

Zur Organisation der Freiwilligkeitsthematik im psychiatrischen Aufnahmegespräch – Skizze zu einer laufenden Untersuchung*

Jörg R. Bergmann
Universität Konstanz

Die folgende Untersuchungsskizze gilt einem Teilaspekt meiner (laufenden) empirischen Arbeit über sprachliche Interaktionsprozesse in klinischen und gerichtlich-behördlichen Kontexten, in denen psychopathologische Biographien praktisch organisiert werden. Obwohl die Arbeit schon weiter fortgeschritten ist, werde ich im folgenden keine sogenannten Zwischenresultate oder ähnliches präsentieren, sondern mich darauf beschränken, Gegenstand und Untersuchungsansatz meiner Arbeit anhand dieses Teilaspekts vorzustellen und einige Beobachtungen zu beschreiben. Es genügt mir, wenn der Leser am Ende seiner Lektüre neugierig geworden ist.

Kaum eine der zahlreichen Arbeiten über die Karriere psychiatrischer Patienten widmet sich jenem Abschnitt, der den Übergang von der vorklinischen zur klinischen Phase markiert und der wesentlich durch die „Aufnahme“ einer somit zum „Patienten“ werdenden Person in eine psychiatrische Einrichtung gekennzeichnet ist. Dabei sind doch die in dieser Hospitalisierungsphase ablaufenden Prozesse und Entscheidungen – analog etwa zu Beförderungen, Versetzungen oder Berentungen im Modell der Berufskarriere – für den Verlauf der klinischen Karriere von kritischer Bedeutung.

Ebenso wie in anderen Sozialzusammenhängen, in denen Lebensläufe zu Biographien und Karrieren organisiert werden, werden auch in psychiatrischen Institutionen zur Abwicklung der Aufnahme neuer „Mitglieder“ (hier: neuer Patienten) spezifische materielle und personelle Ressourcen eingesetzt, was darauf verweist, daß dem Aufnahmevorgang im Rahmen des institutionellen Zusammenhangs besondere Aufgaben und Funktionen überschrieben werden. In der psychiatrischen Klinik zählen dazu unter anderem die Identifizierung, Re-Identifizierung und Registrierung der neu ankommenden Patienten, deren Klassifizierung in klinischer und versicherungsrechtlicher Hinsicht, die Selektion derjenigen, die aufgenommen bzw. abgewiesen werden, die Distribution und Segregation der aufgenommenen Patienten im Klinikverband.

Ein besonderes Merkmal des psychiatrischen Aufnahmeprozesses, das gleichermaßen klinische und verwaltungstechnische Implikationen aufweist, besteht nun darin, daß in seinem Verlauf irgendwie auch eine Entscheidung darüber fallen muß, ob eine Person – als Patient – freiwillig oder zwangsweise in der Klinik untergebracht wird.

Die Frage der freiwilligen, bzw. zwangsweisen Unterbringung psychiatrischer Patienten wird bis heute zwischen Psychiatern und Juristen kontrovers diskutiert.

Psychiater argumentieren im allgemeinen, daß dem „Kranken“ durch die Unterbringung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung nicht seine Freiheit entzogen werde, da dieser vorher bereits durch die Geisteskrankheit seine Freiheit eingebüßt, „verloren“ habe. Durch die Hospitalisierung werde er nur vor den Folgen dieses Freiheitsverlustes bewahrt (vgl. neben anderen Zutt 1970). Diese Argumentation weist dem Psychiater innerhalb der Regelung der Hospitalisierung psychiatrischer Patienten die entscheidende Rolle zu – ist er

doch die Instanz, die eine „Geistesstörung“ und einen daraus resultierenden „Freiheitsverlust“ zu diagnostizieren hätte.

