

Tjark Kunstreich

Der Wahnsinn in der Sozialen Arbeit

Anmerkungen zum Umgang mit psychotischen Menschen außerhalb der (sozialen) Psychiatrie¹

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte mich zuerst für die Einladung herzlich bedanken und für die Möglichkeit, Ihnen einige meiner Überlegungen vorzutragen. Ich vertrete hier keine Institution oder gar die Sozialpsychiatrie, auch wenn ich mit ihren Überresten tief verbunden fühle; für das, was ich Ihnen vortrage, bin nur ich haftbar zu machen. Außerdem kann und möchte ich Ihnen keinerlei konkrete Ideen oder gar Handlungsanweisungen anbieten, wie Sie in Ihrer Praxis mit psychotischen Menschen umgehen könnten; vielmehr möchte ich Sie zu einer gemeinsamen Reflexion des Verhältnisses von Wahnsinn und Gesellschaft einladen, um über die Funktion der Sozialen Arbeit als Profession nachzudenken. Was die Psychiatrie angeht, denke ich, dass es manchmal sinnvoll sein kann, pauschalisierend zu sprechen: aber wenn es um Kooperationen und Netzwerke geht, halte ich das für wenig zielführend. Bei dem Vortrag von Heinz Schoibl gestern sind mir einige Gedanken durch den Kopf gegangen, die ich Ihnen zu Anfang meines Vortrags thesenartig darstellen möchte.

1. Das Problem der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und extramuralen Einrichtungen betrifft nicht nur die Wohnungslosenhilfe, sondern alle anderen ambulanten Einrichtungen genauso. Über die Ursachen lässt sich streiten, eine ist aber sicherlich eine inkonsequente Ambulantisierung.
2. Was ist die Psychiatrie? Inwieweit können wir aus unserer Perspektive auch berücksichtigen, wie zugespitzt zum Beispiel die Situation auf akutpsychiatrischen Stationen sich darstellt? Wäre es unter Umständen nicht sinnvoll anzunehmen, dass auch hier Profis mit unzureichenden Ressourcen versuchen, gut genug zu sein?
3. Wer ist ein Fallführender? Was soll eine Fallführung sein? Wie soll eine psychiatrieerfahrene Hilfesuchende von einer Psychiatrie begleitet werden, die sie ablehnt? Ist der Fallführende in diesem Sinne nicht immer die Klientin oder der Klient? So oder so?
4. Woran liegt es, dass die Psychiatrie, die es als solche ebenso wenig gibt, wie die

¹ Vortrag bei der Jahrestagung der österreichischen Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe am 15.5.2012 in St. Pölten. Für Anregungen und Kritik möchte ich Renate Göllner, Dr. Andrea M. Pavlik und Ilja Ruhl danken.

Wohnungslosenhilfe, als die „schwierigste“ und „lästigste“ Schnittstelle bezeichnet wird? Könnte es sein, dass die psychiatriee erfahrenen Menschen, die in Ihren Einrichtungen auflaufen, wo wenig in einen Rahmen passen?

5. Geht es also vielleicht weniger um die Psychiatrie als um die psychisch Kranken?

Im Folgenden verzichte ich der Form meines Vortrags halber auf Zitate, was nicht heißt, dass die Gedanken, die ich hier vorstelle, nicht von anderen gedacht oder angeregt wurden. Mir ging es darum, möglichst ohne Fachbegriffe oder Rückgriff auf Autoritäten Schlussfolgerungen aus beruflichen Erfahrungen zu ziehen, die selbstverständlich nicht ohne Theorie auskommen. Deswegen habe ich die für mich sehr wichtige Rede von D.W. Winnicott „Die psychisch Kranken unter den Fällen der Sozialarbeiter“ der Tagungsmappe beigelegt sowie einige Literaturempfehlungen, die für mich gewinnbringend waren, im Anhang aufgelistet; Sie werden sie in der Dokumentation dieser Tagung finden. Ob und inwieweit ich diesen Autorinnen und Autoren gerecht werde, überlasse ich Ihnen.

Herr Müller – der selbstverständlich anders heißt – gilt aufgrund seines Verhaltens als „Systemsprenger“. Ich habe ihn ein Jahr lang „betreut“, wie es offiziell genannt wird. Betreuung, Betreut-werden ist jedoch eine Begrifflichkeit, die von den meisten Klientinnen und Klienten ambulanter Angebote eher vermieden wird. Wenn ich mit ihnen unterwegs bin, werde ich anderen gegenüber als „Das ist mein Sozialarbeiter“ vorgestellt. Ich selbst ziehe die Bezeichnung „Begleitung“ vor, die den zeitlich begrenzten Rahmen oder den Aspekt einer lebenslangen Begleitung implizieren kann, aber die aus dem Klienten oder Klientin nicht in dem Maß ein Objekt macht. Im *Wörterbuch des Unmenschen* wird Betreuung als jene Art von Terror bezeichnet, für die der Betreute dankbar zu sein hat; auch wenn sich dies auf Verhältnisse bezieht, die wir überwunden glauben, steckt doch genau jener Rest der Gewalt auch heute noch in diesem Wort, im Sinne einer Drohung. Herr Müller lässt sich nicht betreuen, er lässt sich aber begleiten – aus meiner Erfahrung ist dieses Herangehen für das eigene professionelle Selbstverständnis aus einer ganzen Reihe von Gründen heraus für die Begegnung mit Menschen in psychischen Ausnahmezuständen zentral. Darauf werde ich noch zu sprechen kommen.

