Dr. Falko Seegel

Therapie in der Tagesklinik



handeln und behandeln

unter Mitarbeit von:
■ Dr. Friedhelm Röder ■ Ursula Voss ■ Nedjma Schäfer ■ Angelika Bessler
■ Jochen Schwemm ■ Frank Oswald ■ Susanne Engelke

Therapie in der Tagesklinik

Therapie in der Tagesklinik
Handeln und Behandeln

Dr. Falko Seegel
Therapie in der Tagesklinik – Handeln und Behandeln

2. Auflage März 2008

ISBN 978-3-00-023553-5

Fotos: Dr. Falko Seegel · E-Mail: falko.seegel@klinikum-hef.de
Grafische Gestaltung, Illustationen und Druck: W-S-D · Christian Wink · 91241 Kirchensittenbach
Telefon 0 91 51 / 86 29 77 · Fax 0 91 51 / 86 29 79 · Internet: www.wsd-wink.de

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Buches darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm, Internet oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Autors reproduziert, auf elektronische Systeme gespeichert, verarbeitet oder vervielfältigt werden.

Grusswort

Die Psychiatrische Klinik ist nunmehr seit 1987 fester Bestandteil der Kliniken unseres Kreises. Nach den ersten Jahren unter der Regie des Landeswohlfahrtsverbandes erfolgte 1998 die Übernahme durch das Klinikum. Im Zuge des Ausbaus, der Erweiterung und der Übertragung des Versorgungsauftrages für den Landkreis Hersfeld-Rotenburg wurde die Bettenzahl mehr als verdoppelt und auch die Aufgaben sind erheblich gewachsen.

Nach wie vor ist jedoch noch immer vielen Menschen kaum oder wenig geläufig, worin die Therapie in einer solchen Einrichtung besteht.

Ich freue mich daher sehr, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tagesklinik die Initiative ergriffen haben und ihre Einrichtung der Öffentlichkeit präsentieren. Sie zeigen das Haus und – noch viel wichtiger – sie machen ihre Arbeit transparent und laden damit zur Auseinandersetzung und Diskussion ein.

Ich bin sicher, dass dieses Buch dazu beitragen wird, Neugierde ebenso zu wecken, wie Kenntnisse über diesen wenig bekannten Bereich therapeutischer Tätigkeiten zu erhalten und zu erweitern und die Tagesklinik im Bewußtsein der Menschen in unserem Kreis zu verankern.

Für Ihre weitere Arbeit wünsche ich Ihnen weiterhin viel Erfolg.



Dr. Karl-Ernst Schmidt
Landrat des Landkreises Hersfeld-Rotenburg

Grusswort des Bürgermeisters

Wenn Psychiatrie bisher als etwas Unbekanntes, bisweilen Unangenehmes, als etwas, mit dem man lieber nichts zu tun haben möchte, angesehen worden ist, dann kann dieses Buch dazu beitragen, diese Sichtweise ein wenig zu korrigieren. Die Kombination der Texte als informativer, roter Faden wird von einem darstellerischen Konzept begleitet, daß Psychiatrie von seiner menschlichen und von seiner ästhetischen Seite zeigt, was in dieser speziellen Verbindung sehr ansprechend ist.

Herzlichen Glückwunsch !

Der Bürgermeister



Hartmut H. Böhmer

Danksagung und Vorwort zur 2. Auflage

Alle Texte in diesem Buch sind aus der Praxis heraus entstanden. Sie waren ursprünglich als Antworten auf die Fragen, die uns von Patienten im Laufe der Jahre wiederholt gestellt wurden, formuliert worden. Nach und nach wurde die Sammlung umfangreicher und so spannt sie mittlerweile den Bogen über die gesamte Bandbreite der Themen, mit denen wir uns beschäftigt haben. Schließlich konnten wir auch Patienten gewinnen, ihre Erfahrungen zu schildern, die sich dieser Aufgabe mit großem Engagement gewidmet haben.

Ihre Gestalt haben die Texte erst durch die Auseinandersetzung im Gespräch erhalten. Ganz besonders möchten wir an dieser Stelle daher folgende Personen nennen: Angelika Bessler, Marion Bolender, Melanie Huy, Mohammad Iraki, Mirko Panitz, Astrid Sattler, Barbara Schloderer, Anja Mahrholdt, Dagmar Tausch und Chefarzt Dr. Claudio García.
Für die zweite Auflage haben wir die ursprüngliche Struktur beibehalten und nur kleine Änderungen vorgenommen, die wir im Wesentlichen den Anregungen der Praktikanten der psychologischen Abteilung zu verdanken haben. Annika Pressler hat den gesamten Text gesichtet, korrigiert, ein Glossar vorgeschlagen, für das sie eine erste Sammlung durchgeführt hat. Constanze Hodes hat die Sammlung ergänzt und Benjamin Tauber hat eine letzte Überarbeitung im Sommer 2007 vorgenommen. Einige kleinere Informationstexte runden das Bild ab.

Von vielen Seiten des Klinikums wurden wir bei unserem Vorhaben ermuntert. Ganz besonders bedanken möchten wir uns aber bei denjenigen Firmen und Personen, die es uns mit ihrer finanziellen Unterstützung ermöglicht haben, das Buch in dieser Qualität herzustellen, was Herr Christian Wink mit Leidenschaft und Können besorgt hat.



Dr. F. Seegel

Niemand ist eine Insel

Von den Lesern der ersten Auflage wurde die ansprechende Aufmachung des Buches gewürdigt, und neben der guten Lesbarkeit war es auch der hoffnungsvolle Ton vieler Artikel, der mehrfach und ausdrücklich hervorgehoben wurde, insbesondere von jenen, die selbst oder im Bekanntenkreis mit einer psychischen Erkrankung konfrontiert waren oder es noch sind. Daher wollen wir in der zweiten Auflage einige vertiefende Überlegungen zum Thema Hoffnung und Beziehung voranstellen.

Hoffnung ist ein zentraler Bestandteil des Lebens und gerade angesichts schwerer Erkrankungen läßt sich daraus erst die Kraft schöpfen, die für die Gesundung notwendig ist. Sie entsteht wesentlich in der menschlichen Begegnung und gründet sich auf ein Urvertrauen, dass normalerweise aus der stabilen und positiven Beziehung zu den ersten Bezugspersonen, den Eltern, in der Kindheit entsteht.
Auch im weiteren Leben sind stabile und positive Beziehungen zu anderen Menschen unerlässlich. Könnte man auf Beziehungen verzichten, dann wäre eine Tagesklinik überflüssig. Im Falle einer Erkrankung reichte ein Arztbesuch oder die Konsultation eines Therapeuten aus, und man könnte, mit dem Nötigsten aus der Apotheke und einem neuen Termin versehen, wieder den Heimweg antreten und in aller Stille auf das Eintreten der Besserung warten. In der Zwischenzeit würde man es sich so angenehm wie möglich machen, sich darin üben, positiv zu denken und sonst sich von andrängenden dunklen Gedanken abzulenken versuchen. Dass dies nicht funktioniert, ist offensichtlich.

Es sind gerade die Beziehungen zu den Therapeuten, und der Kontakt zu anderen Erkrankten, mit denen man sich austauschen kann, die in der Tagesklinik ein zentraler Bestandteil der Behandlung sind.
Jeder kennt die Situation, wenn man bei einem hochkonzentrierten Spezialisten des medizinischen Versorgungssystems mit wohlgewählten, sehr knappen Worten nach dem Begehr gefragt wird, und, bevor man eine Antwort geben kann, bearbeitet er bereits die Tastatur des Computers. Der erste Satz wird schnell unterbrochen, es wird zielgerichtet nachgefasst, und verhalten energische „hmhms“ drängen zum Wesentlichen. Die sachliche Erörterung z.B. der Laboruntersuchungen und die daraus folgenden Handlungsmöglichkeiten lassen den Patienten alsbald den eigenen Körper durch die Brille des weißgewandeten Spezialisten betrachten. Er lauscht den Ausführungen über Leber– und sonstige Werte mit einer distanzierten Aufmerksamkeit, als ginge es nicht um Fleisch und Blut und um Verzweiflung und Hoffnung, sondern um die Sonderausstattung eines kürzlich erworbenen Sportwagens. Unmerklich ist man Welten entfernt von dem, was einen veranlasst hat den Arzt aufzusuchen, von Verunsicherung, von Angst und Bedrängnis und nagender Ungewißheit.

Wie anders ist eine offene Begrüßung, die ermuntert, ohne Zeitdruck in eigenen Worten zu schildern, wo es drückt, was einem Sorgen bereitet. Derjenige, der so sein Innerstes offenlegt, möchte angenommen werden, d.h. er erwartet, dass man seine Schilderung zur Kenntnis nimmt ohne nach moralischen Maßstäben zu urteilen.

Es ist die in sich ruhende und konzentrierte Gegenwart (Präsenz) des Therapeuten, die diesen Augenblick der Kontaktaufnahme ganz auszuloten bereit ist, und die keine Angst und kein Tabu kennt, Verständnis und Zuspruch mit sich führt und so die erste Not lindern kann.
Am Anfang der Begegnung ist es also nicht die Aktivität, sondern es ist die Bereitschaft zur ganzen Hinwendung, die das Bündnis knüpfen hilft, das die Grundlage für Vertrauen und Hoffnung bildet. Diese Bereitschaft gilt es zu zeigen, aber merkwürdigerweise drückt sie sich eher unscheinbar aus. Wenn sie vorhanden ist, durchdringt sie den ganzen Menschen bis in jede Faser und es benötigt nur noch die Hinwendung zum Gegenüber und schon entsteht der Kontakt. Mit schlafwandlerischer Sicherheit wählt der Erfahrene die wenigen Worte, die diese Bereitschaft vollständig zum Erklingen bringt. Dies kann soweit gehen, dass nur noch minimale Gesten der Kommunikation, ein Kopfnicken zum richtigen Zeitpunkt, ein leichtes Heben der Hand, die gesamte innere Haltung unmittelbar erfahrbar macht.
Diese Fähigkeit zur Begegnung öffnet die wichtigsten Quellen zur Gesundung: Hoffnung und Vertrauen. Beides entsteht in der Begegnung mit einem anderen Menschen, und so ist niemand eine Insel für sich.

Dies gilt für die therapeutische Beziehung ebenso wie für alle anderen Arten der Begegnung in der Klinik und im Alltag, die sich auf Wahrhaftigkeit und Offenheit gründen. Sind die Beziehungen im Laufe einer vielleicht unangenehmen und langwierigen Krankheit verkümmert oder wenig gepflegt worden, dann wird in der Tagesklinik gerade dies nachgeholt, wieder eingeübt und gefestigt. Dies steht nicht ausdrücklich im Therapieplan, sondern es wird ständig, in jeder alltäglichen Situation aufs Neue praktiziert. Wenn diese Beziehungen zu wirken beginnen, spürt derjenige eine Art von Befreiungsgefühl, dass er wohl genießen, aber dessen Ursprung er nicht genau lokalisieren kann.

Die thematische Gliederung nach Farben ...

Weiß gibt Grundlagen und Erfahrungen aus der Praxis und Anwendung in erfahrungsbezogener Form wieder

Gelb erzählt Geschichten und direkte Erfahrungen - individuell und von unseren Patienten erzählt.

Blau führt Sie durch einige kurze Daten und Fakten.

Hellrot zeigt Ihnen Motivation und Einstellung einiger Mitarbeiter und Praktikanten der Tagesklinik.

Grün gibt Anregungen und Anstöße durch zeitlos historische Zitate ....

Inhaltsverzeichnis

Die thematische Gliederung ...

Grußworte und Danksagungen 3-7

Wie funktioniert eine Tagesklinik?
Die Entwicklung der Tagesklinik 11
Unser Behandlungsansatz 11
Die Neukonzeption der Tagesklinik 12
Interkulturelle Aspekte und Gemeinsamkeiten 29
Was ist Therapie? 34
Wie entsteht eigentlich eine therapeutische Wirkung? 81
Die Arbeitsorganisation der Mitarbeiter 35
Therapie in der Praxis 36
Wie lange dauert eine Therapie in der Tagesklinik? 37
Ein paar Worte zum Thema Medikamente 62

Wer arbeitet dort?
Der Arzt in der Tagesklinik 61
Psychologe: Was macht der eigentlich? 39
Sozialarbeiterin: Wo bleibt mein Geld? 87
Krankenpflege - wie geht das? 42
Lebensart 44
Theater und Erholung 45
Kunsttherapie 46
Ergotherapie 50
Bewegungstherapie: Therapie und Poesie 53
Vier Mann in einem Boot 56
Verliere den Verstand und entdecke den Sinn 57
Genuss als Therapie - ein Widerspruch? 58
Von Einem, der auszog das Loslassen zu lernen 60
Eine Gruppentherapiestunde 90

Was muss man über Krankheit wissen?
Diagnose, Neurose und Psychose
Therapie und das Ich 14
Einfach nur Geräusche ...
Die Wahrnehmungsstörungen bei einer Psychose 21
Wie wird Krankheit erlebt? 25
Depression 67

Inhaltsverzeichnis

Die thematische Gliederung ...

Cannabis – wirklich so harmlos? 83

Strategien und Erklärungen

Warum muss mir das passieren? 23
Was ist mit den Angehörigen? 31
Kreativität und Krankheit 43
Was hat Glück mit Depression zu tun? 71
Zum Thema schlechte Laune 74
Wut und andere Denkblockaden 75
Wenn einem der Kopf brummt 76
Wie geht es mir, gut oder schlecht? 78
Humor? 79
Stopfen oder Genießen? 85

Aus persönlicher Sicht ... Mitarbeiter berichten

Meine Geschichte 30
Als Praktikantin in der Tagesklinik 48
Arbeitstherapie - Bei mir wird richtig gearbeitet! 50
Ergotherapie - Muss ich auch basteln? 52
Oft werde ich gefragt, ... 84

Aus persönlicher Sicht ... Patienten schildern ihre Erfahrungen

Die „Klapse“ hatte ich mir ganz anders vorgestellt 20
Es war ein ganz normaler Arbeitstag 32
Ergotherapie: Zeitvertreib oder Arbeit? 51
Meine Geschichte 68
Eine Geburt mit Nachwehen 72
Wenn nichts mehr ist, wie es war 80
Bewegungstherapie - „Ohne Schweiß kein Preis“ 54

Wissenswertes

Cannabis – Harte Fakten 84
Stopfen oder Genießen - biologische Perspektive 86
Wochenbettpsychose 73
Kommen Sie ins Hier und Jetzt 77
Glossar 92

Die Entwicklung der Tagesklinik

Die psychiatrische Tagesklinik besteht seit 1988 und ist, seit 1999 in der Trägerschaft des Klinikums Bad Hersfeld, gemeinsam mit der Ambulanz und dem stationären Bereich von 56 Betten für die allgemeinpsychiatrische Versorgung des Kreises Hersfeld/Rotenburg zuständig. Seit 2003 steht ein großzügiges Raumangebot zur Verfügung und es können durchschnittlich 24 Therapieplätze belegt werden. Diese Therapieplätze gliedern sich in zwei selbständige Behandlungseinheiten mit je 12 Patienten, wobei in der Behandlungseinheit A eher Patienten mit einem neurotischen Krankheitshintergrund behandelt werden, in der Behandlungseinheit B werden eher Patienten mit endogenen Erkrankungen (z.B. Psychosen) behandelt. So ergibt sich eine indikationsspezifische Behandlung und Förderung, die dem aktuellen Stand der Forschung Rechnung trägt.

Unser Behandlungsansatz

In der Therapie mit psychiatrischen Patienten hat man es in der Regel mit einer krankheitsbedingten Veränderung der Realitätswahrnehmung und des Verhaltens zu tun. Die sichtbaren Anzeichen sind: Rückzug, Verunsicherung, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Denkstörungen, Verfolgungsgedanken, Unruhe, Angst, depressive Selbstwahrnehmung, um nur einige zu nennen. In erster Linie geht das Bestreben dahin, diese Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen und den Patienten dabei zu unterstützen, ein nach den üblichen Standards selbständiges und normales Leben zu führen.

Gelingt dies nicht oder nur sehr begrenzt, wenn z. B. bestimmte Krankheitserscheinungen nicht rückgängig gemacht werden können, sollten sie zumindest so integriert werden, dass ein hinreichend würdevolles und selbstbestimmtes Leben möglich ist. Da ein solcher Umbau die Person meist vollständig betrifft, ist der Therapeut in jeder Situation mit den Folgen dieser Entwicklung konfrontiert.

Dabei sind die Mitarbeiter in ihrem Verhalten ein direkt erfahrbares Modell. Ganz wesentlich ist daher, dass sie im alltäglichen Lebensvollzug als konkretes Gegenüber erscheinen. In diesem Spannungsfeld können dann wieder Spielräume zur Entfaltung von Individualität geschaffen und genutzt werden, die den Patienten in die Lage versetzen, sein Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen.

Es wird ein individueller und krankheitsspezifischer Therapieplan angefertigt, der möglichst genau auf die Defizite und auf die Ressourcen des Erkrankten abgestimmt ist und sich an den aktuellen Erkenntnissen der Forschung orientiert. Dabei kommt in erster Linie ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zum Tragen, es stehen jedoch auch analytisch orientierte Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Das Ziel ist, jeden Patienten so zu fördern, dass er seine Selbstheilungskräfte entfalten kann. Jeder therapeutische Schritt wird gemeinsam mit ihm erörtert, und es findet in regelmäßigen Abständen eine Überprüfung und gegebenenfalls eine Korrektur der Behandlungsmethoden und des Therapiezieles statt.

„Wir packen die
Dinge nicht an,
weil
sie schwierig sind,
sondern weil
wir sie nicht anpacken
sind sie schwierig.“

Seneca

Neu-Konzeption der vergrößerten Tagesklinik

Seit Beginn der tagesklinischen Arbeit in Bad Hersfeld 1987 bis zum Jahr 2002 waren 15 Behandlungsplätze in der Tagesklinik vorgesehen. Während noch zu Beginn durch eine sehr enge Verzahnung mit dem stationären Bereich und durch fehlende komplementäre Einrichtungen (Tagesstätte des Vereins „Die Brücke“, Werkstatt für psychisch Kranke) die Arbeit im wesentlichen durch die Behandlung schwer beeinträchtigter Psychose-Kranker gekennzeichnet war, änderte sich das Bild in den vergangenen Jahren zusehends. Diese Kranken konnten außerhalb der akuten Schübe in der Tagesstätte ein angemessenes Kontakt- und Beschäftigungsfeld finden. Sie kamen, wenn, dann in der Regel nur zu kurzen Kriseninterventionen, so dass sich der Schwerpunkt der Behandlung hin zu Erstbehandlungen und auch zu Patienten hin neigte, deren Erkrankung eher dem neurotischen Bereich und dem der Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden kann.

Gegenwärtig hat sich die Belegungszahl bei durchschnittlich etwa 21 Patienten eingependelt. Es erfolgen viele Aufnahmen direkt von Station, aber auch von niedergelassenen Haus- und Nervenärzten. So hat sich eine recht große Heterogenität der Patientengruppe hinsichtlich Diagnosen und Leistungsfähigkeit herauskristallisiert. Da oft die tagesklinische Behandlung eine Akutbehandlung ist, muss insbesondere für Patienten mit Psychosen und Depression sowie schizoaffektiven Erkrankungen ein Rückzugs- und Schutzraum geboten werden, der relativ schnell eine Stabilisierung ermöglicht. Naturgemäß ist bei diesen Patienten mit einer reduzierten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung zu rechnen sowie mit einer herabgesetzten Belastbarkeit, was die therapeutischen Ansprüche angeht. Während hier oft eine ¾ Stunde Gruppentherapie vollkommen ausreichend ist, kann bei Patienten mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen eine Zeit von 1 ½ Stunden gerade ausreichend sein. Während im einen Fall eher das stützende, klar geordnete, auf ein zunächst geringes Anspruchsniveau ausgerichtete Therapieangebot das Mittel der Wahl ist, sollten im anderen Fall schon recht früh konfrontative, übende und fokusorientierte Behandlungsverfahren zum Einsatz kommen.

Aus diesen Überlegungen heraus haben wir das zunächst einheitliche Konzept der Tagesklinik, das sich je nach Patientennachfrage in die eine oder in die andere Richtung orientierte, in zwei stabil parallel arbeitende Konzepte aufgeteilt. In dem einen Schwerpunkt sind Patienten mit eher neurotischer, in dem anderen Schwerpunkt mit eher psychotischer Genese vertreten, so dass sie indikationsspezifisch gefördert werden können und nicht etwa ein zu großes Leistungsgefälle in den Gruppen bei den Schwächeren etwa eine negative Entwicklung begünstigen würde. So ist jeweils die gesamte Bandbreite der Behandlung, die Psychotherapie, medizinische Therapie, verhaltenstherapeutische Angebote, Bewegungstherapie, Ergotherapie und Kunsttherapie umfasst, durchgängig für ein Erkrankungsbild konzipiert. An bestimmten Veranstaltungen nehmen beide Patientengruppen gemeinsam teil, dies sind u. a. die Morgenrunde, das Mittagessen, die Abschlussrunde und auch bestimmte Sportangebote, wo allein die körperliche Fitness ausschlaggebend ist.

Das Netz knüpfen ...

Die Behandlung orientiert sich sehr eng an dem Ausschnitt des Behandlungspfades, den eine Tagesklinik im Gesamtkonzept einer Behandlung wahrnehmen kann. Da wir bei der Aufnahme immer auch schon die Perspektive der Entlassung im Auge haben, ist für uns von besonderer Bedeutung die Verbindung zu den Nachbehandlern. Dies kann die Tagesstätte des Vereins „Die Brücke“ sein, mit der bereits während der letzten Behandlungsphase Kontakte geknüpft werden, um möglichst einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten und Dekompensationen zu verhindern. Dies können auch Kontakte mit niedergelassenen Psychotherapeuten oder den Hausärzten sein, mit denen in der Regel im Vorfeld die weitere Behandlungsstrategie abgestimmt wird. Hinzu kommt ferner die Zusammenarbeit mit Rehabilitationskliniken, die von uns vorgeschlagen werden und wo eine Vorbereitung auf deren Konzept erfolgt, so dass eine schnelle Orientierung für die Patienten gegeben ist. Sollte im Anschluss an eine solche Behandlung eine Wiedereingliederung begleitet werden müssen oder sollte eine niederfrequente, ambulante Behandlung im psychiatrischen Umfeld nötig sein, so wird nach frühzeitigem Kontakt dieses Angebot von uns bereitgestellt. Da einige Mitarbeiter der Tagesklinik (Sozialarbeiter, Psychologen, Pfleger, Ärzte) zu einem geringen Teil in der Ambulanz mitarbeiten, ist eine unproblematische Weiterbehandlung die Regel.

Behandlung und Edukation

Meist kommt ein Patient erst in die Psychiatrie, wenn alle anderen Möglichkeiten, eine krisenhafte Situation zu bewältigen, ausgeschöpft sind. In den allermeisten Fällen haben die Patienten weder eine Vorstellung von der Arbeit in einer solchen Einrichtung, noch haben sie eine Vorstellung von der Natur der Erkrankung, die ihnen widerfahren ist. Neben der Unterstützung und dem Zuspruch sowie der Behandlung muss daher in jedem Fall eine Aufklärung über die Natur und über den Verlauf einer solchen Erkrankung erfolgen. Dies kann man sich nun nicht als eine befristete Veranstaltung denken, die nur an bestimmten Zeitpunkten sich wiederholend gegeben wird. Vielmehr ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung ein Prozess mit mehr oder weniger intensiven Reflektionsphasen. Die Stärke unseres Konzepts besteht darin, dass wir uns sehr schnell auf die Bedürfnisse der Patienten einstellen und das jeweils geforderte Maß an Edukation bzw. Aufklärung bieten können. Es ist individuell sehr verschieden, zu welchem Zeitpunkt welche Art der Aufklärung benötigt wird.

Die Edukationselemente umfassen im Wesentlichen drei Bereiche:

Abschnitt A: Hier lernt der Patient zu Anfang die verschiedenen unangenehmen und teilweise sehr beängstigenden Erscheinungen, die ihm unerklärlich sind, einem Symptomenkomplex und einem Verlauf zuzuordnen.

Abschnitt B: Ein ganz wesentlicher Bestandteil der Aufklärung betrifft die medizinische Behandlung, insbesondere auch die Psychopharmako-Therapie.

Abschnitt C: Der dritte Abschnitt befasst sich mit der Neuorientierung und dem Belastungsmanagement (Feinabstimmung von selbstauferlegten oder geforderten Belastungen mit körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit). Darunter fällt auch die Vorbereitung auf die Entlassung, mithin die Nachsorge und die Überlegung für den Fall, dass die Krankheit erneut auftritt. In diesem Bereich geht unser Bestreben dahin, die anfänglich intensive, psychiatrische Betreuung langsam auszudünnen, so dass der Patient in der Übergangsphase in die Entlassung noch auf die Ressourcen der Klinik zurückgreifen kann.

Diagnose, Neurose und Psychose
Therapie und das Ich

Der folgende Text ist aus der täglichen Arbeit heraus entstanden, aus dem Bedürfnis, die Katastrophe einer psychischen Erkrankung so in Worte zu fassen, dass sie greifbar und berechenbar wird, dass dem Patienten ein Stück der verloren gegangenen Sicherheit wiedergegeben wird, dass er weiß, was ihm geschieht. So sind auch die Metaphern zu verstehen. Die Auswahl folgt den am häufigsten verwendeten Begriffen und bezieht die aktuellen Ergebnisse der Forschung mit ein, ohne dass sie hier explizit genannt würden. Man kann sie auch als Werkzeuge für den klinischen Alltagsgebrauch verstehen, als solide eingearbeitete, vielfach erprobte und bewährte Instrumente des Denkens.

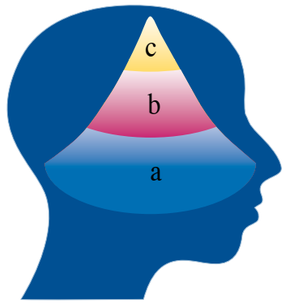
Diagnose

Jede Behandlung beginnt mit einer Diagnose. Das bedeutet, dass der Arzt oder Psychologe im Erstgespräch versucht, die Beschwerden, die der Patient beklagt, so zusammenzufassen, dass sie einem dahinter liegenden Geschehen zugeordnet werden können. Dieses Geschehen kennt der Behandelnde aus der Praxis, er kennt die dazugehörigen **Erscheinungsbilder, die Symptome, er kennt den Verlauf und die Methoden der Beeinflussung, also die Methoden der Behandlung.** Die Kunst der Diagnosestellung besteht also darin, all das, was der Patient berichtet, so zu sortieren, dass es ein sinnvolles Ganzes ergibt, dem man einen Begriff zuordnen kann. Bei der Diagnosestellung wird in einem bestimmten Raster vorgegangen. Es werden verschiedene geistige und körperliche Funktionen des Menschen untersucht, wie zum Beispiel das **Denken, das Handeln, die Aufmerksamkeit, die Konzentration, die Orientierung, die Affektivität, die Gefühle, der Schlaf und der Verlauf der Tagesform,** um nur einige zu nennen. So kann man gewissermaßen in einem mehrdimensionalen Koordinatensystem jeweils einen Punkt markieren, wo der Patient sich gerade befindet.

Das Koordinatensystem der Diagnose

Um zu verstehen, wie diagnostisch in unserer Klinik vorgegangen wird, sei das Bezugssystem, bzw. das Modell kurz dargelegt.

Menschliches Verhalten reicht genau genommen von sehr einfachen, biochemischen Abläufen bis zu hochkomplizierten Verhaltensweisen, wie z. B. Diskussionen. Die Bandbreite der Vorgänge lässt sich als Abfolge aufeinanderfolgender Stufen darstellen, die immer komplexere und umfangreichere Strukturen beinhalten, je höher entwickelt sie sind. Jede übergeordnete Stufe beinhaltet jedoch auch die darunter liegende Stufe und stellt sie in einen neuen Zusammenhang.



a. Die unterste Ebene umfaßt chemische und physikalische Vorgänge, entspricht den entwicklungsgeschichtlich ältesten Teilen des Gehirns. Dies haben wir mit allen Lebewesen gemein.

b. Die darauf folgende Ebene umfaßt komplexe, biologisch-chemische und instinktgebundene Vorgänge, einfaches Lernen. Dies haben wir mit allen Tieren gemein.

c. Die oberste Ebene umfaßt komplexe Vorgänge des Lernens, der Willensbildung, der Motivation, des Sozialkontaktes, den „freien Willen" und alle sogenannten spezifisch menschlichen Funktionen, wie die Persönlichkeit. Dies haben wir nur mit wenigen Tieren gemein (Elefanten, Delphine, Schimpansen).

Erkrankungen können sich jeweils auf verschiedenen Ebenen ansiedeln. So läßt sich eine **endogene Psychose** oder eine **Schizophrenie** in erster Linie auf der mittleren, der biologisch determinierten Stufe ansiedeln. Die Störungen der Wahrnehmung und des Denkens, die Probleme der Filterung und Verarbeitung von Informationen können als Fehlfunktionen der Biologie betrachtet werden, wobei die Rolle der Vererbung hier eine große Rolle spielt. Das Risiko, an einer Psychose zu erkranken, ist 2 – 3 mal höher, wenn in den vorangegangenen Generationen ebenfalls eine solche Erkrankung aufgetreten ist. Natürlich wirkt sich eine Erkrankung auf einer Stufe auch auf die anderen Stufen aus und zieht weitere Kreise, denn der Mensch lebt nicht nur endogen, sondern in seinen sozialen Bezügen und mit seiner Lebensgeschichte. Was dann geschieht, nennt man gemeinhin „Verarbeitung", der Prozess, mit dem eine Person versucht, mit den Veränderungen durch eine Psychose zurecht zu kommen.

Eine **Neurose** hat ihre Wurzel in der obersten Ebene, dem komplexen, gelernten Verhalten. Für uns ist entscheidend, welcher Stufe das Primat bei der Behandlung zukommt, denn dies ist entscheidend für die therapeutische Strategie und auch für die weitere Behandlung in anderen Institutionen oder bei niedergelassenen Psychotherapeuten.

Im Anschluss an die Diagnosestellung erfolgt die Planung der Behandlung. Zunächst einmal ist es wichtig, den Patienten wieder in die Lage zu versetzen, seinen normalen Alltagsaktivitäten nachzugehen. Das kann z.B. durch den Einsatz rasch wirksamer Medikamente erreicht werden.

Weitere Elemente der Behandlung sind Aufbau von Vertrauen, Gespräche über die Folgen der Erkrankung und über die Beeinträchtigungen, Geduld, die Fähigkeit, die Krankheit und die damit vorhandene Begrenzung zunächst zu akzeptieren, Wille, Mut, vielleicht auch Humor und die Entwicklung von Freude und Optimismus.

Endogen - was ist das?

Die Vorstellung, die hinter dem Konzept einer „endogenen Erkrankung" liegt, ist folgende: Eine so genannte endogene Psychose ist ein biologisch determinierter Prozess auf der mittleren Ebene, der, einmal angestoßen oder ausgelöst, seinen Gang geht. Dies ist vergleichbar mit der Lawine, die nach heftigen Schneefall im Gebirge bereit liegt und durch irgendeinen Anlass dann als Schneemasse ins Tal donnert. Hat sie sich erst einmal gelöst, kann sie nichts mehr stoppen, man kann sich nur noch in Sicherheit bringen und Schadensbegrenzung üben. Einer endogenen Psychose liegt ein Anlass zugrunde, der sowohl in der Innenwelt des Betroffenen wie auch in der Außenwelt liegen kann. Hat dieser Anlass erst einmal seine Wirkung entfaltet, dann kommt ein eigener Prozess zum Tragen, der wohl durch äußere Einflüsse und durch Ansprüche an sich selbst in gewissen Grenzen gesteuert, also möglicherweise auch verschlimmert werden kann, der aber nicht willentlich gestoppt werden kann. Alle Behandlungselemente zielen darauf ab, eine solche Behandlungsphase ohne größere Blessuren überstehen zu helfen, die kranke Person zu begleiten, zu unterstützen, zu motivieren und gegebenenfalls auch zurückzuhalten.

An dieser Stelle wird auch der Unterschied zwischen Neurose und Psychose deutlich: Eine Psychose ist der Oberbegriff für alle so genannten organischen und endogenen Erkrankungen, also für Erkrankungen, die einmal ausgelöst, eine bestimmte Verlaufsgestalt haben und die sämtliche Informationen des menschlichen Lebens in so erheblichen Maße beeinträchtigen, dass ein normales Funktionieren bzw. die Durchführung von Arbeit nicht mehr gewährleistet ist.

Eine **Neurose** hingegen ist eine Erkrankung, von der man zunächst glaubte, es handele sich um eine Krankheit der Nerven, durch die bestimmte

Symptome, wie z. B. Zwänge, Ängste, depressive Verstimmungen, um nur einige zu nennen, hervorgerufen werden.

Der Kern des modernen Neurosebegriffes ist die problematische Entwicklung der betreffenden Person, die in ungelöste und zum Teil beiseitegeschobene (verdrängte), bis in das Erwachsenenalter mitgenommene Konflikte mündet, die in Belastungssituationen erneut aufbrechen. Das Symptom ist der verschlüsselte Ausdruck dieses Konfliktes. Eine solche Neurose ist mit einer einmal erfundenen Notlüge zu vergleichen, die, wie jeder weiß, ungeheure Energien bindet, da man, um nicht entdeckt zu werden, ständig auf der Hut sein muss, um nicht mit seinem Verhalten in Widerspruch zu dieser Notlüge zu geraten.

Aber nicht nur durch Konflikte und Entwicklungsstörungen können Neurosen entstehen. Jeder gesunde Mensch, der längere Zeit einer äußerst belastenden Situation ausgeliefert ist, wie z.B. Krieg, Folter oder Mobbing, kann dadurch eine Neurose entwickeln. Durch den Affekt der Angst und durch Vermeidung formt sich mit Hilfe von Lernprozessen langsam ein Verhalten aus, das die Neurose und ihre Folgen so stark in den Vordergrund rückt, dass sie gewissermaßen das ganze Leben transformiert. So hat beispielsweise diejenige Person, die an einer Hundephobie leidet, bei jeder Reise nichts anderes im Kopf, als sämtliche möglichen Wege und Plätze danach zu überprüfen, ob sie einem Hund begegnen könnte. Die Person kann aber wohl schlafen, hat gesunden Appetit und kann auch sämtliche anderen Verrichtungen des Alltags nachgehen, ist also nicht so stark eingeschränkt wie durch eine Psychose. Natürlich kann auch so eine Phobie solche Ausmaße annehmen, dass das ganze Alltagsleben davon beeinträchtigt wird. Tragender Affekt ist dabei jedoch die Angst und das Vermeidungsverhalten und nicht in etwa die Störung von Konzentration, Schlaf und Tagesrhythmik.

Neurose und Psychose
Therapeutische Möglichkeiten

Eine Diagnose legt auch immer eine therapeutische Behandlung und eine Perspektive fest. Im Fall der Psychose besteht die therapeutische Strategie zunächst einmal darin, die schlimmsten Auswirkungen der Erkrankung zu mildern. Dies kann darin bestehen, ein schlafförderndes Antidepressivum zu geben, mit einem hochpotenten Neuroleptikum die schlimmsten Auswirkungen der Erregung oder eines Verfolgungszustandes zu behandeln. Ist nach einer solchen, akuten Phase wieder die Teilnahme am Stationsalltag oder in der Tagesklinik möglich, dann werden die weiteren Auswirkungen der Psychose psychotherapeutisch ins Visier genommen. Der Patient erfährt Unterstützung, ihm wird Mut zugesprochen, er wird gefördert, und gegebenenfalls werden katastrophisierende Denk- und Bewältigungsmuster korrigiert. Im Prinzip besteht die Behandlung in der Tagesklinik darin, den Patienten solange zu begleiten und zu unterstützen, bis die akute Phase der Psychose abgeklungen ist. Im Anschluss erfolgt eine ausführliche Information über die Krankheit, die Folgen, mögliche Risiken und dergleichen, so dass der Patient in der Lage ist, zunehmend besser abzuschätzen, wann Behandlung notwendig ist und welche Hilfe er gegebenenfalls in Anspruch nehmen muss.

