluss der pathologisierenden Psychiatrie auf die Gesundheit des Personals. Welche kurz- bzw. langfristigen Auswirkungen zum Beispiel die Arbeit auf einer akuten psychiatrischen, geschlossenen Station für das Personal hat, wurde bisher noch nicht untersucht.

Grundsätzlich festzuhalten ist, dass es nicht lediglich um eine Veränderung auf struktureller und organisatorischer Ebene geht, sondern vielmehr der Blick in verschiedene philosophische Strömungen gewendet werden muss.

Die Einzigartigkeit des Menschen zu verstehen und diesem entsprechend zu begegnen.

„Die Menschen sollen nicht so viel nachdenken, was sie tun sollen, sie sollen vielmehr bedenken was sie sind“ *Meister Eckhart*

Literaturverzeichnis

- Bock, Thomas; Dörner, Klaus; Naber, Dieter** (2011): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Brüsemeyer, Thomas** (2000): Qualitative Forschung. Ein Überblick. 1. Aufl. Wiesbaden: Westdt. Verl. (Hagener Studentexte zur Soziologie, 6).
- Davison, Gerald Charles; Neale, John Maxwell; Jung, Hermann; Günther, Arthur; Davison-Neale** (1979): Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch. München: Urban & Schwarzenberg (U-und-S-Psychologie).
- Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine** (2002): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Duncan, Barry L.; Miller, Scott D.** (2000): The heroic client. Doing client-directed, outcome-informed therapy. 1. ed. San Francisco: Jossey-Bass. Online verfügbar unter <http://www.loc.gov/catdir/bios/wiley044/99057605.html>.
- Fikentscher, Erdmuthe (Hg.)** (1988): Psychosoziale Probleme im Umgang mit Patienten und Angehörigen - Wege zur Verbesserung. Hallescher Fortbildungstag für Mittlere Medizinische Mitarbeiter in der Psychiatrie und Neurologie; Hallescher Fortbildungstag für Mittlere Medizinische Mitarbeiter in der Psychiatrie und Neurologie. Halle (Saale): Univ. Halle-Wittenberg (Kongress- und Tagungsberichte der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 106).
- Girsberger, Andri**: Methodenhandbuch. System- und lösungsorientierter Intervention. Hg. v. Zentrum für angewandte Erlebnispädagogik. Online verfügbar unter http://www.zaep.org/tl_files/erlebniswelten/downloads/Methodenhandbuch_zaep.pdf, zuletzt geprüft am 22.07.2015.
- Goffman, Erving** (1981): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. 4. Aufl., 18. - 21. Tsd. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Edition Suhrkamp, 678).
- Haase, Hans-Joachim** (1988): Die unter sich selbst leiden. Hilfe für psych. Kranke in Klinik u. Praxis ; mit e. psychiatr. Repetitorium für jeden, d. psych. Kranke behandelt oder betreut. 2., überarb. Aufl. Erlangen: perimed-Fachbuch-Verlagsgesellschaft (Wege der Patientenführung, Bd. 2).
- Halmi, Alice** (2008): Kontinuitäten der (Zwangs-)Psychiatrie. Eine kritische Betrachtung.
- Joeres, Annika** (2011): Zwangseinweisungen. Für verrückt erklärt. In: Zeit.
- Kast, Verena** (1991): Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen. Ungekürzte Ausg., 3. Aufl. München: Dt. Taschenbuch-Verl. (dtv Dialog und Praxis, 15058).
- Katschnig, H.; Kulenkampff, C.** (1987): Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Köln: Rheinland-Verl.
- Kisker, H.; Lauter., H.; Meyer, J. E.; Müller, C.; Strömgen, E. (Hg.)** (1986): Psychiatrie der Gegenwart. Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Krause-Döring, Regine (2014): Psychiatriebericht. Hg. v. Stadt Leipzig, Der Oberbürgermeister, Dezernat Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule und Gesundheitsamt. Leipzig. Online verfügbar unter http://www.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Dez5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/53_Gesundheitsamt/Psychiatrie/Psychiatriebericht_2014_final.pdf, zuletzt geprüft am 26.07.2015.

Materialsammlung II zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD (1973). Stuttgart u. a.: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, 10).

Mayring, Philipp (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 3., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Aufl. Weinheim: Dt. Studien-Verl.

Mönks, Franz J.; Knoers, Alphons M. P. (1996): Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. München, Basel: Reinhardt (UTB für Wissenschaft).

Müller, Christian; Adams, A. E. (Hg.) (1973): Lexikon der Psychiatrie. Gesammelte Abhandlungen der gebräuchlichsten psychopathologischen Begriffe. Berlin: Springer.

Müller, Peter (2004): Zwangseinweisungen nehmen zu. In den vergangenen Jahren sind unfreiwillige Krankenhauseinweisungen psychisch Kranker erleichtert und rechtliche Hürden abgebaut worden. In: Deutsches Ärzteblatt (42).

Peters, Uwe Henrik (2004): Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, medizinische Psychologie. Mit einem englisch-deutschen Wörterbuch als Anhang. 5. Aufl., unveränd. Nachdr. München, München: Urban & Fischer; Elsevier.

Pöldinger, Walter (Hg.) (1997): Der Erstkontakt mit psychisch kranken Menschen. Wien: Springer (SpringerMedizin).

Ridder, Paul (1974): Die Patientenkarriere. Von der Krankheitsgeschichte zur Krankengeschichte ; 5 Tabellen. Stuttgart: Enke (Soziologische Gegenwartsfragen, N.F., 41).

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hg.) (2011): Zweiter Sächsischer Landespsychiatrieplan.

Schmal, Detlev (1992): Psychiatrische Notfallversorgung und Krisenintervention in einer Großstadtregion im Rahmen der Sektorpsychiatrie. Dissertation. Karl- Marx-Universität, Leipzig.

Schnyder, Ulrich; Böker, Wolfgang (Hg.) (1993): Krisenintervention in der Psychiatrie. Internationales Symposium Krisenintervention Heute. 1. Aufl. Bern: Huber.

Schubert-Felmy, Barbara; Schubert, Kristina; Diekhans, Johannes (Hg.) (2014): Astrid Lindgren, Ronja Räubertochter. Neubearb., 1. Dr. Paderborn: Schöningh (EinFach Deutsch Unterrichtsmodell).

von Foerster, Heinz; von Glasersfeld, Ernst (1992): Einführung in den Konstruktivismus. Lizenzausg. München: Piper (Veröffentlichungen der Carl-Friedrich-von-Siemens-Stiftung, 5).

Witzel, A. (1985). Das Problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Heidelberg: Asanger.

Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in
Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz

Anhang

Anhang 1: Vor- und Nachteile ambulanter bzw. stationärer Versorgung

	Ambulant	Stationär
Milieuwechsel		<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entlastung durch Befreiung von Pflichten des täglichen Lebens - Distanzierung von Problemen <p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loyalitätskonflikt - Wegfall von Pflichten des täglichen Lebens → Selbstwertminderung, Schuldgefühle - Entwicklung von Verdrängungs- oder Verleugnungstendenzen - Suchtpatienten verspüren im Krankenhaussetting nicht so intensives "craving" (Verlangen nach dem Suchtmittel) wie in ihrem gewohnten Setting
Patientengruppe		<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeiten zu Gruppentherapie-Sitzungen bzw. Patientengruppen ohne Therapeuten - Konflikte von Patienten äußern sich in Gruppensituationen mehr → klarer erkennbar für Therapeuten - Gruppe als praktisches Übungsfeld - Entlastung des Patienten durch Gefühl, das es Anderen ähnlich geht
Das therapeutische Team	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helferkreis besteht aus wenigen Personen (1 Arzt, 1 Sozialarbeiter) 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helferkreis besteht aus größeren Team → mehrere Therapeuten, Ärzte, Sozialarbeiter - Patient zeigt sich in unterschiedlichen Settings (Einzelgespräch mit Arzt, Gruppentherapie, Beschäftigungsangebote) von unterschiedlichen Seiten

