

Der geschützte Raum

DSA Günther Breitfuß MAS

Als 1967 der Sozialwissenschaftler M. Seligman das Phänomen der Hilflosigkeit beschrieb, hat das in der Fachwelt für große Aufmerksamkeit gesorgt. Er hat zuerst in Tierexperimenten eindrucksvoll demonstriert, dass eine hilflose Haltung durch äußere Bedingungen gelernt wird.

In vielen folgenden Studien und Experimenten wurde gezeigt, dass Menschen zunehmend handlungsunfähig werden, je länger und intensiver sie belastenden Situationen ausgesetzt sind, bei denen sie selbst nicht steuernd eingreifen können, diese also als unvermeidbar erfahren werden.

Diese Handlungsunfähigkeit wird schnell zu einem Selbstverständnis und Hilflosigkeit zur Haltung auch in späteren Situationen, die objektiv durchaus Gestaltungsmöglichkeit hätten.

Das Konzept der Erlernten Hilflosigkeit hat gegen Ende der 70er Jahre immer mehr Sozialwissenschaftler überzeugt und es kam zu differenzierten Anwendungsüberlegungen und schließlich wurde 1978 von Seligman und 1979 von Miller die Hilflosigkeitstheorie attributionstheoretisch¹⁾ neu gefasst, wodurch sie zu einem sehr ausdifferenzierten, und wegen seiner Praxisrelevanz zu einem bedeutenden Modell der Sozialpsychologie wurde.

Die Erweiterung bzw. Vertiefung der Theorie bezog sich auf die Erkenntnis, dass für Hilflosigkeit weniger entscheidend ist, dass man auf Ereignisse oder Umstände keinen Einfluss ausüben kann, sondern dass man der Meinung ist, man hätte keine Kontrolle über das Geschehen, man schickalshaft ausgeliefert ist.

(In diesem Zusammenhang steht der mittlerweile umfangreiche Ansatz der Psychologie der Kontrollmeinung.)

Es ist für das Wohlbefinden des Menschen notwendig, dass er Wirkungen erzielen kann, sich auf ein Ziel hinbewegen, seine Umgebung und die Umstände beeinflussen kann. Keinen Einfluss zu haben macht ohnmächtig und wertlos. „Es könnte sein, daß persönliche Wirksamkeit so sehr zu einem glücklichen Leben gehört, daß wir versucht sind, unser ganzes Glück davon abhängig zu machen.“ (Flammer 1990)

Erstaunlich, dass diese inzwischen sehr gut untersuchten Konzepte der Kontrolltheorie, der Attributionstheorie und mit ihnen im Zusammenhang die Erlernte Hilflosigkeit in den 70er und 80er Jahren in Fachkreisen für Furore gesorgt haben, aber bis heute in der psychosozialen Praxis wenig bekannt sind.

Dabei sind die Konsequenzen für die Methoden und Modelle sozialer und therapeutischer Arbeit weitreichend. Wenn jemand psychisch auffällig wird, dann bietet man ihm an, aus seinem Alltagsumfeld herauszutreten und in einem „geschützten Raum“ (Klinik) neue Orientierung zu finden, was gelegentlich mit einer Zwangsmaßnahme verbunden ist, insbesondere wenn Selbst- oder Fremdgefährdung attestiert wird.

Man versucht nun den „Irritierten“ im geschützten Raum psychisch wieder zu festigen. Am Ende der Therapie wird er, ausgerüstet mit stabilisierender therapeutischer Intervention und speziellen biochemischen Substanzen, die sich günstig

¹ Theorie zur Ursachenzuschreibung zu einem bestimmten Geschehen. Z.B.: „Warum bekomme ich keine Arbeit?“

auf sein Gemüt auswirken, in den Irrgarten seiner realen Welt zurückgeschickt, bis er, erneut aus dem Gleichgewicht gebracht, wiederkommt.

Auch die psychotherapeutische Praxis (im Kontext einer Beratungseinrichtung oder freiberuflich) bildet einen geschützten Raum, der eine künstliche Situation herstellt, die sich isoliert von der realen Welt zeigt.

Ist das Konzept des geschützten Raumes aus fundierten theoretischen Erkenntnissen entstanden, oder geht es nicht viel mehr auf ein Selbstverständnis der Therapeuten zurück?