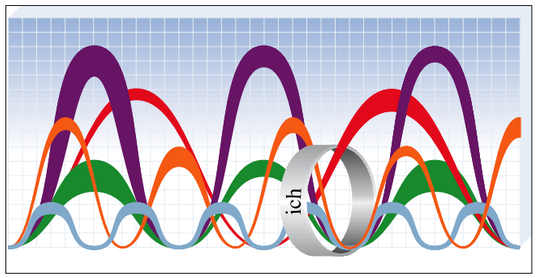
Bei einer Neurose geht es darum, die im Laufe der Jahre erworbenen, recht rigiden Verhaltens- und Denkgewohnheiten so zu ändern, dass ein größerer Verhaltensspielraum und zufrieden stellendes Leben möglich ist. Natürlich kann es im Rahmen einer Neurose auch zu einer depressiven Erkrankung (Ebene B) kommen. Dann ist diese zuerst zu behandeln, und danach wird sich der Neurose zugewandt. Kennzeichnend für eine Neurose sind einmal die Angst als steuernder Affekt und zum anderen die Denkmuster, die so funktionieren, dass sie sich selbst verstärken bzw. immer wieder in der gleichen Art und

Weise wiederholen. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: Jemand, der glaubt, dass er sowieso zu nichts taugt und sich nicht durchsetzen kann, geht wie ein begossener Pudel mit hängenden Schultern und gesenktem Blick in ein Geschäft, um ein fehlerhaftes Produkt zu reklamieren. Der Verkäufer bemerkt die Körperhaltung und erkennt sofort, dass derjenige nicht in der Lage ist, seine Interessen durchzusetzen. Er weigert sich daraufhin hartnäckig, die Reklamation entgegen zu nehmen, und der Kunde hat wieder einmal eine Bestätigung dafür gefunden, dass er sowieso ein Versager sei. Dass in diesem Falle das Verhalten des Patienten die Reaktion des Gegenübers geradezu provoziert hat, leuchtet ihm natürlich nicht ein. Daher wird sich die Behandlung damit beschäftigen müssen, Patienten mit diesem Verhalten und Denkmuster zu konfrontieren und sie langsam ändern zu helfen.

Nicht immer hat ein Mensch entweder eine Neurose oder eine Psychose in Reinform, oft kommt es zu Mischformen. Jemand, der unter einer Neurose leidet, kann sehr wohl auch eine Psychose bekommen. Ein Mensch, der unter einer Psychose leidet, kann dieses sehr dramatische und Angst machende Krankheitsgeschehen auch neurotisch verarbeiten, so dass er nach Abklingen der Psychose sich z.B. nur noch damit beschäftigt, auch kleinste, körperliche Missempfindungen dahingehend zu deuten, dass es eventuell Anzeichen für das Wiederauftreten einer Psychose sein könnten. Die ganze Aufmerksamkeit wäre nur noch davon gefangen genommen. Hier müsste dann nach Ende der psychiatrischen Behandlung eine psychotherapeutische Weiterbehandlung erfolgen, die die Änderung gerade dieser Denkgewohnheiten zum Ziel hätte.

Biologische Rhythmen

Es ist allgemein bekannt, dass man in der Regel nachts schläft, dass man morgens nicht lange nach dem Aufwachen seine kreativste und wachste Phase hat, dass man mittags müde wird, dass es nachmittags noch einmal einen Bereich der Aktivität gibt und dass man abends wiederum müde wird und irgendwann das Bedürfnis verspürt, einzuschlafen.

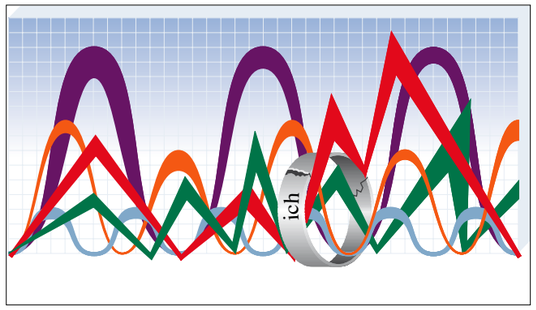


Wir sprechen von einer inneren Uhr oder von einem Zeitgeber, der uns, ohne dass wir uns dessen bewusst werden, die Signale für bestimmte Aktivitäten gibt. Man hat festgestellt, dass der Tagesrhythmus in seinem Ablauf alle 24,5 Stunden von neuem beginnt. Wir kennen auch andere Rhythmen, zum Beispiel den vierwöchentlichen Rhythmus der Menstruation.

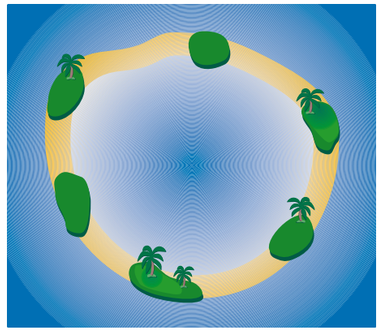
In der ganzen Natur sind Wachstumsphasen durch biologische Rhythmen an die Umgebungsbedingungen angepasst. So ist die Tageslänge ein Indikator für das Auslösen des Brutverhaltens bei Fischen oder für das Keimen der Pflanzen im Frühling. Wo die innere Uhr nicht ganz genau ist, da haben sich die Menschen mit großer Mühe an die Aufgabe herangemacht, die natürlichen Rhythmen möglichst so zu erfassen, dass sie sie optimal ausnutzen können. So sind die ersten mathematischen Berechnungen, die wir kennen, nicht etwa entstanden, um Besitzverhältnisse und die Größe der Viehherde zu klären, sondern sie dienten der Berechnung des Laufs der Gestirne, um zum Beispiel im alten Ägypten das Nilhochwasser exakt vorhersagen und sich darauf vorbereiten zu können. In anderen Kulturen ging es um die Feststellung des optimalen Zeitpunktes der Aussaat.

Das Ich: ein Punkt auf der Welle – oder eine Insel ?

Spricht ein Mensch von sich, dann sagt er „Ich“, oder „ich will“. Damit meint er sich selbst als Handlungszentrum, aus dem eine Kraft entspringt und in eine bestimmte Richtung wirkt. Dieses „Ich“ oder das Handlungszentrum umfaßt alle psychischen Funktionen, wie z.B. Denken, Gedächtnis, Antrieb, Motivation, Affekte. Sagt die Person nun „ich will“, dann spannt sie gewissermaßen alle diese einzelnen Teile der Person vor ihren Karren, um ein Ziel zu erreichen. Wenn diese Teile in einem guten Verhältnis zueinander stehen, dann ziehen alle in die gleiche Richtung. Sind die Kräfte aber nicht gut integriert, behindern sie sich gegenseitig und heben sich auf. Dann tritt man auf der Stelle, oder man will etwas und traut sich nicht, geht mit halber Kraft vor. Lichtenberg hat dies gut auf den Punkt gebracht: „Unternimm nie etwas, wozu du nicht das Herz hast, Dir den Segen des Himmels dazu zu bitten.“



Alle diese Kräfte stehen in einem bestimmten Verhältnis zueinander und bilden ein Muster, oder eine Struktur, die sich im Laufe des Lebens herausbildet und die den Menschen als Person ausmacht. Sind alle diese Kräfte auf einer spezifischen Linie, gehen sie in eine Richtung und bestärken sich gegenseitig, dann folgen sie parallel verlaufenden oder synchronisierten Rhythmen. Stellt man sich diese Rhythmen als Welle vor, kann man das Ich als den Punkt ansehen, aus dem die Welle entspringt, oder auf ihr tanzt, oder auch als Ring, der diese spezielle Welle, betrachtet man sie als gebündelte Sinuskurve, in den Fasern zusammenhält.



Dieser Ring kann bildlich auch als Südseeatoll, also als ringförmige Insel, deren Mitte im Meer versunken ist, betrachtet werden, auf der jedem Punkt auf dem Ring eine geistige Funktion zugeordnet ist. Üblicherweise sind sie alle durch diesen Ring miteinander verbunden und wirken gemeinsam, beeinflussen sich gegenseitig und so fort. Brechen aber die Verbindungen ein, das Atoll bekommt Risse, dann können z. B. Wille und Entscheidungsfähigkeit getrennt werden. So kann man wohl wollen, aber kann sich nicht mehr entscheiden, was man will. Die Person kann wohl intelligent sein, aber nicht mehr einschätzen, wie das gemeint ist, was das Gegenüber gerade gesagt hat. Dies ist der Fall bei einer schizophrenen Psychose. Das Ich bröckelt auseinander. Dies macht natürlich grosse Angst, und oft gelingt es, den Prozess aufzuhalten. Bei einer manisch-depressiven Erkrankung oder bei einer cycloiden Psychose werden die Teile nur zeitweise überschwemmt, tauchen jedoch nach dem Sturm wieder aus der Flut auf, die Einheit ist wieder hergestellt.

Rhythmus und psychische Krankheit

Was aber hat das Thema „Rhythmus - Insel“ mit psychischer Erkrankung zu tun? Auch psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel endogene Depressionen, manisch depressive Erkrankungen und Schizophrenien, die schubweise verlaufen, lassen sich rhythmisch begreifen. Dies ist nun nicht allein so zu verstehen, als dass sie eine bestimmte Verlaufsgestalt mit Anfang, Höhepunkt und Ende haben, sondern es kommt noch ein weiterer Aspekt hinzu.

Man stelle sich vor, dass sich durch irgendeinen Prozess die Synchronisation der parallel verlaufenden Kurven körperlicher und geistiger Funktion langsam auflöst, zum Teil sogar gegensätzlich verläuft und Extrema annimmt, die das normale Funktionieren um ein vielfaches über – oder unterschreiten können. So könnte der Appetit gestört sein, man könnte morgens, anstatt dass man wach ist, sich vollkommen antriebslos und schwer fühlen, man könnte gleichzeitig Antrieb haben, aber dabei nicht mehr klar denken können. Die normalen Wahrnehmungsfilter sind ausgeschaltet, man nimmt alles gleichzeitig wahr, kann nicht mehr zwischen eigenen Gedanken und den Äußerungen von Gesprächspartnern unterscheiden. Die Anfangs rhythmisch verlaufende, große Welle verwandelt sich in tosende Gischt oder in ein regelloses Durcheinanderlaufen der Wellen auf der Wasseroberfläche, wie man es bei einem Sturm bemerkt. Genau eine solche Situation haben wir bei der endogenen Depression. Kennzeichnend sind die psychomotorische Hemmung und eine gestörte Tagesrhythmik. So ist ein sicheres Indiz für die Erkrankung das so genannte Morgentief, also die morgendliche Antriebslosigkeit, die sich oft gegen Abend in Luft auflöst. Eine Behandlung würde darauf hinauslaufen, diese Rhythmen wieder zu synchronisieren.

Verstehbar, oder nicht?

Nun gibt es außer den auf der Hand liegenden Rhythmen noch andere Kriterien, um herauszubekommen, um welche Art von Erkrankung es sich handelt. Das Kennzeichen einer endogenen Psychose, sei es eine Schizophrenie oder auch eine Depression, ist, dass das Ausmaß der Affekte und die Denkinhalte nicht in Relation zu Tagesereignissen, Lebensereignissen oder bestimmten Situationen stehen. Vielmehr ist die Reaktion dergestalt, dass sie so stark übertrieben oder eben auch gar nicht erfolgt, dass der Untersuchende sehr deutlich die fehlende Synchronisation zwischen Situation und affektiver Reaktion beispielsweise bemerkt, der Patient also „nicht mehr verstehbar“ reagiert. Mit nicht verstehbar ist hier gemeint, dass der Untersucher und Patient über vollkommen andere Schwingungskurven verfügen, die der Untersucher als Dissonanz und nicht nachvollziehbare Reaktion bemerkt. Spricht z.B. der Patient von einem Trauerfall, schwingt der Zuhörer mit und wird auch ein wenig traurig. Spricht der Patient aber von einem Trauerfall und beginnt unmotiviert zu lachen, kann der Zuhörer nicht mitschwingen, da Affekt und Inhalt nicht mehr kongruent verlaufen und sich die einheitliche Kurve aufgelöst hat und nicht mehr nachvollziehbar ist. Bei einer Schizophrenie sind nun oft auch Bewegungen, Gestik, Sprache in ihrem Zusammenspiel so verändert, dass das Gesamtbild oft recht merkwürdig bis bizarr anmutet. Diese Diskrepanz fällt gewissermaßen als eine Disharmonie so auf, wie es auffallen würde, wenn man jemanden zuhören müsste, der eine vollkommen falsche Melodie zu einem bekannten Text spielte und dies nicht bemerken würde.

Was ist nun wahr?

Das hier vorgestellte Modell erlaubt es, die in unserem klinischen Alltag gesammelten Erfahrungen und Eindrücke am effizientesten zu integrieren und mit dem aktuellen Stand der Forschung in Übereinstimmung zu bringen. Wie jedes Modell erklärt es einen Teil der Wirklichkeit, indem es die Komplexität reduziert und eine Ordnung vorschlägt. Die Frage, ob es auch wahr ist, wollen wir mit Lichtenberg beantworten: „Es kann bei einem so verwickelten Streite, wie der über die Theorie des Lichts, wo Newton und Euler an der Spitze der Parteien stehen, nicht mehr schlechtweg die Frage sein, was ist hierin wahr? Sondern, welche Erklärung ist die einfachste? Durch das Einfache geht der Weg zur Wahrheit.“

Aus ganz persönlicher Sicht ...

Die „Klapse“ hatte ich mir ganz anders vorgestellt.

Zuerst habe ich gedacht, ich werde nicht ernstgenommen. Ich kam an der Arbeit nicht mehr zurecht, konnte nicht mehr richtig schlafen, war morgens wie gerädert, und ich habe mich von allen zurückgezogen, bin nicht mehr weggegangen. Mein Hausarzt hat mich zu einem Psychiater überwiesen, der hat gemeint, ich sollte in die Tagesklinik gehen. Vorstellen konnte ich mir darunter nichts, ich wusste nur, dass ich abends wieder nach Hause gehen konnte. Es hat mich schon beruhigt, dass ich rauskonnte und am Wochenende ganz zu Hause sein durfte.

Am ersten Tag war mir ganz komisch. Auf dem Weg in die Tagesklinik habe ich einige Male überlegt, ob ich umkehren soll, ich bin aber dann doch gegangen. Alles war neu, und ich musste im Aufnahmegespräch meine Geschichte erzählen. Ein Psychologe und eine Krankenschwester haben mit mir gesprochen. So ausführlich habe ich noch nie über mich gesprochen. Es hat mich gewundert, dass sie nicht gelacht haben. Sie schienen die Dinge, die ich berichtet habe, schon von anderen zu kennen. Das habe ich an ihren Fragen gemerkt, und ich war erleichtert.

Dann hat man mir einen Stundenplan gegeben, und ich habe mich gewundert, dass erst einmal gar nichts passierte und dass ich mich erst einmal eine Woche umschauen sollte. Man würde überlegen, ob ich Medikamente bekommen sollte, das sei aber noch nicht sicher. Zuerst sollte ich in die Bastelthерapie, das hat mich geärgert. Ich habe noch nie in meinem Leben Seidentücher bemalt, und ich habe mich gefragt, was das bringt. Die Therapeutin hat gesagt, ich solle doch erst mal mitmachen. Ein komisches Gefühl war das schon, denn ich dachte, man wollte mir schnell helfen. Stattdessen sollte ich dann noch zu einem Spaziergang, zu einer Kochgruppe wurde ich auch angemeldet. Ein Patient, der schon länger da war, hat mir die Klinik gezeigt und mich den anderen vorgestellt. Alles konnte ich mir nicht merken.

In der Gesprächsgruppe durfte ich erst einmal zuhören, der Therapeut hat gesagt, ich müsse nichts sagen, wenn ich nicht wolle, und mir war ganz komisch. Interessant war es dann aber doch und auch manchmal ein bisschen lustig. Ich war erleichtert.

Als wir danach noch zusammensaßen, habe ich gemerkt, dass ich irgendwie zu den anderen passe, denn alle, die da waren, hatten auch zum Teil ziemlich dicke Probleme. Ich habe mich seit langem zum ersten Mal nicht mehr allein gefühlt, und das war immerhin schon etwas. Als ich nach der Bewegungstherapie und der Abschlussrunde nach Hause gegangen bin, war ich nachdenklich und ein bisschen beruhigt. Die „Klapse“ hatte ich mir ganz anders vorgestellt.

„Einfach nur Geräusche ...“

Die Wahrnehmungsstörungen bei einer Psychose

Die erholsame Wirkung eines Waldspazierganges ist unbestritten. Ebenso unbestritten ist es, dass man sich nach einer Weile in einer großen Menschenmenge unwohl fühlen kann, man hat einfach genug von dem Stimmengewirr, dem Laufen und dem Gerenne, das einen umgibt.
Wie erklärt sich der Unterschied? In der Menschenmenge kann man jedes Wort verstehen, kann man jede Stimmung mitbekommen, und es fällt einem schwer, sich davon zu distanzieren, wenn zum Beispiel sich zwei Leute anschreien und man befürchtet, dass es zu einer gewalttätigen Auseinandersetzung kommt. All diese Geräusche, die einem umgeben, haben eine Bedeutung. Man nimmt sie wahr, sie beeinflussen einen, man schwingt mit, man fühlt mit, die Stimmung überträgt sich irgendwie auf einen. Bei einem Waldspaziergang hört man die Vögel singen, man hört Insekten summen oder schwirren, man hört den Wind in den Blättern rauschen. Und wenn die Natur sich nicht gerade in stürmischer Hektik ergeht, dann sind das einfach nur angenehme Geräusche. Kein aggressives Bellen unterbricht die Stille, kein Klageschrei eines verwundeten Tieres, kein kleiner, niedlicher Hase, der von einem Fuchs gebissen und verschlungen wird. All dies brauchen wir nicht mit anzusehen, es geschieht wohl, aber nicht vor unseren Augen. Und so sind die Laute, die wir wahrnehmen, weder bedrohlich, noch fordern sie unser Mitleid heraus oder rühren uns an. Gehen wir also an einem Sommerabend in einem Wald



spazieren, dann sind es eben diese Geräusche, die uns in irgendeiner Form beruhigen, weil sie zwar unsere Aufmerksamkeit erregen, jedoch nicht in dem Maße, als dass wir gefühlsmäßig aufgewühlt oder erschüttert würden oder zu viele Informationen um uns herum sich auftürmten.

An diesem Beispiel wird deutlich, was eine der zentralen Beeinträchtigungen bei einer Psychose ist. Neben den affektiven Veränderungen und den Veränderungen beim Antrieb kommt es zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Filterfunktion der Wahrnehmung. Darunter verstehen wir folgendes:

Täglich strömt durch unsere Augen und durch unsere Ohren eine Fülle von Informationen, die von unserem Gehirn sofort gefiltert und nach Prioritäten sortiert wird.

Sowohl unser Gehör als auch unsere visuelle Wahrnehmung kann sich auf einen Punkt konzentrieren und alles andere darum ausblenden. Wir kennen den Effekt, wenn wir in einen Raum hineinkommen, in dem sich viele Menschen aufhalten, die sich unterhalten, was insgesamt ein ziemliches Durcheinander an Stimmen gibt. Wenn wir uns in diesem Raum auf eine Person konzentrieren, blenden wir alles aus. Bei einer Psychose hat dieser Filter mehr oder weniger große Risse bekommen. Durch diese

Risse dringen alle Informationen ungehindert hindurch, und die betreffende Person ist mit einer ungeheuren Fülle an Reizen nach relativ kurzer Zeit vollkommen überfordert. Oft stellt sich das so dar, dass man Geräusche als extrem laut empfindet oder Licht als unangenehm schmerzhaft erlebt. Nicht nur die Filter für die Wahrnehmung können gestört sein, sondern auch andere kognitive Funktionen wie etwa das Denken oder die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen.

Manche Patienten berichten davon, dass die Gedanken plötzlich abbrechen würden, sie diesen Zustand sehr wohl bemerken. Sie fühlen sich dann hilflos und befürchten, auch in wichtigen Situationen in solche Zustände hineinzukommen. Nicht nur die Filterfunktion der Wahrnehmung, sondern auch die Ordnung des Denkens ist wichtig. So können sich die Gedanken an einem roten Faden entlang hangeln, man weiß intuitiv oder aus dem Gefühl heraus, was wichtig ist und was nicht, man braucht nicht lange zu überlegen, was man in dieser oder jener Situation anstellt. Wenn das Denken im Rahmen einer Psychose gestört ist, dann kommt es dazu, dass der rote Faden sich manchmal gänzlich auflöst und man nicht mehr weiß, in welche Richtung man seine Gedanken weiterentwickeln wollte, oder dass man sich in Nebensächlichkeiten verliert und nicht mehr zum Hauptpfad zurückfindet. Es kann auch vorkommen, dass der Betreffende die so hilfreichen Gewohnheiten verliert und plötzlich bei allem und jedem überlegen muss, was nun zu tun ist. Insbesondere unklare Anforderungen, bei denen man früher einfach, und ohne zu überlegen, reagiert hat, werden zu unüberwindbaren Hindernissen. Der Patient kommt dann in einen Spannungszustand, weil er die Zwickmühle nicht auflösen kann, und macht dann lieber gar nichts. Den vorausgegangenen Konflikt sieht man dieser Person natürlich nicht an.

Nicht jeder Psychosekranke zeigt dieselben Einschränkungen, je nach Temperament, Persönlichkeit, Art und Schwere der Erkrankung können die Auswirkungen sehr variabel sein. Es kann die Konzentration deutlich gestört sein, es kann die Entscheidungsfähigkeit gestört sein, die Belastbarkeit, die Fähigkeit, Kontakt mit vielen Menschen über eine gewisse Zeit aufrechtzuerhalten. Es können Denkblockaden auftreten. Es kann auch sein, dass ein Patient in handwerklichen Bereichen sehr gut zurechtkommt, wenn er lange genug geübt hat, aber vollkommen versagt, wenn er einen kleinen Aufsatz schreiben soll.

Die verloren gegangenen oder beeinträchtigten Fähigkeiten kann man nicht mit Gewalt wiederherstellen. Man kann aber unter neuroleptischer und tagesklinischer Behandlung alles dafür tun, dass sie sich wieder erholen. Wichtig ist dabei in erster Linie, dass man lernt, sich nicht zu überfordern, sondern dass man die Anforderungen, die man an sich selbst hat, immer auch in Bezug zu den Möglichkeiten sieht und entsprechend handelt.

Warum muss mir das passieren?

Ist eine häufig gestellte Frage von Patienten, die sich mit Einschränkungen durch eine Erkrankung auseinandersetzen müssen, die mit dem Schicksal hadern und sich immer wieder diese Frage stellen und dann – natürlich zusätzlich in schlechte Stimmung kommen oder auch deswegen darin verharren.

Fragt man sich, ob diese Frage hilfreich oder sinnvoll ist, dann muss man leider sagen, sie führt zu nichts, denn ob man die Ursache nun kennt oder glaubt, sie zu kennen, oder ob man sie nicht kennt: an dem gegenwärtigen Zustand ändert es nichts. Zermartert man sich also den Kopf darüber, warum eine Depression einen selbst getroffen hat, hat diese Frage nur die Folge, dass man aufgebracht ist und bleibt, denn die Frage ist rückwärtsgewandt. Die Vergangenheit lässt sich aber bekanntlich nicht ändern. Geht einem auf der Autobahn das Benzin aus, hilft es gar nichts, sich über sich oder die Person zu ärgern, die vielleicht vergessen hat zu tanken. Eine hilfreiche Frage ist, woher ich Benzin bekomme, ohne dass die Polizei den Grund der Panne mitbekommt.

Sich über eine Grippe, eine Depression oder ein gebrochenes Bein zu ärgern oder sich angesichts einer Trennung zu fragen, warum einem das passiert ist, hat nur dann Sinn, wenn die Frage nach der Ursache einen Erkenntnisgewinn bedeutet, den man dazu benutzt, in Zukunft ähnliche Situationen besser zu meistern. Dann reicht es aber völlig aus, die Frage einmal zu stellen und gemeinsam mit einem Unbeteiligten, einem Therapeuten z.B., die Zusammenhänge zu erörtern.
Stellt man sich die Frage andauernd, und verselbständigt sie sich infolge dieser Gewohnheit, dann behindert sie einen darin, eine Lösung zu finden. Eigentlich müsste die Frage lauten: „Wie kam es dazu?“ Dies hilft einem eher, die Zusammenhänge zu erkennen.
„Warum muss mir das passieren?“ weist auf ein tief empfundenes Gerechtigkeitsproblem hin, man fühlt sich vom Schicksal ungerecht behandelt. Es erinnert an den kleinen Bruder, der sich bei der Mutter darüber beschwert, warum die grosse Schwester schon allein spielen gehen darf und er nicht. Der Kleine ist dann beleidigt und schmollt, er entzieht sich. Aber irgendwann muss er einmal aus der Ecke herauskommen und weiter machen. Manchmal hat man den Eindruck, dass jemand, der sich die Frage nach dem „Warum“ ständig stellt, sich wie der kleine Bruder verhält, der schmollt. Das Problem ist nur, wenn sich das Schmollen so festgefahren hat, dass man es gar nicht mehr merkt, hat man zu dem ursprünglichen Problem noch ein zweites. Wir wissen alle, wie lange es dauern kann, bis ein schmollendes Kind wieder aus der Ecke herauskommt. Manchmal ist genau dieses Herauslocken ein wichtiger Teil der Behandlung. Kinder können sich recht schnell umstellen, wieder spielen gehen, schmollende, mit dem Schicksal hadernde Erwachsene dagegen, haben ein wesentlich längeres Durchhaltevermögen.

„Der große Geist hat mich verschmäht, vor mir verschließt sich die Natur.

Des Denkens Faden ist ...

...zerrissen ...„

Goethe, Faust

Es muss doch eine Ursache haben !

Mancher glaubt, dass sich für all das Leiden, mit dem er sich herum plagen muss, eine einzige Ursache finden ließe. Könnte man diese Ursache aus dem Weg räumen, verschwände auch das Leiden wie von selbst. Besonders Alkoholkranke fahnden lange nach der Ursache des Trinkens, dies ist jedoch, wie man weiß, vergebliche Müh, weil es von dem eigentlichen Problem ablenkt.

Sicherlich gilt die Vorstellung einer einzigen Ursache für bestimmte Erkrankungen, wie z.B. für solche, die auf das Wirken einzelliger Wesen zurückzuführen sind. Man kennt den schnellen Erfolg von Antibiotika bei bakteriellen Infektionen.

Die Ursache hingegen einer Schizophrenie oder einer Depression zu finden, stellt sich, wenn man alle körperliche Erkrankungen und Stoffwechselstörungen ausgeschlossen hat, schwieriger dar.
Hier kommt man mit einem anderen Modell weiter. Sicherlich existiert ein Auslöser für eine solche Erkrankung, aber die Möglichkeit, eine solche Erkrankung zu bekommen, ist, offenbar bei jenen, die dann erkranken, bereits von vornherein wahrscheinlicher als bei anderen Menschen. In diesem Zusammenhang spricht man von Vulnerabilität. Verwendet man ein Bild: Der Schnee, der mit einer Lawine zu Tal donnert, liegt schon bereit, es braucht aber einen Auslöser. Manchmal gibt es aber auch keinen Auslöser und dann bricht die Erkrankung nicht aus.

Handelt es sich um eine wiederkehrende Depression oder um eine in Schüben verlaufende Psychose, dann lohnt es sich schon, nach Auslösern zu suchen, um für die Zukunft ein wachsames Auge zu haben und Gefährdungssituationen besser gewappnet gegenüber zu stehen.

Ich muss meine Vergangenheit aufarbeiten

Manchmal hat jemand die Vorstellung, ein schlimmes Erlebnis in der Kindheit hat zu dem Zustand beigetragen, in dem er oder sie sich befindet. Er glaubt vielleicht, es sei „verdrängt", also aktiv in eine hintere, dunkle Ecke des Gedächtnisses geschoben und lauere dort noch, um im unpassenden Moment hervorzutreten und Schaden anzurichten. Der Vater war streng, es hat Prügel gegeben, oder er war oft betrunken und hat die Familie verprügelt, wenn er aus der Kneipe kam. Dass so etwas Folgen hat und einen Menschen prägen kann, ist klar und auch bekannt. Vieles wird erklärbar, wenn man die Hintergründe kennt. Es bleibt oft unklar, was ein Mensch damit meint, wenn er davon spricht, er müsse seine Kindheit aufarbeiten. Es kann sein, dass er Sünden beichten möchte, um sich zu entlasten, wie man das von Straftätern kennt, die beinahe nie erwischt werden, wäre nicht dieses Bedürfnis nach Bekennen. Es kann auch sein, dass er die verborgenen und versteckten Erinnerungen ans Licht zerren will. Man stellt fest, dass man so einiges hervorkramen kann; das Gedächtnis ist aber trügerisch, und so kommt vielleicht noch einiges hinzu, das sich gar nicht ereignet hat und nur der eigenen Selbstdarstellung nützt. Vielleicht liegt dem Begriff „Aufarbeiten" das Modell des Keller-Aufräumens zugrunde. Alle paar Jahre ordnet man die Dinge, entsorgt manches und kennt sich wieder im Untergeschoss aus. Wenn man den Seelenkeller einmal betrachtet und geordnet hat, was geschieht dann ? Wirft man einen Teil fort, versteckt manches wieder, und geht seiner Wege, oder geht man jeden Tag immer wieder in den Keller und schaut sich alles noch einmal an?

Manche Menschen können sich endlos über vergangene Leiden ausbreiten, und es ist kein Ende abzusehen. Andere verstehen plötzlich die Zusammenhänge ihrer aktuellen Symptomatik mit der Lebensgeschichte, und sie können sie auf diese Weise ablegen und wirken wie befreit.

So gesehen kann „aufarbeiten" nur etwas sein, dass sich mit der Gegenwart beschäftigt, denn wir leben jetzt. Wenn jemand ständig in der Vergangenheit herumwühlt, muss man den Verdacht haben, dass die Person sich vor der Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit drücken will und sich lieber als ein bemitleidenswertes Opfer sieht. Zumindest für einige Zeit ist einem so Aufmerksamkeit sicher. Auf die Dauer taugt diese Einstellung aber nicht.

Wie wird Krankheit erlebt?

Das Erleben von Krankheit und Gesundheit ist ein vielschichtiger Vorgang. So werden beide zum einen auf einer allgemeinen Sinnebene, zum anderen auf einer konkreten Fähigkeitsebene wahrgenommen und gestaltet. Das soll nun näher betrachtet werden.

Was ist eigentlich Krankheit?

Laut Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Krankheit wäre demnach eine Störung des inneren oder äußeren Gleichgewichts. Aber gewisse Störungen eines Gleichgewichts sind gleichzeitig auch die treibenden Kräfte einer jeden, auch gesunden Entwicklung. Somit bestimmen lediglich Ausmaß und Zeitpunkt der Störung, ob es sich um eine Krankheit oder eine gesunde Entwicklung mit entsprechenden Zwischenschritten und Spannungszuständen handelt. Bei dieser Betrachtungsweise wird deutlich, dass in die Beurteilung, ob etwas als krank zu gelten habe oder nicht, immer auch Wertmaßstäbe einfließen. Und Wertmaßstäbe, die wir allgemein auch als Normen bezeichnen, unterliegen immer einer gewissen Schwankungsbreite. So sprechen wir von einer Gruppennorm oder auch einer Realnorm, wenn man das tatsächlich gezeigte Verhalten einer Gruppe kennzeichnen will. Von einer Idealnorm sprechen wir, wenn die Wunschnorm beschrieben werden soll, die in einer bestimmten Situation gilt. Von einer Individualnorm sprechen wir, wenn wir das üblicherweise gezeigte Verhalten eines Menschen meinen, wodurch der Einzelne zum Beispiel in seiner Persönlichkeit charakterisiert ist. Normen haben einerseits den Vorteil, dass sie die Orientierung in einer konkreten Situation erleichtern, andererseits haben Normen den Nachteil, dass in der Verallgemeinerung die Besonderheit einer bestimmten Situation oder einer bestimmten Person unberücksichtigt bleibt.

Der Gegenstand „Krankheit" befindet sich somit wissenschaftstheoretisch gesehen in der Grenzzone zwischen einer Fakten- und einer Normwissenschaft, weshalb man die Medizin als Handlungswissenschaft darstellen kann. Für den Behandler müssen deshalb objektive und subjektive Kriterien aus praktischen Gründen zu einem jeweiligen Zeitpunkt konkret angewandt und festgelegt werden, jedoch gleichzeitig aus theoretischen Gründen für einen anderen Zeitpunkt relativiert werden. Das bedeutet, dass die eingangs gestellte Frage, was Krankheit überhaupt sei, theoretisch nur unscharf festgelegt werden kann. In einer konkreten Situation fällt dies dagegen viel leichter. Um Fehleinschätzungen zu verringern, müssen in manchen Situationen, wie zum Beispiel beim Einleiten einer Zwangseinweisung in ein Psychiatrisches Krankenhaus, mehrere Personen zusammenarbeiten und zu einer gemeinsamen Einschätzung gelangen.

Was erwartet die Gesellschaft von einem Kranken?

1. Entlastung des Kranken von seinen normalen, sozialen Rollenverpflichtungen. Die Krankenrolle erfordert die Legitimation durch einen Arzt, der dabei die Ansprüche des Kranken an die Gesellschaft vertritt, gelegentlich auch die Erwartungen der Gesellschaft gegenüber der fehlerhaften Selbsteinschätzung des Kranken.
2. Entlastung des Kranken von der Verantwortung für sein Kranksein.
3. Der Kranke verpflichtet sich, alles zu tun, um so rasch wie möglich wieder gesund zu werden.
4. Er muss mit einem Arzt oder sonstigem Fachmann zusammenarbeiten.

Die Krankenrolle eignet sich wegen der mit ihr verbundenen Befreiung von Rollenverpflichtungen auch zum Missbrauch. Deshalb hat der sozial-

rechtliche Krankheitsbegriff, der sich zum Beispiel in der Krankschreibung durch den Arzt ausdrückt, die Funktion, die Grenzen der Solidargemeinschaft gegenüber dem Kranken und dessen Ansprüche ihr gegenüber festzulegen.

Bei psychischen Erkrankungen kommt noch folgendes hinzu: Für viele psychiatrische Patienten stellt die Krankenrolle ein Makel dar, dem nur durch Verheimlichung begegnet werden könne. Daraus ergeben sich für den Kranken und seine Angehörigen oft komplizierte Situationen. Auf der anderen Seite stellt für viele psychiatrische Patienten die Krankenrolle eine Entlastung vom Vorwurf ihrer Mitmenschen dar, sie seien nicht krank, sondern böswillig. Außerdem verbessert sich für manche psychiatrische Patienten durch die offizielle Übernahme der Krankenrolle ihre weitere Prognose, weil Laien vielfach aufgrund ihrer eigenen Hilflosigkeit, wie selbstverständlich davon ausgehen, dass die Lage des Kranken ausweglos sei. Wenn Kranke selber dies krankheitsbedingt von sich selber annehmen, endet dies mitunter in Selbsttötungen. Selbst wenn Fachleute ebenfalls feststellen müssen, dass eine Krankheit nicht völlig beseitigt werden kann, so gibt es immer Möglichkeiten, dass Leiden an einer Erkrankung durch entsprechende Behandlung zu lindern.

Hat Erkrankung einen Sinn?

Diese Frage berührt eine zentrale Thematik des menschlichen Lebens überhaupt, nämlich die nach dem Sinn des Lebens. Die Antworten auf diese Grundfrage findet jeder in der Auseinandersetzung sowohl mit Einflüssen seiner Mitmenschen wie auch mit den eigenen Ideen. Und die Antworten, die jeder dabei findet, verändern sich meist im Laufe der Zeit in die eine oder andere Richtung. Bekanntlich gehören Erkrankungen wegen ihrer Unterbrechung des gewohnten Lebensablaufes zu den Ereignissen, die viele Leute dazu anregen, sich wenigstens einen Moment lang mit diesen Fragen zu beschäftigen.