		<p>→ komplexeres Bild seiner Persönlichkeit entsteht</p> <p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anforderungen an Team zum interdisziplinären Arbeiten (Austausch von Informationen, Zielvereinbarungen) - klares Differenzieren der Rollen der einzelnen Helfer und Koordination dieser
Die Aufenthaltsdauer	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anforderungen an Team zum interdisziplinären Arbeiten (Austausch von Informationen, Zielvereinbarungen) - klares Differenzieren der Rollen der einzelnen Helfer und Koordination dieser 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Das Ende der stationären Krisenintervention ist in der Regel nicht das Ende der Krise, sondern das Ende der Zeit in welcher ein stationärer Rahmen zur Krisenbewältigung notwendig ist“ (S. 91) - Intensität ist größer als im ambulanten Rahmen → tägliche Gruppen- bzw. Einzeltherapie - stationäre Krisenintervention umfasst ca. 2 Wochen
Umgang mit Regression	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geringere Regressionstendenz 	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - regressionsfördernd - Patientenstatus, Status des „krank sein“
Thema Trennung		<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schwerer Prozess beim Austritt aus Setting → erneutes Gefühl von Trennung, Verlust

(Schnyder und Böker 1993)

Anhang 2: Interviewleitbogen

Projekt: Bachelorarbeit – Karoline Leithold – Sommersemester 2015

Interviewleitfaden

„Erstkontakt mit der Psychiatrie-

Zwangsaufnahme in ein staatlich, akupsyhiatrisch Krankenhäusern“

Fragestellung: Wie sieht der Erstkontakt in einem staatlichen, akupsyhiatrischen Krankenhaus im Zwangskontext aus?

Einleitung

kurze persönliche Vorstellung der Interviewerin, Grund des Interviews, Zusage Anonymität (Datenschutz), Erlaubnis zur Aufnahme (Klärung, ob professionelles Du oder Sie)

Smalltalk

Möglichkeit, dass er / sie Fragen zum Verfahren stellen kann

Sozialstatistik (flexibel)

Alter?

Fragen (situationsangepasst)

Einstieg – Anwärfrage:

Was wäre dir wichtig, was ich von deiner bisherigen beruflichen und persönlichen Entwicklung wissen sollte?

Kommen wir gleich zum Kern unserer Fragen:

Leitthema: Bisherige Erfahrungen im Krankenhaus

- Welche Erfahrungen hast du mit Krankenhäusern generell gemacht?
 - Z.B. als Kind? Somatische Krankenhäuser? Psychiatrische KH?

Leitthema: Anlass für Einweisung

- Aus welchen Gründen bist du ins akupsyhiatrische Krankenhaus gekommen?
 - Auslöser?
- Welche Personen waren wie beteiligt?

Leitthema: Transport zum Krankenhaus

- Wie bist du ins Krankenhaus gekommen?
 - Wer war alles dabei? Notarzt, Krankenwagen? Polizei? Zeugen?
 - Was hattest du dabei?
 - erste freiheitsentziehende Maßnahme/ Sedierung?

Leitthema: Erwartungen an das Krankenhaus

- Welche Erwartungen hattest du an das Krankenhaus?

- Z.B. aus Erfahrung mit anderen Krankenhausaufenthalten
- Welche Bedürfnisse und Wünsche hattest du bei deiner Aufnahme an die Klinik, an das Personal?
 - Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter

Leitthema: **Wahrnehmung des Ortes**

- Beschreibe deinen ersten Eindruck vom Krankenhaus!
 - Wie wirkte das Gebäude auf dich? Die Station? Das Arztzimmer? Dein Zimmer?
 - Wie hast du dich gefühlt?
(Erst selbst antworten lassen, dann Einschätzung durch Skalierung)

Unsicher	1----2----3----4----5----6----7----8----9----10	sicher
Wütend/energisch	1----2----3----4----5----6----7----8----9----10	erschöpft
Mutig	1----2----3----4----5----6----7----8----9----10	ängstlich

Leitthema: **Aufnahmeprozedur im Krankenhaus**

- Wer hat dich wie im Krankenhaus empfangen?
 - Patienten? Personal: Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter?
 - Wie hast du diese Menschen wahrgenommen? (vertraut, beängstigend, sicheres Gefühl, verbunden)
- Was hast du am 1. Tag im Krankenhaus gemacht?
 - Anamnese mit Ärzten, Sozialarbeitern, Krankenschwestern?
 - Medikamente?
 - Kontakt zu Familie/ Freunde
 - Tätigkeiten (rauchen , laufen, erste Mahlzeit)
- Welchen Einfluss hatte die Zwangsaufnahme auf dein Selbstbewusstsein (Identitätsgefühl)?
- Was hat dir in der Aufnahmephase besonders geholfen?
- Wie gelang dir die Integration in das Krankenhaussystem (bzw. die Ansicht Hilfe anzunehmen)?

Abschlussfragen:

- Unter welchen Umständen würdest Du freiwillig in ein staatliches, akutpsychiatrisches Krankenhaus gehen?
- Welche anderen Einrichtungen bzw. Hilfssysteme hast du auch als hilfreich erlebt und wo siehst du Ergänzungsbedarf?
- Welche krankenhausunabhängige Handlungsalternativen hast du für Lebenssituationen mit besonderen Herausforderungen (Krisen)?

Anhang 3: Transkription des Interviews

Projekt: Bachelorarbeit – Karoline Leithold – Sommersemester 2015

Thema:

**„Erstkontakt mit der Psychiatrie-
Zwangsaufnahme in ein staatlich, akutpsychiatrisch Krankenhäusern“**

Fragestellung: Wie sieht der Erstkontakt in einem staatlichen,
akutpsychiatrischen Krankenhaus im Zwangskontext aus?

Name des Interviewer: Karoline Leithold (abgekürzt mit I)

Kode-Name des Interviewten: Marleen (abgekürzt mit M)

Dauer des Interviews: 52min

Ort des Interviews: Zuhause bei M.

Einschätzung des Interviewpartners vor/während dem Gespräch = BASIC-ID

Verhalten:

- Verbale Kommunikation über andere Themen, häufiges Anbieten von Getränken und Essen
- Nonverbale Kommunikation: wirkte sehr beschäftigt, wenig Blickkontakt
- Langsame, leise Sprache
- Sequenziell berichterstattende Erzählweise, ohne emotionaler Verbindung
- Bei Schilderungen der Erlebnisse in der Psychiatrie, wechselt sie von „ich- Perspektive“ zu „man-/ bzw. du- Perspektive“
- Spielte manchmal mit den Fingern zwischen den Sofaritzen bzw. mit den Sofanähten
- Wirkte angespannt, nervös, unruhig

Affekte/Emotionen

- Niedergeschlagen, langsam, gleichgültig (z.B. beim Berichten von Urlaubsreise keine Freude, obwohl sprachlich formuliert)
- Ängstlich, unsicher, verlegen, antriebsgemindert
- Während des Interview manchmal leicht verwirrt

Sinneswahrnehmungen / Empfindungen

- „normale“ Sinneswahrnehmung
- gute Konzentration auf das Interview
- zu Beginn des Interview Wechsel von sonnigen Verandaplatz zu schattigen Wohnzimmer → Bedürfnis nach geschlossenen, dunkleren Raum

Denken / Bewerten

- gute Merkfähigkeit der Ereignisse, der Chronologie dieser, schwieriger war es emotionalen Zustand in den einzelnen Phase zu beschreiben („Ich weiß auch nicht, wie ich auf sowas gekommen bin“)
- konnte Zusammenhänge gut erfassen → antwortete adäquat auf Fragen
- bei Anlass sehr ausschweifend erklärt, beschrieb ausführlich die Ursachen, den eigentlichen Anlass konnte sie schlecht bis gar nicht benennen
- Nachdenkzeiten variierten, Antworten kamen teils sehr schnell, teils mit Pausen
- Strukturiertes Denken
- beim Themenkomplex „in der Psychiatrie“ sprach sie von einem generalisierten „Du“