Herr Müller, von dem ich Ihnen weiter berichten möchte, hat Phasen von Gewalttätigkeit hinter sich, die zum Verlust seiner Wohnung führten. Subjektiv fühlte er sich bedroht von den Nachbarinnen und Nachbarn, die wiederum Angst vor ihm hatten. Er wurde mit 19 Jahren als schizophren diagnostiziert und war oft in der Psychiatrie, hat ständig neue Medikamente bekommen, die er dann absetzte, weil er den Zustand, ohne Psychose zu sein, nicht aushielt; er war irgendwann überschuldet, weil er kostenpflichtige Onlinedienste nutzte und ständig mit dem Handy telefonierte. Er ist also einer jener Klienten und Klientinnen, die ebenso gut in der Wohnungslosenhilfe hätten landen können – und die ja der Grund sind, weshalb Sie mich eingeladen haben.

Eines morgens jedenfalls – es war unser wöchentliches Frühstücksritual, ich brachte ihm Semmeln und Aufstrich mit und wir planteten die Woche – war Herr Müller sehr aufgeregt. In der Zeitung hatte er gelesen, dass Anders Breivik, der Attentäter von Utöya und Oslo, von einem psychiatrischen Gutachter aufgrund einer paranoiden Schizophrenie für schuldunfähig befunden wurde; er befürchtete nun, alle Schizophrenen könnten als gewalttätig abgestempelt werden. Er wisse ja, wie das sei, sagte er, er könne sich nicht vorstellen, dass man in einer Psychose eine solche Tat begehen könne: Dazu sei die Psychose viel zu unberechenbar. Ich war sehr überrascht. Herr Müller sprach selten darüber, wie er seine Erkrankung wahrnahm, er sprach zumeist um Zeiten und Orte seiner Unternehmungen und Abläufe, derer er sich im Gespräch immer wieder versichern musste. Ich dachte spontan an den Ausspruch „If you are paranoid, it doesn't mean nobody's behind you“ – und fragte Herrn Müller, was genau er denn so bedrohlich finde. Er meinte, alle Schizophrenen würden so zu potentiellen Massenmördern erklärt. Und er habe ja auch solche Vorstellungen gehabt, aber er habe es doch nie getan und würde es nie tun. Ich fragte ihn, was er sich denn vorgestellt hätte. Er sagte, er habe sich vorgestellt wie es ist, allein zu sein auf der Welt. Er habe manchmal eine solche Sehnsucht danach, der einzige Mensch auf Erden zu sein. Dann aber sei diese Vorstellung das Schrecklichste überhaupt und er könne gar nicht allein sein. Dann gehe er in den Park oder ins Kaffeehaus und beobachte die Menschen, bis er es nicht mehr aushalte und wieder allein sein müsse.

Ich habe nicht nach den gewalttätigen Fantasien gefragt, die Herr Müller nur angedeutet hat – viel wichtiger war mir, dass er *wusste*, dass sich diese Vorstellungen *in ihm* abspielten, und außerdem hatte ich den Eindruck, dass er Schuldgefühle hatte wegen dieser Vorstellungen, die ich nicht verstärken wollte. Ich sagte ihm stattdessen, dass ich seine Sorge verstehen könne, dass es ängstigend sei, wenn ein scheinbar so rational geplantes und kalt durchgeführtes Verbrechen mit der psychotischen Erfahrung, von der er mir berichtete, in eins gesetzt würde. Herr Müller wechselte daraufhin das Thema und begann zu frühstücken. Ich hatte den Eindruck, dass es in diesem Moment nur darum gegangen ist, Grenzen wiederherzustellen, die für Herrn Müller durch die Zeitungsnachricht bedrohlich verschoben worden waren: die Grenze zwischen psychotischer Gewaltfantasie und wirklichem Verbrechen, die Grenze zwischen Schuldgefühl und realer, vor einem Gericht zu verhandelnder Schuld und nicht zuletzt die Grenze zwischen Denken und Verneinung des Denkens.

Ich werde darauf zurückkommen, wie Herr Müller in dieser Situation eigentlich alles, was mit Schizophrenie diagnostizierte Menschen über sich aussagen, zum Ausdruck gebracht hat und wie es zum Verständnis ihres Erlebens beitragen kann. Doch zunächst möchte ich einige Gedanken wiedergeben, die mich nach diesem kurzen Gespräch beschäftigt haben. Mich hat dieses Gespräch ins Denken gebracht; ich hatte von dem furchtbaren Verbrechen gehört und war auch verwundert, als es hieß, Breivik leide an einer Psychose. Dass Herr Müller das als so massiven Angriff auf sich erlebt hatte, war mir zunächst ein Rätsel, bis ich, weil meine Aufmerksamkeit nun darauf gerichtet war, wahrzunehmen meinte, dass in Gesprächen und Zeitungsartikeln tatsächlich Psychose und Gewalt immer häufiger in einem Atemzug genannt wurden und