Für die Juristen ist diese „psychiatrische“ Argumentation, die im Grunde impliziert, daß die Mitwirkung eines Richters bei der Zwangsunterbringung überflüssig ist, völlig abwegig. Ihr liege nämlich ein spezifischer Freiheitsbegriff zugrunde, der mit den gesetzlichen Freiheitsgarantien (Art. 2, 104 GG) unvereinbar sei. Dort gehe es gerade „nicht um die ‚vernunftgemäße‘, sondern um die *individuelle Freiheit* der körperlichen Bewegung. Freiheit, die nur in objektiv vernünftiger Weise gebraucht werden darf, ist nicht die im GG gemeinte Freiheit“ (Baumann 1966, S. 11). Für Saage (1958) ist denn auch die psychiatrische Hypostasierung einer psychopathologisch bedingten „Unfreiheit“ der psychisch Gestörten „rechtlich unhaltbar“, Baumann (1966) hält dieses Problem gar in der Judikatur für „ausdiskutiert“. Die juristische Argumentation zielt also darauf ab, daß gerade auch bei der Zwangsunterbringung psychiatrischer Patienten Art. 104 GG gilt, in dem es unter anderem heißt: „Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden“.

Wann und wie fällt nun die Entscheidung darüber, ob ein (potentieller) Patient freiwillig oder zwangsweise in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wird? – Für die Unterbringung einer Person in einer psychiatrischen Klinik gegen ihren Willen bilden die Unterbringungsgesetze der Länder die rechtliche Grundlage. Die in diesen Unterbringungsgesetzen enthaltenen Verfahrensbestimmungen weichen von Bundesland zu Bundesland oft erheblich voneinander ab. Aber auch innerhalb eines Bundeslandes ändert sich die Praxis der Freiwilligkeitsregelung von Klinik zu Klinik: In einigen Kliniken etwa geht man stillschweigend davon aus, daß der Patient freiwillig untergebracht ist, solange er nicht explizit das Gegenteil zum Ausdruck bringt und deutlich zu erkennen gibt, daß er auf keinen Fall in der Klinik untergebracht werden möchte; in anderen Kliniken hält man sich an eine eher konservativere Strategie und verlangt von jedem Patienten, durch die Unterschrift unter eine sogenannte Freiwilligkeitserklärung explizit sein Einverständnis mit der Unterbringung zu bekunden.

Bis heute ist ungeklärt, welche Auswirkungen die unterschiedlichen Unterbringungsgesetze der einzelnen Bundesländer und die unterschiedliche Praxis der Freiwilligkeitsregelung in den einzelnen Kliniken auf die Häufigkeit der Zwangsunterbringungen haben. Festzuhalten bleibt, daß „zwischen den einzelnen Bundesländern eine Schwankungsbreite des Anteils der Zwangsuntergebrachten an der Gesamtzahl der Patienten psychiatrischer Krankenhäuser von rund 6 % bis rund 50 % festgestellt wurde“ und daß „der

Anteil der nach dem gleichen Gesetz in verschiedenen Krankenhäusern untergebrachten Patienten etwa in Hessen zwischen 30,4 % und 70,4 %, in Berlin (West) zwischen 0,4 % und 38,5 %, im Bereich des Landschaftsverbands Rheinland zwischen 7,6 % und 54 %“ schwankt (so die Psychiatrie-Enquete 1975, S. 369). — Vielleicht sollte ich noch anmerken, daß in einigen Bundesländern (so in Bayern, Bremen und Niedersachsen) zur Zeit neue gesetzliche Regelungen über „Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ diskutiert werden, die später an die Stelle der jetzt noch gültigen Unterbringungsgesetze treten sollen.

Fragestellungen und interpretativer Rahmen der Untersuchung

Mein Untersuchungsinteresse ist nun nicht darauf gerichtet, „soziologische“ Argumente in die zwischen Juristen und Psychiatern ablaufende Diskussion um die im GG gemeinte „Freiheit“ oder die Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit eines „freien Willens“ bei psychisch Kranken einzubringen; ich bin auch nicht darauf aus, zu untersuchen, ob etwa die formellen gesetzlichen Bestimmungen im psychiatrisch-klinischen Alltag durch informelle Praktiken unterlaufen werden oder ob Zwangsunterbringungen schichtspezifisch verteilt sind. Fragestellungen dieser Art setzen nämlich voraus, daß der Untersucher (ebenso wie die von ihm beobachteten Handelnden selbst) als selbstverständlich gegeben hinnimmt und somit das Problem ignoriert, auf welche „geordnete“ Art und Weise das Phänomen der „Freiwilligkeit“ als beobachtbares und darstellbares Phänomen im interaktiven Zusammenhang des Aufnahmegeschehens produziert wird. Gerade auf diesen Herstellungsprozeß richtet sich aber mein Interesse. Anstatt also davon auszugehen, daß psychiatrische Patienten aus freiem Willen oder gegen ihren Willen in einer Klinik untergebracht werden können, frage ich danach, wie beim Eintritt in die Klinik, oder schon spezifischer: im Aufnahmegespräch, die Bestimmung des „Willens“ des Patienten situativ, kontextsensitiv organisiert und abgewickelt wird.