Zwischenmenschliche Beziehungen

- Angemessenes Verhalten gegenüber Interviewer, auf professionelles „Du“ geeinigt
- Gutes Nähe- Distanz- Verhältnis (bei Sitzplatzwahl in der Wohnstube), tendenziell mehr Distanz
- Verbale Distanz ebenfalls, während des Interviews Konzentration auf sich, nicht auf Interviewer

- Rollenakzeptanz, bei meiner Ankunft vertraute Atmosphäre, zu Beginn des Interview strenge, vorsichtige, verunsicherte Atmosphäre (ich hatte hohen Sprechanteil), im weiteren Verlauf war M. sehr auf sich fixiert, ließ mich raus, bis auf wenige Rückfragen, ob es richtig sei, was sie geantwortet hat
- Kooperatives Verhalten, hilfsbereit

Einschätzung des Interviewpartners nach dem Gespräch = BASIC-ID

Verhalten:

- Keine verbale Kommunikation
- Nonverbal zurückhaltender, wirkt erschöpft etwas niedergeschlagen
- Leise Stimme, nur noch das Nötigste gesprochen (Verabschiedung)
- Gesichtsausdruck starrer als zu Beginn des Interviews
- Ruhiges, langsames Verhalten
- **Affekte/Emotionen**
- antriebslos, müde, geschafft
- körperlich zusammengefallen (Nacken verkrampft)

Sinneswahrnehmungen / Empfindungen

- konnte ich keine Veränderung feststellen

Denken / Bewerten

- keine Einschränkungen in Merkfähigkeit, dem Erfassen von Zusammenhängen und strukturierten Denken (plante direkt danach Grillabend mit Freunden)
- für Retrospektive guten Realitätssinn, ebenso für die Gegenwart

Zwischenmenschliche Beziehungen

- Verhältnis hat sich eher distanziert
- Es wirkte, als möchte sie das ich gehe (hat es aber nicht artikuliert)
- Kooperativ

1 *I: Ich bin Karoline Leithold, Studentin der Sozialen Arbeit und schreibe meine Bachelorarbeit über*
2 *„Erstkontakt mit der Psychiatrie- Zwangsaufnahme in ein staatlich, akutpsychiatrisches*
3 *Krankenhaus“. Ich möchte herausfinden, wie Menschen eine Zwangsaufnahme erleben, welche*
4 *Bedürfnisse und Erwartungen sie in dieser Situation haben und wie sie sich selbst sehen. Alle*
5 *Daten werden anonymisiert, die Audio-Datei lösche ich nach der Transkription. Wollen wir uns mit*
6 *„sie“ oder „du“ ansprechen?*
7 M: (lacht) Natürlich „du“

8 *I: Ist es okay für dich, wenn ich das Interview aufnehme?*
9 M: Ja

10 *I: Falls du auf eine Frage nicht antworten möchtest, sag es mir. Und falls du eine nicht genau*
11 *verstehst ebenso.*
12 *Kannst du beschreiben wie gerade dein Alltag aussieht?*
13 M: Also ich habe wieder jemanden gefunden, mit dem ich zusammen leben, bin wieder mit
14 jemanden zusammen gezogen, von meiner alten Wohnung in ein Haus, was ich als angenehm
15 empfunden habe. Weil wenn du 25 Jahre in einem Haus gelebt hast und bist dann auf eine 60m²
16 Wohnung eingezwängt das ist dann schon... Also ich hätte es nie gedacht. Es ist befreiend wenn
17 man dann wieder Freiheit hat und dann ringsum dann wieder raus kann und wieder in der Natur
18 sein kann. Das hat mir auch sehr viel gebracht, viel gegeben in meiner Phase der
19 Selbstwiederfindung (lacht) oder wie man das auch nennen will. Ansonsten habe ich ja seit Oktober
20 2014 wieder einen festen Job, ach nein, Oktober 2013 sogar schon. Und fahre zwar täglich jetzt von
21 meiner neuen Heimat 70km hin und zurück. Aber vom Team, also vom Kollegenkreis ist es sehr
22 angenehm. Ich arbeite mit Männern zusammen, bin zwar die einzige Frau aber werde anerkannt.
23 Manchmal mache ich sogar Chefvertretung, wenn der im Urlaub ist. Die Jungs hören auch auf
24 mich. Es ist nicht so, dass ich nur geduldet bin sondern pass schon gut rein. Mach den ganzen
25 Bereich der Abrechnung, bereite das restlos vor und die Buchhaltung schreibt dann nur noch die
26 Rechnung. Nehme alle Telefonate an, suche Ersatzteile aus Listen. Ist ein sehr umfangreiches und
27 neues Arbeitsumfeld. Musste mir viel übers Internet aneignen. Es erfüllt mich und es ist eine
28 schöne Aufgabe. Und wenn ich immer mal wieder Bestätigung von meinem Chef bekomme, dann
29 macht es wirklich Spaß.

30 *I: Vielen Dank für den ausführlichen Bericht. Kommen wir zum Thema Krankenhaus. Welche*
31 *Erfahrungen hast du generell mit Krankenhäuserin in deinem Leben gemacht?*
32 M: Außer meiner Kaiserschnittgeburt, also der Geburt meiner Tochter, war ich einmal nur im
33 Krankenhaus wegen einer Hämorrhoiden Operation und ansonsten nichts weiter.

34 *I: Aus welchen Gründen bist du ins akutpsychiatrische Krankenhaus gekommen?*
35 M: (atmet tief aus) Das war durch die ganze Trennungssituation von meinem Mann nach 25 Jahren
36 Ehe, oder 26 Jahren. Im Vorfeld war eigentlich schon so bisschen absehbar, wenn man das
37 aufarbeitet sieht man das dann auch wieder bisschen anders. Es war im Vorfeld schon mal so, dass
38 ich 1 Jahr bevor ich mich getrennt habe in einem tiefen Loch war. Aber dadurch, dass ich immer in
39 einem festen Umfeld war und immer mein Mann zu gegen war, ich nicht groß rausgekommen bin,

40 ist das eben nicht aufgefallen. Dann als ich mich getrennt habe, dann war es schon irgendwo ein
41 bisschen krass. Die erste Zeit hat er immer versucht, egal wo, ob im Auto oder mich am Telefon
42 eben zum Wiederkommen zu bewegen, hat mir lange Diskussionen aufgezwungen, die ich nicht
43 wollte. Selbst wenn ich aufgelegt habe, hat er gleich wieder angerufen. Das waren manchmal ganz
44 schön krasse Situationen, wo ich sogar mal über eine rote Ampel gefahren bin. Und das hat mich
45 eben Tag für Tag, Stück für Stück mehr genervt. Dann habe ich versucht meine Freiheit zu leben,
46 die erste Zeit als ich noch in H. war, also ich bin zu meinen Kindern gegangen und habe mir dann
47 eine Wohngemeinschaft gesucht. Da habe ich erst mal richtig angefangen zu leben. Ich habe alles
48 das gemacht was immer wollte und was ich nicht durfte. Hatte dann die Idee ne Yoga- Ausbildung
49 zu machen. Das habe ich in den Medien gehört und fand es eine gute Idee. Habe das dann auch
50 angefangen, hat mir auch Spaß gemacht, musste das dann abbrechen weil ich dann weggezogen
51 bin. Ich dachte mir, dass ich in einer neuen Stadt einen Neuanfang machen kann. Beruflich wie
52 privat. Und damit ich auch aus der Schussweite war. Ich wollte meinem Mann nicht mehr
53 begegnen. In J. habe ich mir eine Wohnung genommen, bin dann aber nochmal umgezogen. Habe
54 viele verrückte Sachen gemacht. Dann habe ich leider keinen Job bekommen. Dann habe ich mich
55 selbstständig gemacht. Das hat auch nicht wirklich geklappt. Schwere Arbeit und wenig Geld.
56 Dann bin ich eben immer ein bisschen mutloser geworden, bis ich dann gesagt habe ich will das
57 nicht mehr machen. Naja dann bin ich natürlich alleine zuhause gewesen und immer mehr in ein
58 tiefes Loch gefallen. Hatte zwar eine Freundin die mich immer wieder aufgerichtet hat, aber am
59 Tag war ich fast nur zuhause. Das ging dann 2 bis 3 Monate bis ich dann gar nicht mehr wusste was
60 ich machen sollte und dann haben meine Kinder auf mich eingeredet ich sollte nach H. zurück
61 kommen. Die meinten, da bin ich nicht so weit weg und wir könnten mehr zusammen unternehmen.
62 Stimmt ja auch, in H. hatte ich nur die eine Freundin. Naja war ja auch so. Sie hatte ja auch
63 Probleme mit ihrer Familie. Ihre Kinder, einen schwerkranken Freund. Da war eben nicht so die
64 Zeit und Muße, dass sie sich meine Probleme auch noch aufhalsen wollte. Naja und dann bin ich
65 wieder nach H. zurück und dann ist es eigentlich, ja hab den Job wieder gefunden, war auch richtig
66 gut drauf. Ich habe mir alles zugetraut, ich wäre überall reingeschlüpft nur damit ich wieder in
67 Lohn und Brot komme. Die erste Zeit habe ich wieder bei meinem Mann gearbeitet, der hatte sich
68 dann wieder verständig gezeigt. Das hat aber nicht lange funktioniert, also nur 2 bis 3 Monate und
69 dann waren wir wieder genau an demselben Punkt. Und ja dann bin ich aus der Firma wieder raus
70 und habe mir was anderes gesucht. Und Gott sein dank auch gleich was gefunden. Bin dann ab
71 Oktober 2013 dort festangestellt wurden, wo ich heute auch noch bin. Und jetzt habe ich die Frage
72 vergessen...

