

# Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (SRZP) – Interaktionsforschung versus Epidemiologie

VON STEPHAN DEBUS

Bei der Durchführung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen sind verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Interessen und Perspektiven in eine konfliktreiche Handlungskette involviert. Das Forschungsprojekt »Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie« (SRZP) betreibt Konflikt-, Gewalt- und Präventionsforschung in psychiatrischen Gefährdungssituationen.

Nach den Erfolgen müssen wir nach 40 Jahren Psychiatriereform leider feststellen, dass in Deutschlands psychiatrischen Krankenhäusern und Fachkliniken immer noch mehr als 100 000 Patientinnen und Patienten (1) pro Jahr von körperlichen Zwangsmaßnahmen betroffen sind. Dazu zählen in der Hauptsache: Zwangsfixierung, Zwangsmedikation und Isolierung. Es scheint, als seien in diesem Punkt die Reformbemühungen an den psychiatrischen Kliniken vorbeigegangen. Wir benötigen daher sehr viel mehr Forschungsanstrengungen auch in Form von kreativen Modellprojekten, die das Problem offensiver angehen. Würde der Aufklärung von psychiatrischen Gefährdungssituationen ebenso viel gesellschaftliche Aufmerksamkeit entgegengebracht wie etwa der Erforschung von Verkehrsunfällen (mit Milliarden Forschungsgeldern), wäre die psychiatrische Gefährdungslage für alle Akteure in den Kliniken sicher entspannter.

Das Problem der richtungsvorgehenden epidemiologischen Versorgungsforschung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie besteht m.E. in einer folgensweren Vorannahme: Sie betreibt Ursachenforschung, indem sie die Auslöser (Stressoren) für Zwang und Gewalt einseitig an die Patienten adressiert. Patienten sind unter dieser Vorannahme Objekte, die nach psychopathologischen und soziodemografischen Gesichtspunkten als Fälle gezählt und in unterschiedliche Risikogruppen eingeteilt werden. Die dabei entstehenden Ursache-Wirk-Modelle weisen immer den Patienten als Aggressor aus. Das aber ist unangemessen: Forschungsergebnisse belegen z.B., dass mit abnehmendem Personalschlüssel psychiatrische Zwangsmaßnahmen zunehmen, sich mit der Einführung von Dokumentationssystemen aber reduzieren lassen. Diese zwei schlichten Befunde zeigen, dass Patientinnen und Patienten nicht allein dafür verantwortlich

sind, wie die Prozesse von Eskalation und Deeskalation in Gefährdungssituationen verlaufen.

Mit unserem Forschungsansatz wollen wir daher diese ungerechtfertigten Vorannahmen fallen lassen und im Folgenden unseren Ansatz skizzieren, den wir im Rahmen einer Pilotstudie in einer forensischen und in zwei allgemeinpsychiatrischen Akutstationen in Kliniken der Region Hannover begonnen haben (Debus 2008, 2011; Debus & Ahrens 2016; Debus 2017). An der Pilotstudie (2012–2015) beteiligten sich bereits rund 80 Personen, in der Mehrzahl Krankenpflegerinnen und -pfleger. Dabei geht unser Ansatz konform mit der langjährigen Forderung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (vgl. DGSP-»Denkanstöße«) nach einer veränderten Forschungspraxis, genauer: nach partizipativer Bindung von Forschung an die Interessen von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Fachkräften in der Versorgung.

## Charakterisierung des SRZP-Forschungsprojektes

Unser SRZP-Projekt wird durch folgende Stichworte charakterisiert: Interaktionsforschung, Situationsansatz, Multiperspektive, partizipative Forschung, Semiotik, Psychodrama als Methode der Datengenerierung, Filmanalyse, Diskursanalyse, Experten-Gruppen-Interviews, arbeitsteilige Netzwerk-Kooperation.

### Forschungsfragen

Die zentrale Frage lautet: Was geschieht zwischen den Akteuren in Gefährdungssituationen, in denen Zwang und Gewalt entweder eskalieren oder deeskalieren? Die Akteure wissen aus der Praxis darüber sehr viel, aber die Forschung und

insbesondere die Prozessforschung mit ihren strengen Wissenschaftskriterien, noch sehr wenig. Wie interagieren und kommunizieren die Akteure miteinander? Wie können Gefährdungssituationen charakterisiert werden? Welche Gefährdungssituationen sind wodurch vergleichbar? Was unterscheidet Gefährdungssituationen, in denen Deeskalation möglich ist, von solchen, die eskalieren? Wie sieht die gesamte Entscheidungskette (vgl. Abb. 1) der Akteure zu Zwangsmaßnahmen aus? Wer hat welchen direkten oder indirekten Einfluss auf den Ablauf von Gefährdungssituationen? Wie wird in und über Gefährdungssituationen kommuniziert? Welche institutio-

nellen Regeln steuern/beeinflussen die Gefährdungssituationen?