Entsprechend der Vielfalt der Antworten auf die Frage nach dem Sinn des Lebens gibt es auch recht unterschiedliche Antworten auf die Frage nach dem Sinn einer Erkrankung. Beispielhaft seien folgende Sichtweisen genannt: Krankheit als Herausforderung, als Krise, als Prüfung, als Feind, als Strafe, als Schwäche, als Versagen, als Entlastung, als zwischenmenschliche Strategie, als unumkehrbarer Verlust oder Schaden, als Wert an sich, als Lebensform, als unfassbares Geschehen, als Folge von außen eingedrungener geistiger, sozialer oder materieller Kräfte, als Auszeichnung, als Akt des Gehorsams oder auch schlicht als unbedeutendes Ereignis.

Für manche Leute gelten nur einzelne Deutungsweisen, andere kombinieren verschiedene Sichtweisen miteinander. Dauern Erkrankungen länger als erwartet, verändert sich oft auch die Sichtweise der Erkrankung. Anfänglich wichtige Gesichtspunkte treten hinter solchen zurück, die erst nach längerer Zeit erlebbar werden.

Auf jedem Fall hat die jeweilige Sichtweise Einfluss auf das Verhalten des Kranken, seiner Mitmenschen und der Behandler. Da mitunter jeder Beteiligte eine andere Sichtweise haben kann, ist es im Konfliktfall wichtig, sich miteinander über diese auszutauschen, um zu einer zufriedenstellenden Lösung zu kommen.

Wie wird eine Erkrankung durch Außenstehende gesehen?

Die Mitmenschen lassen sich grob vereinfacht in zwei Gruppen einteilen, nämlich in die der Laien und die der Fachleute. Auch wenn beide Gruppen in der Wahrnehmung des Kranken durchaus dieselbe krankheitsbedingte Veränderung wahrnehmen, bewerten sie diese aber auf unterschiedlichem Hintergrund. Die Fachleute beziehen sich auf ihr Fachwissen und ihre Erfahrungen mit anderen Kranken mit ähnlich gelagerten Auffälligkeiten. Die Laien greifen ebenfalls auf ihre Vorstellungen von Krankheit zurück, bei denen sich laienhaftes und medizinisches Teilwissen miteinander vermischen. Im Gegensatz zu den Fachleuten beziehen sie sich auch auf ihr Vertrautsein mit dem Kranken persönlich.

Aus der Verschiedenheit der Ausgangslage beider Gruppen ergeben sich naturgemäß mitunter Unterschiede in der Betrachtungsweise. Wenn diese Unterschiede auf gegensätzlichen Vorstellungen von Krankheit beruhen, kann der Kranke in eine zwiespältige Lage kommen, indem die Angehörigen und Freunde „hüh“ und die Fachleute „hot“ sagen. Wenn diese Unterschiede jedoch auf den verschiedenartigen Erfahrungen beruhen, auf die sich die Fachleute und Laien jeweils beziehen, kann der Kranke sogar davon profitieren, denn beiderlei Betrachtungsweisen können sich ergänzen. So kann zum Beispiel ein Angehöriger kleine Veränderungen im Verhalten eines Kranken oft schneller bemerken als ein Arzt, ferner kennt er unter Umständen auch die im Kranken schlummernden Bewältigungsmöglichkeiten besser als dieser.

Zusammengefasst ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die Angehörigen in die Behandlung einzubeziehen, um Gegensätze, die die Behandlung erschweren, zu verringern und die Sichtweisen, die einer Genesung förderlich sind, auszunutzen. Dies geschieht zum einen im Rahmen von Gesprächen, die mit dem Patienten und den Angehörigen gemeinsam geführt werden, die sowohl in der Tagesklinik, wie auch beim Kranken zu Hause stattfinden können. Ein anderer Rahmen stellt die Angehörigengruppe dar, in der Angehörige mehrerer Kranker untereinander in deren Abwesenheit und unter Mitwirkung von Fachleuten ihre Sichtweisen und Erfahrungen austauschen. Dabei gewinnen auch die Fachleute oft Einblicke, die ihnen in der unmittelbaren Begegnung nur mit dem Kranken alleine verschlossen bleiben. Dieses Wissen wirkt sich günstig auf die Behandlung aus.

Wie wird Krankheit vom Kranken selber erlebt?

Wie aus dem bisher Gesagtem hervorgeht, gibt es eine große Bandbreite, ob und wie Krankheit von betroffenen Menschen erlebt wird. Im Falle der psychischen Erkrankungen kommt im Gegensatz zu sonstigen Erkrankungen erschwerend hinzu, dass die Fähigkeit des Erlebens an die regelrechte Funktion des Gehirns gebunden ist. Wenn also das Gehirn in seiner Arbeitsweise beeinträchtigt ist oder krankheitsbedingt das Denken, Handeln, Fühlen und Erinnern verändert sind, ist der Betroffene in der Wahrnehmungsfähigkeit des eigenen Erlebens behindert. Das hat mitunter erhebliche Konsequenzen für die Haltung des Kranken gegenüber einem Behandlungsangebot.

Theoretisch gibt es deshalb drei Möglichkeiten, wie ein Kranker zu seiner Krankheit stehen kann. Ärztlicherseits wird deshalb unterschieden zwischen **Krankheitseinsicht, Krankheitsgefühl und Krankheitsuneinsichtigkeit.**

Bei der **Krankheitseinsicht** ist die Wahrnehmungsfähigkeit des Betroffenen in keiner Weise beeinträchtigt, so dass der Kranke sein krankhaft verändertes Befinden vergleichbar der Wahrnehmung eines Außenstehenden beschreiben kann. Das erleichtert in der Regel dann auch das gemeinsame Überlegen, wie man in einer konkreten Situation weiter verfahren soll.

Als **Krankheitsuneinsichtigkeit** wird der Zustand beschrieben, in dem die Störungen der geistigen Fähigkeiten so massiv sind, dass der Betroffene sein eigenes, für andere offensichtliches Kranksein nicht wahrnehmen kann. Ein derartig Erkrankter hält dann unter Umständen die gesamte Welt für verrückt, aber sich selber für den einzigen Normalen. Oder er ist felsenfest davon überzeugt, dass die Mitmenschen ihm, aus welchem Grund auch

immer, eine Krankheit anhängen wollen, die er aber gar nicht habe. In solchen Situationen sind die Betroffenen offensichtlich schwerstkrank, benötigen deshalb sehr oft eine fachmedizinische Beratung, um die Chance zu haben, wieder gesund zu werden oder zumindest eine erträgliche Lebensqualität wieder zu gewinnen. Um die Gefahr einer Fehlbeurteilung, (die ja ausschließlich von Außen erfolgt), möglichst klein zu halten, sind am Entscheidungsprozess, (ob zum Beispiel eine Zwangsbehandlung stattfinden soll oder nicht), mehrere Fachleute beteiligt. Zum anderen muss dann eine gegen den Willen des Betroffenen gefällte Entscheidung in regelmäßigen, kurzen Zeitabständen überprüft werden. Derartig kranke Menschen werden nur selten in der Tagesklinik behandelt, da es dort keine Möglichkeit zur geschlossenen Unterbringung gibt.

Von einem **Krankheitsgefühl** wird dann gesprochen, wenn jemand zwar nicht seine Erkrankung in ihrem vollen Umfang erfasst, jedoch einen Teilausschnitt davon. Manche Kranke, die anfänglich völlig krankheitsuneinsichtig waren, entdecken nach einer Weile ein Symptom oder einen Symptomkomplex, an denen ihnen selber klar wird, dass das Reden der Mitmenschen über ihre Erkrankung nicht völlig aus der Luft gegriffen ist. Bei dem einen sind das Schlafstörungen, bei dem anderen Konzentrationsstörungen. Der eine ist rasch erschöpft, der andere klagt über innere Unruhe oder über unangenehme, drängende Gedanken. Manche entwickeln eigene Begriffe dafür, wie zum Beispiel „meine Zustände“, „Krawall im Kopf“ oder ähnliches. Es bildet sich eine Art Privatsprache heraus zwischen dem Kranken und seinen Behandlern, die dann genau wissen, was der Patient mit diesem Begriff meint, während ein Außenstehender diese Wörter überhaupt nicht verstehen kann.

Für das Selbstwertgefühl mancher Patienten ist es sehr wichtig, sich selber nicht als krank, sondern lediglich als unterstützungsbedürftig zu begreifen. So war ein Patient, der sich lange gegen eine Behandlung gewehrt hatte und immer zwangsweise behandelt werden musste, erst dann zu einer ihm nützenden, dauerhaften Zusammenarbeit bei der Behandlung bereit, als mit ihm ein Behandlungsvertrag geschlossen wurde, in welchem alle Einzelheiten der Behandlung vertraglich geregelt worden waren. Gefragt nach dem Grund für seine Haltungsänderung gab er an, dass er offensichtlich ja nicht verrückt sein könnte, da man bekanntlich mit einem Verrückten keinen Vertrag schließen würde. Etliche Zeit später legte er Wert auf die Feststellung, dass er keinesfalls krank, sondern lediglich ein Mensch mit einem ungewöhnlichen Lebenslauf sei. Mit diesem Beispiel wird deutlich, dass Behandlung letztendlich immer gemeinsames Handeln seitens eines Kranken und eines heilend wirksamen Fachmannes darstellt, wobei das Ergebnis des gemeinsamen Handelns dem Kranken schließlich nützt.

Interkulturelle Aspekte und Gemeinsamkeiten

In der Tagesklinik werden Menschen aus allen Kulturen behandelt.



So sind immer mal wieder Patienten aus Afrika, aus Kasachstan, aus der Türkei, aus Burma, um nur einige zu nennen, in der Tagesklinik. Im Schnitt sind dies 3 bis 4 Patienten, deren sprachliche Kompetenz sehr unterschiedlich ist. Nun kann man sich fragen, wie die Therapie durchgeführt werden soll, wenn ein Patient nur sehr gebrochen Deutsch spricht und auch, wenn die Temperamente und die kulturellen Eigenarten soweit auseinander liegen, dass es sehr schwer fällt, sicher eine Diagnose zu stellen.

Die einzige Möglichkeit der Behandlung und der Diagnostik besteht darin, den Patienten in handlungsorientierte Therapien einzubinden, so dass er sich aufgrund der Vielfachdeterminiertheit des Verhaltens und des Ausdruckes langsam in den neuen sozialen Kontext hineinfinden kann.

Gleichzeitig ist es wichtig, ihm auf der Basis kulturunabhängiger Gesten und Verhaltensweisen offen zu begegnen, um das Gefühl von Vertrautheit und Unterstützung zu geben. Nebenbei lässt sich natürlich einiges über Gewohnheiten, Sitten und Gebräuche aus verschiedenen Ländern lernen und auch als Bereicherung für die deutsche Kultur erkennen. So nutzen wir häufig in der Kochgruppe zum Beispiel die Fähigkeiten der Patienten, uns einen wichtigen Teil der Kultur ihres Herkunftslandes auf eine allgemein menschliche Weise nahe zu bringen.

Auf der anderen Seite ist es oft auch für den Patienten die einzige Möglichkeit, aus der familiären Isolierung herauszufinden und in einem anderen sozialen Zusammenhang sowohl Sitten und Gebräuche als auch Umgangsformen und Sprache in Deutschland kennen zu lernen.

So ergibt sich das Lernen der Sprache und des Verhaltens eher beiläufig und unmerklich im Kontakt mit Einheimischen, wobei die Tagesklinik neben ihrer Behandlungsaufgabe auch gewissermaßen nebenbei eine kulturelle Integration fördert.

Ein Mitarbeiter berichtet ...

Meine Geschichte ...

Ich bin ein Mensch, der gerne Kontakt mit anderen Menschen hat, das liegt mir einfach. Ich höre gerne zu, und ich freue mich, wenn es mir gelingt, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, und ich freue mich auch an den vielen neuen Eindrücken, die man auf diese Weise gewinnen kann.

Wenn ich manchmal gefragt werde, wie ich eine so schwierige Arbeit wie in der Psychiatrie machen kann, dann verstehe ich die Frage nicht. Ich weiß nicht, was die Menschen damit meinen. Im Laufe der Jahre, und es sind schon einige, habe ich festgestellt, dass ich mit den Patienten der Psychiatrie gut zurechtkomme. Ich habe keine Angst vor ihnen, ihre Lebensgeschichten belasten mich nicht nach Feierabend, ich nehme es nicht persönlich, wenn ein Patient sich aufgrund von erkrankungsbedingten Veränderungen etwa im Ton vergreift.

Ich weiß, dass ich recht einfühlsam sein kann und dass ich Verständnis für alle möglichen Dinge aufbringen kann. Es freut mich, wenn es mir gelingt, dass ein Patient ein Vertrauensverhältnis zu mir aufbaut, wenn er mir zutraut, dass er bei mir in guten Händen ist, das bestätigt mich als Person. Ich glaube aber nicht, dass ich allen helfen kann. Ich kann bei Bedarf Unterstützung geben, Anlaufstellen nennen, zuhören, und ich habe Geduld.

Kein Patient ist wie der andere. Manche Geschichten ähneln sich, und im Laufe der Zeit bekommt man schon einen gewissen „Riecher“, mit was für einer Erkrankung man es zu tun hat, wenn man nur ein paar Worte gewechselt hat. Es ist ein bisschen wie Detektiv spielen: Wir suchen nach etwas Unbekanntem, die Symptome sind die Spur, und aus diesen einzelnen Bestandteilen kann man das Gesamtbild, also das Gesuchte, zusammensetzen. Wenn man es manchmal unter schwierigen Bedingungen gefunden hat, wenn man eine besonders interessante Entdeckung gemacht hat, die anderen nicht aufgefallen ist, wenn alle dazu beitragen, dass man schließlich zu einem Ergebnis kommt, dann bin ich zufrieden.

Ich muss natürlich auch sagen, dass ich eine große Sympathie für die mir anvertrauten Patienten aufbringen kann. Warum das so ist, kann ich nicht sagen, aber es ist so.

Vielleicht bleibt noch zu erwähnen, dass nicht nur das Detektivspielen interessant ist, sondern dass wir uns für jeden Patienten etwas Besonderes einfallen lassen. Jeden Menschen behandelt man anders. Es gibt zwar einen allgemeinen Plan, aber das Interessante ist eigentlich, wenn man mit unvorhergesehenen Situationen fertig wird. Das macht es nicht langweilig, und so ist die Arbeit auch eigentlich nicht schwer, sondern sie ist abwechslungsreich.

Was ist mit den Angehörigen?

Es ist für die Angehörigen schwer, mit einer psychischen Erkrankung umzugehen, denn man kann nicht genau sagen, wie lang es dauert und wie der Verlauf ist. So wird ihre Geduld auf eine harte Probe gestellt. Manche machen sich auch Vorwürfe und glauben, sie hätten etwas falsch gemacht. Das ist natürlich Unsinn.

Viele Angehörige sind befangen, denn sie trauen sich nicht, den Kranken viele wichtige oder alltägliche Dinge zu fragen. Sie denken, sie könnten Fehler machen, dem Erkrankten durch eine Äußerung schaden. Dann sagen sie lieber gar nichts.

Ist man nun schon einige Zeit krank, stellt sich für die Angehörigen die Frage, wie es weiter geht. Es wird ihnen viel Mitgefühl abverlangt, um wegbereitend eine Stütze zu sein, aber der Patient gibt sich viel Mühe und tut alles, was er kann, um wieder auf die Beine zu kommen.

Ferien von der Psychose

Ist man krank, kommt man ständig mit den Folgen der Krankheit in Berührung. Alle fragen einen, und manchmal belästigen und bemuttern oder sie bemitleiden einen. Die meisten Angehörigen stellen Fragen, wie z.B. : “Wie geht es Dir?“, wenn man dann nicht antworten kann, wird weiter nachgehakt mit Sätzen wie : „Dir geht es wohl so und so“ oder „Umschreib‘ es doch mal“. Wenn man das als Kranker immer zu hören bekommt, kann man den Punkt „Urlaub“ vergessen, denn man findet keine richtige Ruhe. Es ist zwar wichtig, dass man den Kranken als Kranken wahrnimmt, aber man sollte ihn nicht dauernd an die Krankheit erinnern, sondern ihm die Hilfe darbringen, die er braucht, und somit das richtige Maß finden. Für den Patienten ist es wichtig, auch mal Abstand zu nehmen, um klare Gedanken zu fassen.

Auch ein Patient braucht Verschnaufpausen, „Ferien“, um neue Kraft zu tanken. „Ferien“ von der Erkrankung. Was ist das? Das ist so gemeint, dass der Patient Sachen tut, die ihn von der Erkrankung ablenken.

Diese Sachen sind abhängig von den individuellen Interessen und Bedürfnissen des Patienten. Der Patient soll wieder Spaß und Freude am täglichen Leben haben, und nicht alleine in der Wohnung hocken und grübeln.

Dies könnten schon Kleinigkeiten sein, an denen man sich erfreuen kann, ein Spaziergang, Singen, Tanzen, Fernsehen oder mit Bekannten telefonieren. Es gibt hierbei jedoch noch Etliches, was jeder Patient selber finden muss.

Deshalb ist es wichtig, den Patienten auch Pausen zu gönnen, denn er wird schon das Gespräch suchen, wenn er es braucht.

Gedanken zur Geduld ...

„Der Ungeduldige rennt zwar schneller los, aber der Geduldige kommt immer früher an.“

„Der Ungeduldige lässt keinen Fehler aus.“

„Der Geduldige lässt sich vom Berg der ungelösten Probleme nur die Richtung des nächsten Schrittes vorgeben, die Schrittlänge richtet sich nach der jeweils vorhandenen Kraft.“

„Mit Geduld geht alles schneller.“

„Für den Geduldigen ist ein Fehltritt eine Chance, etwas zu lernen. Für den Ungeduldigen ist es ein Verstärker seiner Angst vor der Katastrophe.“

Aus ganz persönlicher Sicht ...

Es war ein ganz normaler Arbeitstag.

Es war ein ganz normaler Arbeitstag im Januar des Jahres 1997. Wir hatten in unserer Firma eine neue EDV-Anlage installiert, wodurch enorme Probleme entstanden waren. Dann gab es auch noch Krach mit meinem Vater, der mich danach - wie immer - nicht mehr anschaute. Diese Missachtung machte mir sehr zu schaffen. Es kam unter diesem Stress dazu, dass ich die Nacht nicht schlafen konnte, was ich bisher kaum kannte. In der darauf folgenden Nacht konnte ich dann wieder nicht schlafen, hinzu kamen starke Ängste. Während meine Frau schlief, spazierte ich in der Wohnung umher und fand keine Ruhe. In den folgenden Tagen war ich fest davon überzeugt, unter Magenschmerzen und Diabetes zu leiden.

In dieser Zeit dachte ich weder an meine Familie, noch konnte ich an etwas anderes denken. Ich dachte nur noch an die verschiedenen Krankheiten. Mehr und mehr spürte ich den Drang, mir das Leben zu nehmen. Ich empfand es wie einen gewaltigen Sog, der an mir zerrte, und nichts konnte ich dagegen unternehmen.

In diesem Zustand, der für mich die Hölle bedeutete, wurde ich in die Tagesklinik der Psychiatrie Bad Hersfeld eingewiesen. Die Therapeuten merkten schnell, dass eine intensivere Behandlung notwendig war, da ich am Abend, wenn ich nach Hause kam, immer wieder Selbstmordgedanken hatte, mich jede Nacht in meine Angst hineinsteigerte und aus Verzweiflung mit dem Kopf gegen den Türrahmen schlug.

Ich wurde auf die Station verlegt. Hier empfingen mich das sehr nette Pflegeteam, Therapeuten und Ärzte, die sich sehr um mich bemühten. Dann hatte ich eine lange, anstrengende Zeit, da die Symptome nicht besser wurden. Der Schlaf wollte einfach nicht wiederkommen, die Vorstellung, eine schwere, körperliche Krankheit zu haben, wurde immer schlimmer. Mein behandelnder Arzt versuchte mich mit vielen körperlichen Untersuchungen zu beruhigen. Es war komisch, immer wenn durch eine Untersuchung eine Krankheit ausgeräumt war, folgte die nächste. Ich bekam einfach keine Ruhe. Ich wusste weder ein noch aus, hatte immer noch diese Angstzustände, bei denen ich befürchtete, dass ich mein Haus und Hof verpfänden müsse, die Welt untergehe, und für alles gab ich mir die Schuld. Hinzu kamen lästige Ohrgeräusche.

Während der stationären Aufnahme freundete ich mich mit einem Mitpatienten an. Ich hatte regelmäßige Therapiegespräche bei meinen behandelnden Arzt. Hier auf Station machte ich die Erfahrung, dass ich nicht allein mit meiner Krankheit war, dass es auch andere Menschen gab, die darunter litten. So bekam ich nach längerer Zeit eine Einstellung, die Krankheit zu akzeptieren, dass entlastete mich sehr.

Meine Angstzustände wurden durch Medikamente behandelt. Das empfand ich damals als eine Meisterleistung, dass mir da geholfen werden konnte. Mein behandelnder Arzt sagte mir, dass er wünsche und froh darüber wäre, wenn ich noch weiter auf Station bleiben würde. Das hat mich zwar anfangs etwas erschüttert, doch dachte ich mir, es gibt einen Grund dafür. Der Oberarzt der Station verabreichte mir noch einmal meine Medikamente und führte anschließend ein langes Gespräch mit mir. Ich spürte, dass durch die vielen Gespräche, Bewegungstherapie, Ergotherapie, Entspannungstherapien die Last von meinen Schultern fiel. Nach vier Monaten war es das erste Mal, dass ich wieder durchschlafen konnte.

Wenn ich Hilfe brauche, komme ich zu Ihnen.

Als es mir dann wieder besser ging, wurde ich zurück in die Tagesklinik verlegt. Ich empfand bei den Therapien wieder Freude, alles hatte wieder einen Sinn bekommen. Zuhause kam ich auch wieder gut zurecht, ich konnte wieder einen erholsamen Schlaf finden.

Vor kurzem wurde ich aus der Tagesklinik entlassen. Der Aufenthalt hatte mir unwahrscheinlich geholfen. Hier habe ich den richtigen Umgang mit meiner Erkrankung gelernt, d. h. auf welche Früherkennungszeichen ich achten muss und dass ich lernen muss, mit Stress umzugehen und was ich alles dagegen tun kann.

Ich bin jetzt in ambulanter Behandlung, bekomme noch Medikamente, welche die Angst, falls sie einmal wieder auftritt, ausschaltet. Ich gehe einmal im Monat zu einer Gruppentherapie, an der viele ehemalige Patienten teilnehmen.

Mit der Krankheit zu leben ist manchmal nicht einfach, aber wenn es mir einmal wieder schlechter gehen sollte, weiß ich, dass mir geholfen werden kann, und das ist eine große Erleichterung für mich.
Ich habe dem Team der Klinik für Psychiatrie ein Leben zu verdanken, was wieder lebenswert geworden ist.



Wenn ich Hilfe brauche, komme ich zu ihnen. Das ist ein beruhigendes Gefühl.

Was ist Therapie?

Wir sagen häufig in der praktischen Arbeit mit den Patienten der Tagesklinik, eine Person wird zu den Therapien eingeteilt, oder jemand soll an den Therapien teilnehmen, oder dies oder jenes sei eine therapeutische Veranstaltung, jemand solle dies oder jenes aus therapeutischen Gründen tun. Das setzt voraus, dass in der psychiatrischen, teilstationären Behandlung der Patienten eine klare Trennung von Therapie und Nichttherapie existiert. Handlungen und Verrichtungen in bestimmten Räumen und zu bestimmten Zeiten sind eindeutig als therapeutisch erkennbar, dieselben Handlungen zu einer anderen Zeit in einem anderen Raum sind es nicht.

Fragt man in der Bevölkerung nach, was dort unter Psychotherapie verstanden wird, stellt man sich meist vor, man bekäme dort Ratschläge, die man nur zu befolgen brauche, und schon würde sich eine Besserung einstellen. Sicherlich ist man wohl überzeugt, dass der Therapeut irgendeine Art von Manipulation an einem vornimmt und dass er über ein besonderes Wissen verfügt, das ihm sofort bei Anwendung einer bestimmten Diagnostik Einsicht in die vorliegende Problematik verschafft.

Die Therapien lassen sich nach überwiegend sprachorientierten und nach überwiegend leiborientierten unterscheiden. In den sprachorientierten Therapien dient das Gespräch der Klärung des Sachverhaltes. Etwas, das unbestimmbar quälend auf dem Betreffenden lastet, soll aus dem Dunkel geholt und dingfest gemacht werden, damit man es loswerden kann. Im Gespräch, dem Medium der Auseinandersetzung, vollzieht sich Erkenntnisgewinn und eine Veränderung von Denkmustern. Der Therapeut fragt und regt an, bestimmt die Inhalte und die Richtung. Es wird herausgearbeitet, wie es zu dem Leiden gekommen ist. Das Quälende wird benannt und eingekreist, und so erscheint die eigene Lebensgeschichte in einem anderen Licht. Für sie existiert keine objektive, letzte Wirklichkeit, die es nur zu entdecken gelte; vielmehr wird sie aktiv strukturiert, man sieht sein Leben in einem neuen Licht. Hat man die Erkrankung beschrieben und benannt, folgt die Behandlung, die dem Patienten ermöglichen soll, in kleinen Schritten wieder der Herr seiner selbst zu werden.

Eine Beeinträchtigung der Stimmung und des Denkens mündet oft in ein depressives Verhalten. Mit Medikamenten lässt sich recht gut die Stimmung beeinflussen. Eingefahrene, negative Denkmuster lassen sich aber auf diese Weise nicht verändern. Diese müssen mühsam verlernt und neu ausgerichtet werden. Dies dauert einige Zeit und muss solange geübt werden, bis es „sitzt“. Daher wird z. B. eine Strategie in jeder Therapieform angewandt, so wie man dieselbe Melodie mit unterschiedlichen Instrumenten spielen kann: In der Ergotherapie, der Bewegungstherapie und in der Gesprächstherapie wird z.B. der Patient mit unterschiedlichen Mitteln dazu angehalten, nicht von vornherein resignierend, sondern erwartend der Welt gegenüber zu treten.

Ganz langsam können so Denkgewohnheiten umgelernt und gegen solche vertauscht werden, die eine zufriedenere Lebensgestaltung ermöglichen. Dies setzt folgendes voraus: Was wir wahrnehmen, ist nur ein Teil der Welt, und wird bestimmt von unseren Erwartungen und Vorurteilen. Vieles sieht in einem anderen Licht vollkommen anders aus, und so geht es darum, immer mehrere Sichtweisen einnehmen zu können, anstatt von vornherein negativ eingestellt zu sein. Es ist so, als hätte ein Kurzsichtiger die falsche Brille auf. Die richtige Glasstärke erst ermöglicht scharfes Sehen. Sieht er aber ausschliesslich unscharf, glaubt er, das müsste so sein.

Die Arbeitsorganisation der Mitarbeiter

Um dem Ziel der ganzheitlichen Betrachtungsweise des Patienten gerecht zu werden, ist eine sehr enge Verzahnung der in der Tagesklinik tätigen Berufsgruppen notwendig. Nur aus den Beobachtungen aller Mitarbeiter, die den Patienten in verschiedenen Lebensbereichen begleiten, lässt sich eine sinnvolle Diagnostik ableiten, die sowohl **Defizite** als auch **Ressourcen** zu benennen in der Lage ist, und damit eine differenzierte Therapieplanung (ggf. mit verschiedenen Schwerpunkten) erst ermöglicht.

Daher ist jeder in der Tagesklinik tätigen Berufsgruppe einem Kernverantwortungsbereich zugeordnet, der im Einzelnen Niederschlag in der Psychiatrie Personalverordnung gefunden hat. Wir verweisen daher auf dieses Papier und bauen das Konzept der Tagesklinik darauf auf. Über diese Kernverantwortungsbereiche hinaus haben wir versucht, therapeutische Felder (z. B. Rudern, Bibliotherapie, um nur einige zu nennen) zu erschließen, die die Mitglieder der einzelnen Berufsgruppen unterschiedlich stark involvieren. Dieser Bereich kommt in dem Konzept in erster Linie zum Tragen und bildet das Spezifikum der Tagesklinik Bad Hersfeld.

Sämtliche Mitarbeiter nehmen regelmäßig an Teambesprechungen teil und führen für ihren Aufgabenbereich auch die Dokumentation der Behandlung durch. Dies wird im Einzelnen daher nicht mehr ausdrücklich erwähnt.

Zentrales Element in der psychiatrischen Arbeit ist der Aufbau einer positiven Arbeitsbeziehung zu dem Patienten im Kontext einer oft langwierigen Erkrankung. Um Stigmatisierung der Patienten (z.B. bei Außenaktivitäten) zu vermeiden und um den menschlichen Umgang zu ermöglichen und zu erleichtern, der als Trainingsfeld für andere Sozialbeziehungen genutzt werden kann, haben wir bewusst auf das Tragen von Dienstkleidung verzichtet.

Im Pflegedienst wird das **Bezugspflegesystem** angewandt. In den Therapiegruppen finden sich in der Regel Mitarbeiter aus verschiedenen (2) Berufsgruppen, um die ganzheitliche Betrachtungsweise zu verwirklichen und um im Vertretungsfall eine kontinuierliche Arbeit zu gewährleisten. Es finden Teambesprechungen statt (montags, dienstags und donnerstags), jeweils mittwochs nehmen die Mitarbeiter an der hausinternen Fortbildung teil; im Abstand von 4 Wochen findet eine externe Supervision statt.

„Um ein Glück, das uns gleichgültig scheint, recht fühlbar zu machen, müssen wir immer denken, dass es verloren sei, und dass wir es diesen Augenblick wieder erhielten, es gehört aber etwas Erfahrung in allerlei Leiden dazu, um diese Versuche glücklich anzustellen“

Lichtenberg

Gesundheit ist:

Die Ansprüche an sich und andere so in das Verhältnis zu den Möglichkeiten zu setzen, dass ein lebenswertes Leben verwirklicht werden kann.







Das Zusammenspiel der Mannschaft

Am Tag der Aufnahme eines neuen Patienten findet ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten und dem verantwortlichen Arzt oder Psychologen sowie einem Mitglied des Pflegepersonals statt. Es geht um die Erkrankung, die Vorgeschichte und um aktuelle Belastungsfaktoren. Vorläufige Therapieziele und eventuell notwendige, körperliche Untersuchungen werden festgelegt. Der aufnehmende Arzt oder Psychologe trägt die Hauptverantwortung in der Koordinierung der Behandlung, hat den Gesamtüberblick und überwacht den Fortschritt und steuert ggf. andere Therapieziele an. Im Anschluss an das Aufnahmegespräch erhält der Patient einen vorläufigen Tagesplan, der ihm eine Orientierung und dem Team die Beobachtung und Einschätzung ermöglicht. Nach einer Woche werden die Beobachtungen zusammengetragen, Defizite und Ressourcen beschrieben, die Diagnose festgelegt oder verändert, und es wird eine therapeutische Strategie festgelegt.

Ziel einer jeden Behandlung ist, dass eine Person, die sich in einer oft schweren Lebenskrise befindet, wieder handlungsfähig wird und ihren Alltagsgeschäften und sozialen Verpflichtungen, z. B. im Freundeskreis oder in der Familie nachgehen kann. Die meist sehr umfangreichen Probleme, die zusammenkommen (Arbeitsplatz, Familie, Schulden...) werden nach Wichtigkeit geordnet und auch so bearbeitet. Jeder Patient wird von der Sozialarbeiterin ausführlich interviewt, um zunächst die soziale Absicherung zu erreichen, so dass sich der Patient auf die Behandlung konzentrieren kann. Schwelende Konflikte können so erst einmal vertagt oder auch mit Unterstützung der Sozialarbeiterin auch gelöst werden.

Wenn so die Grundlagen dafür gelegt sind, dass sich ein Patient auf die Behandlung konzentrieren kann, gilt es zu planen, durch welche Maßnahmen eine Besserung erreicht werden kann. So kann z. B. zunächst die Konzentrationsfähigkeit trainiert, die Belastbarkeit gesteigert, die Kondition verbessert werden. Es kann die Genussfähigkeit trainiert werden, es können in der Gruppentherapie schädliche Denk- und Verhaltensmuster identifiziert und der Änderung zugänglich gemacht werden. Es kann die Entspannungsfähigkeit trainiert oder verbessert werden. Ergotherapie, Kunsttherapie, Bewegungstherapie, soziales Kompetenztraining werden je nach Bedarf eingesetzt, und es werden die Schwerpunkte nach Anforderung verändert.

Versteht man das Team der Tagesklinik als Mannschaft, dann trägt jeder auf seinem Posten dazu bei, bei einem Patienten in dieselbe Richtung zu arbeiten. Natürlich verläuft eine solche Behandlung nicht nach einem vorher festgelegten Programm. Die Diagnose gibt nur die Richtung vor. So wie bei einer Fussballmannschaft das Ziel ist, den Ball in das gegnerische Tor hineinzubekommen, existiert auch dort kein festgelegter Ablauf. Manchmal muss man Tricks anwenden, bluffen, schnell sein, alles Dinge, die im rechten Moment gezielt eingesetzt werden können. So kann man eine Erkrankung als einen Gegner ansehen, gegen den es zu gewinnen gilt. Der gegnerischen Mannschaft würde man zwar die eigene Mannschaftsaufstellung bekannt geben, nicht aber die Taktik im Detail verraten. Die Taktik und das Zusammenspiel entscheiden über den Ausgang des Spiels. Hauptsache dabei ist, dass man sich mit dem Patienten gegen die Krankheit verbündet. So gelingen manchmal Überraschungssiege, die den Weg in die Genesung ebnen.

Wie lange dauert eine Therapie in der Tagesklinik?

Jede Behandlung hat einen Anfang und ein Ende, dazwischen liegt ein variabler Zeitraum. Bei einer psychischen Erkrankung lässt sich dieser Zeitraum selten schon zu Beginn exakt eingrenzen.

Grundsätzlich gilt aber folgendes: Je geduldiger man ist, je früher wird man entlassen. Wie erklärt sich dieser Widerspruch? Eine abklingende Psychose ist ein biologischer Prozess und kann nicht mit Gewalt zum Verschwinden gebracht werden. Wollte man dies, dann wäre das so, als wenn man an den Blättern eine Pflanze zöge, damit sie schneller wüchse. Dass dies nicht möglich ist, ist leicht einzusehen.

Etwas anderes ist es schon, die Bedingungen für die Pflanze so zu gestalten, dass das Wachstum gefördert wird. Wenn wir dies auf die Behandlung in der Tagesklinik anwenden, heißt das, wir können eigentlich nur die Bedingungen optimieren, unter denen ein Mensch gesundet, und ihn so in die Lage versetzen, das Leben wieder selbst zu gestalten.

So gibt es in der Tagesklinik keine standardisierte Therapiezeit, wohl aber lassen sich bei fast allen Patienten verschiedene Phasen im Behandlungsverlauf gegeneinander abgrenzen, die in ihrer Dauer jeweils variieren können. Diese Phasen haben wir in der Praxis immer wieder bestätigt gefunden, und wir haben sie auf den folgenden Seiten kurz zusammengefasst dargestellt. Diese Aufstellung dient den Patienten zur Orientierung darüber, wo sie sich gerade befinden, bzw. welcher Therapiefortschritt zu erkennen ist.

Erste Behandlungsphase

Wir nehmen die Patienten in der Tagesklinik auf und arbeiten an ihren aktuellen Problemen. Bei Patienten, die erstmalig in psychiatrische Behandlung kommen, gehen wir besonders auf die Vorgeschichte ein und erleichtern ihnen durch individuelle Angebote den Einstieg in die Therapie. Meist sind die Menschen am Ende ihrer Kräfte und zeigen oft erkrankungsbedingte Denk- und Wahrnehmungsstörungen, die sich seit einigen Jahren verstärkt haben oder akut aufgetreten sind.

Zweite Behandlungsphase

Hier beginnt die Neuorientierung und Klärung kurz- und mittelfristiger Ziele und die Therapie problematischer Verhaltensweisen. Der Patient hat zur Tagesklinik Vertrauen aufgebaut und erkennt zunehmend die gebotenen Möglichkeiten der Unterstützung, die Dramatik der ersten Tage ist abgeklungen.

Wir vermitteln ein Krankheitsmodell, das die Erkrankung und die Auslösung verstehbar macht. Ergänzend gibt es für Patienten und Angehörige schriftliche Informationen.