Es ist unbestritten, dass das psychotherapeutische Setting²⁾ in speziellen Räumen der Beratungsstellen und Praxen eine Reihe von Vorteilen bietet. Es hat aber auch bemerkenswerte Nachteile, wie zum Beispiel die Schwellenangst, die überwunden werden muss und verlangt prinzipiell noch eine entsprechend hohe Selbstwirksamkeit der Ratsuchenden. Dadurch werden viele Menschen in größter Not ausgeschlossen.

Sowohl der klinische, also auch der psychotherapeutische Aspekt des geschützten Raumes ist eine Inszenierung einer isolierten Welt, die einen der wesentlichsten Aspekte von Hilflosigkeit ignoriert.

Hilflosigkeit entsteht immer dann am ausgeprägtesten, wenn Umstände wirksam werden, die in der Fachsprache der sozialpsychologischen Forschung als „yoking“ (Flammer 1990) bezeichnet werden. Auf Deutsch kann man das mit „Jochen“ übersetzen, fortwährende negative Erfahrungen, die als unvermeidbar wahrgenommen werden, denen man ausgeliefert ist und die keinerlei Handlungsstrategien zu Vermeidung ermöglichen.

Der große Vorteil des geschützten Raumes liegt wohl darin, von solchen Umständen zu entlasten. Er schützt den Klienten oder Patienten vor destruktiven Strukturen, in denen er lebt und ermöglicht so zwar eine Auseinandersetzung darüber, ändert aber nichts an der Destruktion. Das Leid des Klienten wird individuell verstanden und die Not mit seiner Person verbunden.

Gegenüber Lebensumständen, die nötigen und krankmachen, denen der Patient ausgeliefert ist, zeigt sich die Psychiatrie selbst ebenso vollkommen hilflos, wie moderne psychotherapeutische Ansätze.

Im geschützten Raum ist der Therapeut „Hausherr“. Über das, was hier geschieht, hat er die Kontrolle. Die Klienten sind „Gäste“ oder auch „Kunden“, weil ihr Erscheinen mit dem Erwerb des Therapeuten verbunden ist.

Die Umstände des geschützten Raumes der therapeutischen Praxis sind für den Therapeuten komfortabel. Haben sie vielleicht auch die Funktion den Therapeuten zu schützen? Geht er nicht hinaus in die Welt der Klienten, die vielleicht von Armut, Gewalt, Alkohol und Missbrauch gezeichnet ist, weil es ihm die Theorie des therapeutischen Settings verbietet, oder weil er Angst davor hat?

Ist der mobile Psychiater oder der Psychotherapeut auf Hausbesuch ein kaum vorstellbares Modell, weil es theoretisch nicht denkbar ist, oder weil man sich als Arzt oder Therapeut einer solchen Belastung nicht aussetzen will?

Dass Leib und Psyche des Menschen zusammengehören, wird langsam auch praktisch in psychosomatischen Abteilungen in Kliniken, in der Ganzheitsmedizin

² Inszenierte Umstände der Psychotherapie: Termin, Praxisraum, Dyade Therapeut-Klient (Heiler-Kranker), Honorar, „geschützter Raum“, etc. Eine von der realen Welt isolierte Konstruktion.

usw. umgesetzt. Aber dass ein Mensch zusätzlich nur in seinem Lebenszusammenhängen und dessen Verlauf (Kontext und Kontinuum) verstanden werden kann, wird so lange nicht ernst genommen, als man Hilflosigkeit als individuelles Defizit des Betroffenen versteht.

Die Psychiatrie ist aufgerufen, sich endlich ernsthaft dem Pathogenen zuzuwenden und sich den krankmachenden Lebenswelten zu stellen, anstatt sich in ihren Anstalten einzuschließen.

Neuroleptika und Psychotherapie tragen viel zur Erleichterung und Stabilisierung psychisch Verblutender bei, aber wenn soziale Missstände krank machen, erreichen sie nur den Status einer „Erstversorgung“.

So passt es zum Zeitgeist der „Fleißigen und Anständigen“ („Produktive und Konforme“), dass psychisches Elend mehr und mehr der Selbstverantwortung des Einzelnen zugeschrieben wird. Die opportune Negierung des sozialen Kontexts muss ein Ende finden und die „offene Psychiatrie“ auch insofern neu verstanden werden, als nicht nur die Patienten frei gehen.