### Situationsansatz

Ein stationäres Milieu einer Akutstation ist ein Beziehungsraum. Es liegt daher nahe, die Beziehungen zwischen den Akteuren zu untersuchen, die innerhalb einer Gefährdungssituation interagieren und kommunizieren und die eben durch diese Situation aufeinander bezogen sind. In diesem Verständnis sind psychiatrische Zwangsmaßnahmen die Folge einer misslungenen Kommunikation: denn es scheitert der Versuch, Konflikte ohne Gewalt und Zwang in psychiatrischen Gefähr-



tion verlangt nach einem Konzept von Äußerungsakten, mittels derer die Akteure ihren Sinn und Bedeutung wechselseitig austauschen. Dabei spielen nicht nur die gesprochene Sprache, sondern auch Gesten, Mimik und Körperhaltungen eine bedeutsame Rolle. Ein solches Konzept liefert uns die Semiotik – als die Lehre von den Zeichen und ihrem Gebrauch. Zur Darstellung der Interaktionen und kommunikativen Prozesse arbeiten wir mit einer speziellen Variante der Sprechakttheorie (Searle) und mit der Situationssemantik (Barwise und Perry), einer Variante der Diskursrepräsentationstheorie (Literatur zu den Theorien findet der interessierte Leser auf [www.srzp.de](http://www.srzp.de)).

### Arbeitsteilige Forschungs-kooperation

Das SRZP-Projekt ist von seinem Design her so angelegt, dass sich Arbeitsgruppen und Forscher verschiedener Hochschulen und Fachrichtungen an der Analyse beteiligen und ihre Ergebnisse vergleichen können. Wer sich als Bachelor- oder Masterkandidat oder Doktorand bewerben möchte, kann dies tun in den Fächern: (Sozial-)Medizin, Psychologie, Soziologie, Sozialpädagogik, Pflege- und Kulturwissenschaft, Public Health, Semiotik. Die Kandidaten werden über das Forschungsnetzwerk PIPP (s. im Folgenden) und ein Graduiertenkolloquium betreut. Wer als Graduierte einer Hochschule Interesse an der wissenschaftlichen Analyse am SRZP-Projekt hat, findet Materialien zur Vorbereitung und zur Vertiefung in das Forschungsprogramm auf [www.srzp.de/literatur.html](http://www.srzp.de/literatur.html) zum Download. Voranfragen zur Teilnahme können über ein Formular auf folgender Seite eingereicht werden: <https://srzp.pipp.pro/antrag-zu-srzp-pipp.html>. Unser Projekt kooperiert bereits mit den genannten drei Kliniken sowie der Helmut-Schmidt-Universität/Hamburg (Statistik), der Technischen Universität/Berlin (Semiotik) und der Alpen-Adria-Universität/Klagenfurt (Psychodramaausbildung).

### Netzwerk »PIPP«

Das »Partizipative Internetportal Psychiatrie« hat drei Aufgaben: Im ersten Teil (<https://srzp.pipp.pro>) werden die wis-

enschaftlichen Arbeitsgruppen an den Hochschulen koordiniert. Es werden Filme über Zwanganwendungen zur Analyse bereitgestellt, aber auch von anderen Arbeitsgruppen gesammelt. Im zweiten Teil (<https://asbk.pipp.pro>) werden »Angeleitete Selbstbeforschungskurse« mit den Akteursgruppen (s. Abb. 1) koordiniert. Der dritte Teil (<https://npog.pipp.pro>) ist ein Austauschforum »Netzwerk Psychiatrie ohne Gewalt«, in dem Akteure, Graduierte, Studierende und alle Interessierten über ihre Erfahrungen mit dem SRZP-Projekt bzw. zum Thema »Zwang und Gewalt« diskutieren können.

### Softwareentwicklung

Neben der Doktoranden- bzw. Graduiertenbetreuung arbeiten wir in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitssystemforschung (MHH) parallel an der Entwicklung von eigenen Softwareprogrammen, da die marktüblichen Programme für die Aufgaben der Feldforschung zu langsam und nur unzureichend vorbereitet sind. Das betrifft z.B. auch die umständliche und zeitraubende Transkription von Sprache (Ton- und Filmdokumente) in Schriftform und die Repräsentation des Gesagten für die Sprechaktanalyse. Bis zu ihrer Fertigstellung stützen wir uns auf Standardprogramme (Atlas.ti, SPSS).