werden. Hatte Herr Müller seine paranoiden Vorstellungen in mich hineingelegt – er selbst erlebt ja die Psychose als äußerst gewaltvoll –, weil sie für ihn unaushaltbar waren? Oder hatte er, mit der oft beängstigenden Sensibilität, die schizophrene Menschen besitzen, mich sensibilisiert für etwas, das meiner Wahrnehmung bislang entgangen war? Ich erkläre mir diese Sensibilität mit der Durchlässigkeit der Grenzen, die für Menschen in der Psychose typisch ist und unter der sie leiden, weil sie nicht unterscheiden können, was zu ihnen gehört und was nicht; zugleich nehmen sie Stimmungen im anderen wahr, was für mich oftmals verblüffend, manchmal auch beängstigend ist. Diese Sensibilität wie die Fähigkeit, den anderen das Unerträgliche spüren zu lassen, sind nicht voneinander zu trennen; Herr Müller hatte mir mit dem Inhalt seiner Vorstellungen zugleich etwas von seiner Art, also der Form, wahrzunehmen übergeben, um zu sehen, ob ich diese Inhalte mit der Form in Übereinstimmung bringen könnte. Bemerkenswert war für mich, dass es um bewusste Gedanken ging, die für Herrn Müller offenbar genauso unaushaltbar waren und sind wie die zerstörerischen Fantasien, für die er keine Worte findet, wohl deshalb, weil der Zusammenhang zwischen Denken und Wahrnehmen für ihn sehr bedrohlich ist.

In der Folge bearbeitete ich also diese Gedanken, Herr Müller sprach sie nicht mehr an. In Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen, die psychisch kranke Menschen begleiten, stellte ich fest, dass sie ebenfalls meinten wahrgenommen zu haben, dass die Angst vor Menschen in der Psychose größer wird, weil Psychose mit Gewalt assoziiert wird – trotz aller Anti-Stigma-Kampagnen. Ich habe mich und andere befragt, ob wir denn eine Zunahme an Gewalt feststellen könnten: Die Antwort war einhellig Nein, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Kolleginnen von akutenpsychiatrischen Stationen oder um Kollegen aus der extramuralen Versorgung handelte. Zugleich aber wurde die nicht näher begründete Befürchtung ausgesprochen, dass es außerhalb des sozialpsychiatrischen Kontextes vermehrt zu Gewalt gegen psychotische Menschen komme. (Kurz zur Erläuterung: Wenn ich von Gewalt spreche, meine ich hier körperliche, unmittelbare Gewalt, die zu schweren Verletzungen führen kann.) So wurde im August 2011 in Berlin-Reinickendorf eine psychisch kranke Frau von einem Polizisten erschossen, als diese sich einer Zwangseinweisung widersetzte. Sie ging mit einem Messer auf die Beamten los. Im März 2012 wurde im Wiener 15. Bezirk eine Frau, die sich offenbar in einer akuten Psychose befand, von neun Polizeikugeln lebensgefährlich verletzt, auch sie hatte die Beamten angegriffen. Ob sich aus diesen Ereignissen eine Tendenz ablesen lässt, kann und will ich nicht beurteilen; und schon gar nicht möchte ich hier Vorurteile gegen Polizisten schüren, die im Umgang mit psychotischen Menschen oft überfordert, aber eben diejenigen sind, die dann anrücken, wenn niemand anders mehr weiter weiß. Interessant ist, dass solche extremen Vorfälle, in denen eine Eskalation nicht vermieden werden konnte, in den Medien stärker mit der psychischen Erkrankung der Opfer in einen Zusammenhang gebracht wird: So stand über den Wiener Vorfall zu lesen, dass Pfefferspray bei psychotischen Menschen nicht wirke. Das ist in dieser Allgemeinheit natürlich Unsinn. Außerdem scheint der geschlechtsspezifische Aspekt eine Rolle gespielt zu haben, dass sich in diesen Situationen Frauen gewalttätig und entgrenzt gebärdet haben.

Am auffälligsten war für mich jedoch die Selbstverständlichkeit, mit der spektakuläre Bluttaten der letzten Jahre mit einer psychischen Erkrankung der jeweiligen Täter in Verbindung gebracht wurden, gerade wenn diese zuvor unauffällig gelebt hatten. Zuletzt war dies bei Mohammed Mehra der Fall, dem Attentäter von Toulouse. Anders Breivik wurde aufgrund der Diagnose Schizophrenie zunächst für schuldunfähig erklärt – nicht die Diagnose, sondern das Verdikt der Schuldunfähigkeit löste in Norwegen einen Sturm der Entrüstung aus. Ein Ergänzungsgutachten stellte nun fest, dass Breivik durchaus schuldig sei, weil eben die diagnostischen Kriterien der Psychose von ihm gar nicht erfüllt würden². So wahnsinnig die Tat ist, so wenig wahnhaft handelte Breivik. Dass es eben auch einen Wahnsinn geben kann, der nicht unmittelbar aus der Pathologie einer einzelnen Person entspringt, scheint etwas zu sein, über das sich nur schwer nachdenken lässt, zumal in der Kultur diese Verbindung allgegenwärtig ist. Ich musste, als ich mich mit Breivik und seiner fraglichen Diagnose befasste, an die skandinavischen Kriminalromane von Henning Mankell, Stieg Larsen und anderen denken, in denen das Böse immer krank ist. Die Täter sind so unglaublich krank, dass sie nur böse sein können, und zugleich so böse, dass sie nur krank sein können. In diesen Romanen wird die Trennung zwischen „krank“ und „böse“ und damit die wichtige Unterscheidung zwischen Schuldfähigkeit und Schuldunfähigkeit aufgehoben – folglich gibt es keine andere Lösung, als die Täter am Ende zu töten, denn eine forensische Unterbringung kann, siehe Breivik, offenbar nur schwer als angemessen für ein grausames Verbrechen anerkannt werden: der Täter ist zu böse; zugleich ist der Täter zu krank, um ins Gefängnis zu gehen, und seine Taten sind zu krank, als dass sie mit den Mitteln der Rechtsprechung geahndet werden könnten. Da bleibt nur die Tötung der Täter, ohne Todesurteil, ein Schuss aus Notwehr oder Suizid. Das böse und kranke Individuum, das furchtbare Verbrechen begeht, wird einer gesunden und guten Gesellschaft gegenüber gestellt, die angesichts solch kranker Grausamkeit hilflos ist. Es wird also eine Grenze aufgelöst (die zwischen krank und böse), um eine andere zu ziehen: die zwischen der Gesellschaft und dem Wahnsinn.