73 *I: Was war der Auslöser für die Einweisung ins Krankenhaus?*

74 M: (sehr schnell geantwortet) Naja das war dann als ich von meinem Mann weg bin (beginnt mit
75 Fingern in Sofaritze, Sofanähten zu spielen) hat er natürlich versucht, nee hat er gar nicht. Er hat
76 eigentlich gar nicht versucht. Das war nicht so wie beim ersten Mal, dass er mich ständig angerufen

77 hat und mich versucht hat zurück zu holen. Sondern ich habe dann (atmet tief) puuuuhhhh... (atmet
78 tief) ich hab dann wie eine Art Verfolgungswahn bekommen. Keine Ahnung wie, aber ich habe
79 immer gedacht er überwacht mich. Und der will wissen wo ich bin. Ich hab da wirklich alle und
80 jeden in Frage gestellt. Bis zu meiner besten Freundin. Ich dachte die arbeiten zusammen, weil wo
81 ich umgezogen bin, sagte sie mal er sei doch ein ganz Netter. Also ich hab dann wirklich überall
82 die Flöhe husten hören und ich hab dann mein Auto (stottert), wollte ich das er mich nicht wieder
83 erkennt, wollte ich mir ein anderes Kennzeichen suchen, damit er mich nicht findet. Hab dann alles
84 abbauen lassen, was das Auto besonders gemacht hat. Die Schriftzüge und so, bloß damit er das
85 Auto nicht sofort wieder erkennt. Wollte mir ein eigenes Kennzeichen besorgen, das Auto auf mich
86 anmelden. Das ging aber alles nicht. Ja das war total verrückt. Das war so, dass ich manchmal auf
87 der Autobahn irgendwas klappern gehört habe, bin auf den Parkplatz runter gefahren, um das Auto
88 rum und hab geschaut ob irgendwo eine Kamera versteckt ist und lauter solche Sachen
89 (schmunzelt). Hab dann teilweise sogar Leute angesprochen und die gefragt ob die Teile am Auto
90 normal so sind. Ob man da irgendwas rein bauen kann und so. Es war ganz ganz komisch.
91 Und mir sind auch immer wieder solche Situationen unter gekommen wo ich denken musste, hier
92 ist irgendwas faul. Du wirst hier überwacht oder du wirst hier (stottert und stoppt). Dann habe ich
93 G. nicht mehr vertraut. Den habe ich ja damals auch schon kennengelernt. Weil er mir mein
94 Handyvertrag gemacht hatte. Da hab ich gedacht er lässt mich übers Handy orten. Habe ihn auch
95 angezeigt als ich in M. war. Das er mein Vertrauen missbraucht hat und mich über mein Handy
96 orten lässt und solche Sachen. Wenn ich das heute höre, da denke ich auch (stoppt und atmet tief).
97 Also ich war total (sucht nach Worten) also ich habe überall Gefahr gesehen. Bin quer durch die
98 Republik gefahren. Von H. nach M. nach G. nach K. Nur hin und her, das mir da nichts passiert das
99 war sowieso ein großer Glücksfall. Ich hatte immer Kontakt mit meiner Schwester und meinem
100 Schwager. Das waren die, denen ich noch am meisten vertraut habe und eben auch telefonischen
101 Kontakt hatte. Immer wenn mir was spanisch vorkam, habe ich die angerufen, und hab gefragt was
102 ich machen soll. Und so war es eben auch an dem Tag als ich ins Krankenhaus kam. Da bin ich in
103 D. ach nein, da wollt ich eigentlich nach Z. fahren zu einer silbernen Hochzeit, von Freunden. Und
104 meine Freundin aus D. war auch dort, also das waren gemeinsame Freunde. Die hatten mich
105 eingeladen und da war ich auf dem Weg dorthin. Und von H. wollte ich nach Z. fahren mit dem
106 Auto und habe versucht immer meine Freundin zu erreichen am Telefon. Weil die sollte mir sagen,
107 wo ich hin muss. Und die hat mich dann immer so komisch abgewimmelt und gesagt „jetzt noch
108 nicht und das soll eine Überraschung sein und so“. Jedenfalls war ich schon die ganze Zeit am
109 fahren und fahren in Richtung Z. und wusste ja gar nicht wo ich hin sollte. Und dann hat sie mich
110 immer weg gedrückt und das habe ich total komisch gefunden und bin dann irgendwo in D. auf den
111 Parkplatz raus und habe sie versucht zu erreichen. Sie hat dann nur gesagt, ich solle sie selber
112 anrufen, wenn die dich eingeladen haben. Das war richtig ulkig. Dann habe ich mir gesagt das ist
113 mir zu blöd, jetzt fährst du nach D. und nimmst dir ein Hotel für eine Übernachtung. Und nächsten

