

Alexandre Wullschleger

Psychoanalyse und die  
alltägliche Klinik der  
Zwangmaßnahmen in  
der Psychiatrie

Als Psychiater und Psychotherapeut, der sich der Lacan'schen Orientierung anschließt, kann ich aufgrund meiner alltäglichen Praxis in psychiatrischen Krankenhäusern und Akutstationen davon berichten, wie sehr die Beziehung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie von gegenseitigen Widerständen, Missverständnissen, Misstrauen, gleichzeitig aber auch von Neugier und Respekt geprägt ist. In der Akutpsychiatrie kursiert die Meinung, dass die Psychoanalyse für die schwerstkranken Menschen, die dort behandelt werden, nicht geeignet sei. Patienten seien nicht »einsichtsfähig« genug, bräuchten zunächst eine medikamentöse Behandlung und profitierten nur von den konkreten Ansätzen der Verhaltenstherapie. Diesen verbreiteten Annahmen möchte ich in diesem Beitrag entgegentreten, indem ich am Beispiel der Zwangsmaßnahmen veranschauliche, wie sehr die Psychoanalyse als Theorie und Praxis selbst in den kritischsten Situationen und Behandlungsverläufen eine hilfreiche Unterstützung darstellt.

Bekanntlich werden in der Psychiatrie häufig Behandlungen gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt. Zudem werden auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie Isolierungen oder mechanische Fixierungen zur Abwendung akuter Gefahrsituatio-

nen angewendet. Die Anwendung von Zwang, die im Schnitt ca. 5 bis 8 % der stationär behandelten Patienten betrifft<sup>1</sup>, kann als logische Konsequenz der »ordnungshütenden« Funktion der Psychiatrie in der Gesellschaft gesehen werden. Die Psychiatrie wird als medizinisches Fach mit der Aufgabe konfrontiert, sowohl die Sicherheit der Menschen zu gewährleisten, die sich in einer psychischen Ausnahmesituation befinden, als auch der Gesellschaft, deren Sicherheitsbedürfnis und Empfindlichkeit für »abnormales« Verhalten in den letzten Jahren noch einmal gestiegen sind. Auch wenn die Behandlung von Betroffenen gegen deren expliziten Willen in manchen Situationen lebensrettend sein kann (wie z. B. im Fall eines schweren, lebensbedrohlichen Delirs), stellt die Entscheidung, Zwang auszuüben, ein immer wiederkehrendes ethisches Dilemma für in der Psychiatrie Tätige dar. Auch dank der zunehmenden Aufmerksamkeit internationaler Verbände und Gesellschaften rücken diese ethischen Fragen in den Fokus der gesundheitspolitischen und psychiatrischen Agenda.<sup>2</sup> Darüber hinaus sind heutzutage die potenziellen Konsequenzen von Zwangsmaßnahmen bei den Betroffenen bekannt, von Todesangst und Erniedrigung bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen.<sup>3</sup>

Wenn Betroffene über erlebte Zwangsmaßnahmen sprechen, erwähnen sie meistens ein unerfülltes Bedürfnis nach Präsenz, Zuhören und Zeit. Sie nehmen sie zudem vorwiegend als Konsequenz mangelnder oder ungenügender Beziehung zu den Mitarbeitenden wahr.<sup>4</sup> Dabei sehen in der Psychiatrie Tätige klinische und psychopathologische Aspekte vorwiegend als entscheidend im Einsatz von Zwangsmaßnahmen und betonen meistens, wie sehr sie sich bemühen, den Patienten Zeit zu widmen, bevor sie Zwangsmaßnahmen anwenden. Diese unterschiedlichen Wahrnehmungen von Betroffenen und Professionellen zeigen, dass in den akuten Situationen, die zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen führen, eine Dimension überfällig und ungehört bleibt, der ich mich in diesem Beitrag anhand der Lacan'schen psychoanalytischen Theorie annähern möchte.

Bedauerlicherweise finden psychoanalytische Ansätze in der Betrachtung von Zwangsmaßnahmen kaum Anwendung. Ob aus Angst, Scheu oder gewollter Abgrenzung von diesem Thema –

dieser Bereich wird der institutionellen Psychiatrie überlassen. Festgestellt werden kann nur, dass in diesem Feld beide Disziplinen wenig voneinander wissen bzw. wissen wollen.