Könnte es sein, dass etwas von dieser scharfen Grenzziehung in unser Denken eingedrungen ist? Mir fiel auf, dass, auch von mir, bei Neuaufnahmen von Klientinnen und Klienten viel häufiger und intensiver nach Gewalt gefragt wird. Aus meiner beruflichen Erfahrung weiß ich aber, dass Gewalt immer ein soziales Verhältnis ist: Oft genug habe ich Klienten übernommen, die als gewalttätig beschrieben worden waren, die ich selbst aber nie so erlebt habe. Ich kenne durchaus Situationen, die so eskaliert sind, dass ich die Polizei rufen musste; ich stellte mir und den betreffenden Klientinnen und Klienten danach immer die Frage, was wir hätten tun können, um das zu verhindern. Selbst in den Situationen, in denen ich körperlich angegriffen wurde, vermittelte sich mir der Eindruck, dass ich nicht persönlich gemeint bin – sonst hätte ich schwerlich mit diesen Menschen weiter arbeiten können. Deswegen möchte ich auch von *Gewalt in einer psychotischen Situation* sprechen, nicht von gewalttätigen Psychotikerinnen und Psychotikern: In der Nachbetrachtung solcher Geschehnisse ist mir in Supervisionen deutlich geworden, dass auch mein Denken und das meiner

² Vgl.: Der Wahnsinnige soll gesund werden (sic), <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,808964,00.html>, Seitenaufruf 7.4.2012

Kolleginnen und Kollegen ausgefallen war. Ich kann mich an solche Situationen erinnern, in denen ich selbst von Angst überflutet wurde, in denen ich keinen Halt in meiner professionellen Rolle mehr hatte – das gilt auch für verbale Angriffe und persönliche Übergriffe. Ich fürchte solche Situationen heute noch, aber sie sind manchmal unvermeidbar – umso wichtiger ist die Fähigkeit, solchen Situationen im wahrsten Sinne des Wortes *nachzudenken*, sie wieder ins Denken zu holen und so die eigene Integrität und die des Klienten oder der Klientin wiederherzustellen. Das Bewusstsein davon, dass dies möglich ist – und ich habe im Kontext solcher Erlebnisse noch nie einen Beziehungsabbruch seitens der Klientin oder des Klienten erlebt und auch von Kolleginnen und Kollegen selten davon gehört –, macht solche Situationen nicht weniger furchtbar, aber es nimmt ihnen die Aura der Unaushaltbarkeit, sie werden wenigstens denkbar. Für die Klientinnen und Klienten bedeutet die Erfahrung, dass ihr Impuls zur Wiedergutmachung, der sich in Scham und Schuldgefühlen äußert, ernst genommen und aufgegriffen wird, eine Möglichkeit, aus der Sprachlosigkeit der psychotischen Angst heraus zu treten und Worte für die Situation zu finden. Aus meiner Erfahrung sind solche psychotischen Situationen auch nicht nur wegen des Potentials von Gewalt erschreckend, sondern weil in ihnen deutlich wird, dass das psychotische Erleben in uns allen schlummert und mobilisierbar ist und eben nicht das Erleben der anderen ist. Dieser Gedanke ist vielleicht gewöhnungsbedürftig und hat etwas Erschreckendes gerade für Professionelle in einem Feld, in dem die Abgrenzung vom Wahnsinn eine so zentrale Aufgabe darstellt; aber wir sollten diese Abgrenzung nicht mit der Ausgrenzung der Wahnsinnigen verwechseln.