Dritte Behandlungsphase

Wir bereiten die Entlassung vor und planen gegebenenfalls die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz. Dem Patienten geht es mittlerweile besser, der Schonraum der Tagesklinik mit seinen unterstützenden Funktionen ist nicht mehr notwendig, und je nach Lebenssituation werden für die Entlassung unterschiedliche Perspektiven erarbeitet. Die therapeutische Behandlung kann bei Bedarf auch ambulant fortgesetzt werden.

Das Konzept

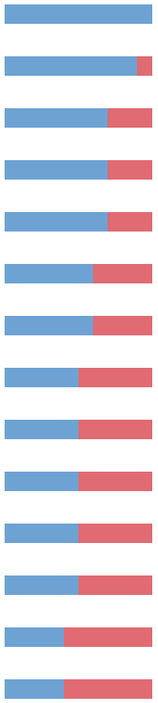
Aus der Erfahrung haben wir ein Konzept für die Tagesklinik entwickelt, das sich in zwei parallel arbeitende, einander ergänzende Funktionsbereiche aufteilt. In dem einen Schwerpunkt sind Patienten mit eher neurotischen Störungen, in dem anderen Schwerpunkt mit eher endogenen, bzw. psychotischen Erkrankungen vertreten, so dass sie indikationsspezifisch und leistungshomogen gefördert werden können. So ist jeweils die gesamte Bandbreite der

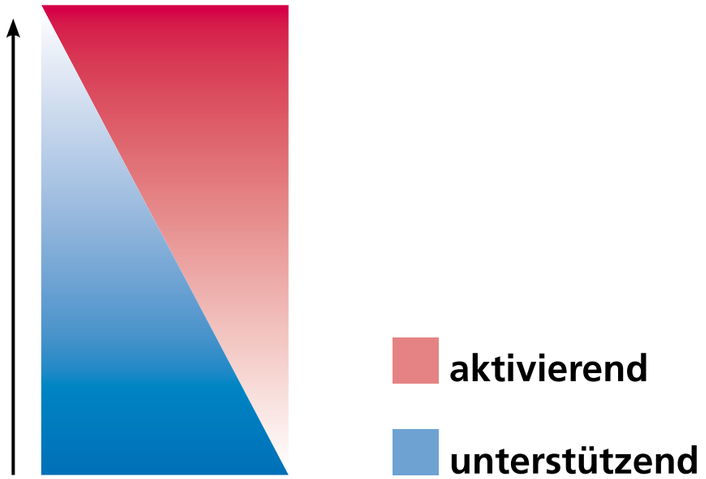
Behandlung, welche Psychotherapie, medizinische Therapie, verhaltenstherapeutische Angebote, Bewegungstherapie, Ergotherapie umfasst, durchgängig für ein Erkrankungsbild konzipiert. An bestimmten Veranstaltungen nehmen beide Patientengruppen gemeinsam teil, dies sind u. a. die Morgenrunde, das Mittagessen, die Abschlussrunde und auch bestimmte Sportangebote, bei denen allein die körperliche Fitness ausschlaggebend ist.

Multiprofessionelles Team

Unsere Patienten werden von einem multiprofessionellen Team behandelt. In der Tagesklinik stehen den Patienten Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal, Bewegungstherapeuten, Kunsttherapeuten und Ergotherapeuten zur Verfügung. In den Besprechungen des gesamten Teams wird eine Behandlungsstrategie gemeinsam festlegt und gemeinsam regelmäßig Verlauf und Ergebnis geprüft. Unsere Mitarbeiter nehmen regelmäßig an internen und externen Fortbildungen und Supervisionen teil.

Therapieangebote





Was macht eigentlich der Psychologe?

Die Psychologie beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen zu dem werden, was sie sind.

In der akademischen Ausbildung zum Psychologen und der späteren Fachausbildung, nach der man die Approbation zum psychologischen Psychotherapeuten erhält, erwirbt man die Kenntnisse der Gesetzmäßigkeiten der Entwicklungsschritte und Lernprozesse und deren Wechselwirkung, die bei jedem Menschen in einer individuellen Ausprägung zu beobachten sind.

Mit Hilfe von Beobachtungen und Experimenten wird untersucht, wie sich Menschen Wissen aneignen, welche Rolle die Intelligenz dabei spielt, wie man sie messen kann und wie bestimmte Denkmuster entstehen. Dem Erwerb von Fähigkeiten und der Rolle der Kreativität wird große Aufmerksamkeit geschenkt, ebenso, wie sich das menschliche Verhalten entwickelt, wie Menschen Strategien erfinden, um z.B. mit schwierigen Situationen fertig zu werden. Ganz zentral ist die Frage, was Menschen antreibt, es geht um Motivation, Freude, es geht um Selbstbehauptung und auch um Aggression.



Auf der Couch?

Bei der psychiatrischen Tätigkeit beschäftigt man sich mit einem Ausschnitt menschlichen Verhaltens, nämlich den Lebensumständen, Verhaltensweisen und Denkmustern, die das Entstehen einer psychischen Erkrankung „ausgelöst“, gefördert oder begünstigt haben, und die dazu beitragen, sie aufrecht zu erhalten oder die Gesundung erschweren. Zunächst einmal ist es wichtig, dem betroffenen Menschen unmittelbar Unterstützung zu geben und Hoffnung zu vermitteln, ihn in seinem Leid anzunehmen und ihn zu begleiten. So gestaltet sich der Beginn der Behandlung, manchmal muß man aber auch zu späteren Zeitpunkten des Aufenthaltes wieder darauf zurückkommen. Dies geschieht im Einzelgespräch, in der Gruppe, bei kurzen Begegnungen auf der Station. Die Couch hingegen weist auf eine bestimmte Technik in der ambulanten Psychotherapie hin, die im klinischen Rahmen keine Verwendung findet.
Wenn sich nach einiger Zeit eine Besserung des Befindens und eine gewisse Stabilisierung eingestellt hat, kann man sich intensiver damit auseinandersetzen, welche Eigenheiten des eigenen Verhaltens oder der Umweltbedingungen mit zum Ausbruch der Erkrankung beigetragen haben. In diesem zweiten Stadium der Behandlung beginnt man mit dem sogenannten „Aufarbeiten“. Damit meinen wir, daß wir das herauspräparieren und benennen, was soviel Schwierigkeiten bereitet. Dies können natürlich ungelöste Konflikte in der Gegenwart oder aus der Vergangenheit sein, die oft sehr viel Energie beanspruchen, die an anderer Stelle fehlt, was einem häufig gar nicht mehr so recht „bewußt“ ist. Hat man die Stolpersteine erst einmal erkannt, lassen sie sich aus dem Weg räumen, oder, wenn sie zu groß sind, kann man Strategien erarbeiten, besser damit zurecht zu kommen. Darüberhinaus findet oft eine Besinnung, eine Überprüfung des bisherigen Lebensweges statt. Manches Ziel und manche

Wertvorstellung stellt sich als unerreichbar oder als hinderlich heraus. Da gilt es, sich umzuorientieren. Die Aufgabe des Psychologen besteht im Wesentlichen darin, den Patienten dabei zu unterstützen, diese Umorientierung selbst auszuführen, bei der Lösungssuche behilflich zu sein. Denkmuster und Verhaltensweisen entwickeln sich in der Regel in kleinen Schritten über eine lange Zeit, festigen sich und nehmen manchmal ganz allmählich eine Richtung ein, die sich oft erst im Nachhinein als Sackgasse herausstellt. Nicht selten steht am Ende einer solchen Sackgasse eine „endogene Depression".

In einem solchen Fall ist viel Geduld und therapeutisches Geschick erforderlich, denn diese wenig hilfreichen Verhaltensweisen und Denkmuster haben sich meist unerkannt überall eingenistet und bestimmen das Denken und Handeln bei jeder Gelegenheit. Die Betreffenden haben sich so daran gewöhnt, dass sie ihnen auch gar nicht mehr auffallen. Wenn sie im Gespräch bewußt gemacht werden, kann man sie in einem therapeutischen Prozess langsam und stetig verändern. Dies dauert naturgemäß seine Zeit, denn es will beständig überprüft, verändert und eingeübt werden. Sicherlich kennt jeder Mensch aus der eigenen Erfahrung die Schwierigkeiten, die damit verbunden sind, wenn man alte Gewohnheiten ändern will: Man hat sich z.B. vorgenommen, nicht mehr zu rauchen. Dann sitzt man mit Freunden zusammen, es ist gemütlich, die Stimmung ist entspannt und ganz plötzlich, wie aus heiterem Himmel bekommt man Lust auf eine Zigarette....

Alles Gewohnheit ?

Da solche Gewohnheiten das gesamte Verhalten bestimmen, nehmen wir in der Behandlung einen Ausschnitt, etwa das Verhalten in der Psychotherapiegruppe, verändern die Gewohnheiten in diesem Bereich und helfen den Menschen, das Gewonnene auf andere Situationen zu übertragen. Hat ein Patient die Angewohnheit, z.B. an jeder Sache nur das Negative zu sehen, dann wird er in jeder Therapie damit konfrontiert. So können wir in der Ergotherapie, der Bewegungstherapie, in den Psychotherapiegruppen, in Kontakten mit dem pflegerischen Kollegen und im Einzelgespräch aus verschiedenen Richtungen kommend gezielt versuchen, dieses Denkmuster zu verändern. Je mehr verschiedene Übungsmöglichkeiten man hat, desto besser ist der therapeutische Einfluss. Und so mag man sich über manche Therapieangebote wundern, wie z.B. die Genusstherapie. Je mehr Möglichkeiten man aber hat, um Menschen zu beeinflussen, desto schneller kommt man ans Ziel.

Die Aufgabe des Psychologen besteht darin, das Verhalten zu analysieren, gemeinsam mit dem Patienten Ziele zu erarbeiten und möglichst präzise zu formulieren, schließlich einen Therapieplan aufzustellen, alle Teammitglieder einzubinden und die Fortschritte regelmäßig zu überprüfen. Ganz wichtig ist dabei, daß dem Patienten verständlich wird, was in der Behandlung mit ihm geschieht.

Jetzt ändere ich mein Leben!

Nicht nur Patienten, sondern auch die Angehörigen leiden unter einer Erkrankung und ihren Folgen. Will man in der Therapie Denk- und Verhaltensmuster ändern oder Hilfestellung bei der Bewältigung geben, muß man die Angehörigen mit einbeziehen. Sie benötigen Unterstützung und Information, und sie müssen dafür gewonnen werden, mit auf das Therapieziel hin zu arbeiten. Die Menschen, mit denen man täglich zu tun hat, sind mit den Gewohnheiten des Betroffenen verflochten. Besonders deutlich wird dies bei der Formulierung: „Ein Wort gibt das andere". Es beschreibt, wie man mit traumwandlerischer Sicherheit in einen handfesten Streit hinein rutscht. Beide Beteiligten tragen ihren Teil dazu bei. Will man also eine solche Entwicklung verändern, kann es schon sehr hilfreich sein, wenn sich die Beteiligten bestimmter Reizworte enthalten (z.B.: mußt Du eigentlich immer ...?). Sie müssen dies nur wissen und sich daran halten.

Doch so einfach?

Bei all den oft komplizierten Problemen kommt man im Laufe der Zeit wieder zu den einfachen Fragen zurück, die jedes Gespräch leiten und die automatisch immer wieder auftauchen; sie bewahren vor voreiligen Gewissheiten und helfen, die Grenzen der eigenen Fähigkeiten sehr genau abzustecken. Diese Fragen sind:

- Worum geht es hier eigentlich?
- Was weiß man wirklich; was vermutet man nur?
- Könnte es nicht auch anders sein?
- Was möchte der/ die Patient/in von einem?
- Ist das Problem wirklich verstanden?

Genau genommen besteht die gesamte Therapieausbildung darin, sich mit diesen Fragen zu befassen. Bei ihrer Beantwortung im Alltag sind die Meinungen und Beobachtungen der Kollegen unverzichtbar, denn nur im Austausch erhält man die nötige Distanz und die Möglichkeit zur Korrektur. Kurz gesagt, es geht darum, bei einem Patienten den „roten Faden" in der Behandlung zu finden, alle Beteiligten angemessen einzubeziehen, eine Perspektive zu entwickeln, den Fortschritt in der Behandlung abzuschätzen und das Ganze präzise zu dokumentieren.

Die genaue Buchhaltung

Ausgesprochen nützlich ist eine gute Kenntnis von Logik und Argumentation, denn ein zunehmender Teil der Arbeit besteht darin, geschliffene Berichte zu schreiben, um denjenigen Paroli zu bieten, die den Sinn oder die Dauer eine Behandlung anzweifeln. Dies ist zeitraubend, aber unerlässlich, und so bleibt wenig mehr, als sich die Aufgabe so interessant wie möglich zu gestalten und sich Unterstützung bei den Spezialisten holen. Lichtenberg ist dabei unübertroffen und humorvoll zugleich: „Ein gutes Mittel, gesunden Menschenverstand zu erlangen, ist ein beständiges Bestreben nach deutlichen Begriffen, und zwar nicht bloß aus Beschreibungen anderer, sondern so viel wie möglich durch eigenes Anschauen. Man muss die Sachen in der Absicht ansehen, etwas daran zu finden, was andere noch nicht gesehen haben; von jedem Wort muss man mindestens einmal eine Erklärung gemacht haben, und keines brauchen, das man nicht versteht."
(Lichtenberg)

Zu guter Letzt

All die einzelnen Veranstaltungen, wie Einzel- und Gruppentherapie, Entspannung, Leistungsdiagnostik, Nachsorgegruppe, Fortbildungen, Konzeptarbeit und vieles mehr sind Teile eines „großen Ganzen" mit Namen Psychiatrie. Dazu gehören natürlich auch die Einrichtungen außerhalb der Klinik, die sogenannten komplementären Dienste, wie Werkstatt, Wohnheim, Tagesstätte, um nur einige zu nennen. Nicht zu vergessen sind auch die niedergelassenen Psychotherapeuten, Psychiater, und die Einrichtungen der Rehabilitation.

Jede einzelne Behandlung kann nur dann gelingen, wenn in diesem Netzwerk für jeden Patienten ein individueller Behandlungspfad gefunden wird. Eine der Aufgaben des Psychologen ist es, die Behandlung im Hinblick auf alle Verzweigungen dieses Netzes zu koordinieren, soviel Psychotherapie wie gerade erforderlich ist durchzuführen, und dann zur Weiterbehandlung an andere Spezialisten weiter zu vermitteln. Wenn dies optimal gelingt, hat sich die Arbeit gelohnt.

> „Ein gutes Mittel, gesunden Menschenverstand zu erlangen, ist ein beständiges Bestreben nach deutlichen Begriffen, und zwar nicht bloß aus Beschreibungen anderer, sondern so viel wie möglich durch eigenes Anschauen."
>
> Lichtenberg

Krankenpflege - wie geht das?

Zahlenmäßig stellen wir die größte Berufsgruppe in der Tagesklinik. Unser Arbeitsraum nennt sich Stützpunkt, nicht etwa Büro oder Dienstzimmer. In der Tat bildet der Stützpunkt eine Art Ausgangsbasis für die vielfältigen Aktivitäten, die wir an wechselnden Orten und zu verschiedenen Zeiten durchführen. Während Ärzte, Sozialarbeiter oder Psychologen hauptsächlich in ihren Büros tätig sind, sorgen wir dafür, dass zu jeder Zeit alles funktioniert, und das ist nicht wenig.

Die Koordinierung und Durchführung routinemäßiger Untersuchungen gehört zu unseren Standardaufgaben. Darunter fallen Blutkontrollen, um den Medikamentenspiegel zu bestimmen, Drogenscreenings, verschiedene Konsiliaruntersuchungen wie EKG, EEG oder Röntgenuntersuchungen des Schädels. Dies dient einerseits der Untersuchung der Frage, ob eine psychische Erkrankung nicht z.B. durch Infektionen oder durch Vitaminmangel ausgelöst wird, zum anderen könnten unentdeckte Funktionsstörungen des Gehirn wie etwa ein Tumor oder eine degenerativer Prozess verantwortlich sein. Uns obliegt die Ausgabe der Medikation und die Verwaltung des Medikamentenschrankes. Wir sind Ansprechpartner für die vielen, alltäglichen Anliegen der Patienten. Mit allen Fragen, z. B. zum Ablauf der Therapie, zu Einzelgesprächen oder auch mit Anliegen wie etwa Therapieplanänderung, Sonderwünschen und vielem mehr kommen die meisten Patienten zuerst zu uns. Der Stützpunkt ist immer offen, und so gibt es keine Sprechzeiten, denn Notfälle oder unvorhergesehene Ereignisse richten sich nicht nach dem Dienstplan, dann sind wir gefragt.
Während Ärzte und Psychologen im Aufnahmegespräch die Diagnose und die therapeutische Strategie festlegen, was übrigens meist nach einem kurzen Austausch mit einem Mitarbeiter von uns geschieht, obliegt es uns, im Alltag der Station den Patienten ein Lotse zu sein, damit die Strategie nicht aus den Augen gerät. Es ist ein schönes Erlebnis, wenn das funktioniert und wenn man feststellt, dass ein Patient allmählich den Weg vor sich liegen sieht und sich bald immer sicherer fühlt. Am befriedigendsten ist es, wenn es gelingt, dass alle Mitarbeiter aus ihrem Blickwinkel heraus auf dasselbe Ziel hinarbeiten. Dann fühlt man sich unterstützt und getragen, als Teil von einem großen Ganzen. Das kann nicht immer gehen, aber es ist oft der Fall.



Neben der Grundversorgung und der Überwachung und Lenkung des Stationsablaufes fallen uns noch andere, vielfältige Aufgaben zu. So leiten wir Stationsversammlungen, führen Einzelgespräche und führen Trainingsgruppen durch, vertreten, wenn es sein muss auch schon mal kranke Kollegen aus anderen Berufsgruppen. Bei alldem können wir uns nicht darauf verlassen, dass ein geregelter Arbeitsablauf gewährleistet ist. Ständig neue Situationen sind einerseits eine Herausforderung und machen deswegen Freude, andererseits kommt dann die aufwändige, aber notwendige Dokumentation oft zu kurz. Das ist schade, denn man kann nicht nur ständig in Aktion sein, vieles will in Ruhe durchdacht sein, und manches benötigt eben auch seine Zeit.

Es braucht schon einiges an Organisationstalent, Flexibilität und Belastbarkeit und die Bereitschaft, ständig Neuem gegenüber offen zu sein, um hier bestehen zu können. Dabei muss man jederzeit den Gesamtzusammenhang im Auge behalten und improvisieren können.

Kreativität und Krankheit

Was braucht es, um kreativ zu sein ?

Wenn man sich einmal genau überlegt, welcher Bedingungen es bedarf, damit die eigene Kreativität zur Entfaltung kommen kann, dann wird man sehr schnell feststellen, dass es von der eigenen, seelischen Verfassung abhängt, aber auch von der Umgebung, in der man sich aufhält, wie kreativ man ist, das heißt, wie die eigene Phantasie arbeitet. Phantasie braucht Freiheit, Phantasie braucht eine hinreichend gute Stimmung, Phantasie braucht Konzentration, ein hinreichend geordnetes Denken und Freude an der Sache. Damit allein ist es aber nicht getan, denn jeder Mensch kennt Situationen, in denen wir durch andere angeregt werden, einmal begonnene Gedanken weiterzuentwickeln, oder durch andere, vollkommen neue Gesichtspunkte in unsere Überlegungen bekommen. Es ist aber von ausgesprochener Wichtigkeit, in welchem Ton diese Überlegungen vorgetragen werden. Wenn ein gutes Einvernehmen herrscht, man sich gegenseitig unterstützt und großzügig miteinander umgeht, vielleicht ein wenig flirtet und sich so in vertrauter Umgebung fühlt, obwohl man den anderen oder die andere vielleicht gar nicht näher kennt, dann sind die Bedingungen gegeben, in denen die Kreativität und Phantasie gedeihen können.

Kreativität unter Bedingungen psychischer Erkrankung

Bei einer psychischen Erkrankung ist oft die Konzentration eingeschränkt, die Stimmung schlecht, der Antrieb mäßig, und man zieht sich von anderen Menschen zurück. Auf diese Weise kann eine Spirale in Gang kommen, die zu weiterem Rückzug und zu weiterer Verschlimmerung der Symptomatik führt, denn es fehlen ja die anregenden Kommentare und Bemerkungen anderer Menschen. Es ist also wichtig, dass eine Situation hergestellt wird, in der Großzügigkeit, gegenseitige Unterstützung, Offenheit und auch Humor möglich sind, so dass sich das auch unter Umständen auf die Stimmung auswirkt. Solche Situationen versuchen wir, in den verschiedenen, therapeutischen Bereichen herzustellen.

Kreativität im Alltag

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass es auch und gerade wichtig ist, ganz gezielt, und wo immer es möglich ist, solche Situationen herzustellen. Dabei kommt es darauf an, die Personen, mit denen man Kontakte pflegt, gezielt auszuwählen, und es kommt auch darauf an, gezielt auf die Themen Einfluss zu nehmen, mit denen man sich beschäftigt. Es gibt Themen, die eher dazu anregen, in angenehme Stimmung zu geraten, und es gibt Themen, die ganz von allein schon eine negative Stimmung auslösen können. Abgesehen davon ist es durchaus möglich, jedes Thema entweder kreativ oder klagend und abwertend zu bearbeiten. Es kommt noch hinzu, dass manche Menschen von ihrem Charakter eher fröhlich sind, und es gibt Menschen, die gewohnt sind, in jeder Suppe ein Haar zu finden, sei es auch noch so klein. Beides hat man in der Regel nicht von Geburt an, es kann durchaus sein, dass man es sich im Laufe der Zeit angewöhnt und dann, ohne es bewusst zu bemerken, weiterführt. So kann man auch durchaus eine einmal eingeschlagene Richtung verändern und durch gezielten Auswahl der Menschen, mit denen man in Kontakt kommt und auch der Themen, über die man sich auseinandersetzt, einen sehr starken Einfluss auf die eigene Stimmung und auf die Lebenszufriedenheit ausüben.

Lebensart

Eine psychische Erkrankung aus dem endogenen Bereich oder auch eine schwere Neurose ziehen im Gegensatz zu einer leichten, körperlichen Erkrankung, die nach einer gewissen Zeit wieder vollständig verschwindet, eine Veränderung des Erlebens und Verhaltens in so gut wie allen Lebensbereichen nach sich. Im Wesentlichen sind dies die Lebensbereiche des „alltäglichen Lebens“, wie zum Beispiel Nahrungsaufnahme, Gestaltung des Alltags, Gestaltung der Freizeit, Entwicklung und Pflege von Interessen, Entwicklung und Pflege von Neugierde und Motivation, die Beschäftigung mit schönen Dingen, die Pflege des Körpers, die Entwicklung und Pflege der Genussfähigkeit, die Wahrnehmung der eigenen Belastungsgrenzen, die Pflege und Aufrechterhaltung des Selbstbewusstseins, kurz die Grundlagen für ein sinnvoll erlebtes und erfülltes Leben.

Meist zeigt sich eine Beeinträchtigung durch die Erkrankung, die alle die genannten Lebensbereiche umfasst. Aus diesem Grund verdienen alle diese Bereiche besondere Aufmerksamkeit, um neben den therapeutischen Hauptwerkzeugen wie Psycho- und Pharmakotherapie, die gesamte, eingeschränkte Lebensführung wieder zu öffnen und dem Patienten Möglichkeiten und Strategien an die Hand zu geben, sein Lebensumfeld so zu gestalten, dass eine erneute Dekompensation weniger wahrscheinlich wird.

Daher schenken wir bei der Therapie in der Tagesklinik dem „üblichen und normalen“ Alltagsgeschehen eine besondere Aufmerksamkeit. Darunter fallen im weitesten Sinne auch die Nahrungsaufnahme, die Nahrungszubereitung und alles, was darum herum geschieht. Im Rahmen von Kleingruppenarbeit mit Patienten unterschiedlicher Störungsbilder wird das Verhalten, das mit der Aufnahme von Nahrung in Verbindung steht, Gegenstand therapeutischer Bemühungen.

Dies fängt bei der Auswahl von Speisen, insbesondere auch unter gesundheitsphysiologischen und –psychologischen Gesichtspunkten an, beinhaltet Einkauf, Preisvergleiche, besonders im Hinblick auf kreative Lösungen unter schwierigen ökonomischen Bedingungen, und führt schließlich zur Vorbereitung der Nahrung und zur Zubereitung und auch zum gemeinsamen Verzehr in einem bestimmten Rahmen.

All dies wird so allgemein formuliert, da sich in der Praxis herausgestellt hat, dass eine störungsspezifische Patientengruppe dieser Art wenig Sinn macht. In diesem konkreten Falle können die Patienten unterschiedlichster Störungsbilder von den unterschiedlichen Fähigkeiten profitieren, zusammenarbeiten und auch das gemeinsame Ergebnis genießen. Diese Gruppe ist ein ausgesprochen flexibles Instrument, das je nach Patientenzusammensetzung unterschiedlichsten Bedürfnissen und Zielen dienen kann.

Ziele

- Orientierung in der Lebensumgebung (Preisvergleiche)
- Kontaktaufnahme
- Planung
- Erstellen eines Wochenplanes
- Auswahl der Nahrungsmittel
- Erstellen von leicht verwendbaren Rezepten im Alltag
- Genusstraining und Orientierung am jahreszeitlichen Speisenangebot der örtlichen Lebensmittelmärkte.

Durchführung der Therapie

Dies geschieht in kleinen Gruppen, maximal 3 Patienten, die über einen Zeitraum von 4 Wochen zusammenarbeiten. In diesen 4 Wochen wird es einerseits um eine Diagnose des Ist-Zustandes gehen, es werden zu erarbeitende Ziele anvisiert, die Umsetzung orientiert sich am jeweiligen Therapiefortschritt. Diese Gruppe zentriert sich um alles, was das Thema Nahrungsaufnahme und Nahrungsverarbeitung angeht. Es kann sich dabei auch um die Realisierung und Umsetzung eines Diätprogrammes handeln.

Lebensart zeigt sich auch in der Gestaltung des Tisches und in der Esskultur. Darunter verstehen wir auch, in einer entspannten Atmosphäre zu lernen, die Mahlzeiten in Ruhe einzunehmen, gegebenenfalls auch kurz zu unterbrechen, und diese Unterbrechungen auch mit entspannter Konversation zu füllen.

Theater und Erholung

Ein Baustein der Therapie mit vielen Funktionen ist die so genannte Theatergruppe. Je nach Bedarf werden hier spezifische Rollenspiele durchgeführt, die Patienten befähigen sollen, für problematische Situationen angemessene Verhaltensweisen zu üben.

Dies kann zum Beispiel das Halten einer freien Rede vor mehreren Menschen sein, es kann darin bestehen, konstruktiv zu streiten oder auch die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere Menschen zu überprüfen und das Verhalten gegebenenfalls zu verändern. Dieses findet in vertrauter Atmosphäre unter spielerischen Bedingungen so statt, dass eine angeregte Beschäftigung mit dem Thema möglich ist. Soweit zunächst der übende Teil der Theatergruppe.

Der Bereich des Theaterspielens umfasst jedoch auch noch weit mehr. So gehört zum Beispiel auch dazu, dass man von aktuellen Problemen abgelenkt wird, dass man erheitert wird, dass man sich entweder gut unterhält oder gut unterhalten wird, dass man den Humor wieder findet und ausübt, dass man motiviert ist und auch, dass man sich erholt. Erholung kann darin bestehen, dass man etwas tut, was mit erkrankungsbedingten Einschränkungen zunächst einmal gar nichts zu tun hat, sondern dass man spielerisch aufeinander zugeht und auf diese Weise die Starrheit und Einschränkung der Erkrankung zumindest zeitweise abschütteln kann.

Erholung besteht also in der Hinwendung zu etwas vollkommen anderem als dem, womit wir uns im Alltag gewöhnlich beschäftigen. Erholung ist also nicht einfach die Abwesenheit von Stress, sondern es ist eine ganz bestimmte Art von Anregung, ein Kontrastprogramm also, das ein Gleichgewicht schafft gegenüber bestimmten, einseitigen, alltäglichen oder beruflichen Belastungen.

Konzept der Kunsttherapie

„Kunst ist Formgebung, Kunst ist charakteristische Darstellung dessen, was in uns ist und was außer uns lebt.“
(Georg Kerschensteiner, Pädagoge,1854 – 1932)

„Die Kunst ist die Sprache der Empfindungen, die da anhebt, wo der Ausdruck mit Worten aufhört.“
(Asmus Jakob Carstens, Maler, 1754 – 1798)

„Kunst ist eine geistige Tätigkeit, die durch verschiedene Mittel eine angenehme Wirkung auf den Geist hervorbringt.“
(Kurt Schwitters, Künstler und Schriftsteller, 1887 – 1948)

„… aber ich weiß, dass ich mich in ihnen (meinen Bildern) ausdrücke, ohne jemals etwas auf die Urteile oder Vorurteile anderer zu geben.“
(Frieda Kahlo)

„Grauer nasser Ton. Der Ton schwitzt und riecht alt. Ton atmet mich an: Mach was! Im Raum ein Klumpen, ungeformt, aber möglich.
(Günter Grass)

Etwas herzustellen, dass keine funktionelle Anwendung in sich birgt, bekommt oft wenig Zuspruch. In unserer heutigen Leistungsgesellschaft ist dieses Denken stark verankert, und so erscheint es schnell kurios, wenn jemand etwas herstellt, was ganz andere, ungewohnte Qualität mit sich bringt und dadurch eine ganz ungewohnte Wahrnehmung verlangt.

In der Kunsttherapie kann der Patient diese neue Vorgehensweise an sich selbst erleben und sich an den Materialien der bildenden Kunst ausprobieren. Auch für den Patienten geht es in seinem Therapieaufenthalt um neue Betrachtungsweisen und Wahrnehmungen.



Der Kunsttherapeut hält dafür einen strukturierten Rahmen bereit, er unterstützt und begleitet den Patienten in seinem kreativen Prozess am Werk und bietet Hilfestellungen an, um eventuelle Blockierungen zum kreativen Handeln zu lösen.



Als Material und Techniken stehen Tonmasse, Aquarell- und Acrylfarben, verschiedene Kreiden, der Linolschnitt, Bundstifte, Kohle und Bleistifte zur Verfügung. Es sind keine konkreten Gestaltungsrichtungen vorgegeben. Die elementare Erfahrung von Farben und Formen können überleiten zu einem persönlichen Prozess der Entwicklung. Das Werk begleitet den Patienten während der Therapie und kann ihm das Gefühl vermitteln, selbst aktiv an seiner Genesung teilzuhaben. Die Materialien sprechen einen ästhetischen Sinn im Menschen an, und durch die Arbeit mit ihnen kann der Patient zu Erlebnissen gelangen, welche ihm eine neue Wahrnehmung und positive Selbsterfahrung vermitteln können.

Oft ist gut zu beobachten, wie sich der Mensch durch das Gestalten selbst strukturiert, denn das Material gibt keine Form vor – der Patient bringt sie in Form und gibt ihr Gestalt.

Das Material wird bewegt, mit einem Pinsel aufgetragen, moduliert; dabei werden Handlungsimpulse gefördert. Der individuelle Ausdruck zeigt sich dem Gestalter unmittelbar im entstehenden Werk. Die erworbenen Fähigkeiten stärken das Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Kreativität, Entscheidungsfindung, Intuition, Konzentration. Ausdauer und die Freude am selbstständigen Handeln werden aufgebaut.

Dies tut jedem Menschen gut. Mancher muss behutsam an diese Möglichkeiten herangeführt werden, und der Erwartungsdruck, in der Kunsttherapie müsse „hohe Kunst“ entstehen, sollte ihnen genommen werden. Kunsttherapie vermittelt die Erfahrung, dass die Welt nicht nur Anforderungen stellt, die Anpassungen verlangen, sondern dass auch die Möglichkeit der Mitgestaltung ergriffen werden kann. Etwas Neues, vielleicht auch Ungewöhnliches, kann dabei entstehen, dies ist hier erlaubt und wird ohne Vorbehalt angenommen, – was besonders wichtig ist – es wird nicht benotet oder zensiert.

Projektgruppenarbeit in der Natur

Bei der Projektgruppenarbeit in der Natur stehen das Eigenerleben des Patienten in der Natur und ein kreativer Umgang mit der Natur im Vordergrund. Naturmaterialen wie Äste, Zweige, Steine, Blätter können dabei entdeckt, gesammelt und in einen neuen, formalen Zusammenhang gebracht werden. Der kreative Vorgang, das individuelle Handeln und der Umgang mit anderen Mitgliedern der Gruppe werden gefördert und ermutigen den Patienten, sich in konstruktiver Weise im Rahmen des Projekts mit seiner Umwelt auseinander zu setzen. Zudem ist die körperliche Tätigkeit in der Natur zu nennen, die das Eigenerleben des Patienten außerhalb vom Klinikgelände erweitert und ihm seine natürliche Unabhängigkeit in der Außenwelt erleben lassen kann.

Das Gleichgewicht findet sich wieder… … Erleben in der Kunsttherapie

Die ungeformte Tonmasse – nass und weich – liegt vor mir auf dem Tisch. Zuerst ist da nichts zu erkennen, und ich knete es mit den Händen kräftig durch und lerne es dadurch schon kennen. Automatisch, Stück für Stück, beginne ich es langsam zu formen; zuerst ohne ein bestimmtes Ziel, ich weiß noch nicht, wohin es geht. Formen und Volumen nehmen vorläufig Platz ein. Ich gebe noch Tonmasse hinzu und probiere aus: das Objekt wird größer und greift in den Raum ein: Es wird instabil, es droht zu kippen. Den neu angelegten Ton nehme ich zum Teil wieder ab und reduziere. Das Gleichgewicht findet sich wieder, und das Gebilde hat seine Standfestigkeit wieder erlangt und kann jetzt alleine stehen. Jetzt kann ich weitere Akzente setzen und weiter ausprobieren, was geht…

Hin und wieder entferne ich mich ein Stück von meinem Werk und betrachte es in Ruhe aus der Entfernung. Ich schaue nach, was sich noch verändern lässt, drehe es und beobachte es aus einem andern Winkel – suche nach Teilen, die mir gefallen und belassen möchte. Ich schaue auch nach Elementen, die ich ändern will, weil sie nicht ins Gesamtbild passen. Mein Kunstwerk zieht meine gesamte Aufmerksamkeit auf sich, nichts anderes ist im Augenblick mehr von Belang. Es ist aus meinen Händen entstanden, ich allein habe es geschaffen.

Als Praktikantin in der Tagesklinik

Ich bin Psychologiestudentin. Nach dem Vordiplom wollte ich unbedingt ein Praktikum machen, und so suchte ich im Internet nach geeigneten Institutionen, wobei ich auch auf das Klinikum Bad Hersfeld stieß, genauer die dortige Psychiatrie. - Na - wenn, dann meine ich es auch ernst, dachte ich. Ich wollte sehen, wie dort gearbeitet wird und was für Patienten dort anzutreffen sind. Nachdem ich versucht hatte, Dr. Seegel zu erreichen, rief er mich bald zurück, und wir besprachen unsere Vorstellungen von der Arbeit einer Praktikantin in der Tagesklinik. Dann verabredeten wir einen Gesprächstermin.