In der Praxis werden Zwangsmaßnahmen in erster Linie aufgrund einer unmittelbaren Gefährdung im Rahmen von akuten Exacerbationen einer psychotischen Erkrankung wie z. B. einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung angewendet. Die meisten Zwangsmaßnahmen finden kurz nach einer Aufnahme gegen den Willen der Betroffenen statt. Oft liegen wahnhaftige Symptome, Halluzinationen und eine beträchtliche Desorganisation des Denkens der akuten Situation zugrunde. Betroffene fühlen sich häufig bedroht und verfolgt, in diesen Situationen stellt die Gestaltung einer tragfähigen Beziehung eine erhebliche Herausforderung dar. Die Anwendung des Begriffs der psychotischen Übertragung auf diese besondere Beziehungskonstellation ermöglicht eine Neubeleuchtung, aus der mögliche Interventionen und praktische Ansätze abgeleitet werden können. Alfredo Zenoni hat die psychotische Übertragung als eine umgekehrte Übertragung definiert, in der ihre Richtung, die bei Neurotikern vom Subjekt zum Anderen im Sinne des *sujet-supposé-savoir* gehe, umgekehrt sei: Im Fall der Psychose gehe die Übertragung vom Anderen zum Subjekt und das psychotische Subjekt sehe sich als Objekt des Genießens des Anderen, als geliebtes oder verfolgtes Opfer seines Begehrens.<sup>5</sup> Es kann angenommen werden, dass akute Situationen, in denen der Psychotiker im Rahmen seiner Erkrankung bereits mit einem »ausgelagerten Genießen« (frz. *jouissance délocalisée*) im Sinne Malevals konfrontiert wird<sup>6</sup>, zu einer Zuspitzung dieser Übertragungskonstellation führen und dass Stationsmitarbeitende als Vertreterinnen und Vertreter der Institution oft zu Personifizierungen eines unbarmherzigen und grausamen Anderen werden. Oft bleibt dem Subjekt nur der *passage à l'acte* als einziger Ausweg, als einzige Möglichkeit, dieser realen Bedrohung zu entgehen. So sind Professionelle in solchen Situationen mit der Frage konfrontiert, wie sie als Vertreterinnen und Vertreter einer Institution, die zur Aufgabe hat, die radikale Handlung des *passage à l'acte* zu vermeiden und das verwüstende und grenzlose Genießen der psychotischen Krise zu bändigen, einen Anderen verkörpern können, der sich nicht in diese dyadi-

sche und bedrohliche Übertragungskonstellation einklemmen lässt. Das Bewusstwerden dieser ungünstigen Übertragungskonstellation bei den in der Psychiatrie Tätigen und des darin liegenden Gefahrenpotenzials scheint unabdingbar zu sein, da nur so versucht werden kann, durch einen *pas de côté* (Schritt zur Seite) aus dieser affektgeladenen, bedrohlichen Situation herauszukommen. Nur durch die Wahrnehmung dieser gegenseitigen Bedrohung kann trotz der oft sehr angespannten Situation gewagt werden, dem Subjekt Zeit zu widmen, um ihm und seinem im Wahn ausgedrückten Leiden zuzuhören. In dem Moment kann dann ein Anderer verkörpert werden, der sich nicht in das Register des Verstehens einschreibt, über kein Wissen über das Subjekt und seine subjektive Realität verfügt, sondern sich in eine authentische Position des Nicht-Wissens begibt und dadurch diese Gestalt eines bedrohlichen, omnipotenten Anderen »unvervollständig« (*décomplète*).<sup>7</sup>

Erst wenn in der Psychiatrie Tätige sich ihrer Position als Verfolger bzw. Vertreter einer verfolgenden Institution bewusst werden, können sie trotz der oft sehr ausgeprägten Krankheitserscheinungen versuchen, die individuellen Wünsche und Ängste der Betroffenen zu berücksichtigen. Ein flexibler Umgang mit Regeln, eine transparente Handhabung von Prozeduren und Entscheidungen, eine unzweideutige Sprache – die die Versuchung des Verstehens und der Deutung meidet – und eine offene, fragende und interessierte Haltung sind dabei wichtige Werkzeuge, die in der Praxis helfen können, diesen Anderen zu verkörpern, der sich an die Seite des Patienten stellt.<sup>8</sup> In vielen Situationen erweist sich auch die Anerkennung der eigenen Grenzen und die Äußerung eigener Gefühle und Bedürfnisse seitens der Mitarbeitenden als ein wichtiges Mittel, die imaginäre Dimension der akuten Situation und ihr Bedrohungspotenzial zugunsten der subjektiven Realität der Beteiligten zu lindern. So kann es manchmal gelingen, auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu verzichten.