Den interpretativen Rahmen, innerhalb dessen diese Fragestellung entwickelt wurde und bearbeitet wird, bilden die auf die Arbeiten von Harold Garfinkel zurückgehende Ethnomethodologie und der insbesondere auf den Arbeiten von Harvey Sacks und Emanuel Schegloff basierende Ansatz der Konversationsanalyse. Gemeinsam ist diesen beiden Ansätzen, deren Entwicklung aufs engste miteinander

verknüpft ist, der Anspruch, das alltagsmethodische Fundament sprachlicher Interaktion zu bestimmen, auf dem die synchrone, konzertierte Organisation von Verstehen, die Produktion und Aufrechterhaltung einer gemeinsamen und erkennbar wirklichen Welt und die geordnete Struktur sozialer Beziehungen und Handlungsabläufe aufruht.

Eines der - frühen - Ziele der Konversationsanalyse (s. Sacks 1972) besteht darin, die Mittel und Methoden zu bestimmen, mit deren Hilfe die Handlungsteilnehmer in der sprachlichen Interaktion sich wechselseitig klassifizieren und d. h. aus einer Vielzahl möglicher „Identitäten“ kontextsensitiv eine Identitätskategorie, die die Mitgliedschaft in einer sozialen Gruppierung bezeichnet, auswählen. Diese Kategorisierungsmittel („membership categorization devices“), deren regelhafte Anwendung auch für nicht personengebundene Bezeichnungen untersucht und nachgewiesen wurde (s. Schegloff 1972, für Ortskategorisierungen), sind soziologisch deshalb von Interesse, weil 1. die Interagierenden mit ihrer Hilfe Gesprächsthemen generieren und stabilisieren, ihre Teilnahme am Gespräch sicherstellen, soziale Relationierungen herstellen, „hören“ und „sehen“, situative soziale Relevanzen wahrnehmen und beeinflussen können und weil 2. die Analyse dieser Kategorisierungsmittel weitere Aufschlüsse darüber geben kann, wie Alltagswissen und Expertenwissen in konkreten Szenen der sprachlichen Interaktion das Handlungsgeschehen und den Handlungsverlauf mitkonstituieren.

Ein anderes Ziel der konversationsanalytischen Forschung (s. Sacks/Schegloff/Jefferson 1974) besteht darin zu klären, mittels welcher Techniken und Methoden die Mitglieder einer Gesellschaft eine sprachliche Interaktion in Gang bringen, aufrechterhalten und beenden. Dabei geht es zum einen um die generelle Organisation des Sprecherwechsels, d. h. um die regelhafte Verteilung und Sequenzierung der Redebeiträge der einzelnen Gesprächsteilnehmer, wobei paarweise aneinandergekoppelte Äußerungen – „adjacency pairs“ eine zentrale Rolle spielen (s. als Überblick hierzu Goffman 1976). Zum andern geht es um die Organisationsweisen und Realisierungsformen bestimmter Sprechhandlungen und Gesprächsfiguren (etwa: Witze erzählen, lachen, Beleidigungen produzieren und replizieren, Nebenbemerkungen machen), wobei auch hier das System der Sequenzierung und Distribuierung von Redebeiträgen eine entscheidende Rolle spielt. Soziologisch bedeutsam ist die Analyse der Sequenzialität sprachlicher Interaktion deshalb, weil die Selektion des nachfolgenden Sprechers und die Lokalisierung der Punkte möglicher Redeübergabe als strukturelle Probleme des kommunikativen Verkehrs von den Gesprächsteilnehmern fortwährend Aufmerksamkeit, Zuhörfähigkeit und d. h.: Verstehensleistungen elementarer Art erfordern (s. zu diesem Punkt Moerman/Sacks 1971).