114 Tag kommen die ja nach Z. zurück und dann fährst du hin und redest mir ihr. Ja, dann habe ich in
115 D. übernachtet, bin abends noch etwas essen gegangen, habe noch einen Absacker getrunken und
116 bin ins Bett. Früh bekomme ich eine SMS von, (zögert) jetzt weiß ich gar nicht mehr genau wie es
117 war. Also von meiner Freundin, aber mit G.s Nummer. Also die Handynummer von G. und ihre
118 Worte. Sie meldet sich sobald sie in D. sind. So ungefähr. Da habe ich mein Schwager angerufen
119 und gesagt „Stell dir mal vor, jetzt habe ich das auf meinem Telefon schwarz auf weiß ist das zu
120 sehen. Eine falsche Nummer und eine SMS, das ist doch eine Schnüffelei. Da will mich doch
121 jemand ausschnüffeln oder da will mich doch jemand ausspionieren. Soll ich da jetzt zur Polizei
122 gehen?“ Und da hat er gesagt, ich sollte gehen. Naja und daraufhin bin ich dann zur Polizei
123 gefahren. Hab mein Koffer in der Rezeption stehen lassen und bin auf die Wache in D. Hab dort
124 gesagt das ich mich verfolgt fühle, ausspioniert fühle warum auch immer. Keine Ahnung. Hier
125 hätte ich es eben schwarz auf weiß auf meinen Telefon (zögert, atmet tief) und da haben die in
126 mein, wollten die in mein Personalausweis, wollten die meinen Wohnsitz schauen und da war ich
127 gar nicht gemeldet in L., obwohl ich eine Wohnung angemeldet habe. Ich war auch richtig auf dem
128 Einwohnermeldeamt aber irgendwie nicht registriert. Letzter Wohnsitz in H. und dann auf
129 unbekannt verzogen stand dort drin. Also stand dort drin angeblich, haben sie mir auf der
130 Polizeiwache gesagt. Und da habe ich gesagt: „Das kann doch gar nicht wahr sein, das gibt’s doch
131 nicht.“ Und dann bin ich immer verrückter geworden und dachte mir jetzt bist du ja gar nicht mehr
132 registriert, jetzt sieht das so aus, als wölltest du irgendwas verbergen. Jetzt will dich jemand fertig
133 machen. Jetzt wollen sie dich irre machen. Und dann hin und her (lacht) dann wollte ich mal auf
134 Toilette, da (stutzt) also ich für mich habe mich ja total normal gefühlt. Aber die haben mich
135 natürlich behandelt wie jemand der nicht ganz dicht ist. Da wollte ich zur Toilette gehen und da
136 haben die eine Frau mitgeschickt (lacht). Die hat dann gewartet vor der Tür, da habe ich gedacht
137 ich bin im falschen Film. Dann wollt ich eine Zigarette rauchen gehen in den Hof, da haben sie
138 auch jemanden mitgeschickt. Und da habe ich gesagt ich rufe jetzt meinen Anwalt an, also den der
139 mich auch in der Scheidungssache vertreten hat. Und der muss ja irgendwas machen können. Und
140 da habe ich das erzählt, dass ich nicht registriert bin obwohl ich mich angemeldet habe und und
141 und. Weiß gar nicht was da noch alles war. Und der hat dann auch abgeriegelt. Naja gut es war
142 eben auch Wochenende, Sonntag. War ja auch verständlich. Und er hat gesagt, Frau M. lassen sie
143 erstmal alles aufnehmen und dann sprechen wir Montag in der Kanzlei. Und ... (stutzt) ich weiß gar
144 nicht, irgendwas war noch was mir dem gegenüber dann wieder misstrauisch gemacht hat. Und
145 dann hat mir der Polizist vorgeschlagen: „Es ist eben Wochenende, es ist eine dumme Zeit. Sie
146 lassen sich jetzt in eine psychiatrische Klinik einweisen und am Montag sehen wir weiter. Da
147 bekommen sie erstmal Hilfe. Da haben sie jemanden zureden und es ist einfach jemand da.“ Und
148 da habe ich gesagt, dass ich nicht verrückt bin und, dass ich von ihnen Hilfe haben will. Naja und
149 dann wurde mir gesagt, dass ich freiwillig gehen könnte und dass sie auch unmittelbaren Zwang
150 anwenden könnten. Und dann ging es schnell. (Leiser, atmet tief) Auto durfte ich nicht mitnehmen.

151 Da habe ich gefragt wieso und da meinten sie nur das müsse jemand abholen. Da haben sie dann I.
152 angerufen. Und mein Schwager. Die haben dann organisiert, dass das Auto geholt wurde. Dann
153 haben sie meinen Koffer im Hotel geholt und mich mit dem Krankenwagen in die Psychiatrie
154 gefahren. (Beendet ihren Monolog)

155 *I: Wie bist du genau ins Krankenhaus gekommen? Wer war alles dabei?*

156 M: Die zwei Pfleger, die den Krankenwagen gefahren sind. Das ging nicht anders aus
157 versicherungspflichtigen Gründen. Und ich.

158 *I: Was hattest du dabei?*

159 M: Meine Handtasche. (Lacht) Meinen Koffer hat die Polizei hinterher gebracht ins Krankenhaus.

160 *I: Gab es freiheitsentziehende Maßnahmen während des Transports?*

161 M: Nein. Ich habe mich nicht gewährt. Ich sollte mich nur anschnallen. Aber das habe ich ja
162 eingesehen.

163 *I: Welche Erwartungen hattest du an das Krankenhaus?*

164 M: Naja das mir jemand zuhört. Das ich da einen Psychiater oder einen Psychologen finde, dem ich
165 vertrauen kann. Dem ich endlich mal mein Herz ausschütten kann und alles erzählen kann was
166 mich die ganze Zeit schon wuschich macht. (Pause, lacht) Aber den habe ich ja nicht gefunden.

167 *I: Welche Bedürfnisse und Wünsche hattest du bei deiner Aufnahme an die Klinik bzw. das*
168 *Personal? An die Ärzte, an die Pfleger, an die Sozialarbeiter?*

169 M: (denkt nach) Dadurch das ich dort nur 3 Tage war, ist es dazu nicht gekommen. Ich habe einmal
170 einen Arzt gesprochen, das war so eine Ärzterunde. Da war ein junger Assistenzarzt dabei. Eine
171 erfahrene Psychiaterin und was die anderen waren weiß ich nicht mehr. Das kann ich dir nicht mehr
172 sagen. Die haben sich zwar vorgestellt aber ob das Sozialarbeiter waren das weiß ich nicht. Das
173 merkst du dir ja auch nicht mehr über die Zeit. Und ja (stutzt) das war wie so ein runder Tisch
174 Gespräch und da sollte ich erzählen was mich bedrückt oder warum ich da bin. Und dann ging es
175 direkt um die Maßgabe der Medikamentengabe und da habe ich gesagt das lehne ich ab. Ich sage
176 ich habe nichts und bin auch nicht bekloppt. Ich muss nicht ruhig gestellt werden. Ich nehme keine
177 Medikamente. (Erhöht Lautstärke) Und wenn ich Medikamente nehmen muss, dann nur in
178 Absprache mit meinem Hausarzt. Bevor er kein okay gibt, dass die nicht schaden, mach ich das
179 nicht. Und dadurch, dass es eben am Wochenende war, die niemanden erreicht haben, musste ich
180 eben auch keine Medikamente nehmen. Dazu hat man mich dann nicht gezwungen. Ich sagte, wenn
181 sie mich zwingen dann geh ich wieder. (Lacht) Habe ich mir eingebildet.

182 *I: Du hast beschrieben wie es tatsächlich war. Kannst du noch deine Wunschvorstellung*
183 *beschreiben, wie du es lieber gehabt hättest?*

184 M: Ich hätte mir einfach gewünscht, dass sich jemand mit mir in einen Raum setzt und mir zuhört.
185 Dem ich mein ganzes Herz ausschütten kann. Und das ich nicht erstmal ein Bett im Vier- Bett-
186 Zimmer bekommen, wo tatsächlich bekloppte (lacht) drinnen liegen. Also das war ja richtig krass.
187 Bis zum Schränke ausräumen nachts und plötzlich stand die ein nachts an meinem Bett und hielt

188 meine Hand und solche Sachen. Also das waren Erfahrungen die haben mich immer irrer gemacht.
189 Das wurde dann immer schlimmer. Und dann warst du ja eingesperrt, du durftest nicht raus, kein
190 Handy benutzen, nichts. Die haben dir alles weggenommen, die haben dich genauso behandelt wie
191 alle anderen. Ich meine ist ja klar, wenn du dann gesehen hast, wie die in die Schränke
192 eingebrochen sind, die hätte genauso gut eine Nagelpfeile oder eine Schere rausnehmen können.
193 Das haben sie dir alles abgenommen. Du durftest nur telefonieren, wenn du zur Raucherpause auf
194 die Terrasse raus durftest. Und der Raum den sie da hatten zum Rauchen, da hatten sie so einen
195 Zigarettenanzünder, da haben wir immer gesagt das ist die Videoüberwachung (lacht). Da musstest
196 du dann mit deiner Zigarette so nah ran gehen, das sie dir in die Augen schauen können. (Lacht)
197 Oder ich hab keine Ahnung, so ist das einen immer vorgekommen und war alles ganz komisch. Es
198 waren dann auch so Situationen, ich habe mir ein Buch genommen über Prag weil ich dort schon
199 lange mal hinwollte. Und in dem Buch waren dann eben Stellen markiert, mit (stottert), ach ich
200 weiß gar nicht, bestimmt habe ich mir dann auch was zusammengereimt. Es war jedenfalls alles so
201 krass, was man sich da einbildet. Wie man sich das auch einredet. Wie stark man sich das auch
202 einredet, dass alle Leute einen täuschen und alle einem nur schaden wollen. Obwohl sicherlich
203 niemand da irgendwie eine Schuld daran trägt. Keine Ahnung wie sich das dann so breit gemacht
204 hat. (Stoppt, spielt nach wie vor an Sofanähten)