Könnte es also sein, dass es weniger psychotische Menschen als die psychotischen Situationen sind, die uns Angst machen? Wir hätten es gern, dass ausschließlich jene, die entsprechend diagnostiziert sind, diese zerstörerischen Fantasien haben, die sie zeitweise ausleben – und wenn sie es denn tun, hat das nichts mit uns zu tun: es ist dann *deren* Psychose. Als Gruseffekte in Kriminalromanen oder in Fernsehserien erscheinen diese Fantasien als aushaltbar und manchmal sogar lustvoll, aber nicht in uns selbst. Das Problem ist, dass damit das psychotische Moment des Erlebens außerhalb des Sozialen gestellt wird, obwohl es allgemeinmenschlich ist, eine Möglichkeit des Erlebens wie andere auch, nur dass es viel tiefer an primitive und deswegen beängstigende Schichten anknüpft als andere. Im Sozialen ist die kollektive Psychose akzeptiert: Wie es vom Ressentiment zum Pogrom kommt, könnte ähnlich beschrieben werden wie der Prozess, der individuell von der Wahnvorstellung zu ihrem Exorzismus in der Gewalttat verläuft. Wahn ist also auch eine Frage der Definition durch Mehrheiten, wie der Nationalsozialismus eindrücklich bewiesen hat – und gerade die kollektiven psychotischen Situationen legitimieren sich durch die Ausgrenzung der einzelnen Wahnsinnigen und deren Vernichtung. Das ist geschehen, und es wäre fahrlässig von uns, die Angst vor Vernichtung, die auch einen realen – aber dennoch ebenfalls psychotischen – Kern hat, nicht anzuerkennen.

Die Überzeugung meiner Klientin Frau Huber, die ebenfalls anders heißt, ihr Psychiater wolle sie umbringen, ist eben nicht nur eine psychotische Wahrnehmung, sie hat auch einen realen Gehalt. Als ich sie

ermutigte, diese Angst gegenüber dem Arzt zu äußern, war sie zunächst der Meinung, ich würde sie damit zum Tode verurteilen, weil sie annahm, dass nur die strikte Befolgung der Anweisungen ihres Arztes sie vor dem Ermordetwerden bewahrte – nie würde sie mit ihm sprechen, denn wenn sie sich als die Person zeigen würde, die sie sei, wäre alles vorbei. Ich begleitete Frau Huber dann zu einem Termin, weil sie schwere Nebenwirkungen aufgrund einer neuen Medikation hatte, die diese Ängste noch verstärkten, und sie fand den Mut zu sagen: „Herr Doktor, ich lebe doch so gern.“ Der Arzt war etwas verwirrt. Ich fragte Frau Huber, ob ich dem Arzt erzählen dürfe, was der Hintergrund dieses Satzes sei. Frau Huber sagte ja, aber wollte lieber hinausgehen – das hatten wir zuvor abgesprochen. Ich bat sie, draußen auf mich zu warten. Als ich dem Arzt erklärte, was in Frau Huber vorging, waren wir beide kurze Zeit den Tränen nahe, und uns wurde bewusst, warum Frau Huber nicht anwesend sein konnte; nicht nur ihr, auch uns war ihre Angst einen Moment lang unerträglich. Wir verständigten uns, dass der Arzt Frau Huber künftig immer direkt nach Nebenwirkungen und Ängsten fragen würde. Als Frau Huber wieder hinein kam, sprach der Arzt direkt die Ängste an, von denen ich ihm berichtet hatte, also auch die Vernichtungsängste und ihren realen Bezug zur Vernichtung Geisteskranker im Nationalsozialismus. Daraufhin konnte Frau Huber über die Nebenwirkungen des neuen Medikaments sprechen und sie fühlte sich beruhigt, als der Arzt die Dosis reduzierte. Der wahnhaftige Aspekt blieb bestehen, aber er blieb latent – so latent wie die Möglichkeit eines erneuten Massenmords an als „lebensunwert“ diagnostizierten Menschen. Ähnlich wie bei Herrn Müller, der seine eigenen Vernichtungsängste und -wünsche in den sozialen Verhältnissen und in der Kultur wiedererkennt, aber der nicht trennen kann zwischen den inneren und äußeren Bedrohungen, war es bei Frau Huber notwendig, die Angst in Worten auszusprechen (selbst wenn weder Herr Müller noch Frau Huber anwesend waren) und durch diese Benennung, die die Funktion einer Anerkennung hatte, eine zeitweise Trennung zu ermöglichen zwischen Innen und Außen. Hier liegt für mich übrigens – um einen Einwand vorwegzunehmen – auch der Unterschied zur Psychotherapie: Es handelt sich um Interventionen, die ein eigenes Handeln einschließen, weil sie unmittelbar im sozialen Beziehungsraum stattfinden, während die Psychotherapie von ihrer Distanz zum Beziehungsraum lebt. Insofern möchte ich diese Ausführungen auch nicht auf das Spezialgebiet der Sozialpsychiatrie begrenzt verstanden wissen – vielmehr glaube ich, dass die Sozialarbeit mit Menschen in der Psychose immer damit zu tun hat, unerträgliche Angst zu lindern. Nicht zuletzt ganz materiell: Der Erhalt der Wohnung, die finanzielle Absicherung, Vermeiden oder Beheben von Schulden, Zugang zu allgemeinmedizinischer und psychiatrischer Versorgung ... stabilisieren Menschen in der Psychose wie alle anderen auch, die in Notlagen geraten. Was sie auch nicht von anderen Hilfesuchenden unterscheidet, ist die tiefe Überzeugung, selbst schuld zu sein; sie ist unter Umständen wahnhaft verstärkt und macht die Inanspruchnahme von Hilfen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, sehr schwierig. Aber aus meiner eigenen Erfahrung und aus Berichten vieler Kolleginnen und Kollegen weiß ich, dass das Angebot sozialarbeiterischer Unterstützung sehr häufig einen guten Zugang darstellt, weil es dann zunächst nicht um die Psychose geht. Ist ein Vertrauensverhältnis auf dieser Ebene hergestellt, kommt es nicht selten zu akuten Krisen – und in solchen Situationen ist es wichtig, einen klaren Kopf zu behalten.