Der erste Eindruck

Ich fuhr schon einen Tag vor dem eigentlichen Termin in die Klinik, da ich zuvor nie dort oder auch nur in Bad Hersfeld gewesen war, und ich wollte gut vorbereitet sein. Es war eine gute Entscheidung gewesen, einen Tag früher die Örtlichkeiten auszukundschaften, denn es stellte sich heraus, dass die Beschilderung für die Tagesklinik überhaupt nicht mehr aktuell war. So ließ ich mich davon auch erst irreleiten. Doch ich konnte es mir an diesem Tag ja noch leisten, mich zu verlaufen. Ich versuchte, das Zimmer meines zukünftigen Anleiters, Dr. Seegel zu finden. Die Schilder wiesen mich zu hässlichen und etwas heruntergekommenen 60iger-Jahre-Bauten. Es wirkte alles etwas verlassen, so als sei hier vor Jahrzehnten einmal eine Psychiatrie gewesen. Vielleicht hatten sie die Schilder aus der Zeit einfach gar nicht abgemacht? Oder befand sich die Psychiatrie jetzt in einem anderen Stadtteil? Ich ging suchend die dunklen, einsamen Gänge des Gebäudes entlang. Auf einmal hörte ich Stimmen. Wer war das wohl? Es kam mir ein junger Mann entgegen. War er ein Patient? Wie erkennt man Patienten? Ich fragte ihn einfach nach Dr. Seegel und dessen Zimmer. Er führte mich dann in einen Raum, in dem ein durcheinanderredendes Knäuel Leute stand. Wo hat er mich denn da hingebracht? Sind das Patienten, oder arbeiten sie etwa hier? Jetzt nur nicht die falschen Fragen stellen. Der junge Mann sprach die Leute kurz an und sagte ihnen, dass ich mich nach Dr. Seegel erkundigen wollte. Sie reagierten erst gar nicht. Ich blieb ruhig stehen und wartete, beobachtete einfach nur. Da sah ich auch noch einen großen Mann abseits von der Gruppe stehen. Er schien irgendetwas zu lesen, wirkte vertieft. Plötzlich streckte mir jemand aus der Gruppe -dem Knäuel- die Hand entgegen und stellte sich vor. Er sprach mich als die neue Praktikantin an. Die war ich doch zu dem Zeitpunkt noch gar nicht. Dann löste sich das Rätsel. Der große Mann, der abseits gestanden hatte, kam jetzt dazu. Das war Dr. Seegel. Puh! Damit hatte ich nicht unbedingt gerechnet. Und das Knäuel von Leuten gehörte auch zum Team der Tagesklinik. Ich erfuhr dann auch, dass Dr. Seegels Zimmer in einem ganz neuen Gebäude der Klinik war, worauf mich noch kein Schild hingewiesen hatte.

Ich fand das Zimmer am nächsten Tag problemlos. Dr. Seegel kam etwas später. Na, Hauptsache nicht ich, dachte ich. Und in so einer Klinik passiert bestimmt auch einiges Ungeplantes und kommt dazwischen.

Meine Tätigkeiten und Eindrücke

Einen Monat später begann dann mein Praktikum. Ich verlief mich anfangs noch einige Male. Zum Glück wurde unter einer eher lockeren Atmosphäre gearbeitet. Das machte mir den Einstieg leichter. Zunächst lernte ich alle Therapiebereiche in der Tagesklinik kennen. Ich war bei der Arztvisite und bei Aufnahmen dabei, und hielt die Aussagen schriftlich fest. So bezeichnete mich zu dieser Zeit mein Praktikumsbetreuer scherzhaft als seinen „Schatten“. Später führte ich mit Patienten Gespräche über ihre jeweilige Lebensgeschichte. Dabei konnte ich sehr interessante und spannende Dinge erfahren. Nachdem ich Dr. Seegel bei der Leitung von Entspannungskursen erst begleitet und beobachtet hatte, übernahm ich für die restliche Zeit meines Praktikums diese Tätigkeit. Mir war vor der ersten Stunde etwas mulmig zumute. Würde ich das ungefähr gut genug hin bekommen? Ich hatte so etwas doch noch nie gemacht! Mein Anleiter zweifelte nicht an meinen Fähigkeit. Vor meiner ersten Stunde sagte er mir „Sie schaffen das“, wobei er seinen Daumen nach oben hielt. Und er sollte recht behalten. Es funktionierte. Ich sah, wie die Patienten sich entspannten. Und sie äußerten sich danach sehr positiv über meine Übungsleitung. Ich freute mich! Wichtig bei meinen sonstigen Aufgaben war vor allem eines: Ich musste sehr darauf achten, mich den Patienten gegenüber klar und eindeutig mitzuteilen. Denn gerade schizophrene Patienten sind mit mehrdeutigen Aussagen leicht überfordert.

Ich führte psychologische Tests und Verhaltensbeobachtungen durch. Bei der Dokumentation kommt es ebenfalls darauf an, sich möglichst sachlich und objektiv auszudrücken. Meine Aufgabe, Krankengeschichten, -zustände und –verläufe zu dokumentieren, Testungen und Verhaltensbeobachtungen durchzuführen, ohne meine persönliche Interpretation unterzumischen, fand ich recht anspruchsvoll. Denn es schien mir dabei gar nicht so leicht, Beobachtungen von Interpretationen zu trennen.

Im Umgang mit den Patienten beriet mich Dr. Seegel, denn aus Erfahrung kannte er wohl kritische Punkte, die sich für unerfahrene Personen dabei ergeben können. Er hat mir damit sehr geholfen. Ich konnte aber auch von meiner Vorerfahrung aus der neurologisch-psychiatrischen Praxis meines Vaters profitieren. So war ich nicht sonderlich erstaunt über die Krankheitsbilder, die mir begegneten. Doch es war sehr gut, jetzt damit nicht allein gelassen zu werden. Denn all dies aus der Position einer Praktikantin heraus zu erleben und damit umzugehen, war zunächst fremd für mich.

In meiner Anfangszeit schien das Team der Tagesklinik in einer besonderen Stresssituation zu stecken. Was vermutlich eine Rolle spielte, war, dass sich in dieser Zeit so vieles in der Tagesklinik veränderte. Das Gebäude, in dem sich die Tagesklinik befindet, wurde nämlich gerade renoviert. Den ganzen Tag wurde gehämmert und geklopft. Ich hatte dabei den Vorteil, dass ich zu großen Teilen im neuen Gebäude der Klinik arbeitete. Denn hier waren keine Handwerksarbeiten mehr im Gange. Dann vollzog sich der Umzug der Tagesklinik in die renovierten Räume. Dieser musste vom Team organisiert und erledigt werden. Neben all dem sollten unbeeinträchtigt die Therapien laufen. Auch die Patienten klagten zeitweilig über diese Zustände. Ich denke, sie kamen aber trotzdem gerne in die Tagesklinik. Einige boten auch ihre Hilfe beim Umzug an. Nach dem Umzug entspannte sich die Lage wieder. So herrschte wieder weniger Stressbelastung für alle.

Resümee

Ich finde, dass ich in meinem Praktikum im der Tagesklinik sehr viel gelernt habe. Ich habe die Patienten in der Tagesklinik einfach als Menschen erlebt, die in besondere Zustände geraten sind. Es war sehr spannend für mich, zu sehen, was Psychologen, Ärzte und andere Therapeuten für diese Menschen tun können.

Außerdem hat mir das Praktikum eine Perspektive für meine spätere Berufstätigkeit gezeigt und mich dazu motiviert, mein Studium schnell zu Ende zu führen. Ich habe gerne in der Tagesklinik gearbeitet. Noch heute habe ich Kontakt zu ehemaligen Kollegen. Ich konnte wertvolle Erfahrungen sammeln und möchte mich dafür ganz herzlich bedanken. Was mir in der Tagesklinik besonders gefallen hat: Niemand war perfekt, aber alle waren menschlich.

Aufgaben der Ergo- und Arbeitstherapeuten

Die Ergotherapie gehört zu den eher nonverbalen, therapeutischen Behandlungsformen. Im Mittelpunkt steht das „Tun“ (griech.: Ergon = Tat, Werk, Arbeit), d. h., der psychisch kranke Patient wird durch differenzierte Gestaltung der Rahmenbedingungen, der Aufgabenstellung und durch das therapeutische Vorgehen, unter Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse und in Absprache mit dem therapeutischen Team behandelt. Dieses erreicht die Ergotherapie durch eine Vielfalt handwerklicher oder gestalterischer Mittel und Verfahren, aber auch durch Trainingsmaßnahmen für den lebenspraktischen Bereich, für die Freizeitgestaltung und zur Vorbereitung auf die beruflichen Perspektiven.

Die Arbeitstherapie dient in erster Linie dazu, den Patienten bei der Integration in das Arbeits- und in das sonstige, gesellschaftliche Leben zu unterstützen. Der Patient hat hier die Möglichkeit, im geschützten Rahmen das erforderliche Handlungsrepertoire einzuüben. Die Patienten werden angeregt, in Gruppen zu arbeiten, den Arbeitsplatz zu organisieren, Druck auszuhalten, Pausen zu machen, die Qualität der Arbeit einschätzen zu lernen und die eigene Leistungsfähigkeit zu erkennen, zu würdigen und zu erweitern.

Bei mir wird richtig gearbeitet!

Seit einem Dreivierteljahr arbeite ich in der Tagesklinik. Ich hatte das Glück, während der Umbauphase anzufangen, und so konnte ich mir meinen Arbeitsplatz im Großen und Ganzen selbst gestalten. Wann hat man schon einmal so eine Gelegenheit ?

Ich bin ein humorvoller Mensch, bin sonst eigentlich eher ruhig, und so geht es auch in meiner Werkstatt zu. Aber nicht etwa, dass bei mir sich nur Männer betätigen dürfen, das spielt keine Rolle, eher geht es in der Arbeitstherapie darum, heraus zu bekommen, ob jemand längere Zeit belastbar ist, ob die Person Planungen und Ausführung im Zusammenhang selbständig umsetzen kann, damit wir sehen können, ob und ggf. wo jemand auf dem Arbeitsmarkt einsetzbar ist. Wenn ich in die Arbeitstherapie komme, dann sehe ich meine Kollegin mit den Patienten und Patientinnen im Nebenraum am Tisch sitzen und sich angeregt unterhalten. Dann denke ich, „na da quatschen sie schon wieder“.

Ich finde, man muss bei der Arbeit nicht soviel reden, das macht man ja sonst auch nicht, sondern man konzentriert sich auf seine Aufgabe und darauf, dass man möglichst keine Fehler macht, die Bohrungen genau werden, Messungen exakt sind, Oberflächen plan geschliffen sind und vieles mehr, bei dem man sich möglichst nicht ablenken sollte. Unterhaltungen stören dabei oft.



Meine Kollegin und ich haben gemerkt, dass die Aufteilung in Ergotherapie und Arbeitstherapie ausgesprochen wichtig ist, denn keiner kann es allen Menschen recht machen. So können wir die Patienten mit ihren unterschiedlichen Persönlichkeiten und Erkrankungen genau nach ihren Wünschen und Voraussetzungen in unterschiedlichem Maße fördern. Da wird schon einmal etwas Handfestes gebaut, oder da werden Dinge hergestellt, die ein wenig Geschick erfordern, Ausdauer und auch Phantasie.

Ergotherapie – Zeitvertreib oder Arbeit

Als ich noch keine Erfahrungen mit der Psychiatrie hatte und mich jemand auf das Thema ansprach, so kam es meist zu aufgeregten Diskussionen: Viele meiner damaligen „Freunde“ machten sich lustig über Menschen mit psychischen Problemen. Immer wieder hieß es nur, „ach, die sind doch alle bekloppt“. Sie meinten, man würde dort in Zwangsjacken gesteckt, nur mit Medikamenten vollgestopft, und wer einmal in der „Klapse“ sei, käme da nicht mehr raus.

Das wollte und konnte ich nicht glauben, und in mir stieg langsam Angst hoch, denn mir ging es seelisch auch lange Zeit nicht gut. Mit wem sollte ich darüber sprechen? Es tauchten immer mehr Fragen auf, z.B. „wie mag es wohl da sein, was sind dort für Menschen, warum sind diese Menschen da, und so weiter?“

Aber die größte Frage für mich bestand immer darin, was dort mit diesen Menschen getan wird, damit es ihnen wieder besser geht. Da es die Umstände schliesslich nicht vermeiden ließen, konnte ich all meinen Fragen bald selbst auf den Grund gehen, denn auch ich wurde in die psychiatrische Tagesklinik eingewiesen....

Ich ging mit einem mulmigen Gefühl in diese Einrichtung. Zuallererst erhielt ich einen Therapieplan, auf dem viele verschiedene Therapiearten aufgelistet waren. Nun stand ich da mit einem riesigen Fragezeichen in meinem Kopf...

Was zum Beispiel ist Ergotherapie???

Diese Frage klärte sich in den folgenden Tagen von allein: Ich musste basteln. Aber war es wirklich nur dieser einzige Hintergrund, basteln, um meine Zeit zu vertreiben? Ich malte Bilder, machte Lichterketten, entwarf Dinge aus Ton und so weiter. Aber sollte das wirklich alles sein, um meinen Gesundheitszustand zu verbessern? Das könnte ich doch auch zu Hause?

Nein, es ist mehr als Basteln oder Zeitvertreib.

Hintergrund dieser Therapie ist es, dass man lernt, sich wieder auf Dinge zu konzentrieren, angefangene Sachen zu Ende bringt, man wieder Spaß an kleinen Erfolgen hat. Als ich mit der Ergotherapie begann, konnte ich dies nur schwer erkennen, denn ich hatte extreme Konzentrationsschwierigkeiten, ich machte meiner Meinung nach alles schlecht, und Lob konnte ich sowieso nicht annehmen.

Durch die Hilfe der sehr einfühlsamen Therapeuten lernte ich, wenn auch nur sehr langsam, neue Energie und Mut zu fassen und mich an Kleinigkeiten zu erfreuen. Während der Therapiestunden kann man mit den Betreuern auch persönliche Gespräche führen, welche mir sehr wichtig waren.
Wenn meine Stimmung es nicht zuließ und ich immer wieder kurz davor war, aufzugeben, taten mir diese Gespräche sehr gut, und ich fasste dadurch immer wieder neuen Mut.

Die Ergotherapeuten nehmen sich, so fern es ihre Zeit zuläßt, für jeden Patienten individuell die Zeit, die er braucht. Das kann auch schon mal ein wenig den Rahmen sprengen. Man merkt als Patient nicht, ob der Therapeut unter Zeitdruck steht.

Abschließend kann ich nur sagen, dass mich die Ergotherapie sehr weit voran gebracht hat, und dass ich den Betreuern sehr, sehr dankbar für das bin, was sie für mich getan haben.

Muss auch ich basteln?



Seit einigen Jahren arbeite ich als Ergotherapeutin der Tagesklinik. Es hört sich vielleicht komisch an, aber dies ist mein Traumberuf, denn ich wußte schon während der Schulzeit, dass ich diese Arbeit tun möchte. Seitdem habe ich auf mein Ziel hingearbeitet und nach meinem Berufspraktikum in der Psychiatrie wusste ich auch, dass ich hier arbeiten möchte.

An der Arbeit in der Psychiatrie hat mich von Anfang an interessiert, dass man nicht alle 20 Minuten mit einem neuen Patienten die gleichen Handgriffe macht, sondern dass man sich für jeden Patienten individuell etwas einfallen lassen kann. Sei es nun Flechten oder Arbeit mit Speckstein oder das Bemalen von Seidentüchern, seien es Fensterbilder, Tonarbeiten, Holz oder Tiffany, letztlich findet sich für jeden etwas, und ich finde, ich habe es leicht, denn ich habe die Möglichkeit, jedem Patienten etwas nach seinem Geschmack und seinen Fähigkeiten anzubieten.

Während und nach dem Umbau der Tagesklinik habe ich sehr viel Wert darauf gelegt, dass die neuen Räume hell und schön werden, dass die Patienten gerne kommen. Schön ist auch, dass die Arbeit niemals langweilig wird. Mit den meisten Patienten komme ich gut zurecht, viele beschäftigen sich mit etwas, was sie längere Zeit nicht mehr getan haben, andere entdecken etwas Neues, viele sind hilfsbereit, und man kommt ins Gespräch. Oft vergeht die Zeit während der Therapiestunden wie im Flug, und wir lachen auch viel. Das ist bei schwerwiegenden Erkrankungen, die wir hier behandeln, auch dringend notwendig. Während meiner Arbeit kann ich vieles sehen, vieles genauer beobachten, was der Arzt oder Psychologe im Einzelgespräch nicht mitbekommt. Ich kann sehen, ob Patienten Arbeitsschritte vorausplanen können, ob sie sich überschätzen oder ob sie das richtige Tempo wählen, ob sie Freude an ihrer Tätigkeit entwickeln oder ob sie sich zu kritisch betrachten. All das sind Ansatzpunkte, eingefahrene Denkmuster ganz allmählich zu verändern.

In meinen Gruppen geht es meist lebendig zu, das entspricht mir, es wird viel gesprochen und auch manchmal der ein oder andere Scherz gemacht. Manche „gestandene Männer“ können allerdings mit Seidenmalerei oder Flechtarbeiten wenig anfangen. Sie fühlen sich gekränkt, nicht ernst genommen und können nicht recht einsehen, was das Ganze soll.

Früher habe ich die Ergotherapie in der Tagesklinik alleine durchgeführt, jetzt habe ich seit einiger Zeit einen Kollegen, der für die Arbeitstherapie zuständig hat. Man kann den Unterschied sehr deutlich sehen. In meinen Räumen stehen Tische, die Einrichtung ist ansprechend, man hält sich gern dort auf. Durch eine Glastür habe ich immer den direkten Blick in die Arbeitstherapie. Dort stehen Maschinen herum, Männer arbeiten schweigend an Holzstücken, die Atmosphäre ist eher gedämpft und ruhig wie in einer Werkstatt. Die Maschinen machen oft einen Höllenlärm, und es staubt ganz ordentlich. Ich bin ganz froh, dass mein Kollege für die „richtigen“ Männer etwas Handfestes anzubieten hat und mir diese Arbeit abgenommen hat. Jetzt können sie bohren, fräsen, hobeln, Truhen bauen, schrauben, Nägel einschlagen und sich anschweigen.

Therapie und Poesie

Oder: Was macht der innere Schweinehund?

In der Therapie ist die Sprache ein alltägliches Medium wie die tätigen Hände eines Masseurs oder die ausgesuchten Hölzer des Schreiners. Es klingt vielleicht wunderlich, wenn man im Zusammenhang mit Therapie von der heilsamen Poesie der Sprache spricht, ganz besonders, wenn dies der Feder einer Körpertherapeutin entspringt, die mehr der non-verbalen Therapielandschaft zugeordnet wird.

Im therapeutischen Alltag muss Sprache häufig neu aufgesucht, sortiert und gefunden werden, mitunter ist es zu Entfremdungen gekommen. Für die aktuelle Befindlichkeit präzise Formulierungen zu finden, erfordert einen Prozess der inneren Sprachfindung. Im Frage- und Antwortspiel begleitet der Therapeut sein Gegenüber auf der Suche nach Selbstklärung.

Es gibt psychische Befindlichkeiten, die sich fern jeglicher Sprachlichkeit entfalten, vergleichbar mit einem unwegsamen Gebirge, in sich verschachtelt und hochkompliziert, einen kleinen Schritt vom freien Fall entfernt. Auf die Frage nach dem Befinden kann nur schwer eine Antwort gegeben werden. In dieser „Seelenlandschaft“ kann aber Poesie heilenden Charakter haben, starke Affekte werden durch bildhafte Sprache sozusagen entgiftet und kreativ nutzbar gemacht.

Ein Fallbeispiel:

Ein Patient, der unter einer Psychose leidet, antriebsgehemmt, mittlerweile übergewichtig, ehemals Schauspieler und Tänzer mit abgebrochenen Studium verweilte schon geraume Zeit in der Tagesklinik. In diesem Zeitraum zeigte er sich unglaublich findig in der Umgehung bewegungstherapeutischer Angebote, ganz gleich, um welches es sich auch handelte, die Bewegung, in welche Richtung auch immer, kam beinahe vollkommen zum Stillstand.

Er fand schliesslich einen Begriff für seinen Zustand, es war der unüberwindliche „Schweinehund“, der zu dieser Zeit bereits seine eigene Körpergröße überschritten hatte. Dies war in der Bewegungstherapie der Schlüssel zu seiner Befindlichkeit, die er anders nicht beschreiben konnte.

Von nun an ging es bergab mit dem Schweinehund: Er wurde bergauf durch hessische Hügellandschaften gejagt. Proportional zum sich langsam steigernden Lauftraining verlor der verhasste Schweinehund an Größe und Substanz, musste gesenkten Hauptes bei Fuß gehen, wurde kurzgehalten und verschwand immer häufiger. Lediglich frühmorgens konnte er riesenhaft in Erscheinung treten.

Täglich gab es Rückmeldung über Größe, Gewicht, Farbe und unvorteilhafte Namensgebung. Im Anschluß wurden die Ärmel hochgekrempelt und die Laufschuhe angezogen. Dieser Verlauf vermittelte dem Patienten tiefste Befriedigung. Er kaufte sich Walking-Stöcke und setzte sein Laufprogramm zuhause fort.

Dieses Beispiel zeigt, wie bildliche Sprache zur Kraftquelle persönlicher Konfliktüberwindung werden kann, nicht wissenschaftlich abrufbar, sondern seltenen, schöpferischen Momenten vorbehalten bleibt.

In bewegungstherapeutischen Prozessen geht es um Gestaltung, Spontanität und Verwandlung, jeder bewegte Moment ist unwiederbringlich und muss stets neu erschaffen werden.

Inter-esse, das Dazwischen-Sein mit Respekt, zugewandtem Denken und achtsamen Handeln legt das therapeutische Fundament, zuweilen entsteht ein Zwischen – Wort.

Bewegungstherapie – „Ohne Schweiß kein Preis …“

Bewegungstherapie beinhaltet Konditionstraining, Stärkung der Muskulatur, Verbesserung der Koordination und des Körpergefühls. Wir lernen uns richtig zu bewegen, um lange gesund zu bleiben. Gesund bedeutet, z. B. keine Rückenschmerzen zu bekommen und sich wohlzufühlen. Aber zugleich steigert körperliches Wohlbefinden auch die psychische Belastbarkeit. Dafür strengen wir uns an.

Koordination und Muskelkater

Der Hallensport dient dazu, dass wir uns körperlich fit machen. Vorher muss man die Muskeln erwärmen, damit wir uns keine Verletzungen zu ziehen. Daher



joggen wir erst ein bisschen und machen dann verschiedene Gymnastikübungen.
Anschließend spielen wir verschiedene Spiele wie z.B. Federball, Fußball, Brennball, usw.
Alles das soll die Koordination und das Körpergefühl fördern. Wenn man erst mal in Gang gekommen ist, macht es richtig Spaß.

Mit der Krankheit untergehen

Schwimmen findet Mittwoch nachmittags statt. So ungefähr 10 Leute fahren zusammen mit dem Bus zur Römer – Therme. Am schönsten sind die Spiele, wie z.B. Wasserball oder Fangen. Viele machen mit, es spritzt und es wird viel gelacht. Obwohl es so lustig klingt, fördert es die Koordination und das Körpergefühl. Ebenso gut für die Koordination ist die Wassergymnastik.



Das ist eher „rumwedeln“ mit Armen und Beinen, das macht nicht ganz so viel Spaß. Danach gibt es Entspannung im Whirlpool.

Mister Ed spricht nicht (oder spricht er doch?)



Als erstes hatte ich Angst vor dem Pferd, weil es so groß ist.

Um ihn besser kennen zu lernen, haben wir ihm erst die Hufe ausgekratzt und dann gestriegelt. Als dann das Vertrauen da war, bin ich mit Hilfe eines Stuhls aufgesessen. Zuerst habe ich Übungen gemacht, um zu spüren wie das Pferd sich bewegt und geht. Dann bin ich wieder herunter gerutscht.
Das, was ich in dieser Stunde gelernt habe, üben andere etwa 10 Wochen lang für die Vorbereitung zum richtigen und selbständigen Reiten. Nach dem Absteigen hatte ich ein bisschen zittrige Beine. Dann habe ich das Pferd wieder zurück in die Box gebracht.

Das nächste Mal bringe ich ihm ein paar Möhren mit. Mister Ed hat die ganze Zeit nichts gesagt.

Kilometer zählen

Cardio – Fitness ist einfach „draußen herum rennen“. Andere sagen auch Walking dazu.

Wir verwenden diese Therapieform zur Bekämpfung des inneren Schweinehundes, der manchmal sehr groß sein kann.
Außerdem kann man die gemeinsame Zeit im Freien auch zu Gesprächen untereinander verwenden.

Auch wenn das Wetter manchmal nicht besonders gut ist, ist es doch immer schön, draußen zu sein und zu wissen, dass man es wieder einmal geschafft hat, den inneren Schweinehund zu überwinden.

Ohne Schweiß kein Preis

Das Ziel der MTT (oder Medizinische Trainings Therapie) ist es, ein besonderes Merkmal der Erkrankung, nämlich die Energielosigkeit zu überwinden.

Zur Therapie stehen Ergometer, Stepper und verschiedene Geräte zum Muskelaufbau zur Verfügung. Nach der „Folterung“ auf den Geräten fühlt man sich wie ein neuer Mensch, auch wenn dieses Gefühl schon am nächsten Tag durch den vorprogrammierten Muskelkater wieder verschwindet.

Mit der Zeit stellen sich aber doch sichtbare und fühlbare Erfolgserlebnisse ein, die seelisch und körperlich aufbauen.

Rückenschule

Bei der Rückenschule ist das Ziel, die Muskulatur zu stärken, um Rückenschmerzen vorzubeugen oder zu lindern. Im Sitzen, Stehen oder Liegen werden die Muskeln angespannt und belastet. Dabei wird hauptsächlich die Bauchmuskulatur gekräftigt, um die Rückenmuskulatur zu entlasten. Dehnübungen gehören auch dazu, denn viele von uns haben verkürzte Muskeln.

Wenn wir das alles hinter uns gebracht haben, uns angestrengt, geschwitzt und den inneren Schweinehund nieder gekämpft haben, dann bekommen wir hoffentlich unseren Preis in Form von Gesundheit, körperlicher Kraft und innerer Freude.

Vier Mann in einem Boot

- Ruhe und Bewegung -

Was gibt es Schöneres, als an einem noch milden Herbstmorgen auf dem Steg am Fluß zu stehen, wenn ein feiner Nebel sich lichtet, die Sonne ihren Weg durch die Weiden am Ufer sucht und das braunblasse Wasser mit Blättern üppig bestückt schweigend dahinquillt.

Ein leichtes Frösteln unter dem T-Shirt, bevor das Tor geöffnet wird und 6 Personen, je drei an eine Seite des auf dem Kopf liegenden Bootes treten. Auf ein Wort heben es 12 Hände ruhig an, nach einem Moment des Innehaltens verläßt die Prozession die Halle und betritt den Steg. An einer Seite gehoben, an der anderen gesenkt, dreht es sich langsam aufrecht und gleitet rauschend zu Wasser. Am Ufer gehalten, werden die Ruder in die Dollen gesenkt, die Rollsitze plaziert, das Steuer gesteckt, und dann mit einem Bein im Boot schieben sich vier Ruderer, die Ruder fest umklammert, mit einem Ruck vom Steg in die Mitte des Flusses, ruhen einen Augenblick und dann, auf ein Zeichen hin rollen sie nach vorn, die Ruder greifen aus, finden einen Halt im Wasser, richten sich blitzschnell auf und ziehen dann langsam gegen den Strom, während das Boot kraftvoll beschleunigt, wieder an Fahrt verliert und beim nächsten Schlag erneut den Bug aus dem Wasser hebt.
Das Auf – und Niedersenken weicht einem ruhigen Dahingleiten, die tiefhängenden Weiden ziehen am Ufer vorbei, die frische Luft birgt den Duft von feuchtem Gras.



Das dumpfe, kurze Rollen der Sitze, gefolgt vom Plätschern der Ruder beim Eintauchen und dem langsam gedehnten Zug im Wasser, läßt die Gedanken schweifen, während das Boot im ruhigen Gleichmaß dahingleitet, bewegt von leichtfüßig, harmonisch ineinandergreifenden Armen. Schweigend und mühelos lässt Zug auf Zug das schmale Boot auf dem Wasser sicher balancierend seinen Weg finden.

Vom Ufer erklingt kein Laut, nur der Wind spielt mit den Ästen, und träumerisch lösen sich die Blicke, verlieren sich in der Ferne und im Gestern und Morgen. Für einen Moment scheint die Zeit stillzustehen beim immer gleichen Rollen und Ziehen, und die Körper durchströmt ein Glücksgefühl, denn alles ist an seinem Platz, und alles hat seinen Rhythmus, und es könnte immer so weiter gehen.

Verliere den Verstand und entdecke den Sinn.

Fritz Perls

Ansätze der Themenzentrierten Bewegungstherapie

In unserer Kultur des Informationszeitalters spricht man zunehmend von „virtueller“ Realität: darunter versteht man ein computergeneriertes Gaukelbild einiger Ausschnitte der Lebenswirklichkeit, die sich letztlich ausschliesslich „im Kopf“ abspielt – simulierte Wirklichkeit. Je besser die Illusion gelingt, desto stolzer sind ihre Schöpfer, lebendige Körper stören dabei nur noch, sie erscheinen als Kostenfaktor, sind nur in engen Grenzen manipulierbar. So werden ganze Spielfilmsequenzen aus geklonten Animationen zusammengeschnitten. Die nächste Stufe sind virtuelle Bilder, verbunden mit realen Bewegungen: Dies läßt sich über kleine Monitore in Spezialbrillen erreichen, die je nach Kopfausrichtung einen anderen Bildausschnitt des virtuellen Raumes zeigen.
Setzen wir dann die Brille ab, oder verlassen wir das Kino, dann sind wir wieder körperliche Wesen, die mit jedem gut balancierten Schritt der Schwerkraft ein Schnippchen schlagen. Wir stehen anderen Körpern gegenüber, und wir spüren ihre Gegenwart: Sie bewegen sich, sie strahlen etwas aus, sie berühren uns, sie riechen, und sie bewegen sich anmutig oder hölzern.

In jedem Moment des Seins ist also unsere Körperlichkeit maßgeblich und in immer neuen Kombinationen zeigen die folgenden Dimensionen ihr unerschöpfliches Potential:

- ZEIT
- RAUM
- KRAFT
- FORM

„Wirklichkeit lässt sich beschreiben als eine sich immer wieder verändernde Konstellation dieser Voraussetzungen.“

In der Themenzentrierten Bewegungstherapie wird über das Erleben des Körpers, durch Intensivierung der Sinneswahrnehmung, über Erfahrungen von Form, Raum, Zeit und Kraft im Umgang mit verschiedenen Materialien, krankmachendes Verhalten erlebbar und zugänglicher gemacht.

Durch übende, sich wiederholende Sequenzen wird ein ins Erleben zurückbringender Auftrag erfüllt, vom „Probehandeln zum Sinne – Wandeln“

Sinn – voll bewegte Momente können sein:

- Wieviel Schritte misst der Raum?

- Wie lange läuft sich eine Minute?

- Wie läuft’s? Wie geht’s? Wie steht’s? Wege entstehen beim Gehen. Auch aus Steinen, die in den Weg gelegt werden, kann man ein „begehbares“ Muster legen.

- Spiel mit der Schwerkraft: Was zieht mich runter? Wo setze ich Schwerpunkte?

- Peripherie und Zentrum: vom Stand- Punkt zur Lebens – Perspektive; Innen und Außenerleben

- Gleichgewichtsübungen bringen ins Lot

Fragen, wie „was macht Sinn“ und was ist „un – sinnig“, kann man nicht treffender begegnen:
„ Wer den Himmel auf Erden sucht, hat im Erdkundeunterricht geschlafen.“(Stanislaw Jerzy Lec)

Genuss als Therapie - ein Widerspruch?

Auf die Reise gehen ...

Alles muss schnell gehen, Zeit ist Geld, man kommt oft kaum noch zu sich. In der Hast des Alltags entgeht uns beinahe alles scheinbar Nebensächliche. Die Welt wird nur als Hindernis wahrgenommen, die Phantasie bleibt allmählich auf der Strecke, und das Leben verarmt zusehends. In die Pausen ergießt sich ein flimmernder, quakender Bilderstrom aus dem Fernseher. Das Leben verliert seinen Reiz, der Sinn für Schönheit schwindet, die Gefühle verarmen, und es kann bis dahin kommen, dass man gar nichts mehr spürt oder dass man nur noch schwarz sieht und hoffnungslos und abgestumpft den Alltag erträgt.

Dies macht auf die Dauer krank, und wenn man unter einer Depression leidet, dann stellt sich die Gefühlswelt genau so dar.

Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung besteht darin, dem Kranken zu helfen, aus dieser Sackgasse herauszufinden. Dazu ist es erforderlich, den Blick und die Wahrnehmung wieder für die vielen Aspekte unserer Umwelt zu öffnen. Dies geschieht am Besten über eine Stimulierung der 5 Sinne und über eine Stimulierung der Phantasie. Wenn es einem Menschen über eine längere Zeit schlecht geht, dann ist nachvollziehbar, dass es ein wenig Anleitung, Übung und Ausdauer braucht, bis die Sinne wieder ihre Aufgaben erledigen können. - Genau darum geht es in der Genusstherapie.

In der Genusstherapie wenden wir uns dem Sehen, Hören, Tasten (Fühlen), Schmecken und Riechen zu, denn das ist die Grundlage für die Orientierung in der Welt.



Unsere Sprache zeugt davon: So können wir jemanden riechen oder auch nicht, etwas schmeckt uns nicht, und das muss nicht unbedingt ein Nahrungsmittel sein. Die Orientierung ist primär eine sinnliche, sie braucht Zeit und Musse. Üblicherweise reserviert man sich Zeit für bestimmte Gelegenheiten zum Beispiel für einen Saunabesuch, ein Abendessen in einem Restaurant, einen Kinoabend, um nur einige zu nennen.

Phantasiereise

Zunächst beginnen wir mit der Anregung der Phantasie: Mit geschlossenen Augen lauscht man z.B. folgendem Text: „Wir könnten von einem Bad träumen, luxuriös und duftend, sinnlich und entspannend, von Kerzen, die sich widerspiegeln und ein weiches Bild auf unseren Körper werfen, von Düften, Ölen und anderen Köstlichkeiten, von gewärmten Badetüchern...Musik könnte uns schmeichelnd umgeben...“

Zu den Phantasiereisen gesellen sich Übungen aus dem täglichen Leben.

Therapiestunde

Eine Therapiestunde kann mit einer Phantasiereise zum Thema „Frühstück“ beginnen:
„Mach es dir bequem, sorge dafür, dass du gut liegst, schließe vielleicht die Augen, und lasse dich nun zum Frühstück einladen: ...du stehst vor einem wunderschönen Eisenbett mit einem Baldachin aus fließend blauer Seide, auf dem Bett sind unzählige, große und kleine Kissen angeordnet aus Brokat, perlenbestickt, andere samtig oder mit Kordeln und Troddeln versehen... Du kannst dich nicht satt sehen an der Vielzahl der Farben und Formen. Ein Diener lächelt dir freundlich zu, öffnet ein großes Flügelfenster, um verspielte Sonnenstrahlen und Vögelgezwitscher hereinzulassen; dann schlägt er die Bettdecke so auf, dass es ein Leichtes ist, hineinzuschlüpfen und in die Kissen zu sinken...

Ruhe senkt sich in dich hinein, und dann verspürst du Hunger. Augenblicklich kommt der Diener mit einem Tablett, auf dem liebevoll die Zutaten stehen, die du dir wünschst: Das Tablett ist ausgelegt mit einer frisch gestärkten Stoffserviette, darauf wartet deine Lieblingstasse, dunkelgrün im Bistrostil, hausgemachte Marmelade, die in einem Schälchen angerichtet ist, verströmt ihr fruchtiges Aroma, du kannst die verschwenderische Üppigkeit des Sommers darin schmecken...
Dein Blick fällt auf ein Frühstücksei, ein eisgekühltes Stück Butter, schäumend heiße Milch und einen Kaffee, der besser duftet, als alles , was du bisher genossen hast...

Dazu erblickst du eine langstielige Rose und eine Zeitung, die dir in deiner Ruheoase die Welt offenbart. Das Bett ist frisch und kühl, der Toast goldbraun und knusprig, der Schinken rosig und hauchdünn geschnitten, frisches Obst macht dein Frühstück zu einer Offenbarung...der Tag kann beginnen...“

Eingestimmt durch diese Entspannungseinheit wird nun das gemeinsame Frühstück vorbereitet, nicht zu vergessen das Tischtuch, Servietten, Kerzen sowie jahreszeitliche Materialien, die das Auge „mitessen“ lassen, Geschmack auf mehr geben und uns das „Wasser im Mund zusammenlaufen lassen“.. Im Vordergrund steht der gemeinsame Genuß, der Brötchenkorb kreist maßvoll, jeder probiert von der selbstgemachten Marmelade, Eindrücke werden mitgeteilt.

„Musikdusche“

In einer anderen Stunde nehmen wir eine ausgiebige „Musikdusche“, wir widmen uns einem Hörspiel oder einer Geschichte, oder aber wir riechen verschiedene Essenzen und beschreiben sie uns gegenseitig, wir erraten Düfte auf der Grundlage von Erinnerung und Gedächtnis. Wir durchlaufen einen taktilen Parcour, spüren unterschiedliche Materialien auf der Haut. Wir widmen uns der Betrachtung von Landschaft, Postkarten oder Stilleben.