Leser, die für den Ansatz der Konversationsanalyse Interesse entwickeln können, möchte ich verweisen auf das Einführungslehrbuch von Speer (1973), die theoretische Arbeit von Wootton (1975), auf die Sammelbände von Sudnow (1972) und Turner (1974) sowie auf die in deutscher Sprache vorliegenden Aufsätze von Turner (1976) und Kallmeyer/Schütze (1976).

Es geht mir in meiner Untersuchung also darum, das psychiatrische Aufnahmegespräch als *Gespräch* zu analysieren, in dem der Modus der Unterbringung eines Patienten durch die spezifische Organisation der Freiwilligkeitsthematik entschieden, geregelt und abgewickelt wird. Da aber konversationsanalytische Arbeiten bis heute fast ausschließlich natürlich ablaufende Unterhaltungen und Erzählungen, nicht jedoch institutionell-organisatorische, von externen Zwecksetzungen gesteuerte Gesprächsabläufe analysiert haben, wird in meiner Untersuchung der Versuch gemacht, die rein konversationsanalytische Vorgehensweise mit ethnomethodologischen Strategien zu verknüpfen, die auf die Bestimmung reflexiv strukturierter Kontexteinbindungen, interpretativer Prozeduren und innerer Rationalitätsmuster aus sind (vgl. hierzu Garfinkel 1967).

Das Freiwilligkeitsthema im Aufnahmegespräch

Im folgenden also einige Beobachtungen und angedeutete Analyseschritte – gleichsam als Kostproben. (Die Publikation einer ausführlichen Analyse des gesamten psychiatrischen Aufnahmegeschehens ist in Vorbereitung.)

In den Kliniken, in denen von einem neu aufgenommenen Patienten eine explizite Freiwilligkeitserklärung verlangt wird, gibt es immer eine zu unterschreibende schriftliche Vorlage, die folgendes Aussehen und folgenden Wortlaut haben kann:

Einverständniserklärung

Ich bin mit meiner Unterbringung
und Behandlung auf einer geschlos-
senen Abteilung des Nervenkranken-
hauses XYZ einverstanden.

XYZ,
.....
(Unterschrift)

Obwohl das Freiwilligkeitsthema also durch die Art seiner schriftlichen Vorlage nicht an einem spezifischen Ort im Ablauf des Aufnahmegesprächs verankert ist und obwohl es durch die zu unterschreibende schriftliche Erklärung in eindeutiger Weise vorformuliert ist, zeigt eine Durchsicht der aufgezeichneten und transkribierten Aufnahmegespräche rasch, daß das Freiwilligkeitsthema fast ausnahmslos an besonderen Stellen im Ablauf des Aufnahmegesprächs einge-

führt wird und daß die Formulierungen, mit denen es zur Sprache gebracht wird, charakteristischerweise variieren. Meine folgenden Überlegungen beschränken sich auf diese beiden Beobachtungen, die sich — ohne daß ich hier anhand einzelner Transkriptionsausschnitte auf Feinheiten eingehen kann — folgendermaßen präzisieren lassen:

Die *Positionierung* des Freiwilligkeitsthemas im Aufnahmegespräch ist insofern signifikant, als dieses entweder am Ende des (von der Aufnahmesekretärin abgewickelten) Interaktionsschemas der Personalbefragung oder am Ende des (vom Arzt geführten) psychiatrischen Aufnahmegesprächs eingeführt wird. Als zusätzliche Merkmale kommen hinzu, daß derjenigen Äußerung, mit der die Freiwilligkeitsthematik angesprochen wird, zumeist eine längere Pause vorangeht und daß zu Beginn dieser Äußerung fast immer „Präterminatoren“, also schluß-signalisierende, besiegelnde Ausdrücke (z. B. „Gut,–“) oder „Diskontinuitätsmarker“, also initiiierende, ein neues Thema signalisierende Ausdrücke (z. B. „Jetzt,–“) stehen. (Zu diesen beiden konversationsanalytischen Konzepten vgl. die Arbeiten von Davidson 1975 und Adato 1971.)