Wenn Herr Müller davon berichtet, dass er manchmal allein sein wolle auf der Welt und dann wieder den Gedanken nicht ertragen könne, allein zu sein, so beschreibt das eine wesentliche Dynamik der Psychose: das Zerrissensein zwischen widersprüchlichen Tendenzen zur gleichen Zeit. Einige Treffen wurden nach wenigen Minuten von ihm beendet, bei anderen fiel es ihm schwer, sich von mir zu verabschieden.

Manchmal forderte er sehr viel – ich sollte ihn retten –, manchmal schien er mich zu hassen. Es gab Situationen, in denen ich ihn als sehr schutzbedürftig empfunden habe und andere, in denen ich ihn als sehr aggressiv wahrnahm. In all diesen unterschiedlichen Situationen war für mich entscheidend, zum einen die Kontinuität zu wahren, das heißt trotz der unterschiedlichen und widersprüchlichen Zustände, in denen Herr Müller sich befand, immer anzusprechen, dass es beim letzten Mal anders gewesen ist und beim nächsten Treffen wieder anders sein könne, dass ich aber wiederkomme. Zum anderen habe ich, was ich als Stimmung wahrgenommen habe, angesprochen – wenn er viel forderte, sagte ich ihm, dass ich ihn gerade als sehr verzweifelt erlebe, und fragte ihn, was er denn jetzt tun könne (oftmals war das einfach, hinaus oder zurück in die Wohnung zu gehen, etwas zu essen oder sich hinzulegen). Gerade wenn es um Angst oder Aggression ging, habe ich ihn direkt danach gefragt und versucht, mit ihm über mögliche Gründe nachzudenken.

Gleichzeitig war es aus meiner Sicht entscheidend, dass ich seine Grenzen anerkannte und er die meinen. Einmal war er, wir kannten uns erst wenige Wochen, nach einem Termin, der nicht nach seinen Wünschen verlaufen ist, sehr wütend und er begann, mir die Schuld zu geben und mich zu beschimpfen. Ich brach den Termin ab und sagte ihm, dass es mir jetzt zu viel werde und erinnerte ihn an unsere nächste Verabredung. Einen Tag später rief er mich an und fragte mich, ob ich böse auf ihn sei. Ich sagte ihm, dass ich den Eindruck gehabt hätte, er sei böse auf mich gewesen. Er äußerte daraufhin die Angst, dass ich nicht mehr zu ihm kommen würde. Ich erinnerte ihn, dass ich ihm schon den nächsten Termin genannt hatte; er brauche sich keine Sorgen zu machen, jeder habe mal einen schlechten Tag. Beim Nachdenken über die Situation wurde mir deutlich, dass Herr Müller nach diesem Termin mir nicht hat sagen können, dass er jetzt allein sein muss mit seiner Wut, sondern provozieren musste, dass ich ging. Er hatte die Situation so wahrgenommen, dass ich böse auf ihn war, und nun hatte er Angst, ich könnte ihn im Stich lassen und ihn für seine bösen Gefühle bestrafen. Indem ich den Termin abbrach, nachdem er so wütend geworden war, hatte ich seine Wut gewissermaßen mitgenommen, was es ihm zum einen ermöglichte, sich zu beruhigen – er berichtete, er habe den ganzen Nachmittag geschlafen – und zum anderen das Böse-sein in mir zu deponieren. Deswegen war ich in seinen Augen böse auf ihn. Wäre ich in dieser Situation nicht gegangen, hätte es zu einer Eskalation kommen können, weil all das Unaushaltbare, das in diesem Moment nicht kontrollierbar war, sowohl Herrn Müller als auch mich hätte überschwemmen können. Doch vor dem Nachdenken über eine solche Situation steht zunächst einmal, die Gefühle und Gedanken zuzulassen, die eigene Hilflosigkeit, die eigene Wut, die Angst, versagt zu haben, einen Fehler gemacht zu haben – ich fürchtete zuerst, Herr Müller könnte auf jemand anderen losgehen (als könnte ich das verhindern), und auch, dass er die Beziehung abbricht. Erst als ich anfang zu begreifen, dass genau dies sein Wunsch und seine Angst sind – der Wunsch, dass ich ihn davor bewahre, auf jemanden los zu gehen, die Angst, dass ich die

Beziehung mit ihm abbreche, weil er böse war – erschloss sich mir die Dimension des Vorfalls: Herr Müller musste feststellen, wie stabil ich bin.