Wenn sich diese nicht vermeiden lassen, sollte jede Durchführung von Zwangsmaßnahmen unter diesen Aspekten der Übertragung betrachtet werden. Denn Betroffene berichten, dass das Gefühl, während der Zwangsmaßnahmen fair behandelt und

respektiert zu werden, eine entscheidende Rolle in der Wahrnehmung dieser Situationen spiele.<sup>9</sup> Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen geht damit einher, dass auf das Gesetz Bezug genommen wird, wobei die Dimension der gesellschaftlichen Kontroll- und Regulierungsfunktion der Psychiatrie deutlich wird. Entscheidend ist aber, ob diese Funktion dem Patienten dient, d. h. unter Berücksichtigung seiner individuellen psychischen Situation, oder im Sinne einer reinen Verhaltenskontrolle und Gewaltausübung erfüllt wird. Auch den Mitarbeitenden, die in solchen Übertragungskonstellationen gefangen werden, droht die Gefahr, durch einen *passage à l'acte* der Situation zu entkommen. Wenn also über die klinische Situation nicht sorgfältig und transparent reflektiert wird, kann sich dieses Gewaltpotenzial in seiner realen, unbegrenzten Dimension des Genießens eines massiven körperlichen Eingriffs äußern.

Selbst nach dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen stellt dieser Aspekt der Übertragung für die Praxis eine wichtige Orientierung dar. Um dies zu veranschaulichen, möchte ich noch eine Intervention vorstellen, die zwar nicht (nur) als ein psychoanalytischer Ansatz entwickelt wurde, die aber eine konkrete Unterstützung im Umgang mit der psychotischen Übertragung darstellt. Die Arbeitsgruppe »Sozialpsychiatrie und Versorgungsforschung« der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat 2016 ein Instrument zur Durchführung einer Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen entwickelt und erforscht.<sup>10</sup> Es ist ein Leitfaden, der Professionellen helfen soll, ein Gespräch über den Einsatz von Zwang mit den Patientinnen und Patienten zu führen, was die Betroffenen sich in den meisten Fällen ausdrücklich wünschen.<sup>11</sup> Dieses Gespräch findet in der Regel einige Tage bzw. Wochen nach der/den Zwangsmaßnahme/n statt, wenn der/die Betroffene sich dazu emotional in der Lage fühlt, und wird von einem Teammitglied moderiert, das an der akuten Situation nicht beteiligt war. Daran nehmen neben der betroffenen Patient\*in ein anderes Teammitglied ein Mitarbeiter der Station, der direkt an der Entscheidungsfindung Zwang anzuwenden mitgewirkt hat, und eine Bezugsperson der Patient\*in teil, wenn von ihr gewünscht. Der Leitfaden und die Moderation sorgen dafür, dass alle wichtigen Aspekte der Situation thematisiert werden und dass alle Teilneh-

mende sich möglichst frei über ihre Wahrnehmung und Gefühle äußern können. Nach einem ersten Teil, in dem die Patient\*in und der/die Stationsmitarbeitende ihre eigene Sicht über die akute Situation und ihre dazugehörigen Gefühle äußern dürfen, folgen Fragen zur Durchführung der Maßnahme, den möglichen Alternativen und den Bedürfnissen der Patient\*in während und nach der Zwangsmaßnahme. Erste Ergebnisse der Begleitforschung zeigen, dass Betroffene und Mitarbeiter diese Intervention durchaus als positiv bewerten, und es zeichnet sich ab, dass diese Form der Nachbesprechung möglicherweise einen positiven Effekt auf die subjektive Wahrnehmung von Zwang und die Entwicklung posttraumatischer Symptome hat. Die bisherige Erfahrung zeigt, wie sehr diese Gelegenheit, über diese gewaltvollen Situationen zu sprechen, einerseits den Betroffenen hilft, ihre Psychose-Erfahrung neu bzw. anders zu betrachten, und andererseits den Mitarbeitenden die Chance bietet, über ihre eigene Erfahrung und Praxis mit und bei diesen Patient\*innen, aber auch über ihre Angst im Umgang mit Psychose zu reflektieren.