Vorlieben und Antipathien werden ermittelt, wir lassen Dinge auf der Zunge zergehen, wir hören hin oder weg, beweisen guten oder schlechten Geschmack, manches geht unter die Haut, vieles berührt uns nur.

So nutzen wir etwas ganz Alltägliches, wie den Genuß, um es gezielt in der Behandlung von langwierigen und schweren Erkrankungen einzusetzen.

Ganz nebenbei achtet man selbst auch darauf, dass diese Seite des Lebens nicht zu kurz kommt - Vorbeugung kann manchmal so einfach sein.

Von Einem, der auszog das „Loslassen“ zu lernen

Über das Atmen ...

Die Atmung ist der Schlüssel zu allen Lebensenergien. Wenn wir unsere Atmung bewusst entdecken, können wir Entlastung in stressigen Alltagssituationen erfahren.

Der Atem ist unser wichtigstes Kommunikationsmittel :
Wir atmen ein von dem, was uns umgibt, und geben ab, was in uns ist. Der Atem stellt somit die Verbindung zwischen uns und der Umwelt her.
Atmen ist Geben und Nehmen, ist lebensnotwendiger Austausch zwischen Innen und Außen.

„ Alle Kulturen wissen um den Stellenwert der Atmung: Ist diese in irgendeiner Form gestört, gerät der Mensch aus dem Gleichgewicht.

Goethe formulierte das so:
„ Im Atemholen sind zweierlei Gnaden, die Luft einziehen, sich ihrer entladen, jenes bedrängt, dieses erfrischt, wie wunderbar ist das Leben gemischt.“

Atemtherapie fördert differenzierte, körperliche Wahrnehmung, schult die sensomotorischen Fähigkeiten und verdeutlicht den Zusammenhang von Atmung und Bewegung.

Als Therapeutin verstehe ich mich in diesem Zusammenhang als eine Reiseleiterin durch Körper, gebe Impulse, stelle Fragen und jeder beantwortet diese still für sich. Verschiedene Reisestationen werden „wahr“- genommen.

Im Austausch mit anderen während der Therapiestunde werden dann manchmal erstaunliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten beobachtet, und das Feld der Erfahrung wird ganz erheblich erweitert.

Dann schlage ich diese oder jene Region vor, bekannte Orte werden mit unbekannten verbunden: Wir kommen gelenkigen Verbindungen und Muskelzusammenhängen auf die Spur, erkunden Atemräume, verweilen...

Ein chinesisches Sprichwort besagt: „Nur ein Bettler atmet mit der Lunge, ein König mit der großen Zehe.“

Wir lassen den Atem kommen, wir lassen ihn gehen und warten, bis er von selbst wiederkommt.

So lernen wir „Loslassen“ und spüren das Vertrauen in die innewohnende Lebenskraft. Am Ende jeder Sitzung sind wir wenigstens für eine Weile etwas entspannter, ausgeglichener, aufmerksamer, neugieriger und gelassener als zuvor. Und da wir ständig atmen, können diese Übungen zu jeder Zeit auch ohne Anleitung wiederholt werden.

> „ Im Atemholen sind zweierlei Gnaden,
> die Luft einziehen, sich ihrer entladen,
> jenes bedrängt, dieses erfrischt,
> wie wunderbar ist das Leben gemischt.“
>
> Goethe

Der Arzt in der Tagesklinik

Die ärztliche Tätigkeit in der Tagesklinik umfasst drei Bereiche.

Diagnostik

Oft hört man die Meinung, seelische Leiden, wie z. B. Depression oder Schizophrenie ließen sich allein durch Gespräche, Verständnis und Zuwendung lindern oder bessern. Medikamente seien nicht notwendig und aufgrund der „Nebenwirkungen“ sogar schädlich.
Diese einseitige, seelenorientierte Betrachtungsweise übersieht vollkommen, dass sich viele körperliche Erkrankungen auch auf die Psyche auswirken können. Um eine psychiatrische Behandlung sachgerecht durchzuführen, müssen mögliche körperliche (somatische) Ursachen geklärt werden. Dies ist eine der ärztlichen Aufgaben. Das Erkennen und Miteinbeziehen des Zusammenspiels zwischen Seele (Psyche) und Körper (Soma) gilt als eine der grundlegenden Voraussetzungen für eine ganzheitliche und erfolgreiche Therapie.

Häufig auftretende Beispiele für somatisch verursachte, psychiatrische Krankheitsbilder sind unter anderem:

- Bluthochdruck sowie auch stark erniedrigte Blutdruckwerte
- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenerkrankungen
- Erkrankungen des Gehirns und Nervensystems
- Infektionskrankheiten
- Begleiterscheinungen von Suchterkrankungen
- vererbbare Krankheiten
- Folgen von Unfällen oder Verletzungen
- Epilepsien
- Krebsleiden
- Vitaminmangelerscheinungen (Folsäure, B 12)
- Funktionsstörungen innerer Organe

Wichtig ist auch die Kenntnis der Krankheitsvorgeschichte. Je nach Indikation können folgende diagnostische Verfahren eingesetzt werden:

- Körperliche Untersuchung
- Computertomographie des Schädels (CT)
- Magnetresonanztomographie des Schädels (MRT)
- Röntgen
- Blut- und Urinlaboruntersuchungen
- Medikamentenspiegelbestimmungen
- EKG
- EEG
- Blutdruck- und Pulsmessungen
- Gewichtskontrolle
- Nervenwasseruntersuchungen

Pharmakotherapie und Verlaufskontrolle

Ist die Diagnostik abgeschlossen, und eine Behandlung mit Psychopharmaka beginnt, wird durch regelmäßige ärztliche Therapiekontrollen ein optimales Verhältnis zwischen angestrebter Wirkung und Nebenwirkungen sichergestellt. Auch die Wirkung und Wechselwirkung von Medikamenten aus anderen medizinischen Bereichen, z.B. der Inneren Medizin, wird bedacht.

Psychotherapie

Neben der allgemeinen ärztlichen Versorgung der Patienten sind die Ärzte auch für die in Einzel- und Gruppengesprächen stattfindende psychotherapeutische Behandlung mitverantwortlich.

Ein paar Worte zum Thema Medikamente

Eine psychische Erkrankung ist ein Geschehen, das die betroffene Person aus der Bahn wirft, vieles durcheinander bringt und Angst verursacht. Dieses Geschehen spielt sich unter anderem auch auf der Ebene B ab und zieht Veränderungen bei den sogenannten Neurotransmittern, den Botenstoffen, die die Verbindung zwischen den einzelnen Nervenzellen herstellen, nach sich. So erklärt sich die Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung, des Denkens, der Wahrnehmung und der Gefühle. Auf Störungen, die diese Bereiche beeinflussen, wirken Psychopharmaka. Die von uns am häufigsten verwendeten Medikamente sind Neuroleptika, Antidepressiva und Tranquilizer.

Bei den Neuroleptika handelt es sich um Wirkstoffe, die schwerpunktmäßig bei psychotischen Symptomen gegeben werden, die Antidepressiva werden gegen depressive Symptome eingesetzt, und bei Tranquilizern steht die angstlindernde Wirkung im Vordergrund. Die Verwendung von Tranquilizern unterliegt einer wichtigen Einschränkung: aufgrund ihres hohen Suchtpotentials können sie nur für kurze Zeit gegeben werden.

Medikamente wenden sich nur an die Symptome, nicht aber an die Ursache.

Die Ursache einer Schizophrenie oder eine Depression kennt niemand. Es gibt keinen bekannten Erreger, kein Bakterium oder Virus, die man bekämpfen könnte. Wohl aber sieht man die Folgen der Krankheit, die Veränderungen, unter denen Menschen leiden, wie z.B. extreme Unruhe oder Erregung, Schlaflosigkeit, Unkonzentriertheit, Unfähigkeit, einen Gedanken zu Ende zu denken, um nur einige zu nennen. Ist dies alles sehr bedrängend, würde man wohl kaum nach der Ursache suchen, man würde eher versuchen, das Leben wieder erträglich zu gestalten. Insofern ist es vollkommen richtig, dass Medikamente nicht die Ursache bekämpfen. Sie helfen den Betroffenen aber, wieder auf die Beine zu kommen und den Alltag wieder zu bewältigen.



Geben Sie mir etwas Pflanzliches!

Oft ist ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber der chemisch fundierten Psychopharmakotherapie festzustellen. Gleichzeitig glauben viele Menschen, Medikamente auf pflanzlicher Basis seien aus irgendeinem Grund besser oder „sanfter". Pflanzlich wird ungefragt mit „gut" gleichgesetzt, aber das ist reine Glaubenssache, denn die Wirkstoffe der Pflanzen sind ebenfalls chemischer Natur, sie sind nur nicht von Menschen hergestellt worden. Menschen haben zufällig entdeckt, dass bestimme Wirkstoffe der Pflanzen heilende Wirkung haben, aber gleichzeitig auch negativ bis giftig wirken können. In der letzten Zeit hat sich herausgestellt, dass z. B. „pflanzliche" Medikamente, wie etwa Johanneskraut auch die Lichtempfindlichkeit der Haut beeinflussen können. Daher ist nicht die Frage danach entscheidend, ob pflanzlich oder chemisch, sondern die Frage sollte nach Wirkspektrum, Nebenwirkungen und Erfolgsaussichten auf der Basis der Erfahrung abzielen.

Zuletzt sei nur der rein pflanzliche „Tabak" genannt. Hier steht die langfristig schädliche Wirkung außer Frage.

Machen Medikamente abhängig ?

Abhängig machen bedeutet, dass man von einer Substanz nach einiger Zeit mehr benötigt, um dieselbe Wirkung zu erhalten. Der Körper baut die Substanz so in den Stoffwechsel ein, dass er bald ohne diesen Stoff nicht mehr funktioniert, also Entzugserscheinungen bekommt, wenn der Stoff fehlt. Die Hauptmedikamente, die wir verwenden, machen in diesem Sinn nicht abhängig, das ist lediglich bei schnell wirksamen Beruhigungsmitteln der Fall, wie z. B. den Benzodiazipinen.

Es kann allerdings sein, dass eine neuroleptische Dauermedikation notwendig ist, um z.B. einen Krankheitsprozess aufzuhalten. Dies muss man dann eher mit der „Abhängigkeit" von Diabetespatienten vom künstlich zugeführten Insulin vergleichen. Von Insulin sind wir abhängig, aber eben, weil es zu den zentralen Stoffwechselvorgängen unbedingt dazugehört.

Muss ich mein Leben lang Medikamente nehmen ?

Oft steht die Frage im Vordergrund, wann man die Medikamente wieder los wird. Sicherlich ist es vollkommen richtig, dass man sich nicht nur auf einen Therapiebaustein allein verlässt. Medikamente kann man als eine befristete Hilfe ansehen, die man solange zu sich nimmt, wie es geboten erscheint. Es ist aber hinderlich, wenn man von vornherein darauf drängt, sie abzusetzen. Es sollte vielmehr nüchtern bilanziert werden, was jeweils die Vor- und Nachteile sind. Da hilft es einem schon, wenn man sich nicht von vornherein festlegt, denn etwas so Lebendiges wie eine psychische Erkrankung unterwirft sich nicht einfach unserem Willen und unseren Vorstellungen. Daher kann es auch hin und wieder notwendig sein, zum Erhalt der Lebensqualität lebenslang Medikamente zu nehmen.

Wenn es mir gutgeht, kann ich ja die Medikamente absetzen.

Das ist nicht immer richtig, denn vielleicht hat eine angemessene Dosierung erst zum Wohlbefinden beigetragen. Ein gut eingestellter Diabetes führt zu Symptomfreiheit; niemand würde dann mit der künstlichen Insulinzufuhr aufhören. Sicherlich ist es aber kränkend, wenn man sich von einer Substanz „abhängig" fühlt, wenn man bei jeder Einnahme daran erinnert wird, dass man krank ist, eben nicht mehr tun und lassen kann, was man gerne möchte. Bevor man eigenmächtig einfach die Medikamente absetzt, also eine durchdachte Strategie fallen lässt, sollte man sorgfältig Nutzen und Risiko abwägen. An dieser Stelle sind Flexibilität und Offenheit gegenüber dem Behandler unbedingt erforderlich.

Was ist mit den Nebenwirkungen ?

Jedes Medikament verteilt sich im gesamten Körper so wie das Salz, das man in die Suppe gibt. In der Suppe ist es erwünscht, die Würze soll sich gleichmäßig verteilen. Im Körper ist es nicht immer erwünscht: Der Stofftransport zwischen den Nervenzellen (den Synapsen) wird an jeder Synapse verändert, nicht nur dort, wo man die Krankheit vermutet. So kommt es zu Nebenwirkungen. Im Fall einer Krankheit gilt es, die Auswirkungen einer Medikation abzuwägen, und es können durchaus für eine Zeit lang Nebenwirkungen das kleinere Übel sein.

Sollte ich den Beipackzettel lesen ?

Der Beipackzettel ist ein Szenario größtmöglicher Katastrophen bis hin zu den seltensten Schäden. Er dient in erster Linie dazu, die Herstellerfirma abzusichern, denn man soll ihr nicht vorwerfen können, sie hätte nicht vor jedem nur erdenklichen Schaden gewarnt. So erschrickt man sich, wenn man all dies liest, was da passieren kann. Wenn man aber weiß,

mit welchem Ziel dies geschrieben wurde, sieht die Sache schon wieder anders aus.

Wenn es mir schlecht geht, kann ich ja mal ein paar Antidepressiva nehmen

Grundsätzlich ist ein Patient sehr wohl in der Lage, seine Medikation den Erfordernissen anzupassen. Allerdings muss man wissen, dass die Wirkung von Antidepressiva langsam einsetzt. Ihre Wirkung ist also an gleichmäßige Einnahme gebunden. Rasches Hin und Her verhindert das Eintreten der gewünschten Wirkung. Dies wäre also eine schlechte Strategie. Anders ist es bei Neuroleptika, denn hier setzt die Wirkung unmittelbar ein, und so kann man sehr gut die Dosis dem aktuellen Befinden anpassen. Die ambulante Behandlung zielt genau darauf, dieses zu erlernen.

Verändern Medikamente die Persönlichkeit ?

Die Persönlichkeit oder der Charakter ist etwas, das jeden Menschen individuell auszeichnet. Im Laufe des Lebens entwickelt sie sich in der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Erfahrungen, Erinnerungen, Denk- und Verhaltensweisen und das Temperament bilden die Grundlage der Persönlichkeit.

Die Medikamente verändern wohl solche Funktionen wie Antrieb, Stimmung, Konzentrationsvermögen, Schlaf, Appetit. Die Persönlichkeit wird nicht angetastet. Medikation führt also zum normalen Funktionieren der Person zurück. Ungeeignete Medikation hat Dämpfung, Agitiertheit oder Unruhe zur Folge.

Wird jeder mit Medikamenten „abgeschossen“ ?

Krankheitssymptome können bisweilen sehr extrem ausgeprägt sein. Es kann zu starker Unruhe, Angst,



Agitiertheit, Verfolgungsgedanken kommen. In solchen Situationen sind hohe Medikamentendosierungen notwendig, um den Patienten zu schützen. Hohe Dosierungen zeigen auch leider deutliche Nebenwirkungen, die von anderen Menschen wahrgenommen werden und recht erschreckend wirken können. So etwas ist das Ergebnis einer Abwägung, und es wird nur dann in Kauf genommen, wenn die Situation ohne Medikation noch dramatischer und bedrohlicher wäre. Hinzu kommt, dass manche Menschen eben aufgrund der Art der Erkrankung und deren Ausprägung gar nicht in der Lage sind, ihr Kranksein als solches wahrzunehmen. So kommt es manchmal dazu, dass sie die Nebenwirkungen sehr wohl bemerken und so ihre krankheitsbedingte Beeinträchtigung allein als Folge einer bestimmten Medikation fehldeuten.

Wer den Patienten im akuten Zustand nicht erlebt hat, hat oft hinterher erhebliche Schwierigkeiten, diesen Prozess des Abwägens des kleineren Übels nachzuvollziehen, sondern er betrachtet Medikamente eher als eine Art Zwangsmittel. Auch Patienten setzen sich oft nicht mit der Erkrankung und den Folgen auseinander, sie kämpfen lieber gegen jene, welche die Medikamente verabreichen.

Alle Beteiligten sind letztlich sehr erleichtert, wenn ein solcher, akuter Zustand abgeklungen ist, und die Medikation wiederum dem verbesserten Befinden angepasst werden kann.

Die reden ja nicht mit den Patienten, die geben ja bloß Medikamente !

Es gibt Zustände, in denen Patienten krankheitsbedingt für rein seelische Einflußnahme, wie z.B. für Gespräche, nicht mehr zugänglich sind. Dann kann vollkommene Reizabschirmung ausreichend sein, um nach einer Weile wieder auf die Person zugehen zu können. Oft ist aber der Einsatz von Medikamenten in Verbindung mit Reizabschirmung die Voraussetzung der Wiederherstellung der Kontaktfähigkeit. So gesehen wird für einen bestimmten Zeitraum aus guten Gründen auf Gespräche verzichtet.

Nimmt jeder mit Medikamenten zu ?

Im letzten Jahrzehnt konnte die Nebenwirkungsrate von Neuroleptika und Antidepressiva durch Entwicklung neuer Präparate deutlich reduziert werden. Damit sind Beeinträchtigungen der Motorik und des Herz-Kreislauf-Systems deutlich zurückgegangen.
Die Gewichtszunahme, die früher auch auftrat, hat sich nun in den Vordergrund geschoben, da diese früher im Vergleich zu den sehr unangenehmen bis gefährlichen Nebenwirkungen bereitwilliger toleriert wurde. Bei der Gewichtszunahme spielen sowohl biologische wie auch psychische Faktoren eine Rolle. Sie zu kennen, ist sehr hilfreich. Über die biologischen Gründe der Gewichtszunahme hat die Forschung folgende Ergebnisse erbracht:

1. Teilweise greifen diese Substanzen in den Fettstoffwechsel selbst ein und fördern die Bildung von Fettzellen. Das lässt sich nur durch Dosissenkung oder durch den Wechsel des Medikaments auffangen, sofern dies überhaupt im Hinblick auf die Hauptwirkung möglich ist.
2. Wesentlicher ist, dass sie in die Steuerung des Appetitverhaltens eingreifen. Das Körperfettgewebe produziert einen Botenstoff, aus dem das Gehirn ablesen kann, wie hoch der Anteil an Fettgewebe im Körper ist. Manche Psychopharmaka bewirken, dass das Gehirn diese Information nicht entziffern kann. Das Gehirn glaubt also, dass die Fettreserven leer sind, regt das Appetitzentrum an und bewirkt, dass man jede nur erdenkliche Gelegenheit dazu nutzt, die vermeintlich leeren Fettspeicher wieder zu füllen. Das bedeutet, dass man ständig Hunger hat, obwohl man mehr als genug Nahrung zu sich nimmt. Dies kann leider nur durch gezielte Disziplin und Kontrolle ausgeglichen werden, und dies ist gerade in einer solchen Situation ausgesprochen schwierig.
3. Eine psychische Erkrankung geht meist mit einer Veränderung des Antriebes einher, oft ist man lustlos, kann sich zu nichts aufraffen. Das führt dazu, dass man, wenn man dieselben Mengen an Nahrung zu sich nimmt, die man gewöhnt ist, zunimmt, weil durch mangelnde Muskelaktivität nicht genug Energie verbraucht wird.
4. Ist man lustlos und findet an nichts mehr Freude, kann es auch sein, dass der einzige Genuss aus der Nahrung gewonnen werden kann, was zu vermehrtem Essen führt.

Ist Medikamenteneinnahme verhandelbar ?

Jedes Medikament muss auf die individuelle Erkrankung, den Verlauf und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden. Dabei stützt sich der Arzt auf Erfahrungswerte, die ihm einen gewissen Handlungsrahmen vorgeben, innerhalb dessen er sich meist bewegt. So gesehen experimentiert der Arzt bei jedem neuen Patienten, er tastet sich an eine geeignete Medikation heran, wobei er auf die Mitwirkung des Patienten angewiesen ist, da er ja die inneren Veränderung nicht sehen kann.

Daher ist er auf die Beobachtungen des Patienten und auf seine Zuverlässigkeit angewiesen. So können Patienten oft hilfreiche Vorschläge machen. Manche Medikamente wirken langfristig, andere hingegen sehr schnell. Über diese Besonderheiten

muss der Patient aufgeklärt werden, damit er die Erscheinungen richtig deuten kann und ggf. eigenverantwortlich die Dosis abändern kann. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen erwerben viele Patienten im Laufe der Zeit ein reichhaltiges Erfahrungswissen, das es ihnen ermöglicht, nicht nur im Hinblick auf die Medikamente den eigenen Handlungsspielraum zu vergrößern. Patienten mit diesem Wissen können bei einem Wiederauftreten einer Erkrankung schneller, angemessener und effektiver als zuvor reagieren.

Wenn gar nichts mehr geht,....

Sexuelle Funktionen werden vom vegetativen Nervensystem gesteuert, was wiederum im Zusammenhang mit dem seelischen Befinden steht. So können beinahe alle sexuellen Störungen auf diese zwei Ursachen zurückgeführt werden. Dauerhafte, organisch bedingte Störungen sind hingegen sehr selten.

So gehen viele psychische Erkrankungen mit sexuellen Funktionsstörungen einher, was oft der Anlass für die Aufnahme einer Behandlung ist, da dies häufig als Beeinträchtigung der Lebensqualität gesehen wird. Für Männer ist dieser Einfluss wegen der gestörten Erektionsfähigkeit besonders deutlich sichtbar, bei Frauen liegt die Beeinträchtigung eher im Erleben.

Viele Psychopharmaka wirken beruhigend auf das vegetative Nervensystem, was oft von den Kranken begrüßt wird. Leider kann diese beruhigende Wirkung nicht nur auf bestimmte Körperregionen, wie z.B. das Herz oder die Atmung allein begrenzt werden. So sind neben sexuellen Funktionsstörungen z.B. auch die Verdauungsstörungen nicht ungewöhnlich. Die Nebenwirkungen sind oft dosisabhängig und je nach Präparat verschieden ausgeprägt. Oft kann durch die Auswahl der Medikation diese Beeinträchtigung gelindert oder aufgehoben werden. Beruhigend ist es, wenn man weiß, dass diese beeinträchtigende Wirkung verschwindet, wenn man die Medikamente absetzt. Dies wird von vielen Kranken zum Anlass genommen, auf die Medikamente zu verzichten, und so kommt es gleichermaßen zu einem Wiederaufflackern der Erkrankung.

Um überstürztes Handeln zu vermeiden, muss man über dieses als unangenehm erlebte Thema mit dem Arzt sprechen. Sehr oft lässt sich eine Lösung finden.

Definitionen:

Psychiater:
Arzt, der eine Facharztausbildung in Psychiatrie abgeschlossen hat.

Diplompsychologe:
Ist man nach Abschluss des Diplomstudiengangs der Psychologie.

psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut:
Ein Arzt oder Diplompsychologe, der eine Weiterbildung (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie oder Psychoanalyse) absolviert und danach die Approbation zur Ausübung der Heilkunde im Bereich Psychotherapie erhalten hat. Das ist die Voraussetzung, selbstständig tätig zu werden und mit den Krankenkassen abrechnen zu dürfen.

Depression

Wenn man sich plötzlich für nichts mehr interessiert, sich zurückzieht von den Freunden, schlecht schläft, sich nicht mehr richtig konzentrieren kann und das Gefühl hat, alles geht schief, - dann hat man eine Depression.

Manchmal gesellt sich zu dem schlechten Schlaf eine ausgesprochene Fahrigkeit und Schwerfälligkeit am Morgen, die gegen Abend wie von selbst wieder verschwindet. Weil man unsicher über das eigene Verhalten ist, traut man sich kaum unter Menschen, es fällt einem im Gespräch nichts Rechtes ein, alles ist schwer, die Fantasie fehlt vollkommen, der Körper erscheint als Last, nichts geht mehr wie von selbst, man spürt keine Leichtigkeit mehr, und man hat das Gefühl, dass das kein Leben mehr ist. Dazu kommen oft noch ein Getriebensein und eine Unruhe, die irgendwo hin treibt, die einen mal in diese, mal in jene Ecke jagt, ohne dass man wüsste, wozu. Kein Wille hilft, je mehr man sich anstrengt, desto deutlicher spürt man den Widerstand. Es ist, als laufe man in Treibsand und komme nicht vorwärts. Gepeinigt wird man dazu von der Angst, dass etwas Schlimmes passiert, dass man einen Unfall erleidet, dass ein nahestehender Mensch stirbt. Nichts Außergewöhnliches, aber wenn es einem ständig im Kopf herum geht, ist es schon beängstigend und nimmt die ganze Aufmerksamkeit gefangen.

Oft hat es schleichend begonnen, und eigentlich gibt es ja keinen Grund dafür – um so bedrückender und rätselhafter ist die Erscheinung.

Die Therapie muss den Menschen zunächst so unterstützen, dass er nicht mehr das Gefühl hat, alleine mit seinen Problemen zu sein. Gleichzeitig muss man versuchen, Grundfunktionen, wie etwa den Schlaf wieder normalisieren zu helfen und den Antrieb zu verbessern. Dies geschieht mit Hilfe moderner, antidepressiv wirkender Medikamente. Es kommt die Information über die Erkrankung hinzu, so dass die Person begreifen kann, was mit ihr passiert ist.

Ganz allmählich versuchen wir dann, mit Hilfe aller therapeutischen Möglichkeiten, die kranke Person aus ihrem negativen, selbstbezogenen Gedankenkorsett zu befreien und sie anzuleiten, sich wieder der Umwelt zuzuwenden. Gelingt dies, setzt sich, zuerst ganz langsam, dann immer schneller, eine positive Spirale in Gang: kleine Erfolge bessern das Selbstbewusstsein, dies wiederum stärkt die Aktivität ... und so weiter.

„Drum frisch!
Lass alles Sinnen sein, und grad mit in die Welt hinein!
Ich sag es Dir: Ein Kerl, der spekuliert, ist wie ein Tier auf dürrer Heide, von einem bösen Geist im Kreis herumgeführt, und ringsumher liegt schöne grüne Weide.“

Goethe, Faust

Therapie:

1. Antidepressive Medikation.
2. beschützender, tagesklinischer Behandlungsrahmen mit reduzierten Anforderungen bei geordnetem Lebensablauf. Austausch mit Patienten, die unter ähnlichen Erkrankungen leiden.
3. Aufklärung über Herkunft und Verlauf der Krankheit, über deren Symptome.
4. Psychotherapie: Identifizierung unnötiger, negativer, automatischer Gedanken, Hoffnung geben, Anpassen der Anforderungen an die reduzierte Belastbarkeit. Identifizieren von kleinen Handlungsmöglichkeiten und Spielräumen im Alltag.
5. Langsame Besserung der Symptomatik.
6. Wiedereingliederung am Arbeitsplatz.
7. psychiatrische Nachbetreuung: Ambulante Termine, Nachsorgegruppe zum Austausch mit gleichermassen Betroffenen, zur Absicherung des Erreichten und zur Vorbeugung.

Meine Geschichte ...

Die Krankheit brach damals 1998 das 1. Mal aus, als ich 16 Jahre alt war und die 10. Klasse auf dem Gymnasium besuchte. Schon immer hab ich mich wegen der Schule verrückt gemacht und mich unter Druck gesetzt. So stand ich ziemlich unter Stress, meine Prüfungsangst und ein Referat, das ich ausarbeiten sollte, verschlimmerten meine Situation zusätzlich.

Auf einmal bekam ich Konzentrationsschwierigkeiten, erkrankte an einer Grippe, hatte Ohrensausen, und meine Neurodermitis wurde schlimmer. Alles auf einmal war zuviel und, da ich ein Perfektionist bin und zu hohe Ansprüche an mich selbst habe, zog mich der Misserfolg in der Schule, das nicht fertig gestellte Referat, sehr runter. Ich war so von mir enttäuscht, das ich nix mehr hinbekam. Ohnmächtig und hilflos saß ich apathisch in der Ecke, wollte mich nur noch in meinem Zimmer verkriechen, kapselte mich total ab und aß kaum noch etwas. Keiner drang mehr zu mir durch. Ich wollte einfach nicht mehr und hatte das Gefühl, das ich nichts tun kann. Als ich davon sprach, nicht mehr Leben zu wollen, hatte meine Mutter Angst, ich würde mir was antun, und schleppte mich daher zu mehreren Ärzten. Die Folge war die Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo ich 9 Monate auf der offenen Station verbrachte. Die Diagnose war manisch- depressive Störungen. Ich besuchte die Klinikschule und hatte Ergotherapie, Entspannung, Sport, Klettergruppe, Gespräche...

Die Zeit war sehr hart. Es gab strenge Hausregeln, die bei Nichteinhaltung zu Ausgangsstreichung führten. Ich fühlte mich die erste Zeit nicht wohl. Zu Hause hielt ich es nicht mehr aus, und in der Klinik fühlte ich mich auch nicht wohl. Ich wollte nicht da sein und wollte mir am Anfang auch nicht helfen lassen. Die Stimmungsschwankungen waren extrem. Eine Woche war ich voller Elan und wollte alles auf einmal, war voller Lebensfreude und lief singend über den Gang, und die Woche drauf hing ich wieder im Tief.

Was mir am meisten geholfen hat, war das familiäre Zusammenleben und der Zusammenhalt unter den Patienten. Man war nicht mehr allein mit seinen Problemen und hatte viele Freunde, die einen mal in den Arm nahmen, wenn es einem schlecht ging. Am Anfang hatte ich das Gefühl, das ich dem Ruf meiner Familie schade, weil ich jetzt in der Psychiatrie bin, aber bald wurde mir klar, dass das nicht so war. Dorfgetratsche gibt es überall, und wer einem gut gesonnen ist, hält auch in schwierigen Phasen zu einem.

Irgendwann lernte ich die Krankheit zu akzeptieren, und das war der Punkt, an dem mir geholfen werden konnte. Ich willigte ein, Tabletten zu nehmen, und ließ mich auf die Therapie ein. Zwischenzeitig dachte ich, es wird immer schlimmer und nix hilft mir, aber irgendwann wurde mir klar, dass ich keine großen Sprünge machen kann. Es dauert halt alles, und man braucht viel Geduld und muss die kleinen Schritte und den Erfolg sehen.

Ich bekam auch viel Post. Meine Freunde wollten wissen, wie es mir geht. Da war ich froh darüber, dass sich keiner von meinen guten Freunden von mir abwandte. Die Zeit in der Psychiatrie hat mir geholfen, die Krankheit besser kennen zu lernen und damit umzugehen. Als ich wieder in meine gewohnte Umgebung kam, ging es mir eine Zeit lang gut. Ich wiederholte die 10. Klasse am Gymnasium an meiner alten Schule und lernte neue Leute kennen. Ich hatte Einzelgespräche etwa einmal im Monat und besuchte noch einen anderen Arzt wegen der Medikation und Blutwertkontrollen. Dieser Arzt hat die Tabletten damals abgesetzt, weil es mir schon lange wieder gut ging.

Als ich nach der 12. Klasse an der Oberstufe das Abitur abbrach, fiel ich wieder in ein Loch, weil das freiwillige soziale Jahr nicht geklappt hat. Ich musste die Schule abbrechen, weil ich mich jeden Morgen quälen musste, in die Schule zu gehen. Ich bekam keine Bestätigung mehr durch meine Leistungen, war sehr unzufrieden und in meinem Chemie-Leistungskurs zu schwach, um das Abitur zu bestehen. Es schien mir sofern am Besten, mich von meinen Qualen zu befreien. Somit erhielt ich nur den schulischen Teil vom Fachabitur und nahm mir vor, ein freiwilliges soziales Jahr in einem Krankenhaus anzugehen.

Doch ich hielt es nur 3 Monate aus, bis ich einen Nervenzusammenbruch erlitt und nur noch weinte und verzweifelt war. Ich konnte den Stress an der Arbeit im Krankenhaus nicht mehr kompensieren, war überfordert, hatte Magenprobleme und hatte mir eigentlich vorgenommen, dass das fsJ meine schulischen Leistungen übertrifft und einen Ausgleich dazu schafft. Die Zeit danach war chaotisch. Meine Stimmung fuhr Achterbahn, und ich war entweder total am Boden, oder ich schwebte vor Glück in der Luft. Als ich manisch war und von morgens bis abends nur unterwegs war, kaum geschlafen hatte und nix aß, lernte ich leider die falschen Leute kennen. Es war kein Problem für mich, neue Leute kennen zu lernen, da ich keine Hemmungen hatte, fremde Personen anzusprechen. Ich hatte starken Rededrang, dessen Gedankengang sehr schwer zu folgen war. Ich war sehr unruhig und immer in Bewegung. Ich konnte nicht still sitzen und eine entspannte Unterhaltung führen, weil ich so aufgekratzt war. Mein Blickfeld von meiner Umwelt wurde größer. Ich bekam viel mehr mit, konnte mich aber nicht auf eine Sache konzentrieren, weil ich sehr schnell ablenkbar war. Meine Eltern und mein Freund machten sich große Sorgen und baten mich, einen Gang zurück zu schalten, doch ich hörte auf niemanden. Ich hatte ja jetzt neue Freunde, die mich mit meiner zu guten Laune mochten. Doch ich musste mit Bedauern feststellen, dass sie mich nur ausnutzten.

Leider kam ich durch diese falsche Anerkennung zum 1.Mal zu Drogen. Ich zog ein paar Mal an einem Joint mit Marihuana, und mir ging es danach so schlecht, worüber ich eigentlich ganz froh bin, sonst hätte ich den Fehler womöglich öfters getan! Danach wurde mir klar, das es so nicht weiter geht und ließ mich freiwillig Anfang Februar 2002 auf eine 2. Therapie wieder in Marburg, dieses Mal Erwachsenenpsychiatrie, ein. Dort blieb ich nur etwa 2 Monate. Ich bekam wieder Tabletten und kurierte meinen Drogenrausch aus. In dieser Zeit stellte ich schnell fest, dass mir das Stationsleben überhaupt nicht gefällt. Ich wollte nur noch nach Hause, aber mir wurde bewusst, dass es so noch nicht geht. Also ließ ich mich, so weit wie es ging, auf die Therapie ein, schließlich wollte ich mich doch behandeln lassen. Leider konnte ich damals mit dem zuständigen Psychologen nicht so reden, was ich sehr schade fand. Aber bald hatte ich mich wieder aus dem Selbstmitleidsumpf herausgezogen und durfte nach Hause. Die Zeit zu Hause war eigentlich ganz gut, bis auf, dass ich arbeitslos war.

Im September 2002 fing ich dann so eine 10 monatige Maßnahme vom Arbeitsamt an. Das tat mir ganz gut! Ich arbeitete die ganze Zeit beim Tierarzt, was mir sehr viel Spaß gemacht hatte, und ging zweimal die Woche zur Schule. Nach Ende der Maßnahme hing ich wieder in der Luft. Doch bald, im September, bekam ich einen Anruf, ob ich nicht als Optikerin eine

Ausbildung anfangen wolle. Ich sagte prompt „JA“, weil das für mich ein Lichtblick war. Doch schnell bekam ich Selbstzweifel, ob ich das schaffen würde, und fiel wieder in ein Loch. Ich war eine Woche extrem depressiv. Ich konnte nicht schlafen und essen, meine Gedanken kreisten umher und waren vorwiegend pessimistisch. Ich verkroch mich wieder nur in mein Zimmer und stierte die Wand an, da Fernsehen und Musikhören gar nicht möglich waren. Doch zum Glück konnte ich eine Woche später wieder zur Arbeit gehen, und mein Chef hatte Verständnis und fand es nur schade, dass ich solche Zweifel an mir hatte.