Ich möchte zum Ende meines Vortrags und als Schlussfolgerung aus meinen Überlegungen Konturen eines Denkens skizzieren, wie wir mit dem Wahnsinn, über die Arbeitsbereiche und Spezialisierungen hinaus, in der Sozialen Arbeit umgehen könnten. Als Professionelle der Sozialen Arbeit sollten wir uns gut überlegen, ob wir medizinische oder klinisch-psychologische Diagnoseinstrumente übernehmen müssen, ob es überhaupt unser Job ist, zu diagnostizieren. Aus meiner Sicht spricht vieles dagegen. Da wäre die Konkurrenz und die Abhängigkeit, in die wir uns zugleich begeben, wenn wir die Instrumente und Begriffe anderer Professionen übernehmen. Manchmal ist es unvermeidlich, etwa beim Begriff der Psychose, weil gemeinsame Begriffe eine gewisse Kommunizierbarkeit ermöglichen, aber der Begriff allein beschreibt eben nicht den Menschen, der diese Diagnose bekommen hat, und noch weniger seine Lebenswirklichkeit. Unsere Arbeit findet in Beziehungen, Situationen und Zusammenhängen statt, von denen wir Bestandteil werden, so oder so, ob uns das gefällt oder nicht. Hierin liegt zugleich die Stärke und die Schwäche unserer Arbeit: Wir sind den Klientinnen und Klienten viel näher als Ärzte und Psychotherapeutinnen, aber auch als Polizisten und Sachwalterinnen; wir geraten in Konkurrenz zu Angehörigen, Freundinnen und Lebenspartnern. Aus meiner Erfahrung ist der einzige Weg, die gleichzeitige Konkurrenz und Abhängigkeit weitgehend zu vermeiden, die Konzentration auf das Potential dieser Nähe, mit ihren Gefahren und Fallstricken – im Bewusstsein davon ist auch eine gute und konstruktive Zusammenarbeit mit anderen Professionen sowie mit den persönlich Nächsten der Klientinnen und Klienten möglich, die den Neid auf die jeweils andere in Grenzen hält. Das setzt ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten voraus, ein Bewusstsein der Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns – ein professionelles Selbstbewusstsein, das gerade in der Sozialen Arbeit schwer zu erwerben ist.

Der Wahnsinn in der Sozialen Arbeit ist nicht in erster Linie die Arbeit mit Wahnsinnigen, sondern die Arbeit an der bewussten und unbewussten gesellschaftlichen Abwehr von sozialer und psychischer Not. An dieser Grenze entscheidet Soziale Arbeit bewusst und unbewusst mit darüber, was noch im Rahmen ist und was aus ihm herausfällt. Diese institutionalisierte Abwehr ist zweischneidig wie auch jede individuelle Abwehr: Sie kann sich von einem hilfreichen Schutzmechanismus zu einer sich verselbstständigenden Ausgrenzung von Unerwünschtem entwickeln; entscheidend ist, wie viel dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden kann. Wie diese Grenzen bearbeitet werden, wie durchlässig oder geschlossen sie sind, ob sie Integration ermöglichen oder nicht – das spiegelt sich in den Konzepten der Sozialen Arbeit, im professionellen Selbstverständnis und nicht zuletzt in der Art und Weise, wie die je einzelnen in der Sozialen Arbeit Tätigen und die Einrichtungen selbst diese Grenzen gestalten. Die Klage über die Unsichtbarkeit und Entwertung der Sozialen Arbeit kann auch umschlagen und dazu führen, dass einzelne Klientinnen und Klienten oder Gruppen unbewusst zum bevorzugten Objekt von Entwertung und Ausgrenzung werden, ebenso wie es Moden gibt, einzelne oder Gruppen zu bevorzugen oder zu benachteiligen – zumeist dann,

wenn es öffentliche Gelder für sie gibt oder diese gestrichen werden. Der Appell an die Geldgeber, so berechtigt er sein mag, birgt ebenfalls die Gefahr, eigene Schwierigkeiten einem äußeren Faktor zuzuschreiben, der häufig, aber eben keinesfalls immer ursächlich ist. Entscheidend ist, die inneren und äußeren Faktoren zu reflektieren und sie nicht bewusstlos nachzuvollziehen.