### Vorgehensweise: Vom Videofilm bis zur Interaktionsanalyse

#### Psychodrama als Methode der Datengewinnung

Das Psychodrama hat sich als sehr erfolgreich erwiesen, um die direkte Face-to-face-Kommunikation und -Interaktion zwischen den Akteuren einer Gefahrensituation zu re-inszenieren. Die stationäre Alltagswelt wird nicht direkt gefilmt, da dies aus datenschutzrechtlichen und medizinethischen Gründen unmöglich ist. Auch wollen wir etwas erfahren, das ohnehin nicht sichtbar ist, wie z.B. die Situationsinterpretation der Akteure, die Beziehungsmuster untereinander, die Handlungsspielräume und die Regeln hinter den Beziehungsmustern. Das Psy-

chodrama arbeitet mit dem Wechsel der Perspektiven aus verschiedenen Rollen heraus, die die Akteure einnehmen. Dabei werden Konflikte und »Kippunkte« (Übergänge von gewaltfreien zu gewalttätigen Situationen) hautnah und authentisch erlebt. Typische Beziehungsmuster und wechselseitige Situationsdeutungen treten in den Re-Inszenierungen deutlich hervor. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erleben die Auswirkungen ihrer Handlungen »hautnah«. (Abb. 2)



Abb. 2: Zyklisches Arbeitsprogramm.  
1a: Start mit narrativen Interviews aus dem Stationsalltag, 2: Psychodrama und Filme, 3: Kommunikationsanalyse, 4: Alternativszenarien entwickeln, 1b: Überprüfung am Stationsalltag und Neustart einer Untersuchungseinheit

### Forschungszyklen

Bis zu diesem Punkt ist das Projekt eine Art Teamweiterbildung. Wir wollen aber weitergehen, um übertragbare, vergleichbare und reproduzierbare Ergebnisse für die Therapieforschung zu erhalten. Das Arbeitsprogramm (s. Abb. 2) hat daher folgende zyklische Struktur: Der psychiatrische Alltag einer Akutstation (1a) wird psychodramatisch re-inszeniert (2), per Video aufgezeichnet und einer anschließenden Filmanalyse unterzogen. Alle verbalen Äußerungen werden transkribiert. Auch alle nonverbalen Äußerungen (z.B. Gesten, Gebärden, Mimiken und Körperhaltungen) und paraverbalen Äußerungen (z.B. Betonung, Intonation, Stimmlage, Sprachmelodie) werden durch Annotationsprogramme erfasst. Mit diesen Methoden können wir die kommunikativen Akte und die auftretenden Beziehungsmuster in ihren zeitlichen Abläufen im Sekundenbereich analysieren, darstellen und rekonstruieren (3).

## Filmanalysen

Die Filme und Filmanalysen werden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorgestellt und durch sie einer (selbst-)kritischen Prüfung unterzogen. Im Rahmen von Experten-Gruppen-Interviews (3) wird gezielt nach den Regeln, die hinter den Mustern liegen, gefragt: Welche stationären Regeln existieren und welche nicht? Welche Regeln sind wünschenswert und welche nicht? In dieser Phase tritt das komplexe Regelwerk von Gefährdungssituationen hervor, und dieses Regelwerk erklärt die gefundenen Kommunikationsmuster als Regelfolgen. So können wir jede Gefahrensituation durch Kriterien, die wir aus den Kommunikationsmustern und aus dem Regelwerk ableiten, nachprüfbar klassifizieren. Die Forschungsergebnisse bleiben durch beständige Transferarbeit mit dem Erfahrungswissen der Akteure verknüpft. Zusätzlich erlaubt die Klassifikation, typische Gefahrensituationen über viele Kliniken hinweg miteinander zu vergleichen (Abb. 3).

## Simulation und Alternativszenarien

Nach der Notfallrekonstruktion folgt die Notfallprävention: In den Filmen und Filmanalysen suchen wir zusammen und unter weiterer Anleitung von erfahrenen Psychodramatikern (Ahrens 2011, 2016) mit den Akteursgruppen ganz gezielt nach »Ansatzpunkten«, die eine Veränderung der Gewaltsituation herbeiführen können (s. Abb. 2:4). Wir suchen alternative Handlungsstrategien, die die Situationen gelingen und nicht »umkippen« lassen und die helfen, physische Zwangsmaßnahmen durch symbolische Kommunikationsformen zu ersetzen. Solche Alternativen werden wiederum in neuen Szenarien simuliert, damit sie durch das Erleben und die bisherigen Erfahrungen auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden können. Mit dem letzten Schritt (1b) werden erste Erfahrungen mit den neuen Abläufen in der Station abgestimmt und dokumentiert. Damit beginnt ein neuer Untersuchungszyklus.