Die *Formulierungen*, mit denen die Freiwilligkeitsthematik im Aufnahmegespräch eingeführt wird, sind weder gleichbleibend noch beliebig. Nach meinen Beobachtungen lassen sich folgende drei Einführungsweisen auseinanderhalten:

- a) Explizite Aufforderungen an den Patienten, die Freiwilligkeitserklärung zu unterschreiben („Jetzt, Sie sollten uns da noch bestätigen, daß Sie freiwillig hierher kommen“).
- b) Explizite Feststellungen des Aufnahmepersonals, die die zustimmende oder abweisende Haltung des Patienten betreffen („Ja, Sie sind mit der Aufnahme und Behandlung einverstanden“, oder: „Frau K., Sie wollen also nicht bei uns bleiben“).
- c) Explizite Fragen („Frau B., sind Sie einverstanden, daß Sie hier bleiben?“). Diese Form der Einführung des Freiwilligkeitsthemas ist am seltensten.

Einige Thesen zu der beobachteten besonderen Positionierung und Formulierung der Freiwilligkeitsthematik im psychiatrischen Aufnahmegespräch:

1. Das Klinikpersonal zeigt eine klare Präferenz für die freiwillige Unterbringung eines Patienten, die die Einschaltung des Unterbringungsrichters überflüssig macht und keine bürokratische Arbeit erfordert.
2. Die freiwillige Aufnahme wird vom Klinikpersonal dem

Patienten gegenüber als vernünftige Problemlösung dargestellt, der gegenüber dann die Verweigerung der Unterschrift unter die Einverständniserklärung als unvernünftig und als Zeichen seiner Krankheit erscheint.

3. Obwohl kein normaler, vernünftiger Mensch aus freiem Willen in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht werden möchte, gilt also im Aufnahmegeschehen die Freiwilligkeitserklärung eines Patienten als Zeichen für seine vernünftige, normale Einstellung. Es ist daher prinzipiell immer möglich, daß der Aufnahmearzt nach der Freiwilligkeitserklärung eines Patienten sich fragt, ob der Patient nicht so vernünftig und so normal ist, daß eine Unterbringung gar nicht erforderlich wäre.

4. Die Positionierung des Freiwilligkeitsthemas am Ende des Aufnahmegesprächs kann derartige Zweifel abblocken. Signifikant hierfür ist, daß der Aufnahmearzt mit seiner Frage an den Patienten, ob er mit der Unterbringung einverstanden ist, diesem überhaupt erst mitteilt, *daß* er aufgenommen und nicht abgewiesen wird.

5. Die deutliche Positionierung des Freiwilligkeitsthemas am Ende des Aufnahmegesprächs ermöglicht es dem Aufnahmepersonal, durch eine zusammenfassende, summierende Formulierungsweise Verständnis zu signalisieren, Brückierungen zu vermeiden und die ganze Sache als lästigen bürokratischen Akt erscheinen zu lassen (wobei hier genauer untersucht werden kann, mittels welcher Motivgrammatik das Aufnahmepersonal aus dem Verhalten eines Patienten dessen „Freiwilligkeit“ antizipieren kann; s. hierzu Blum/McHugh 1975).

6. Durch die Positionierung des Freiwilligkeitsthemas am Ende des Aufnahmegesprächs wird ferner

a) der Gefahr vorgebeugt, daß durch die Einführung dieses Themas der Patient erst auf die Möglichkeit der Weigerung aufmerksam gemacht wird (s. hierzu die analoge Beobachtung von Brusten/Malinowski 1975, S. 85 f., im Fall der Belehrung des Beschuldigten im Polizeiverhör);

b) der Patient in eine Situation gebracht, in der seine Weigerung als Uneinsichtigkeit, Undankbarkeit oder mutwillige Störung schon ablaufender Routineprogramme dargestellt werden kann (wobei diese Beobachtung auch für viele andere klinische Kontexte gilt, in denen etwa zur Durchführung risikobehafteter Tests oder Eingriffe das vorherige Einverständnis der Patienten erforderlich ist);

c) verhindert, daß der Patient genauer danach fragt, *womit* er sich einverstanden erklären soll und *wozu* er sich freiwillig entschließen soll (in den Formulierungen des Freiwilligkeitsthemas ist entweder pauschal von „Behandlung“ oder

„Unterbringung“ die Rede, oder es werden Ausdrücke verwendet, die einen hohen Grad expliziter Indexikalität haben, wie etwa „*hierher* kommen“, „*da* sein“, „*hier* bleiben“, „*bei uns* bleiben“).