In den vergangenen beiden Jahrzehnten gibt es die Tendenz in der Sozialen Arbeit, sich immer weiter zu spezialisieren – mit dem Resultat, dass im englischsprachigen Raum social work als Profession praktisch nicht mehr existiert, sondern in zahlreiche Teilbereiche zerschlagen wurde, oft mit der Folge, dass für einen Menschen mit vielen Problemen viele unterschiedliche Professionelle zuständig sind, die jeweils ein Teilproblem bearbeiten. Die Tendenz deutet auch in Österreich und Deutschland in diese Richtung. Allerdings ist dafür nicht nur die Politik verantwortlich: Zum einen versprechen sich Einzelne von der Spezialisierung bessere Bezahlung, was für sich genommen legitim ist, zum anderen repräsentiert sich darin ein Wandel des Problemverständnisses, weg von dem Menschen als gesamter Person hin zu „Störungen“ und „Defekten“, welcher von der Sozialen Arbeit unreflektiert übernommen wurde. Der fragmentierte Klient, der seine Alkoholsucht in der Alkoholberatungsstelle therapiert, für seine Familienprobleme die Eheberatungsstelle und das Jugendamt aufsucht, den drohenden Wohnungsverlust mittels einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe zu verhindern trachtet und dann noch für seine Depression den Psychosozialen Dienst in Anspruch nimmt, ist aber selbst eine wahnsinnige Spaltungsfantasie. Umgekehrt ist die Wahrnehmung der Professionellen, dass Klientinnen und Klienten mit immer unübersichtlicheren Problemlagen in die Einrichtungen kommen, sodass sie sich selbst unter Zugzwang gesetzt sehen, sich immer mehr Fähigkeiten anzueignen, das Vexierbild dieser Entwicklung. Diese Überforderungsmomente in ein Verhältnis zur politisch gewünschten und professionell offensichtlich nicht ungern übernommenen Tendenz zur Spezialisierung zu setzen, könnte den Raum für eine Selbstreflexion der Sozialen Arbeit öffnen, ohne dass diese sich in selbst beschwichtigenden Parolen noch in Klagen ergeht. Ich denke, dass es im Kern dieser Diskussionen um die Professionalisierung um die immanenten Widersprüche der Sozialen Arbeit geht, die wir als gesellschaftliche, als sozialpolitische, als feldspezifische Widersprüche begreifen und rationalisieren können, die aber auch auf uns selbst verweisen und unsere Unfähigkeit, uns persönlich mit diesen Widersprüchen zu befassen: Wir erfüllen die Aufgabe, die soziale Abwehr der Gesellschaft mit zu organisieren und stehen in der Konfrontation mit extremen sozialen und psychischen Leiden. Wir können diese Leiden nicht immer lindern, aber manchmal erträglicher machen, indem wir über sie zusammen mit unseren Klientinnen und Klienten nachdenken, ein Nachdenken ermöglichen. Für unsere Tätigkeit ist oft entscheidender, was wir nicht tun, als das, was wir tun, denn Helfen heißt auch immer Unselbstständigkeit und Abhängigkeit hervorrufen, mit der Gefahr, Entwicklungsmöglichkeiten zu behindern. Im Resultat steht oft das Gefühl, unsere Tätigkeit bestünde darin, aushalten zu müssen, was andere nicht aushalten. Das kann für eine gewisse Zeit zu einer heroischen Selbstverklärung verführen, ist aber letztlich nur der erste Schritt zum Berufswechsel und dem Satz: „Ich halte es nicht mehr aus.“

Eine von mir sehr geschätzte Supervisorin sagte einmal, als ich meine Tätigkeit mit dem Wort Aushalten bilanzierte, weil das meinem Gefühl in diesem Moment entsprach, dass doch Halten eigentlich der viel angemessenere Begriff sei. Ich stimmte ihr zu – Halten ist zugleich weniger und mehr als Aushalten, im Halten ist die Haltung enthalten, Halten heißt Beziehung herstellen, aber auch loslassen zu können; im Aushalten dagegen ist schon die Verstrickung angelegt, weder wirklich halten noch loslassen zu können. Die Ambivalenz zwischen Halten und Aushalten immer wieder neu zu betrachten und zu bearbeiten, ist selbstverständlich nicht nur eine subjektive Aufgabe, sondern scheint mir ein zentrales Kriterium zu sein für die Bewertung von förderlichen Bedingungen für die Ausübung unseres Berufs. Inwieweit die Organisationen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter halten oder nur aushalten können und wie innerhalb dieser Organisationen Denken ermöglicht oder verunmöglicht wird, sagt aus meiner Sicht viel darüber aus, wie umfassend oder eben fragmentiert den Dimensionen der Sozialen Arbeit gerecht zu werden wenigstens versucht wird – oder in anderen Worten: wie sehr der Wahnsinn abgespalten werden muss oder integriert werden kann.

Nachtrag: In der Diskussion wies die Kollegin Elvira Loibl darauf hin, dass in der Vorstellung, die Psychiatrie sei allein für die psychisch Kranken zuständig, impliziert sei, dass das Repertoire der Psychiatrie beispielsweise eine Psychose heilen oder lindern könne – allerdings sei dies eben überhaupt nicht der Fall. Mir war dieser Hinweis sehr wichtig, weil Frau Loibl einen Gedanken ausgesprochen hat, den ich so explizit nicht formuliert hatte: Dass nämlich in der Zuschreibung der Zuständigkeit schon ein Problem liegt, was sowohl mit der Angst vor der psychotischen Situation, die man denen überlassen will, denen unterstellt wird, sich damit auszukennen, als auch mit der von mir kritisierten Fragmentierung der Sozialarbeit zu tun haben könnte.

Literaturempfehlungen:

Bion, W.R.: Lernen durch Erfahrung, Frankfurt am Main 1992 (Suhrkamp)

Günter, M./Bruns, G.: Psychoanalytische Sozialarbeit, Stuttgart 2010 (Klett-Cotta)

Mentzos, S.: Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen, Göttingen 2009 (Vandenhoeck & Ruprecht)

Ruch, G. et al.: Relationship-based Social Work: Getting to the heart of practice, London 2010 (Jessica Kingsley Publishers)

Salzberger-Wittenberg, I.: Psychoanalytisches Verstehen von Beziehungen: Ein Kleinianischer Ansatz, Wien 2002 (Facultas)

Waddell, M. (1985): Living in two worlds: Psychodynamics and Social Work, http://www.human-nature.com/free-associations/waddell%20-%20living_in_two_worlds.htm, Seitenaufruf 8.4.2012

Winnicott, D.W. (1963): Die psychisch Kranken unter den Fällen der Sozialarbeiter, in: ders.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt, Gießen 2006 (Psychosozial-Verlag), S. 285 – 302