In der kommenden Zeit war ich sehr viel krank, weil ich mir so einen Stress mit der Arbeit und privat gemacht habe, was sich in Magenproblemen äußerte. Mir wurde klar, dass ich wieder Tabletten nehmen müßte, damit ich etwas stabilisiert werde. Nach Marburg 2 hatte ich die Tabletten gegen ärztlichen Rat abgesetzt, weil ich dadurch immer so müde, nicht mehr richtig aufnahmefähig und zittrig wurde. Doch nun wollte ich wieder welche nehmen. Das Problem war, dass ich sie nicht regelmäßig einnahm. Ich vergaß oft, sie einzunehmen. Das Ende war, dass ich meine Probleme an der Arbeit und die Beziehungsprobleme mit meinem Freund nicht mehr verarbeiten konnte. Ich war wieder Nächte lang unterwegs und lenkte mich ab. Ich hatte starke Stimmungsschwankungen und wollte mich von meinem Partner trennen. Die Stimmungsschwankungen äußerten sich, indem ich Heulkrämpfe und Lachanfälle kurz aufeinanderfolgend erlitt. Mein inneres Gleichgewicht war gestört.

Ich beschloss, eine Beziehungspause einzulegen. Das machte mein Befinden auch nicht besser, weil ich ihn stark vermisst habe. Zum großen Abschluß baute ich auch noch einen schweren Autounfall. Das gab mir den Rest. Ich beschloss, mich wieder in eine Klinik zu begeben. Mit meinem Freund bin ich immer noch zusammen. Er hat mir in der Zeit in der Psychiatrie sehr geholfen. Etwa sieben Wochen blieb ich dort. Dann wurde ich in die Tagesklinik überwiesen, wo ich zur Zeit immer noch bin. Mir geht es wieder gut. Ich hab mich wieder gefangen. Als nächstes Ziel gehe ich nach Guxhagen in eine Rehabilitationsklinik, wo geschaut wird, wie belastbar ich bin und wie es beruflich weiter geht. Ich würde ja gerne wieder bei meinem alten Chef als Optikerin arbeiten. Die einzige Bedingung, die mein Chef stellt, ist, dass ich die Ausbildung vom Arbeitsamt finanziert bekomme. Ich wünsche mir so sehr, dass das klappt. Ich brauche das für mein Selbstbewußtsein. Endlich mal etwas durchziehen und zu Ende bringen. Ich bin guter Stimmung und werde alles geben, um mein Leben wieder in die Hand zu nehmen.

Damit ich nicht mehr so schnell einen Ausbruch erleide, gehe ich regelmäßig in eine Selbsthilfegruppe und besuche einmal im Monat ein Psychoseseminar, um noch mehr über meine Krankheit zu lernen und meine Frühwarnsymptome zu erkennen. Wenn es so bleibt wie im Moment, bin ich mit mir zufrieden.

Was hat Glück mit Depression zu tun?

Ist man depressiv, dann schaut man durch eine dunkle Brille. Der Blick auf die Welt ist verschleiert, sie erscheint uns in einem solchen Licht, dass nur die negativen Aspekte und mögliche Katastrophen in das Zentrum der Wahrnehmung treten. Würde einem in einem solchen Zustand ein unerwarteter Glücksfall zuteil, etwa ein Lottogewinn, würde dies unter Umständen nicht unbedingt zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Man könnte sich depressiv gefärbte Gedanken derart machen, dass man befürchtet, man würde ausgeraubt, es käme eine Inflation, die alles zunichte machte, oder aber man bekommt ein schlechtes Gewissen wegen des vielen Geldes angesichts des Hungers und der Armut in dieser Welt. Es gibt also jede Menge gute Gründe, auch einen möglicherweise sehr hohen Lottogewinn nicht angemessen nutzen zu können, denn Glück bedeutet zweierlei. Zum einen ist es eine unvermutete und überraschende Gelegenheit, die einem Erleichterung verschafft, die einem Dinge ermöglicht, von denen man zuvor nur träumen konnte. Auf der anderen Seite ist natürlich auch die Fähigkeit gefordert, mit dieser unverhofften Gelegenheit etwas anzufangen, sie zu nutzen.

Vor einigen Jahren war eine recht eindrucksvolle Werbung für das so genannte Hessenlotto zu sehen. Die Kernaussage bestand darin, dass ein dicker, junger Mann und eine blonde, attraktive Frau sich allein auf einer einsamen tropischen Insel befinden, offenbar befreit von jeder materiellen Sorge und nichts tuend. Das Glück besteht in diesem Falle von der Abwesenheit jeglicher Gestaltung, von der Anwendung eines regressiven Zustandes, der die Gewinner zu bedürftigen Kinder mutieren lässt. Letztlich ist die Vorstellung von Glück als einem Zustand, der einem nichts mehr abverlangt und beständigen Genuss beschert, regressiv und weltfremd. Genuss kann immer nur partiell sein, vollzieht sich im Wechselspiel zwischen Anstrengung und Erholung. Wenn man nun die Anstrengung eliminiert, reduziert sich das Glück auf eine bloße Stimulierung der betroffenen Hirnareale durch in diesem Falle Geld oder in einem anderen Falle Drogen. Der in der Werbung gezeigte regressive Zustand als Gestaltwerdung des Glückes schlechthin ist also eigentlich nichts anderes als der Zustand, den ein Drogenabhängiger beständig herstellen möchte, ein Zustand des Genießens ohne irgendwelche Anstrengung, ohne irgendwelche Kosten und Risiken. Was ist also dann Glück? Sieht man einmal von dem finanziellen Spielraum ab, den ein Lottogewinn ermöglicht, also auch den erweiterten Handlungsspielraum, dann bleibt die zentrale Aufgabe die des Nutzers, also des Gestalters dieses Spielraums. Denkt man diesen Gedanken zu Ende, dann bleibt es letztlich bei der Gestaltungsfähigkeit des betreffenden Individuums allein. Der Spielraum kann riesengroß oder ganz klein sein. Wesentlich ist, dass man ihn bemerkt und nutzen kann. Was aber hat nun Depression mit Glück zu tun?

> „Solange Herz und Auge offen
> um sich am Schönen zu erfreuen,
> solange darf man freudig hoffen,
> wird auch die Welt vorhanden sein.“
>
> Wilhelm Busch

Der Zusammenhang stellt sich folgendermaßen dar: Nicht derjenige ist glücklich, der einen großen Lottogewinn macht und dann auf die große Freiheit hofft, sondern diejenige Person, die in der Lage ist, diese Freiheit zu gestalten, und genau genommen kann der Freiheitsspielraum sehr klein sein, wenn man ihn nur zu gestalten weiß, also, wenn man aus jeder Situation, wie auch immer sie beschaffen sein möge, das Beste machen kann. Der Depressive kann das nicht. Er kann nur eines, die negativen Seiten sehen, die Gestaltungsspielräume sieht er nicht selbst.

Eine Geburt mit Nachwehen.

Im Februar 1993 wurde mein Sohn geboren. Nach der Entbindung und einer Woche im Krankenhaus wurde ich nach Hause entlassen. Endlich wieder etwas tun können (ohne dicken Bauch)! Ich stürzte mich mit Feuereifer in die Arbeit. Das halbe Haus wurde auf den Kopf gestellt, und ich habe immer mindestens drei Sachen gleichzeitig angefangen. Trotzdem schaffte ich es, irgendwie auch noch Jonas zu versorgen. Tausend Ideen schwirrten mir durch den Kopf, es war wunderbar.

Nur nachts konnte ich nicht schlafen, lag die ganze Nacht wach, hörte jede Stunde die Kirchturmuhr, kam einfach nicht zur Ruhe. Auch meine Familie stand unter Dauerstress, da war unser Sohn, der viel schrie, und da war ich, mit meinen vielen, angefangenen Projekten. Viele davon musste mein Mann beenden, da ich irgendwie den Überblick verloren hatte.

Gespräche mit mir in dieser Zeit waren ziemlich schwierig. Mitten im Satz wechselte ich das Thema, so dass nur ich wusste, wovon ich gerade sprach. Eigentlich habe ich pausenlos geredet, denn mein Glücksgefühl und meine tollen Ideen mussten einfach raus.

Nach zwei Wochen zu Hause war klar, dass ich krank war. Es wurden Ärzte eingeschaltet (Frauenarzt, Neurologe, Hausarzt). Mein Hausarzt schließlich veranlasste die Zwangseinweisung in die Psychiatrie. Gegen meinen Willen, mit Polizeihilfe wurde ich in die Psychiatrie Marburg eingeliefert. Diagnose: Schwangerschaftspsychose.

Ich verbrachte zwei lange Wochen in Marburg ohne Kind. Als endlich in der Bad Hersfelder Psychiatrie ein Platz frei wurde, wurde ich sofort verlegt. Nach insgesamt 8 Wochen Klinikaufenthalt wurde ich im Mai entlassen. Medikamente, hieß es, brauchte ich nicht, da es eine Schwangerschaftspsychose sei.

Aber gesund war ich noch lange nicht. Ich litt an einer depressiven Nachschwankung, das heißt, ich fühlte mich total ausgebrannt und war nur noch traurig und ängstlich. Auch mein Sohn bedeutete keine Freude für mich. So ging das den ganzen Sommer, Herbst, bis in den Winter.

Im Januar des nächsten Jahres ging es mir endlich besser. Ich war gut drauf. Jonas bereitete wenig Probleme. Die Arbeit zu Hause war keine Last mehr. Aber irgendetwas stimmte nicht …
Bei diesem Krankheitsschub wusste ich sofort, was zu tun war. Beim Termin in der Psychiatrie Bad Hersfeld war sofort klar, dass es sich um einen weiteren Schub der Psychose handelte.

Ich wurde sofort stationär aufgenommen. Wieder starke Medikamente mit erheblichen Nebenwirkungen, wieder 8 Wochen Klinik und dann die Angst, wird das jetzt jedes Jahr so sein … ?
Aber ich war auch stolz auf mich, diesmal die Erkrankung selbst erkannt zu haben und richtig gehandelt zu haben. Außerdem wusste ich diesmal, was auf mich zukam, und ich wusste, es wird mir auch wieder besser gehen.

Nach der Entlassung aus der Klinik ging es mir den ganzen Sommer schlecht. Die Ambulanz-Schwester, die mich regelmäßig besuchte, veranlasste schließlich meine Aufnahme in die Tagesklinik.

Dort lebte ich langsam auf. Der tägliche Stress mit meinem kleinen Sohn, der gerade zu laufen anfing, war zuviel für mich gewesen. Jetzt waren 7 Stunden am Tag nur für mich eingeplant. Mit Gesprächen, Ergotherapie, Sport und vielen anderen Dingen war ich beschäftigt, ohne überfordert zu werden. Als es mir langsam besser ging, besuchte ich die Tagesklinik nur noch 3mal die Woche und dann - nach fast einem halben Jahr - wurde ich entlassen.

Ich konnte wieder lachen und mich an den schönen Dingen des Lebens freuen. Auch die Erziehung meines Sohnes war für mich nun wieder möglich. Zweieinhalb Jahre nach der Erkrankung fing ich wieder an zu arbeiten. Mein Beruf war mir immer wichtig gewesen, und ich wollte ihn auf keinen Fall aufgeben, also arbeitete ich halbtags, um auch noch genügend Zeit für meinen Sohn zu haben.

Heute lebe ich fast 11 Jahre mit meiner Erkrankung. Ich habe gelernt, mit der Krankheit umzugehen und sie zu akzeptieren. Ich erkenne, wann es mir schlechter geht und habe dann eine Fülle von Möglichkeiten zu reagieren, die Erhöhung meiner Medikamentendosis ist nur eine davon.

Mir geht es heute sehr gut. Meine Erkrankung war eine Erfahrung in meinem Leben, die ich nicht mehr missen möchte. Ich habe keinerlei Angst mehr vor der Psychiatrie und kann sehr gut einschätzen, wie weit ich mich belasten kann. Ich nehme auch heute noch Medikamente zur Prophylaxe, aber das ist wie der Psychologe der Ambulanz sagt, nur die homöopathische Dosis.
Inzwischen ist es mir auch möglich, mit anderen über meine Erkrankung zu sprechen. Nicht nur in der „Ehemaligen-Gruppe“, in der sich psychisch Kranke regelmäßig treffen, sondern auch mit Leuten die noch nie etwas mit der Psychiatrie zu tun hatten. Mir ist es wichtig, dass die Psychiatrie in der Öffentlichkeit so dargestellt wird, wie ich sie erlebt habe, als ein Ort im Krankenhaus, wo man sich hervorragend von einer schweren psychischen Krankheit erholen kann.

Wochenbettpsychose

Die Wochenbettpsychose ist eine schwere Erkrankung, die direkt nach den Wehen oder selten in den ersten beiden Wochen nach der Entbindung auftritt. Sie ist eine Psychose, die ungefähr 1 bis 2 von 1000 Müttern betrifft.

Die **Symptome**: Plötzliche und dramatische Veränderungen - der Kontakt zur Wirklichkeit geht verloren. Die Erkrankung kann abrupt auftreten und kann mit manisch-depressiver Symptomatik erscheinen.

In manischen Phasen kommt es zu starker motorischer Unruhe, Wahnvorstellungen, Verworrenheit und starken Antriebssteigerungen.

Depressive Phasen sind gekennzeichnet durch Teilnahmslosigkeit, Antriebsarmut und starke Angstzustände. Auch Halluzinationen und Wahnvorstellungen kommen vor.

Die **Behandlung**: Meist ist die stationäre Aufnahme in eine Klinik erforderlich. Dabei sollten Mutter und Kind nicht getrennt werden. Die Erkrankung ist gut behandelbar.

Zum Thema „Schlechte Laune“

Jeder Mensch kennt den Zustand, in dem man sich befindet, wenn man leicht reizbar ist, keine Lust zu irgendwelchen Aktivitäten verspürt, wenn einem alles schwer fällt, die Dinge nicht mehr leicht von der Hand gehen, wenn man aufbrausend, ungerecht und schnell beleidigt ist.



Ein solcher Zustand entsteht nicht von einer Sekunde auf die andere, sondern bahnt sich in aller Regel ganz langsam seinen Weg bis zu dem Punkt, wo man es selbst auch merkt. Man fragt sich oft hinterher, hätte man so reagieren müssen, war das notwendig gewesen usw. Gründe für schlechte Laune gibt es viele: Hunger, Durst, schlechter Schlaf, Übermüdung, man kommt mit einer Aufgabe nicht voran, es werden einem Hindernisse in den Weg gelegt, man kann den eigenen Kopf nicht durchsetzen. Alles in allen ergibt sich also ein Zustand, wo es zu einem deutlichen Unterschied zwischen den Wünschen an sich selbst und an seine Umgebung und den realen Gegebenheiten kommt.

Physiologisch bedeutet dies, dass es zu einem Adrenalinausstoß und zu einer physiologischen Erregung kommt. Versucht man nun, sich abzureagieren und die überschüssige Energie irgendwie loszuwerden, sollte man es darauf anlegen, körperlich aktiv zu werden, um die Energie zu verbrauchen, etwa bei einem längeren Spaziergang oder indem man einen Waldlauf macht. Konzentriert man sich aber auf die aggressive Komponente, so brüllt man oder schreit jemanden an oder verprügelt jemanden oder verstrickt sich in eine körperliche Auseinandersetzung. Dann wird man nicht etwa Dampf los, sondern baut zusätzlich Dampf auf, denn der Körper knüpft eine Verbindung zwischen dieser Situation und der feindseligen Aktion jemandem anderen gegenüber.

Woran erkennt man den schleichenden Beginn der schlechten Laune?

1 Man spürt zunehmend die Unfähigkeit, still sitzen zu können.
2. Man ist leichter gereizt, reagiert leichter unhöflich.
3. Man wird hektisch.
4. Man spürt im Körper ein leichtes, zunehmendes Kribbeln.

Wie kann man ein weiteres Ansteigen der schlechten Laune verhindern?

Bei leichterer Erregbarkeit befindet man sich in einem Zustand, in dem man leichter in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen hineingerät als sonst üblich. Wichtig ist, dass man sich dies klar macht und diesen Zustand richtig deutet. Auf diese Weise wird es einem leichter möglich sein, Eskalationen zu vermeiden und es so nicht zu einer Verschlimmerung des Zustandes kommen zu lassen.

Es kommt also darauf an, gerade in diesen Momenten ...

Wut und andere Denkblockaden

Jeder Mensch kennt folgende Situation: Etwas an seinem Gegenüber, vielleicht ein Räuspern, eine Bewegung oder merkwürdige Geräusche, die derjenige hervorbringt, fesseln die Aufmerksamkeit so stark, dass man, wenn man mit dieser Person zu tun hat, beinahe gar nichts mehr anderes wahrnehmen kann. Abgesehen von solchen, harmlosen Gelegenheiten gilt dies natürlich auch für Verhaltensweisen, Bemerkungen oder für immer sich wiederholende Geschichten von anderen Menschen, die einem zunehmend auf die Nerven gehen. Zunächst einmal fühlt man sich unwohl, die Aufmerksamkeit bleibt fixiert auf die Geste oder auf die Bemerkung, es macht sich je nach Frequenz der Wiederholung eine zunehmende Gereiztheit breit, bis man irgendwann seine eigenen Reaktionen selbst für unangemessen hält, jedoch nicht mehr in der Lage ist, sie abzustellen oder die Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken. Nun muss man unterscheiden, was es eigentlich ist, das einen aufregt. Ist es nun das objektive Verhalten des Gegenübers, oder ist es die eigene Unfähigkeit, davon loszukommen und sich in Gedanken immer mehr und mehr damit zu beschäftigen.

Es ist ein interessantes Faktum, dass oft nicht das Gegenüber sein Verhalten ändern muss, sondern dass es oft alleine schon ausreicht, wenn man mit der betreffenden Person über das Verhalten, das einen aufregt, spricht. In dem Moment, wo man es benennt, ist sehr oft bereits die gesteigerte Erregung verschwunden. Nun ist es aber wichtig, dass man nicht so lange abwartet, bis man vollständig wütend ist, sondern dass man es in einem ruhigen Ton, ohne Vorwürfe zu verwenden, anspricht und es vielleicht noch mit einem Witz garniert, um die Schärfe zu nehmen. Dies könnte wie folgt aussehen:

„Ich muss mal mit dir sprechen. Ich weiß gar nicht, was mit mir los ist, aber in der letzten Zeit regt mich das immer furchtbar auf, wenn du dieses oder jenes Wort verwendest“.

Hier ist nicht von einem Vorwurf die Rede, geschweige denn davon, dass die andere Person ihr Verhalten ändern muss. Der Sprecher sagt lediglich, dass ihn das Verhalten aufrege, warum auch immer. Ist man aber bereits in einem so gereizten Zustand, dass verletzende und beleidigende Äußerungen zwangsläufig ungefiltert hervorbrechen würden, sollte man in einer solchen Situation wie folgt vorgehen: Zunächst einmal darauf verweisen, dass man gereizt oder geladen sei und erstmal in Ruhe gelassen werden will. Erst dann sollte man sich darüber Gedanken machen, was es eigentlich ist, das einen aufregt und ggf. sich mit jemand anderem darüber austauschen. Wenn man sich ausgiebig mit sich selbst oder mit anderen beraten hat, die Gefühle etwas abgekühlt sind, dann kann man mit der betreffenden Person ins Gespräch treten. Dann sollte man es auch wie folgt machen: „Ich muss dir einfach mal was sagen. Es beschäftigt mich so, dass ich es einfach mal loswerden will.“

Der zentrale Gedanke dabei ist, dass man sehr wohl das Verhalten einer Person besprechen und kritisieren kann, dass man aber schon in der Formulierung darauf achtet, dass man sich nur auf das Verhalten bezieht und nicht etwa die Person ablehnt. Dabei sollten alle Ausdrucksmöglichkeiten dieselbe Botschaft vermitteln, also Sprachmelodie, Körperhaltung, Sprachinhalt.

Es ist, als wäre die Aufmerksamkeit verhakt wie eine Klette mit einem Stück Stoff. Je stärker man daran reißt, desto mehr kleine Häkchen bleiben im Stoff hängen. Man kann sich nur langsam und geduldig von den lästigen Kletten befreien.

Wenn einem der Kopf brummt …

Unangenehme Zustände

Es kommt nicht selten vor, dass man nach einem anstrengenden Arbeitstag den „Kopf voll hat“ und gar nicht so recht die Ruhe und Entspannung findet, die man sich wünscht. Vieles geht im Kopf quer, kommt immer wieder und lässt einen den ganzen Tag nicht los. Über manches ärgert man sich, viele Szenen tauchen wieder vor dem inneren Auge auf, kurzum ein unangenehmer Zustand.

Kommt man nun von der Arbeit nach Hause, ist aber nicht in so einem konfusen Zustand, dann helfen oft schon einfache Rituale, um etwas abzuschließen. Solche Rituale können sein: Begrüßen der Kinder, Kuscheln, Wechseln der Kleidung, Duschen, Brille abziehen, in Ruhe Kaffee trinken und Rauchen, die Post durchsehen, Baden, Zeitung lesen, Einkaufen, auf dem Klo in aller Ruhe die Zeitung lesen. Man merkt nach einer Weile, dass einem der Kopf freier wird und man sich den anderen Dingen des Tages zuwenden kann.

Brummt der Kopf mehr, dann hilft es am besten, wenn man versucht, das, was da durcheinander schwirrt, erstmal zu sortieren, damit man es abschließen kann. Dazu kann man Tagebuch führen, man kann beten, man kann mit dem Partner sprechen und man kann sich auch mit anderen Menschen, etwa der gleichen Berufsgruppe, über seine Erlebnisse austauschen. Manchmal kann es auch sehr hilfreich sein, zunächst einmal eine Auseinandersetzung mit dem entsprechenden Thema zu „verdrängen“, d. h. beiseite zu schieben und so zu tun, als wäre es gar nicht da. Dies ist natürlich nur kurzfristig sinnvoll, bis man die Zeit gefunden hat, sich wieder damit zu beschäftigen.

Hilfreiche Gewohnheiten

Wenn man z. B. beim Autofahren überholen will, hat es sich als sinnvoll herausgestellt, gewohnheitsmäßig zunächst den Blick nach links in den Spiegel und nach hinten zu wenden, bevor man ausschert und zum Überholen ansetzt. Dies kann man als eine hilfreiche Gewohnheit ansehen. Ein Ritual hat auch ein Gewohnheitscharakter, denn es wird zu bestimmten Zeiten in einer bestimmten Art von Ablauf durchgeführt. Während Das-in-den-Spiegel-blicken unmittelbar in Zusammenhang mit der Vermeidung von Unfällen steht und somit als zielgerichtetes Handeln angesehen werden kann, steht z. B. das Einschlafritual, also das Vorlesen und der Gute-Nacht-Kuss, nicht unmittelbar in Zusammenhang mit dem Einschlafen, denn es geht auch ohne. Der wesentliche Charakter eines Rituals ist also nicht zielgerichtetes Handeln, sonders ist die Markierung einer Ordnung im Alltag, und gerade da sind Kinder ganz besonders empfindlich, denn sie suchen nach Ordnung und Sicherheit, die wiederum durch das Ritual gewährleistet wird. Wahrscheinlich auch deswegen können sich Kinder stundenlang immer die gleichen Hörspielkassetten anhören. Das Ritual erinnert also an eine Zeit, an der es noch geringe Kenntnis von den Zusammenhängen in der Natur, die sich auf wissenschaftliche Erkenntnis gründen, gab und man durch bestimmte Beschwörungen, Abläufe, Tänze, Opferrituale versuchte z. B. das Wetter zu beeinflussen, um den Geist, der im Vulkan wohnt, gnädig zu stimmen.

Gewohnheiten und Zwangsjacken

Etwas davon haben wir in unserem heutigen Ritual immer noch mitgetragen. Wenn einem das Ritual, z. B. das Einschlafritual oder das Duschen nach der Arbeit, es erleichtert, den Tag in verschiedene, voneinander getrennte Abschnitte zu unterteilen, dann ist es hilfreich. Nimmt das Ritual aber solche Formen an, dass es sich selbst zum Beherrscher der Person aufschwingt und die Person dazu zwingt, sich z.B. x-mal die Hände zu waschen oder das Geschirr nur in einer ganz bestimmten Abfolge in den Schrank einzuräumen, dann wird das Ritual selbst zur Zwangsjacke, und wir nennen es dann auch genau so. Es weitet sich aus, immer neue Tätigkeiten werden in endlose Wiederholungsschleifen eingebaut, ohne dass ein Zuwachs an Sicherheit gewonnen wäre. Es wird eigentlich immer schlimmer, denn wenn die Person das Ritual einfach ausfallen ließe, befürchtet sie, dass etwas ganz Schlimmes geschieht.

So ist auch hier das Maß das Entscheidende.

„Ich muss weg!“ Kommen Sie ins Hier und Jetzt

Wenn man sich einmal in der Fußgängerzone umschaut und genau beobachtet, wie die Menschen gehen, wird man ganz unterschiedliche Beobachtungen machen können: Jugendliche schlendern mit aufgerichtetem Oberkörper in Gruppen, laut sprechend und gestikulierend, verweilen hier, verweilen dort, schauen den Mädchen hinterher, sie haben es nicht eilig. Dann gibt es Menschen, die sich mit versteinertem Gesicht und eingezogenen Schultern so fortbewegen, dass man glauben könnte, sie müssten angesichts drohenden Unheils ganz schnell irgendwohin. Es gibt Frauen, die bewegen sich so, dass ihre Körpersprache nur ein Ziel haben kann, nämlich die Blicke der Männer auf sich zu ziehen. Junge Männer kommen scheinbar vor Kraft strotzend, mit abgespreizten Oberarmen daher, das Ergebnis langer Trainingsmühen stolz präsentierend.
Viele Menschen zeigen eine merkwürdige Eile in ihrem ganzen Gehabe: Manche Menschen wirken, wenn man mit ihnen spricht so, als wären sie mit den Gedanken ganz wo anders, schon weit weg und so, als seien sie nur noch körperlich anwesend. Die Sätze werden hastig und nachlässig dahin geworfen, die Worte stolpern bisweilen.
Gewöhnt man sich eine solche Haltung an, dann bemerkt man überhaupt nicht mehr, dass man den Raum allein als zu überwindendes Hindernis betrachtet und nicht etwa als einem Ort zum Verweilen, als einen Ort des Interesses und der Neugier. Man stelle sich nur einmal vor, man würde jede Tätigkeit so ausführen, als müsste man sich beeilen, schon zur nächsten zu kommen. Es lässt sich nicht unschwer erraten, wohin das führt. Das Hamsterrad wird immer schneller und schneller.

Ein kleines Experiment

Ein kleines Experiment kann uns helfen, uns wieder mit den Gedanken und mit der notwendigen Aufmerksamkeit der Situation zuzuwenden, in der wir uns gerade befinden: Man nehme eine aufrechte Körperhaltung ein, setze ein freundliches, offenes Lächeln auf, wende sich seiner Umgebung zu und durchquere gemessenen Schrittes den Raum. Man verwende weiterhin eine klare und deutliche Sprache und nehme sich Zeit, richte dabei den Blick auf das Gegenüber. Auf diese Weise lässt sich jede Situation so gestalten, dass man das Bestmögliche daraus macht.

Wie geht es mir, gut oder schlecht?

Und was folgt daraus ...

Die Frage danach, wie es einem geht, lässt sich oft nicht mit einem Wort beantworten. Versucht man es dennoch, wird man schnell feststellen, dass die Sache so einfach nicht ist. Das Begriffspaar „gut oder schlecht" steht für einen Bilanzierungsprozess, der in beiden Fällen eine ganze Welt unterschiedlicher Nuancen umfasst. Gut oder schlecht suggeriert ganz oder gar nicht, so einfach kann man es sich nicht machen.

Beinahe unzählige Aktivitäten, Gedanken, Umgebungen, Situationen und Stimmungen beeinflussen uns über den gesamten Tag. Jedes gelingt mehr oder weniger gut, jedes hat einen anderen Stellenwert, über manches ärgern wir uns, und über vieles freuen wir uns. Sagt man nun, dass es einem gut geht, oder dass es einem schlecht geht, dann ist dies ein blitzartig vorgenommener Bilanzierungsprozess, der all die verschiedenen Dinge des Alltags, die hinter uns liegen, unsere Hoffnungen, unsere Befürchtungen zusammenfasst und mit einem Wort gut oder schlecht bewertet.

Diese Bewertung vollzieht sich in der Regel ohne unser direktes Zutun, stellt sich gewissermaßen als Gefühl dar. Jeder Mensch kennt das Gefühl, dass man meint, fliegen zu können, wenn man gute Laune hat. Jeder kennt auch das Gefühl, dass einem überhaupt nichts gelingt, wenn man schlechte Laune hat. So verallgemeinert und fehlerhaft kann unser Bilanzierungsapparat funktionieren.

Die Frage danach, wie es uns also geht, ist nicht als Aufforderung zum Klagen zu verstehen und ist auch nicht als Aufforderung zu verstehen, nur die schlechten oder ausschließlich die positiven Seiten hervorzuheben. Vielmehr ist die Frage danach als Aufforderung aufzufassen, den Bilanzierungsprozess gewissermaßen wie einen Film zurückzuspulen, in Zeitlupe sich anzusehen und noch einmal den Facettenreichtum vor unserem Auge vorbeiziehen zu lassen. Dann tauchen die einzelnen Bestandteile wieder aus dem Dunkel der Empfindungen herauf, so wie die versunkenen Inseln, wenn der Wasserspiegel eines Stausees sinkt. Dann kann man sie genau ansehen, ausgiebig beschreiben, und es lässt sich auch sicherer bestimmen, aus welchen Bestandteilen nun unser Gefühl zusammengesetzt ist.

Hat man dies erst einmal vorgenommen, dann ist man auch in der Lage, steuernd dergestalt darauf einzuwirken, dass man zunächst einmal die Bewertung überprüft, ob sie in dieser Form überhaupt aufrechtzuerhalten ist. Noch wichtiger ist aber, dass man auch Umstände verändern kann, die zunächst einmal, ohne dass wir es wollten und ohne dass wir es bemerkt haben, unsere Stimmung in die eine oder andere Richtung beeinflusst haben. So können wir die Frage danach, wie es uns geht, als Anleitung zum Bilanzieren verstehen und als Aufforderung, aus dieser Bilanzierung Konsequenzen zu ziehen, alles Notwendige zu tun, um die Grundlage für die Verbesserung der Stimmung zu schaffen.

Ach was ...

Zwei bekannte Psychiater begegnen sich.

„Guten Tag", sagt der eine. Der andere dankt für den Gruß, dann sieht er seinem Kollegen mit dem geübten Blick des Seelenforschers in die Augen und meint: „Wie ich feststelle, geht es Ihnen erfreulich gut. Bitte sagen Sie mir doch – wie geht es mir?"

Humor?

Es gibt nichts Ernsteres als den Humor.

Viele Menschen sagen, wenn sie einen Witz gemacht haben, gewissermaßen entschuldigend,: „Das habe ich doch nur aus Spaß gesagt." Sie meinen damit, dass sie etwas gesagt haben und doch nicht gesagt haben, es halbherzig wieder zurücknehmen. Aber das trifft den Kern der Sache nicht, denn wenn man etwas humorvoll anfasst, dann sagt man es ja gerade auf eine Weise, die den anderen nicht verletzen soll. Man sagt es also durch die Blume oder durch den Scherz – wenn er nicht unter die Gürtellinie geht.

Man könnte umgekehrt die Behauptung aufstellen, etwas kann nur dann richtig lustig sein, wenn es wirklich ernst damit ist. Und das geht so: Jeder Witz lebt davon, dass er eine unerwartete Wendung nimmt, dass ein Widerspruch mit einer solchen Geschwindigkeit und einer solchen abrupten Vollbremsung auf den Punkt gebracht wird, dass man gar keine andere Möglichkeit hat, als lachend aus der Kurve zu fliegen, wenn man versucht, der Geschichte zu folgen. Je heftiger die Widersprüche, desto deutlicher der Purzelbaum, den man schlägt, desto lauter also das Lachen.

Als Beispiel sei hier folgendes angefügt: Ein Mann, der einen Frosch auf den Kopf trägt, begibt sich zum Arzt. Als der Arzt nach den Beschwerden fragt, sagt der Frosch: „Ich habe mir da was eingetreten." Diesen Witz können Kinder noch nicht verstehen, sie geraten wohl aber in große Begeisterung, wenn sie alle möglichen, tabuisierten Wörter aus dem Fäkal- und Genitalbereich in jeder möglichen Kombination lustvoll aussprechen dürfen. Betreibt ein Erwachsener diesen Sport, würde man mit Recht annehmen, dass diese Art von Humor für sein Alter nicht recht angemessen ist.

Eine andere Variante des Humors zeigt sich am Beispiel der Schadenfreude. Da geht es nicht um Widersprüche, sondern um die ganz lapidare Vorstellung, die Ullrich Rosski einmal in dem Satz formuliert hat: „Aber komisch ist es doch, wenn jemand auf die Schnauze fällt." Das ist albern und hat auch eine aggressive Seite, ist aber nicht wirklich lustig.

Für den feineren Humor braucht es schon etwas mehr als ein plumpes Beinstellen oder das Furzkissen unter dem Sessel. Der feine Humor lebt davon, dass scheinbar widersprüchliche Dinge kunstvoll miteinander kombiniert werden. Dazu benötigt es schon einer gewissen Phantasie und Kombinationsgabe, die anderen ein klein wenig voraus ist. Und so sagt das englische Sprichwort: „Er war zu dumm, ein Narr zu sein."

Humor so verstanden, ermöglicht es, unangenehme Wahrheiten, delikate Fragen, bittere Erkenntnisse und vieles mehr so zu verpacken, dass man immer noch in der Lage ist, lachend einen Purzelbaum zu schlagen und gleichwohl die unangenehme Seite zur Kenntnis zu nehmen. Nur so lässt sich der Satz richtig verstehen: „die Lage ist hoffnungslos, aber nicht ernst".

In misslichen Lagen, ausweglosen und peinlichen Situationen hilft uns oft nur ein Lächeln oder ein Lachen, das Unabänderliche zu ertragen. Aber auch zu anderen Zwecken lässt sich der Humor gut gebrauchen. Lichtenberg sagt: „Aus nichts lässt sich der Charakter eines Menschen so gut bestimmen, als aus einem Scherz, den er übel nimmt."

Aus ganz persönlicher Sicht ...

Wenn nichts mehr ist wie es war!

Mit 35 Jahren erkrankte ich an einer Psychose. Zunächst konnte ich mit der Diagnose wenig anfangen. Ich merkte nur, dass ich ziemlich hilflos war, mein wohlgeordnetes Leben auseinander brach und nicht mehr war wie früher. Die fachkundige Definition einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis ist eine Seelenspaltung. Ich litt unter Zerrissenheitsgefühlen, war sehr niedergeschlagen, häufig erschöpft und entkräftet. Zeitweilig wechselte das Stimmungsbild in aggressive Schübe, so dass ich häufig in Konflikte mit anderen Menschen geriet. Ich war sehr streitsüchtig, gereizt und misstrauisch. Ein ständiges Getriebensein und innere Unruhe ließen mich nicht mehr zur Ruhe kommen. Ich litt unter optischen Halluzinationen und hörte Stimmen.

Mein Umfeld, die Familie und Freunde, nahmen meine Wesensänderung mit Besorgnis wahr. Ich nahm sehr an Gewicht ab und verwahrloste äußerlich zunehmend. Niemand konnte mich dazu bewegen, in ärztliche Behandlung zu gehen. Ich wehrte mich mit Händen und Füßen dagegen, krank zu sein. Erst eine Zwangseinweisung durch die Familie und Polizei in die Klinik für Psychiatrie brachte eine Wendung. Ich musste erkennen, dass es mit meinem Fluchtverhalten zu Ende war. Ich musste einsehen, dass sich etwas verändern muss, fühlte mich aber mit der Situation überfordert und hilflos.

Auf der Station erhielt ich Psychopharmaka und nahm am therapeutischen Konzept, wie Sport- und Beschäftigungstherapie, teil. Dies gab wieder etwas Struktur in mein ungeordnetes Leben. Da ich längere Krankheitsausfälle am Arbeitsplatz hatte, wurde mit Hilfe des Sozialdienstes der Psychiatrie eine Zeitberentung eingeleitet, da ich meinen Beruf als Krankenschwester nicht mehr ausüben konnte. Zu diesem Zeitpunkt war ich so zerrissen, denn meine ganze Lebensplanung zerbrach. Ich hatte keine Arbeit mehr, die eigene Wohnung musste ich aufgeben, meine Partnerschaft scheiterte, und ich stand vor dem absoluten Aus. Heute weiß ich, dass diese Verluste notwendig waren, um mich vor der totalen Verausgabung zu schützen.