205 *I: Du hast jetzt schon etwas damit angefangen den ersten Eindruck des Krankenhauses zu*
206 *beschreiben. Kannst du nochmal genauer beschreiben, wie das Gebäude, die Station, das Zimmer*
207 *auf dich wirkte?*

208 M: Naja also das Gebäude war ja ein Neubau, das war nichts Besonderes. Das war eben wie ein
209 Krankenhaus oder wie ein großes... (Stoppt) wie in einer Großstadt eben, so ein Neubau. Die
210 Station war geschlossen, du kamst rein aber nicht wieder raus. Das ging gar nicht. Ich durfte ja
211 auch nicht raus die ersten 2 Tage. Und behandelt wurde ich genauso wie jeden Bekloppten den sie
212 da angebunden auf ner Trage reingefahren haben. Also ich hatte weder Rechte noch konnte ich
213 irgendwelche Forderungen stellen. Also es ging gar nichts. Ich musste mich einfach fügen. Und das
214 war schwer in dem Moment. Und in dem Zimmer war wie gesagt zwei drinnen, also die eine ging
215 noch, die hatte, die war wenigstens, also die konnte noch normal mit dir reden und hat auch Bücher
216 gelesen und so. Aber die muss eben auch eine Vergangenheit gehabt haben, was man mir dann
217 eben auch erzählt hat, die hatte auch eine Art Verfolgungswahn. Hat da immer irgendwelche
218 Sachen angezettelt. Hat Unterschriften gesammelt gegen die Ärzte, das sie sie festhalten und
219 spritzen obwohl sie das eben gar nicht will. Das sie langsam zu Grunde geht und solche Sachen.
220 Wenn du dir das dann den ganzen Tag anhören musst und auch nur solche Leute siehst, dann fängst
221 du schon an zu zweifeln. Da wirst du ganz meschugge. Denkst du musst hier unbedingt wieder
222 raus.

223 *I: Du bist schon übergegangen zu dem zweiten Teil der Frage. Wie hast du dich da gefühlt? Kannst*
224 *du deine Emotionen in dieser Situation beschreiben?*

225 M: (Sprechpause, denkt nach) Naja ich habe das immer alles auf mich bezogen irgendwie. Ich habe
226 immer gedacht, die eine die halbwegs normal war haben sie zu mir ins Zimmer gesteckt. Da habe
227 ich auch immer noch gedacht ich kenn sie. (Schmunzelt) Ich war mal zu einer Buchvorlesung
228 meiner Lieblingsautorin und habe gedacht sie ist das. Weil sie auch immer Bücher gelesen hat,
229 auch so Mittelalterbücher. Und hab mir dann wirklich eingebildet sie haben die mir ins Zimmer
230 gesetzt, um mich auszuhorchen. Und solche Sachen. Um quasi ein Gespräch mit mir anzufangen
231 und so. Weiß ich nicht, habe mich immer irgendwie in der Falle gefühlt und hab nie wirklich
232 jemanden vertraut oder überhaupt getraut irgendwas zu erzählen. Ich hatte einfach Angst, dass sie
233 das dann gegen mich verwenden. Also du bist dann schon in einer Zwangssituation. Was machst du
234 jetzt? Vertraust du dich überhaupt noch jemanden an oder hältst am besten ganz deinen Mund. Und
235 ich habe auch die ganze Zeit keinen Psychologen zu sprechen bekommen.

236 *I: Hat sich deine Erwartungen an das Personal zwischen Ankunft und dem eigentlichen Aufenthalt*
237 *verändert?*

238 M: Ich habe ja wie gesagt Fachpersonal nie großartig zu Gesicht bekommen. Also die Schwestern
239 waren freundlich und nett, solange wie du freundlich und nett warst und nichts wolltest. Ging das
240 immer. Aber wenn ich mal telefonieren wollte, gab es da bestimmte Zeiten wo die mich ewig aufs
241 Telefon warten lassen haben, bevor ich mal meine Tochter anrufen durfte. Mit meinem Handy
242 durfte ich ja nicht telefonieren. Das waren schon solche Sachen, die mich wütend gemacht haben.
243 Am Ende waren die Leute auch überfordert. Die hatten eine übervolle Station übers Wochenende
244 und noch viel schwerer Fälle als mich. Die (redet sehr schnell) da reingefahren wurde auf einer
245 Bahre mit offenen Pulsadern, der stand die ganze Zeit auf dem Flur und du bist da vorbeigelaufen
246 und dachtest dir oh Gott. Du bist hier irgendwo falsch, du bist nicht da wo du eigentlich sein
247 solltest. Das war eine Notfall- oder keine Ahnung eine Notaufnahme, wo sie dich eben erstmal
248 zwei Tage eingesperrt haben, bis du mit einem Arzt reden kannst oder besser ein Arzt mit dir redet.
249 Und bis die dir dann mal sagen, was nun weiter passieren kann. Das einzige was passieren sollte
250 war eben, dass ich Medikamente nehmen sollte, das ich wieder zur Ruhe komme. Und das wollte
251 man mir eben so verklickern. Aber ich wollte eben keine Medikamente nehmen.

252 *I: Ich habe nun eine Skalierungsfrage vorbereitet. Ich sage dir Gefühle auf denen du dich auf einer*
253 *Skala von 1 bis 10 einordnen kannst. Es geht um die Gefühle, die du während des Erstkontakttest*
254 *empfunden hast.*

255 *1 ist unsicher und 10 ist sicher. Wie hast du dich gefühlt?*

256 M: Unsicher.

257 *I: Wo genau würdest du das einordnen?*

258 M: Eins. (Pause) Also dort in D. auf jedenfall. In H. dann nicht mehr so.

259 *I: Die 1 ist wütend und energisch, die 10 ist erschöpft.*

260 M: (schüttelt direkt den Kopf) Nein die Eins.

261 *I: Die 1 ist mutig und die 10 ist ängstlich.*

262 M: Tja, das ist schwer zu sagen. Puh, ich glaube eher eine sieben oder acht. Ich war schon nicht
263 mehr mutig. Weil ich gemerkt habe, das ich keinen Zuhörer finde. Umso mehr du mutig und
264 (stottert) energisch wurdest umso mehr haben sie dich beschnitten, ja.

265 *I: Der nächste Themenkomplex widmen sich der Aufnahme-prozedur. Die hattest du schon bisschen*
266 *beschrieben. Kannst du sie nochmal kurz zusammengefasst darstellen. Wer hat dich wie im*
267 *Krankenhaus empfangen?*

268 M: Das war ja wie gesagt sonntags, so eine Notaufnahme. Also da war so ein Bereitschafts-
269 arzt da, also ob der jetzt wirklich Psychologe oder Psychiater war, weiß ich nicht. Und der hat erstmal nur
270 meine Personalien aufgenommen und den Grund warum ich (stottert) also was eben mit mir los ist,
271 wollte er wissen. Und ansonsten hat er mir mein Zimmer gezeigt und das war es. (Senkt Lautstärke)
272 Und naja alles abgenommen, (stoppt)

273 *I: Wie hast du die Menschen die diese Aufnahme-prozedur mit dir unternommen haben,*
274 *wahrgenommen?*

275 M: Ganz normale Menschen wie ich (sehr leise). Also ich habe mich ja nicht krank gefühlt. Die
276 haben eben ihre Arbeit gemacht. Die haben jetzt nicht irgendwas gesagt, was sich gegen mich
277 gerichtet hat.