Bleibt mir zum Schluß noch der Hinweis darauf, daß die Organisation der Freiwilligkeitsthematik im psychiatrischen Aufnahmegespräch nur einen Aspekt meiner gesamten Untersuchung bildet, die neben dem vollständigen psychiatrischen Aufnahmevergang auch die richterliche Anhörung zwangshospitalisierter Patienten und sogenannter Paragrafenfälle sowie Gerichtsverhandlungen mit psychiatrischen Gutachtern und psychiatrischen Untersuchungen im Gesundheitsamt umfassen wird.

Anmerkung

* Die Arbeit, über die hier berichtet wird, ist Teil einer empirischen Einzeluntersuchung über die praktische Organisation von psychopathologischen Biographien in klinischen und gerichtlich-administrativen Kontexten. Den Rahmen für diese Untersuchung bildet das Konstanzer Forschungsprojekt „Soziale Relevanz und biographische Struktur“, das aus Mitteln der Fritz Thyssen Stiftung gefördert wird und unter der Leitung von Richard Grathoff steht.

Literatur

- ADATO, A., On the sociology of topics in ordinary conversation. Unveröffentl. Dissertation, University of California, Los Angeles, 1971
BAUMANN, J., Unterbringungsrecht, Tübingen 1966
BLUM, A./MCHUGH, P., Die gesellschaftliche Zuschreibung von Motiven, in: LÜDERSEN/SACK (Hrsg.), Seminar: Abweichendes Verhalten II, Frankfurt/M. 1975, S. 171–196
BRUSTEN, M./MALINOWSKI, P., Die Vernehmungsmethoden der Polizei und ihre Funktion für die gesellschaftliche Verteilung des Etiketts „kriminell“, in: BRUSTEN/HOHMEIER (Hrsg.), Stigmatisierung, Bd. 2, Neuwied 1975, S. 57–112
DAVIDSON, J. A. Y., Ending structures in conversation. Unveröffentl. Dissertation, University of California, Irvine, 1975
GARFINKEL, H., Studies in ethnomethodology, Englewood Cliffs N. J. 1967
GOFFMAN, E., Replies and responses, in: Language in Society, 5, 1976, S. 257–313
KALLMEYER, W./SCHÜTZE, F., Konversationsanalyse, in: studium der linguistik, 1, 1976
MOERMAN, M./SACKS, H., On the analysis of natural conversation. Unveröffentl. Ms., 1971
Psychiatrie-Enquete, Bonn 1975
SAAGE, Freiheitsentziehungsverfahren, Berlin 1958
SACKS, H., On the analyzability of stories by children, in: GUMPERZ/HYMES (Hrsg.), Directions in sociolinguistics, New York 1972, S. 325–345

- SACKS/SCHEGLOFF/JEFFERSON, The simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation, in: *Language*, 50, 1974, S. 696–735
- SCHEGLOFF, E., Notes on a conversational practice: formulating place, in: SUDNOW (Hrsg.), *Studies in social interaction*, New York 1972, S. 75–119
- SPEIER, M., How to observe face-to-face communication: a sociological introduction, Pacific Palisades Cal. 1973
- SUDNOW, D. (Hrsg.), *Studies in social interaction*, New York 1972
- TURNER, R. (Hrsg.), *Ethnomethodology*, Harmondsworth, Engl., 1974
- TURNER, R., Einige formale Eigenschaften des therapeutischen Gesprächs, in: AUWARTER/KIRSCH/SCHRÖTER (Hrsg.), *Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität*, Frankfurt/M. 1976, S. 140–190
- WOOTTON, A., *Dilemmas of discourse: controversies about the sociological interpretation of language*, London 1975
- ZUTT, J., *Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung*, Berlin / Heidelberg / New York 1970

März 1977

Brauneggerstraße 51, 7750 Konstanz