Abb. 3: Multi-Channel-Aufnahmen einer Gefahrensituation und eingeblendete Position im Kommunikationsverlauf

## Ergebnisse

Erste Ergebnisse des Forschungsprojektes liegen vor und sollen im Laufe dieses Jahres publiziert werden. Sie sind jedoch anderer Art als die Ergebnisse der epidemiologischen Versorgungsforschung, denn sie sind forschungslogisch »davor« angesiedelt. Denn auch in sogenannten randomisierten und »verblindeten« Treatmentdesigns müssen die Versorgungsforscher wissen, welche Art von Situationen sie vergleichen, wenn sie etwa den Einfluss von bestimmten Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter testen. Das übliche Wahrscheinlichkeitsmodell zum statistischen Ausgleich von »Störvariablen« reicht nicht aus. Mit unseren Ergebnissen zeigen wir auf, wie Gefährdungssituationen charakterisiert und unterschieden werden können, und versuchen dadurch auch zum Fortschritt der Versorgungsforschung beizutragen.

## Ausblicke und erwartete Rückwirkungen in die Praxis

Durch diese Skizze können die Rückwirkungen in die Praxis nur angedeutet werden, etwa auf die Fachkräfte der Versorgung (vgl. Interviews mit den Pflegedirektoren auf [www.srzp.de](http://www.srzp.de)): einerseits über zunehmende Reflexion der eigenen Praxis, durch psychodramatische Supervision und andererseits durch Bereitstellung der Filme und Filmanalysen als Lehrmaterial für die Aus- und Weiterbildung (EX-IN, Krankenpflege, Sozialarbeit, Medizin, Pflegewissenschaft, Public Health etc.). Psychiatrieerfahrene und Angehörige sowie alle Akteure sind im SRZP-Projekt in ihren Forschungsrollen nicht als Objekte, sondern als Subjekte definiert, die in ihren Beziehungen zu den anderen Akteuren gleichwertig sind. Durch Analyse der Entscheidungskette erwarten wir Aufklärung und Optimie-

rung sowohl innerhalb als auch zwischen den Akteursgruppen des Nothilfesystems von Gefährdungssituationen.

## Resümee

Im SRZP-Projekt geht es um den bewussten Umgang mit den Anforderungen und Möglichkeiten innerhalb von psychiatrischen Gefährdungssituationen, um kompetente, situationsgerechte und integrative Entscheidungen treffen zu können, die zu mehr Selbstbestimmung und Achtung der Menschenrechte führen – ohne aus dem Blick zu verlieren, dass es Anforderungen geben kann, die die persönliche Freiheit einschränken. Dazu brauchen wir den partizipativen und zugleich wissenschaftlich fundierten Diskurs auf der Ebene vergleichbarer Ergebnisse. Diese Diskurse sind Impulsgeber für eine voranschreitende Reformpsychiatrie, die sich gegen die zunehmende Automatisierung, Videoüberwachung, Medikamentenverordnung, gegen den Einsatz von Robotern, Routinebehandlung und Bürokratie wendet und sich für gegenseitiges Verständnis, mehr Kommunikation und mehr Beziehungsarbeit in den psychiatrischen Kliniken einsetzt. ■

**Stephan Debus, PD Dr.;** Hochschullehrer für psychiatrische Methodenlehre; Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover; langjähriger Sprecher des FA Forschung der DGSP  
E-Mail: [info@srzp.de](mailto:info@srzp.de)

**Literatur beim Verfasser**  
und unter [www.srzp.de](http://www.srzp.de)

### Anmerkungen

- 1 Konservative Schätzung (nur Erwachsenenpsychiatrie; ohne Geronto-, K+J-Psychiatrie, Sucht- und Heimbereich). In diesem Zusammenhang erscheinen mir Bezeichnungen wie »Kunde«, »User«, »Klient«, »Teilnehmer« etc. unangemessen.
- 2 Der Begriff »Gefährdung« bezeichnet keine objektive Gefahr, sondern eine mögliche dispositionelle Gefährlichkeit. Eine »Gefährdungssituation« ist hier weder durch Akteure noch durch Einflussfaktoren definiert, sondern durch die zu erforschende Tiefenstruktur der in der Situation bestehenden Handlungsmuster und den geltenden Handlungsregeln.