278 *I: Hast du dich sicher gefühlt?*

279 M: Eigentlich schon. In dem Moment wo ich aufgenommen wurde zu mindestens.

280 *I: Was hast du am ersten Tag im Krankenhaus gemacht?*

281 M: Tja, (denkt nach, Sprechpause). Ich habe immer versucht bisschen alleine zu sein, also für mich
282 zu sein, wenn es irgendwie ging. Bin dann in den Leseraum, wenn die anderen geschlafen haben
283 mittags. Hab da Bücher gesucht die ich lesen wollte. Habe versucht zu niemand Kontakt
284 aufzunehmen. Das war aber ziemlich schwer, weil immer irgendjemand kam und dir ein Gespräch
285 aufgedrängt hat oder wollte dir irgendwas erzählen. Ich habe das dann immer darauf bezogen das
286 alle krank sind und ich nicht.

287 *I: Du sagtest du hast gelesen, spazieren gehen ging nicht.*

288 M: Nein, laufen ging nicht. Konnte nur auf die Terrasse, ins Raucherzimmer. Tischtennis habe ich
289 gespielt, da war einer der konnte relativ gut spielen. Und ansonsten hat man ja keine großen
290 Möglichkeiten. Mehr war da ja nicht. Fernsehen schauen abends. Zu den Essenszeiten eben.

291 *I: Wie war das Essen?*

292 M: (sehr leise Stimme) Gut. Doch kann ich nicht anders sagen.

293 *I: Welchen Einfluss hatte die Aufnahme auf dein Selbstbewusstsein?*

294 M: Naja ich hatte ja, ich war ja (stoppt). Ich war ja selbstbewusst genug, um mich den Sachen zu
295 stellen. Ich wollte ja reden, die Dinge klar stellen. Ich wollte ja auch rauskriegen was dahinter
296 steckt und habe gehofft aus Gesprächen heraus zu erfahren, also ich habe nie daran geglaubt das ich
297 Gespenster sehe. Ich habe immer geglaubt, da ist irgendwas dahinter (setzt sich wieder sehr
298 aufrecht hin). Und ich wollte herauskriegen was dahinter steckt. Und das Geschehen da im

299 Krankenhaus wir mir schon klar das das kein Zuckerschlecken ist, aber das es dann halt so krass
300 manchmal war. Das hätte ich jetzt nicht so eingeschätzt. (traurig) Das ist ja auch immer schlimmer
301 geworden, mit der Zeit die ich dort war. Du hast dich wohl gefühlt, hast dich gesund gefühlt, hast
302 dich auch im Kopf gesund gefühlt und trotzdem hat man dich immer behandelt wie als wärst du
303 krank.

304 *I: Was hat dir in der Aufnahmephase besonders geholfen?*

305 M: Puhhh (atmet tief) Naja, also (pausiert) also dort in dem Krankenhaus hat mir nichts geholfen.
306 Da war alles so verfahren. Ich hab dann immer versucht für die anderen da zu sein und für die ein
307 offenes Ohr zu haben, damit ich nicht von meinen Problemen reden muss. Hab mir dann von der
308 Anderen, also die von meinem Zimmer, die Probleme angehört. Die hat sich immer total
309 aufgekratzt und hat sich wehgetan selbst. Und sie musste das lassen. Ihre Tochter hat ein Baby
310 bekommen und da haben wir eben immer gesagt, wenn sie das nicht lassen kann, sich da nicht in
311 den Griff bekommt, dann kann sie eben ihr Enkelkind nicht sehen. Und da haben wir dann immer
312 mit ihr geredet, deine die noch halbwegs normal war und ich. Die hat auch immer gestottert, immer
313 gestottert, sie konnte kaum ein Satz bis zum Ende aussprechen (lacht, atmet aus). Das war auch
314 wieder so eine komische Sache. Da haben wir ihr gesagt, sie soll sich Handschuhe anziehen, dass
315 sie sich da nichts tut. Oder die war auch so schnell aufbrausend. Da haben wir ihr gesagt, sie soll
316 erst von 5 langsam rückwärts zählen, bevor sie etwas sagt. Das sie erstmal überlegen kann. Und sie
317 soll immer an ihre Tochter und das Enkelkind denken. Und jedenfalls hat sie sich in den Tagen wo
318 ich dort war, eben total anders benommen dann. Irgendwie habe ich dann wirklich gedacht, dass ich
319 ihr wirklich helfen konnte durch das Reden. Und dabei habe ich mich natürlich auch gut gefühlt.
320 Das ich dann jemanden anderes geholfen habe. Es war schon immer so das Bedürfnis da, jemand
321 anderem irgendwie einen guten Ratschlag zu geben, damit der besser über die Runden kommt. Das
322 was ich mir eigentlich auch für mich gewünscht hätte.

323 *I: Wie gelang es dir in das Krankhaussystem zu integrieren, in D. und/oder in H.?*

324 M: Durch diese Verlegung, also dadurch das eben gar nicht mehr ging und ich eben raus wollte, bin
325 ich dann nach H. verlegt wurden. Und da war auch ein ganz anderes Umfeld. Also erstens durfte
326 ich raus, ich durfte da in D. dann auch schon raus, aber nur mal eine Stunde und wenn ich bisschen
327 zu spät kam wurde mir gedroht, das ich kein Ausgang mehr bekomme. Naja und da war ich dann
328 nur noch kurz spazieren. Naja und dann bin ich ja verlegt wurden nach H., Meine Tochter und
329 meine Schwester haben mich abgeholt, dann habe ich mich dort angemeldet, ganz normal unten an
330 der Rezeption und hab dann mein Zimmer bekommen. Das war nur eine teilweise geschlossene
331 Station und die Fälle waren eben auch nicht so schlimm. Die Menschen die dort waren, hatten eben
332 ganz andere Probleme. Das waren nicht solche akuten Fälle. Dann habe ich ein Zimmer mit einer
333 Mitbewohnerin bekommen und alles schön, freundlich, nett, durfte eben auch raus. Hab dort
334 Volleyball gespielt, hab überall mitgemacht wo ich konnte. Bin zur Gymnastik mitgegangen, habe
335 Tischtennis gespielt und alles Mögliche. Alles was ich eben mitnehmen konnte an Beschäftigung.

336 Das einzige was mir nicht gelegen hat, war so ein Singekreis in denen sie mich integrieren wollten.
337 Das war ganz komisch, die haben da so ein Lied gesungen, da sind mir sofort die Tränen
338 gekommen, da musste ich raus und sagte ich geh da nicht wieder hin (lacht). Und dann habe ich
339 gesagt, da gehe ich nicht wieder hin. Ich weiß nicht was das war, das war nicht traurig, aber
340 scheinbar hat es mich an irgendwas erinnert. Aber das wollte ich nicht. Sonst so sportlich bewegen,
341 das wollte ich schon. Das ist mir dann auch viel besser bekommen in der Zeit.

342 *I: Wann hattest du die Einsicht Hilfe anzunehmen?*

343 M: Sehr frühzeitig. Spätestens mit meiner Anmeldung in H. Ich wollte nur keine Medikamente
344 nehmen, ich wollte nur, dass mir jemand zuhört.

345 *I: Wir sind nun im letzten Teil des Interviews. Unter welchen Umständen würdest du freiwillig in
346 ein staatliches, akutpsychiatrisches Krankenhaus gehen?*

347 M: Dadurch das ich das jetzt alles schon mal durch habe und mir meine Kinder oder meine engsten
348 Freunde irgendwie sagen würden mit dir stimmt irgendwas nicht oder die sagen du bist nicht mehr
349 so wie du mal warst, würde ich mich vielleicht nochmal (unterbricht sich selbst) Also ich würde es
350 vielleicht erstmal mit einem Psychologen versuchen. Also ich würde nicht gleich wieder in die
351 Klinik gehen. Also die Erfahrung die war zu krass.