Aus psychoanalytischer Sicht bildet diese Form der Nachbesprechung also eine Möglichkeit, diese besondere Übertragungskonstellation nachträglich zu berücksichtigen und die Erfahrungen der Beteiligten anders zu beleuchten. Die Beteiligung eines Dritten und der offene Austausch erlauben eine Triangulierung einer sonst dyadischen Beziehung (auch zwischen der Patient\*in und der Institution), die zum Teil für die Eskalation der akuten Situation verantwortlich gewesen ist. Die Berücksichtigung der individuellen Gefühle und Wahrnehmungen hilft auch, die imaginäre Beziehung neu zu betrachten und durch eine gelebte Authentizität jenseits des Wahns und der Angst die Positionen der Beteiligten neu zu definieren. Darüber hinaus wird seitens der Mitarbeitenden ein Raum für die Individualität des Subjekts geschaffen, und das Anhören der besonderen Erfahrung erlaubt ihnen, sich von vorgefertigten Rollen und Krankheitsauffassungen zu verabschieden. Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen kann also als ein Versuch gesehen werden, freiheitsentziehende Maßnahmen und deren (teilweise) schädliche Konsequenzen sowie die Beziehung der Patienten zu der psychiatrischen Institution unter psychoanalytischen Aspekten zu betrachten und dem-

entsprechend zu behandeln. Als solche stellt sie auch einen modifizierten psychotherapeutischen Ansatz dar, der praxistauglich und für schwerstkranke Menschen zugänglich ist. Es ist zu hoffen, dass in Zukunft ein fruchtbarer Austausch zwischen Psychoanalytikern und in der Psychiatrie Tätigen stattfinden kann, der in die Entwicklung neuer gemeinsamer theoretischer und praktischer Ansätze mündet, denn Zwangsmaßnahmen stellen eine ethische und klinische Herausforderung in der Behandlung schwerstkranken Menschen dar, die nicht nur dem psychiatrischen Feld überlassen werden sollte. —

- 1) Vgl. Flammer, Erich / Steinert, Tilman: Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. In: *Frontiers in Psychiatry*. 2015, 6. Jg., S. 153
- 2) Vgl. Szmukler, George: *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: ›Rights, will and preferences‹ in relation to mental health disabilities*. In: *International Journal of Law and Psychiatry*, Heft 54, S. 90–97
- 3) Vgl. Frueh, Bartley Christopher et al.: *Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting*. In: *Psychiatric Services*. 2005, 56. Jg., Heft 9, S. 1123–1133
- 4) Vgl. dazu Wullschleger, Alexandre et al.: *Beiträge zur Vermeidung von Zwang in der Akutpsychiatrie*. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. 2018, 86. Jg., Heft 8, S. 500–508.
- 5) Vgl. Zenoni, Alfredo: *Sich in der psychotischen Übertragung orientieren*. Übers. Alexandre Wullschleger. In: *RISS – Zeitschrift für Psychoanalyse*. 2019, Heft 90, S. 60–79
- 6) Maleval, Jean-Claude: *Délocalisation de la jouissance et perplexité angoissée*. In: *Logique du délire*. Rennes 2011: Presses Universitaires de Rennes, S. 123–153
- 7) Vgl. Zenoni, *Psychotische Übertragung*, S. 76 f.
- 8) Vgl. Mahler, Lieselotte; Jarchov-Jadí, Ina; Montag, Christiane; Gallinat, Jürgen. *Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. 2014, Köln: Psychiatrie Verlag.
- 9) Vgl. Katsakou, Christina et al. *Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients*. In: *Psychiatric Services*. 2010, 61. Jg., Heft 3, S. 286–292
- 10) Vgl. Wullschleger, Alexandre et al. *Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie*. In: *Psychiatrische Praxis*. 2019, 46. Jg., Heft 3, S. 128–134
- 11) Vgl. Mielau, Juliane et al. *Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientensperspektive*. In: *Psychiatrische Praxis*. Jahr 44. Jg., Heft 6, S. 316–322