352 *I: Welche anderen Einrichtungen hast du als hilfreich erlebt und wo siehst du Ergänzungsbedarf?*

353 M: (lacht) Naja ich habe zum Beispiel nicht gleich das Glück gehabt, dass ich gleich einen
354 Psychologen gefunden habe, der Zeit für mich hatte. Und das hat mir alles viel zu lange gedauert.
355 Und als ich dann mal vorsprechen durfte, hat der gesagt, am Ende nach der viertel Stunde, als er
356 sich alles angehört hat was mir auf dem Herzen lag, hat er gesagt: „also wissen sie was, sie müssen
357 erstmal ein Stückchen runter kommen, bevor ich ihnen überhaupt helfen kann. Sie sind jetzt sowas
358 von innerlich wütend und dagegen eingestellt, das es keinen Sinn macht eine Gesprächstherapie
359 anzufangen. Sie müssen sich erstmal im Krankenhaus helfen lassen.“ Also der wollte auch das ich
360 mir mit Medikamenten erstmal helfen lasse, um im Kopf wieder bisschen durchzublicken. Und das
361 war je genau das was ich nicht wollte.

362 *I: Wäre das was, wo du Bedarf siehst? Du wurdest von einem Psychologen weggeschickt und der
363 hat dich ans Krankenhaus verwiesen... (M. unterbricht I.)*

364 M: Also ich war bei zwei Psychologen der eine hat mich ins Krankenhaus geschickt und der andere
365 hat gesagt Therapie geht nur mit Medikamenten. Und die hat gar nicht anders angefangen mich zu
366 behandeln. Und sie hat auch sofort gesagt, wenn sie Medikamente ablehnen, kann ich ihnen nicht
367 helfen. Ja und dann durfte ich wieder gehen.

368 *I: Und der Ergänzungsbedarf wäre für dich?*

369 M: Naja ich weiß ja nicht ob mir Medikamente geholfen hätten. Vielleicht hätten sie es ja. Wenn
370 ich Antidepressiva genommen hätte, was wäre denn dann geworden? Dann wäre ich ruhig gestellt,
371 dann wäre ich noch weniger ich gewesen. Klar wäre ich erstmal runter gekommen von der ganzen
372 Schose, aber ich weiß nicht. Das kann man schlecht einschätzen. Weil in der Situation wo ich

373 damals im Kopf war, war es für mich nicht akzeptabel um ruhiger zu werden. Ich wollte es bewusst
374 heraus bekommen was ist und das auch bewusst erleben.

375 *I: Es gibt auch Alternativen zu Medikamenten. Wie du schon selbst beschrieben hast, geht es um*
376 *Zuhören und das bewusste Erleben von Situationen. Welche Einrichtung kannst du dir vorstellen,*
377 *die deinen Bedürfnissen entsprochen hätte?*

378 M: Naja wenn ich zu einem Psychologe Vertrauen gehabt hätte oder Vertrauen hätte bekommen
379 können, dann hätte ich mich ja vielleicht sogar auf Medikamente eingelassen. Aber es war ja
380 niemand da mit dem ich überhaupt erstmal reden konnte. Auch in der ganzen Zeit in H., habe ich
381 nicht einen Psychologen zu Gesicht bekommen. Ich hab dann jeden Tag gefragt und da meinten die
382 nur, na sie sind ja erst drei Tage hier, gedulden sie sich doch. Ich hatte immer das Gefühl die
383 wollten das nur raus zögern, damit sie 3 Wochen von der Krankenkasse das Geld bekommen. Und
384 vorher helfen sie die gar nicht außer durch die Medikamente. So dieses Gefühl hatte ich dort. Und
385 dann bin ich ja einfach abgehauen. Meine Tochter hat nämlich meine Geheimzahl vom Konto
386 dreimal falsch eingegeben und dann kam ich an mein Geld nicht mehr ran. Und die Bank hat nur
387 ihren Sitz in J. und dann musste ich eben dahin. Da habe ich mit dem Arzt geredet bei der Visite,
388 dass ich eben nach J. muss und er hat es mir nicht erlaubt. Wegen versicherungstechnischen
389 Gründen, es ginge nur mit einer Entlassung. Und dann hab ich mich entlassen. Danach habe ich
390 mich selber über Wasser gehalten, war danach noch ambulant in Behandlung, hab mich bei der
391 auch immer wieder vorstellen müssen. Das habe ich auch gemacht. Sie hat mir auch zugehört und
392 mich gefragt was sich verändert hat. Ich fand es auch gut, dass ich die Aufgabe hatte, weiterhin an
393 2 Zirkel in der Einrichtung teilzunehmen. Das war eine Art Reha. Dann habe ich gefragt ob ich in
394 der Zeit gemeinnützige Tätigkeiten machen kann. Ich wollte alten Menschen helfen. Da ich in der
395 Tagespflege geholfen. Konnte kommen und gehen. Hatte keine festen Arbeitszeiten.

396 *I: Die letzte Frage ist: Welche krankenhausunabhängige Handlungsalternativen hast du für*
397 *Krisen?*

398 M: (denkt nach) Gespräche. Wenn ich mit K. oder L. oder meiner Schwester reden konnte, hat mir
399 das immer geholfen. Wenn ich das sagen konnte, was mich beschäftigt. Und wenn ich auch
400 gemerkt habe das man mich ernst nimmt. Das hat mir sehr geholfen und wurde mir auch immer
401 wichtiger. (Denkt nach)

402 Es tut mir auch gut mit meinem Partner G. darüber zu reden. Er hat ja leider auch alles
403 mitbekommen. Er hat viel mitgemacht, hat auch viel Angst gehabt das irgendwas passiert und hat
404 mir ständig versucht zu helfen. Das habe ich aber anders gesehen. Damals. Ich dachte ja eher der
405 beschnüffelt mich. Hab mir eingebildet, dass er mit meinem Ex- Mann unter einer Decke steckt.

406 *I: Du hast am Anfang gesagt, dass du eine Yoga- Ausbildung machen wolltest. Würdest du das als*
407 *eine Handlungsalternative betrachten?*

408 M: Also heute würde ich sagen, dass mit dem Yoga alles angefangen hat. Die Trennung von
409 meinem Mann , den Schritt zu gehen. Ich habe mich in einem ganz normalen Yoga- Lehrgang

410 angemeldet und seitdem ich dort hin gegangen bin und immer diese Übungen gemacht ging es mir
411 unwahrscheinlich gut. Wenn ich das das meinem Mann erzählt habe, hat er das nur abgelehnt und
412 abgewertet. Das hat mich sowas von geärgert das er das nicht für gut geheißen hat. Und dann war
413 irgendwie alles rebellisch in mir, weil ich das Gefühl hatte das er mir das nehmen wollte. Und
414 deshalb bin ich dann auch weiter auf der Schiene geblieben. Mit der Bewegung und so, das hat mir
415 wirklich geholfen. Das einzige was mir nicht gefallen hat, sind diese Meditationen. Mantras singen
416 und so, diese Enthaltbarkeit. Ich wollte das eigentlich nur für mich auf dieser sportlichen Basis
417 weiterführen. Und deshalb war die Ausbildung auch nicht das Richtige für mich. Wie die
418 Philosophie und der Glaube der dahinter steht, das konnte ich nicht annehmen. Das Sportliche tat
419 mir richtig gut. Ich muss da eigentlich auch wieder was finden wo ich regelmäßig hingehen kann.
420 Wenn ich abends nach der Arbeit nur nicht so faul wäre. Im Winter gehe ich das an. Ich würde ja
421 auch was anderes machen, aber es hat sich noch nichts ergeben. Wenn mal jemand hier wäre, mit
422 dem ich reden würde und der sagt: „Komm doch mit zum Handball oder Volleyball!“, dann würde
423 ich auch mitkommen.

424 *I: Vielen Dank für deine Eindrücke, deine Ehrlichkeit und deinen Mut zum Interview. Es ist*
425 *großartig wie du diese Krise bewältigt hast und wie du dein Leben selbstverantwortlich gestaltest.*
426 *Alles Gute!*

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Wörtlich übernommene Sätze oder Satzteile sind in Anführungszeichen gesetzt und als Zitat belegt. Auch bei nicht wörtlicher Übernahme von Daten/Aussagen ist die Quelle angegeben. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen und ist nicht veröffentlicht.

Bei Zuwiderhandlungen wird die Arbeit als ungenügend bewertet und die mit ihr verbundene Prüfungsleistung gilt als nicht bestanden.

Leipzig, 17.08.2015

Leithold, Karoline