Nach 8 Wochen stationären Aufenthalt und einer dreijährigen ambulanten Therapie mit zwischenzeitlichen Tagesklinikaufenthalten habe ich mich mittlerweile stabilisiert. Zurzeit gehe ich täglich 4 Stunden in eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke. Ich habe wieder Freude am Leben gefunden, kann auf Menschen zugehen und unternehme mit Freunden Freizeitaktivitäten.

Natürlich kommen von Zeit zu Zeit unter Belastung depressive Verstimmungen, Spannungszustände, Nervosität oder Schlafstörungen, jedoch sind sie heute für mich ein wichtiges Anzeichen dafür, dass etwas in meinem Leben nicht stimmt. Ich kann heute selber einschätzen, wann meine innere Balance gestört ist, und kann dann meinen Lebensstil und mein Verhalten darauf ausrichten und für Ausgleich sorgen. Die Krankheit hat mich außerdem gelehrt, eine genaue Selbstbeobachtung zu vollziehen und auf eine ausgewogene Lebensführung, - dazu gehören auch Ernährung, Sport, Schlaf und richtiger Umgang in belastenden Situationen - zu achten.

Wie entsteht eigentlich eine therapeutische Wirkung?

Wie kommt es eigentlich, dass offenbar manche Menschen durchsetzen können, dass andere Menschen etwas ganz Bestimmtes tun oder auch nicht tun?

Man kann sich das ungefähr so vorstellen: Wollte man einen anderen Menschen zu etwas bewegen und verfügte über die nötige Position in einer Hierarchie und ggf. auch über notwendige Druckmittel (Vorgesetzter, Entzug vom Taschengeld, Fernsehverbot, Stubenarrest und dergleichen), würde oft ein Hinweis darauf genügen, die entsprechenden Personen zu „motivieren“. Sie würden vielleicht mehr oder weniger freudig der Aufforderung nachkommen, je nach dem, wie groß die Furcht vor möglichen Sanktionen wäre. Man kann sich aber kaum vorstellen, dass sie mit Begeisterung an die Sache heran gingen.

Die Autorität, von der in diesem Fall die Rede ist, gründet sich also auf Druck und auch auf Furcht. Sie vernachlässigt vollkommen, die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass man sich für ein gemeinsames Ziel unter Umständen begeistern kann, dass man also eine echte Motivation von innen heraus entwickeln kann. Eine Person, die versuchen würde, mit Druckmitteln und mit Anweisung andere Menschen zu etwas zu bewegen, auf das sie von selbst nicht unbedingt kommen würden, handelte autoritär. Diese Person würde dann die anderen Menschen, vielleicht auch gegen ihren Willen, in eine bestimmte Richtung zu lenken versuchen. Es gibt durchaus Situation, in denen eine solche Konstellation sinnvoll ist. Der Kapitän eines Schiffes etwa, der in komplizierten Situationen schnelle Entscheidungen treffen muss, kann nicht versuchen, seine Untergebenen zu überzeugen. Es muss gewährleistet sein, dass sie zum Wohle des Ganzen, schnell und effizient auf Anweisung handeln. Dies können auch Befehle sein, deren Sinn sie selbst nicht unmittelbar einsehen. In einer solchen Situation ist es erforderlich, dass eine unmissverständliche Entsprechung von Befehl und Gehorsam herrscht, sonst wäre das Funktionieren des gesamten Systems gefährdet. Besteht das Schiff Gefahrensituationen sicher, so erscheinen die Befehle im Nachhinein gerechtfertigt, und zu der Autorität durch eine Befehlshierarchie gesellt sich die Anerkennung der Untergebenen, die nun wissen, dass derjenige, der die Befehle gibt, eine solide Kenntnis der Sache hat und man sich ihm also anvertrauen kann.

Anders ist die Situation, wenn keine klare Befehlshierarchie vorliegt. In einer psychiatrischen Tagesklinik existieren zwar allgemeine Verhaltensregeln des Umgangs miteinander, jedoch kann kein Patient gegen seinen Willen zu etwas bewegt werden, was er nicht einsieht. Hier kann sich der Mitarbeiter, Therapeut, Arzt nur in sehr begrenztem Maße darauf berufen, dass er bei möglichem Fehlverhalten Konsequenzen androht und auch notfalls durchsetzt.

Während ein Patient sich möglicherweise anfangs aufgrund eines von außen kommenden Drucks einer Behandlung unterzieht, ist es im Verlauf der Behandlung jedoch das Wesensmerkmal der Therapie, dass der Patient eine innere Motivation entwickelt, dass er sich also aus freien Stücken und mit Interesse und Engagement mit den Vorschlägen oder auch den Anregungen des Therapeuten auseinandersetzt, sie ggf. befolgt, sich danach richtet oder sich in einer anderen konstruktiven Art und Weise damit auseinandersetzt.

Nun fragt man sich, wie ein Therapeut oder eine Therapeutin dies bewirkt, wie die Person also den Patienten oder die Patientin dazu gewinnt, das Verhalten oder ein Denkmuster zu verändern oder auch nur etwas Neues auszuprobieren. Woher bekommt ein Therapeut oder eine Therapeutin die Autorität, genau so einen Prozess

in Gang zu setzen, oder jemanden zu bewegen, dies zu tun?

Sicherlich ist es einmal die Bezeichnung Therapeut, die den Patienten schon von vornherein erwarten lässt, dass der Therapeut über ein Spezialwissen und über spezielle Fähigkeiten verfügt, die es ihm oder ihr ermöglichen, so etwas zu tun. Über diese Grundvoraussetzungen hinaus benötigt es noch weit mehr. Über die äußere Definition als Therapeut hinaus benötigt er eine persönliche, menschliche Autorität, die die Grundlage für eine vertrauensvolle, zeitbegrenzte Beziehung bildet. Woher aber bekommt man diese persönliche Autorität?

Jeder Mensch kennt die Situation, wo er einem Vortragenden lauscht und vor Langeweile einzuschlafen beginnt. Dann wieder gibt es Vortragende, die einen mitreißen können, die einen fesseln, die bewirken, dass man stundenlang zuhört und hinterher das Gefühl hat, es wehe ein frischer Geist im eigenen Gehirn. Woher erklärt sich der Unterschied?

Den einen, den Langeweilern, ist es darum zu tun, eine einmal gefasste, feste Idee unbeirrbar zu Ende zu führen. Sie haben sich den Vortrag zurecht gelegt, und sie führen ihn durch, zeigen Bilder, machen vielleicht auch Witze, und es bleibt doch ein schales Gefühl zurück. Bei den anderen entsteht schon ganz zu Anfang eine blitzschnelle Verbindung zwischen vortragender Person und Publikum. Es kann ein Scherz sein, es kann eine Schilderung dergestalt sein, dass man im Publikum den Eindruck hat, der Redner bemühe sich, zu den Herzen zu sprechen, und es entsteht wie in einem guten Orchester eine Zusammenarbeit, ein gemeinsames Musikstück. Dies setzt bei der vortragenden Person voraus, dass sie in der Lage ist, sich blitzschnell und, ohne lange zu überlegen, auf eine sehr subtile Art und Weise mit den Zuhörern zu verständigen. Die Verständigung lebt davon, dass die vortragende Person zu erkennen gibt, dass sie sich sehr gut in die Zuhörer hinein versetzen kann und deren Fragestellungen in weiten Teilen richtig einschätzen kann. Diese Person hat Autorität, und sie kann auf Sanktionen verzichten, denn im Kontakt mit den anderen Menschen sieht sie von sich ab und wendet sich in freischwebender Aufmerksamkeit den anderen Menschen zu. Eine solche Person ist in der Lage, das auszusprechen, was förmlich in der Luft liegt, das zu formulieren, was die Menschen bewegt, so dass sie sich erkannt und verstanden fühlen. Wenn die Person Courage dadurch zeigt, dass sie keine Angst hat, welche Themen auch immer anzusprechen, erntet sie Zustimmung, und darin besteht die Autorität.
Es kommt noch ein weiterer Faktor hinzu, nämlich, dass die Person in der fraglichen Situation vollkommen präsent ist. Dies bedeutet, dass ihre gesamte Aufmerksamkeitskapazität der gerade ausgeführten Aufgabe gehört. Sie wendet sich körperlich vollkommen der Aufgabe zu. Dies erzeugt den Eindruck, dass sich jemand mit aller Kraft einer Sache widmet und dabei nicht von irgendeiner Art von Selbstbezogenheit, Angst oder Koketterie geleitet wird. Wenn also die gesamte Aufmerksamkeit, die Kraft und der Optimismus einer Aufgabe gehört, dann hat diese Person Autorität.

Diese Haltung hat Lichtenberg sehr schön in folgender Formulierung ausgedrückt: „Unternimm nie etwas, wo du nicht das Herz hast, den Segen des Himmels dazu zu bitten".

> „Unternimm nie etwas, wo du nicht das Herz hast, den Segen des Himmels dazu zu bitten".
>
> Lichtenberg

Wirklich so harmlos?

Ein paar Worte zum Thema Cannabis



Immer häufiger kommt es in der letzten Zeit vor, dass junge Männer und Frauen zwischen 18 und 25 Jahren behandelt werden müssen, die folgendermaßen auffällig sind: Viele erscheinen albern, können sich nicht konzentrieren, schätzen sich und ihre Leistungsfähigkeit vollkommen falsch ein, glauben, dass ihnen alle Möglichkeiten offen stehen und sie nur eine ergreifen müssten. Gefühle kennen sie nur wenige, die Ideen kreisen um einige, wenige Themen. Dabei sind sie wegen schlechten Leistungen, wegen unentschuldigtem Fehlens von der Schule oder aus der Lehre geflogen, sitzen daheim rum und treffen sich mit „Gleichgesinnten" zum „Kiffen".

Was ist passiert ? – Erwachsenwerden ist bekanntermassen nicht einfach. Wege wollen eingeschlagen werden, deren Ende man nicht kennt, Entscheidungen getroffen werden, deren Folgen man nicht absehen kann. Gleichwohl muss man sich auf die Reise begeben, auch wenn man unsicher über die eigenen Fähigkeiten und Stärken ist und sie eigentlich erst herausfinden muss. Das ist der Kern der Sache – im Handeln erfährt man eigene Möglichkeiten und Grenzen und lernt, sie zu überschreiten. Das bereitet ein gutes Gefühl – wenn man ein Stück weiter gekommen ist. Eine andere Art, zu einem guten Gefühl zu kommen, ist die Simulation eines Erfolgsgefühls mit Hilfe einer Droge wie Cannabis, Alkohol übrigens auch, um nur einige zu nennen. Die guten Gefühle stellen sich ein, ohne dass die geringste Anstrengung, abgesehen von der Beschaffung, zu leisten wäre. Es steht außer Zweifel, dass so die Motivation, die Ausdauer und der Wille auf Dauer großen Schaden erleiden. Genau die braucht man aber dringend, wenn man sich als Jugendlicher auf den Weg machen und die Stürme des Lebens bestehen will. „Ein betrunkener Kapitän taugt nicht viel."

Das ist nicht die einzige Gefahr, die lauert. Beinahe noch schlimmer ist es, dass regelmässiger Cannabiskonsum in der Pubertät die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigt und das Risiko, an einer Psychose zu erkranken, um das 6 - fache erhöht.
Besonders schlimm ist es, wenn einen beides erwischt: Interesse, Ausdauer und Wille sind erlahmt, die Psychose stört das Denken und die Wahrnehmung, lässt die Betreffenden den Realitätsbezug völlig verlieren. So bewegt sich die Spirale immer weiter nach unten. Die Motivation fehlt, Drogen helfen erstmal, beschädigen aber die Ausdauer, machen gleichgültig, die Hürde für selbst erarbeitete Erfolge wird immer höher, Drogen bringen kurzfristig Entlastung und so weiter ...

Unter „Gleichgesinnten" finden solche jungen Menschen Anerkennung, aber sie entfernen sich immer weiter davon, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Sie drohen, Dauerkunden in der Psychiatrie zu werden und sich auf den Sozialämtern zu tummeln. Der Weg in die Obdachlosigkeit ist gebahnt, Umkehr wird immer schwerer.

Diese Geschichte wiederholt sich dutzendfach immer wieder, und das Tragische ist, dass die Betroffenen es sich besonders schwer machen, wenn sie schon den Anfang des Lebensweges taumelnd beginnen. Sie können ja nicht auf Fähigkeiten zurückgreifen, die sie erst noch entwickeln müssen. Ein Alkoholkranker, der mit 40 Jahren eine Entwöhnungsbehandlung antritt, kann auf das Wiedererstarken von eingeübten Fähigkeiten im Beruf und in der Familie bauen. Solche Personen können recht schnell Erfolge erzielen. – Aber was ist mit denen, die noch nichts erreicht haben und die alles tun, um die Voraussetzungen dazu zu zerstören?

Man kann nur jemandem wirklich helfen, der sich helfen lassen will und sich dazu entschieden hat. Wenn aber bereits die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, im Kern gestört ist, wie soll es dann weiter gehen ? Das ist eines der schlimmen Probleme, mit denen wir zu tun haben, weil es so unnötig erscheint, sehenden Auges in die Falle zu laufen, wo es doch so viel anderes und so viel Schönes zu tun gibt. Manchmal gelingt es, mit unermüdlicher Geduld und mit Hoffnung jemand wieder auf einen lebenswerten Weg zu bringen. Aber – muss es erst so weit kommen?

Einige Fakten ...

Der Gehalt von Cannabispflanzen ist in den letzten Jahren drastisch angestiegen. In den 60er und 70er Jahren enthielt ein „Joint“ durchschnittlich 10mg THC, heute sind es 150-200mg. Eine tägliche Dosis von 180mg THC über 11-21 Tage reicht aus, um eine Abhängigkeit und Entzugssymptome zu entwickeln. Dies kann sich in Unruhe, Schlafstörungen, Ängsten, erhöhter Aggressionsbereitschaft, Anorexia, Muskeltremor, Übelkeit, und Durchfall äußern. Bei häufigem Gebrauch lassen sich auch Wesensveränderungen feststellen: Antriebsarmut, Gleichgültigkeit gegenüber Elternhaus, Schule und Beruf, Nachlassen der Leistung und des Verantwortungsgefühls sind beschriebene Merkmale dieses Syndroms.

Ein Mitarbeiter berichtet ...

Oft werde ich gefragt, wie ich es aushalte, den ganzen Tag mit psychisch Kranken zu tun zu haben, warum ich mir nichts von alledem annehme, was täglich an Katastrophen berichtet wird.

Es mag herzlos klingen, aber es ist so. Man nimmt sich nichts an. Denn einer muss den kühlen Kopf bewahren und Lösungen im Auge behalten. Das bedeutet natürlich nicht, dass man kein Herz hat. Es meint lediglich, dass man sich von der Bedrohung, die der Patient empfindet, nicht gefangen nehmen lassen darf und nicht die gleiche Hilflosigkeit empfinden darf.

Wenn jemand ins Wasser gefallen ist und zu ertrinken droht, kann man ja auch nicht einfach hinterher springen. Besser ist es, erst zu überlegen, dann einen Rettungsring zuzuwerfen und vom sicheren Ufer die Person herauszuziehen, ggf. schon mal telefonisch Verstärkung anzufordern.

Erst die Distanz ermöglicht, die Problematik so zu sehen, dass Lösungsmöglichkeiten erkennbar werden. Je mehr Erfahrung man mit sich bringt, desto weniger lässt man sich von einer solchen Erkrankung ins Bockshorn jagen und um so gelassener fischt man nach Lösungsmöglichkeiten – mit Geduld. Wenn es sich gelohnt hat, die Nerven zu behalten, wenn man mit einer Einschätzung richtig gelegen hat und die Behandlung erfolgreich war, dann ist das ein befriedigendes Gefühl. Eher geht es darum, dass man etwas richtig und gut gemacht hat, als dass man jemandem geholfen hat. So komisch das klingen mag, aber das Helfen ist nur ein, wenn auch wichtiger Nebeneffekt. Die Hauptarbeit besteht in der eigenen Professionalität, die man immer weiter verbessern kann.

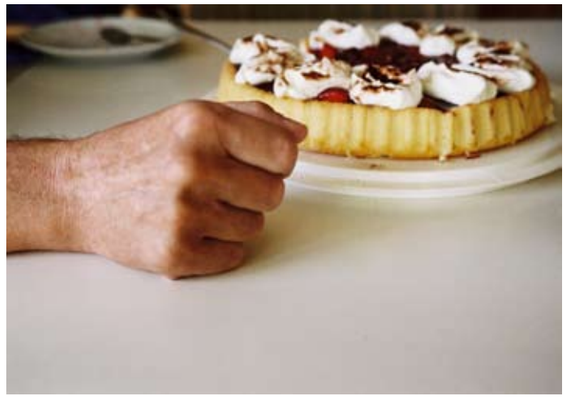
Und so kann man es als Herausforderung sehen, mit immer neuen Aufgaben konfrontiert zu werden, die man anfangs überhaupt nicht einschätzen konnte und die man mit der Zeit immer besser beherrscht.

So kann Therapie etwas sehr Schönes sein, indem man kreativ Lösungen entwickelt, und keine gleicht ganz der anderen, immer ist es ein wenig wie ein kleines Kunststück. Dies ist eigentlich der Motor.

Stopfen oder Genießen?

Ein schwieriges Gleichgewicht

Von manchen Dingen kann man gar nicht genug bekommen, und zwar gar nicht genug auf einmal. Jeder kennt die Sogwirkung, die eine Tüte Kartoffelchips ausübt, oder aber auch das Gefühl, eine ganze Tafel Schokolade auf einmal aufzuessen, oder jeder Mensch weiß, dass ein einzelnes Gummibärchen gut schmeckt, aber noch viel besser sind ganz viele auf einmal im Mund. Das Gefühl von Sättigung, das man nach einer großen Portion Pommes frites mit Jägersoße und Schnitzel verspürt, ist ein vollkommen anderes, welches einem ein Salatteller oder ein Gemüseeintopf vermitteln kann. Das eine ist lecker, fettig, knusprig, füllt aus, macht satt und träge, das andere wirkt eher langsam und hält wach.



Von einer ähnlichen Qualität ist auch die Zigarette, wenn man sie mit einer Zigarre vergleicht. Eine Zigarette wird sowieso gestopft und braucht ca. 5 Minuten, bis sie fertig geraucht ist. Eine Zigarre braucht Zeit und Muße. Man kann diesen Unterschied bei vielen anderen Genussmitteln und auch Dingen des täglichen Lebens bemerken, die uns umgeben und die wir verrichten. Es kann sich dabei um Fernsehen handeln, um Sexualität, um Sport, all dass kann entweder gestopft oder genossen werden.

Wirkungen und Nebenwirkungen

Stopft man etwas in sich hinein, hat es eine unmittelbare Wirkung, die meist darin besteht, dass man sich irgendwie befriedigt fühlt. Dieses Befriedigtwerden hat etwas Drangartiges, so wie man es spürt, wenn man an irgendeiner Hautstelle ein unerträgliches Jucken spürt, sich dann kurz und heftig kratzt, wobei das Jucken verschwindet und manchmal sogar in Schmerz übergeht. Also, wenn man etwas verrichtet oder etwas zu sich nimmt, was die Kategorie Stopfen erfüllt, dann möchte man schnelle Erleichterung eines drangartig auftretenden Bedürfnisses verspüren. Dies ist die kurzfristige Wirkung.

Die langfristige Wirkung oder auch die Nebenwirkung, die man kurzfristig nicht unbedingt mit einkalkuliert ist, wenn man das Stopfen zu oft vollführt, gegebenenfalls eine deutliche Gewichtszunahme oder andere körperliche Folgeschäden, wie sie zum Beispiel nach Alkoholmissbrauch auftreten können. Genießt man hingegen etwas, dann hat es eher den Charakter, dass man sich mit allen Sinnen und ausreichender Zeit einer Sache etwa so zuwendet, wie es Kinder tun, wenn sie versunken spielen. Sie kennen keine Zeit, sie kennen keine Eile, sie sind vollkommen von dem gefangen genommen, womit sie sich gerade beschäftigen. Genießen hat etwas mit Öffnen und mit Hinwenden zu tun. Stopfen hat etwas mit möglichst schneller Befriedigung zu tun, ohne dass man lange sich damit aufhalten wollte.

Es gibt auch eine Mischung zwischen Stopfen und Genießen. Das könnte zum Beispiel darin bestehen, wenn man über einen längeren Zeitraum Filme mit hohem Dramatikfaktor sieht. Jeder kennt die hektischen Zeichentrickfilme und die schnellen Schnitte bestimmter Serien, die

im Nachmittagsprogramm auf Privatsendern ausgestrahlt werden. Dies hat nichts mit Genießen und mit Hinwenden zu tun, sondern eher etwas mit Stopfen. Nun wird man sicherlich nicht nur entweder das eine oder nur entweder das andere tun, sondern manchmal eine ganze Tüte Chips auf einmal essen, und manchmal wird man sich Zeit lassen, wird sich mit einer Sache beschäftigen, wird also genießen. Problematisch wird es, wenn das Gleichgewicht aus den Fugen gerät und entweder nur das eine oder nur das andere ausgiebig betrieben wird. Dann kann es zu suchtartigem Eskalieren einer Gewohnheit oder eines Verhaltensmusters mit entsprechenden Schädigungen kommen. Beide Verhaltensweisen spiegeln eine bestimmte Haltung wider und sind das Ergebnis einer Gewohnheitsbildung. Je starrer und einseitiger das Verhalten ist, desto eingeschränkter ist der Betreffende in seinen Ausdrucks- und Verhaltensmöglichkeiten. Jeder Mensch kann für sich das kleine Experiment machen und sich einmal einen ganz Tag lang fragen, ob man gerade stopft oder genießt.

Stopfen oder geniessen – eine biologische Perspektive

Der heute lebende Mensch trägt die Erbinformation seiner Vorfahren in sich, die es über Jahrmillionen verstanden haben, sich gegenüber Nahrungskonkurrenten durchzusetzen. Es gilt mittlerweile als gesichert, dass sich menschliche Individuen von Ostafrika ausgehend über den gesamten Globus verbreiteten. Dies wird im Rahmen von etwa 100.000 Jahren vor sich gegangen sein. Nahrung stand in dieser Zeit eher unregelmäßig zur Verfügung. Es kam also darauf an, zu üppigen Zeiten soviel Energie wie möglich aufzunehmen, um für magere Zeiten gerüstet zu sein. Schnell verwertbare Kohlehydrate waren, wenn überhaupt, nur in Form von Honig zu erreichen. Soviel wie möglich in sich hinein zu stopfen war also eine zentrale Überlebensstrategie. Das gleichförmige und üppige Nahrungsangebot unserer Tage ist eine vergleichsweise junge Erscheinung, wenn man bedenkt, dass noch im 19. Jahrhundert Hungerkatastrophen in Europa an der Tagesordnung waren.

Mit dem technisch wissenschaftlichen Fortschritt und den Produktionssteigerungen in der Landwirtschaft kam es zu einer Überproduktion an Kohlehydraten (Kartoffel und Getreide) in Europa. Dies führte zu zwei Entwicklungen: Ein Teil Ernte konnte in hochprozentige Alkoholika umgesetzt werden, was seit dem 18. Jahrhundert zunehmend zu Probleme mit sich brachte (Das heute gültige Konzept des Alkoholismus als Kontrollverlust wurde erstmals 1806 beschrieben), und seit dem 2. Weltkrieg kommt es in Europa und in den USA zu einer deutlichen Zunahme übergewichtiger Menschen. Gleichzeitig führt die Technisierung nahezu aller Lebensbereiche zu großen Arbeitserleichterungen, die mit einem Rückgang des Energieverbrauchs durch Muskelarbeit einhergeht. Die Erfindung des Fernsehens fördert die Passivität zusätzlich. Wenn also ein nahezu unerschöpfliches Nahrungsangebot zur Verfügung steht, und der Kalorienverbrauch zurückgeht, ist eine Änderung der Essgewohnheiten dringend geboten.

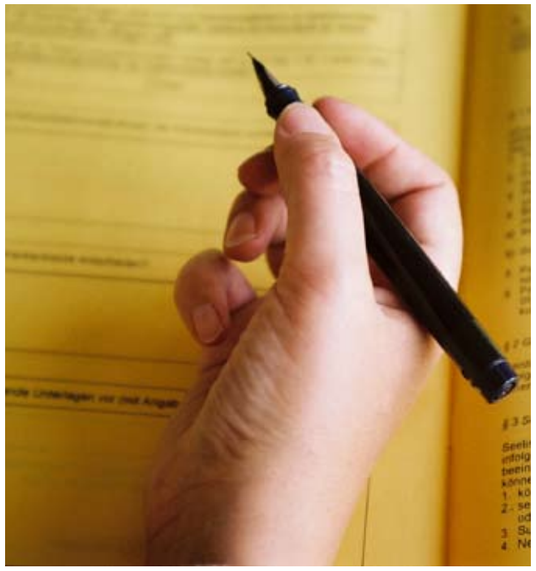
Die Forschung beschäftigt sich heute sehr eingehend mit dem Thema Übergewicht. Abgesehen von der Nahrungsmenge und der Bewegungsarmut werden derzeit zwei unterschiedliche Einflussgrößen in das Zentrum der Betrachtungen gestellt: Die einen glauben, man könne soviel Kohlenhydrate wie gewünscht essen, müsse jedoch das Fett reduzieren. Die anderen glauben daran, dass Süssigkeiten zusätzlich zu vermehrtem Hunger und damit zu vermehrter Energieaufnahme führen. In jedem Fall muss ein Weg gefunden werden, das „Stopfen“ zu ersetzen, denn für Notzeiten braucht man, zumindest heute in Europa, nicht mehr auf diese Weise vorsorgen.

Wo bleibt mein Geld?

Es ist gar nicht so einfach, in einer kurzen Geschichte zu erzählen, was eine klinische Sozialarbeiterin in der Psychiatrie eigentlich macht. Es ist nämlich soviel, dass man eigentlich nur Beispiele anführen kann. So habe ich mich dafür entschieden, das zu schildern, was uns sehr häufig begegnet und was in der Zukunft noch weit mehr Bedeutung haben wird.

„Mein Konto ist leer und ich habe kein Geld mehr für die Miete!“

Die ist oft eine der grössten Sorgen der Patienten, mit denen wir in der Tagesklinik zu tun haben, denn eine psychische Erkrankung ist ein Geschehen, das den ganzen Menschen in allen Bereichen trifft und auch erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Je nach Schwere der Erkrankung kann der Betroffene seine Lage oft nicht angemessen einschätzen, und so kommt es meist zu einer Anhäufung von Problemen. Viele Patienten versuchen, solange ohne fremde Hilfe zurecht zu kommen, bis sich unbezahlte Rechnungen oder auch unerledigte Formulare anhäufen und sie schliesslich den Überblick verlieren.



Der erste Schritt besteht darin, im Aufnahmegespräch die Lage genau zu prüfen, die Fakten zu ordnen. Es kann sich um ein reales Problem handeln oder aber auch darum, dass sich jemand übermässige und offensichtlich unbegründete Sorgen macht. Manche Patienten haben schlaflose Nächte, sie glauben, zu verarmen, was aber die Folge einer Erkrankung ist. Gar nicht so selten kommt es aber auch vor, dass jemand glaubt, ihm täte ein neues Auto gut, und er bestellt es, obwohl die Finanzierbarkeit offensichtlich auf tönernen Füssen steht. Auch das kann krankheitsbedingt im Rahmen einer Manie etwa geschehen.

Im gemeinsamen Gespräch mit den Patienten gehen wir der Sache auf den Grund. Es wird ein Haushaltsplan entworfen, der alle regelmäßigen und unregelmäßigen Einnahmen und Ausgaben enthält. Dabei muss auch auf zusätzliche Ausgaben wie „Konfirmation eines Kindes“ oder „die eigene Silberhochzeit“ achtgegeben werden. Dies sind wichtige Ereignisse, die man nicht einfach unbeachtet lassen kann. Unsere Arbeit verstehen wir als Hilfe zur Selbsthilfe. Ohne Patientenmitarbeit ist das nicht zu machen.

Wie steht es mit den Einnahmen? Wie viel Krankengeld gibt es?

Dauert die Krankheit länger als 6 Wochen, müssen Formulare ausgefüllt werden, es muss ein Antrag gestellt werden, um Krankengeld zu erhalten. Üblicherweise bekommt man die Vordrucke zugeschickt. Das läuft nicht immer reibungslos, denn auch die Computer der Krankenkassen sind nicht immer auf dem aktuellen Stand. Kommt es hier zu Verzögerungen, muss nachgefragt werden, eventuell telefonisch. Die Unterlagen erhält dann der Patient, in Ausnahmefällen gehen sie direkt an uns, oder in dringenden Notfällen fordern wir sie auch



per Fax an. Schon einfache Fragen zu beantworten, fällt dem Patienten manchmal schwer. Gemeinsam geht es viel einfacher. Nicht immer klappt es dann mit einer baldigen Auszahlung. Oft hat der Arbeitgeber den aktuellen Einkommensnachweis nicht rechtzeitig erbracht. Hier persönlich nachzufragen, stellt für manche Patienten oft eine schier unüberwindliche Hürde dar, denn auch Scham kann ein Hemmnis sein. In besonders schwierigen Fällen schalten wir dann die Krankenkasse ein, die dann direkt nachforscht und die Daten einfordert.

Patienten, die schon für die gleiche Krankheit über einen Zeitraum von 78 Wochen Krankengeld erhalten haben, werden „ausgesteuert". Der Patient erhält in der Regel frühzeitig schriftlich Bescheid von seiner Krankenkasse. Meist steht er dann erschrocken am nächsten Tag vor meiner Tür und fragt nach, was denn nun los ist. Gemeinsam mit dem Arzt wird die weitere Perspektive besprochen. Ist absehbar, dass die Erkrankung noch länger besteht, kann er beim Arbeitsamt Arbeitslosengeld nach Paragraph 125 beantragen. Dort wird der Anspruch geprüft.

Arbeiten….. das geht nie wieder??

Patienten sind gerade in einem akuten Stadium der Krankheit sehr besorgt, wie es beruflich und finanziell weiter geht. Besonders, wenn sie sehr genau spüren, dass ihre Leistungsfähigkeit erheblich herabgesetzt ist, glauben sie, dass dieser Zustand von Dauer ist. Das Selbstbewusstsein leidet so stark darunter, dass sie sich nichts mehr zutrauen, kaum noch Hoffnung haben. Die Gedanken kreisen dann ausschliesslich darum, die Zweifel nehmen zu, und sie befürchten, dass kein Arbeitgeber sie mehr einstellen wird oder ihr vorhandener Arbeitgeber sie sofort entlässt, wenn sie wieder an ihrer Arbeitsstelle erscheinen.

So entsteht ein erheblicher, seelischer Druck, möglichst sofort die Leistung, die sie in gesunden Zeiten erbracht haben, möglichst in den nächsten Tagen wieder zu bringen. Entmutigend ist, wenn sie feststellen, dass einfache Dinge, die sie früher mit "links" erledigt haben, ihnen jetzt ungeheuer schwer fallen. Sie messen sich oft sehr streng daran, ob sie Verrichtungen des täglichen Lebens noch genauso gut erledigen können wie in guten Zeiten. So kann es z.B. wichtig sein, ob sie z.B. ihren Einkaufszettel für ihren Haushalt noch auswendig wissen.

Das größte Problem ist die Ungeduld, denn gerade den Patienten, die schon längere Zeit stationär behandelt wurden, fällt es sehr schwer, die notwendige Zeit für die Genesung zu akzeptieren. Oft stehen sie bereits am ersten Tag der tagesklinischen Behandlung vor meiner Tür und wollen über ein Praktikum oder über den Wiedereinstieg in die Arbeit besprechen. Dabei haben sie noch an keiner Therapie teilgenommen. Oft kommt der Druck aber auch von den Angehörigen, denen es sehr schwer fällt, zu verstehen, warum es nicht voran geht.

So kommt also neben der Sorge um das Geld zusätzlich die Sorge um die berufliche Zukunft. Man kann sich vorstellen, dass dies nicht gerade der Gesundung zuträglich ist. Unsere Aufgabe besteht darin, zu unterstützen, zu ermutigen, zu klären und auch übertriebenen Ehrgeiz zu bremsen. Im Rahmen der tagesklinischen Therapien kann die Leistungsfähigkeit gefördert und realistisch eingeschätzt werden. Die Angebote können dann so kombiniert werden, dass eine Belastungssteigerung möglich ist. Im ausserklinischen Bereich bieten wir als nächsten Schritt im Rahmen von Belastungserprobungen die Prüfung von Leistungs-, Konzentrations- und Durchhaltevermögen unter realen Arbeitsbedingungen an. Die sogenannte Belastungserprobung (so genannt nach dem SGB V § 42) wird auch oft als Praktikum bezeichnet. Unter diesem Begriff kann sich jeder etwas vorstellen, und es klingt für den Patienten dann eher wie ein Teil des Arbeitslebens als ein Teil der psychiatrischen Behandlung. Diese Belastungserprobungen werden in ganz unterschiedlichen Unternehmen mit auf den Patienten abgestimmten Tätigkeiten und Berufen absolviert.

Die Tätigkeit beginnt oft mit 2-3 Stunden täglich und kann für kurze Zeit auf 8 Stunden täglich gesteigert werden. Der Patient merkt es oft selbst, wie belastbar er in dieser Situation ist. Neben der Belastungserprobung kann er die Tagesklinik besuchen, und dort wird regelmäßig der Therapiefortschritt besprochen. Das stärkt sehr das Selbstbewusstsein und hilft, den Glauben an die eigenen Fähigkeiten wieder zu gewinnen.

Oft kommt nach der Belastungserprobung die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben oder die Wiederaufnahme der eigenen Arbeit, sofern der Patient in einem Arbeitsverhältnis steht. Dies gelingt gar nicht so selten.

Eine Gruppentherapiestunde

Halt – bitte nicht weiter lesen!

Der folgende Text ist nur für Eingeweihte, für Menschen also, die die Situation, die er beschreibt, aus eigener Anschauung kennen, aus der Patientenperspektive oder aus der Therapeutenperspektive. So ist dieser Text subjektiv, er ist keiner Theorie verpflichtet, sondern er beschreibt die in vielen Berufsjahren gesammelte Erfahrung in einer bestimmten Situation aus der Therapeutenperspektive.

Was uns bei diesem Buch und auch bei diesem Text am Herzen liegt, ist, die Atmosphäre darzustellen, in der sich ein therapeutischer Veränderungsprozess vollzieht, den Umgang miteinander also, denn der ist das tragende Element des Ganzen. Und so handelt es sich hier nur um eine Facette eines komplizierten Vorganges, der diejenigen, die doch trotz Warnung bis hierhin weiter gelesen haben, mindestens neugierig machen soll, einladen soll, sich ohne Vorbehalte damit auseinanderzusetzen, denn er bietet einen Blick hinter die Kulissen, macht es möglich, ganz dicht dabei zu sein.



Eine Gruppenpsychotherapiestunde

Schwer brütet das Schweigen in der Runde, wenn alle zum Spiel aufgestellt zögernd die Aufgabe ins Auge fassen, vorsichtig den Blick senken und von ganzem Herzen woanders wären, vielleicht einfach nur fort. Bewegungen vollziehen sich in Zeitlupe, selbst das Räuspern erklingt verhaltener, so als suche man schnell wieder Deckung im Schweigen. Die Augen wandern zu imaginären Punkten in irgendeiner Ecke des Raumes, halten sich dort fest, gleiten wieder ab und hoffen, dass das Ungewitter diesmal vorüber zieht.

Vor der im Kreis sitzenden Gruppe sucht sich der Therapeut dem verführerischen Schweigen zu entziehen, das bereits leise begonnen hat, ihn zu durchdringen. Seine Gedanken schweifen auf einmal planlos hin und her, eine Stimme scheint ihm vertraulich zuzuflüstern „lass gut sein, lass uns träumen“, die Augenlieder werden von der Schwerkraft mächtig gefordert, der Blick verlässt den Raum und findet im Garten viele ansprechende Dinge, deren ausgiebige Betrachtung das Verweilen lohnt.

Blitzartig durchfährt es ihn, schüttelt die Lähmung aus den Gliedern, richtet die Augen, öffnet die Sinne und mit einem Mal ist die ganze Kraft der Aufmerksamkeit in jedem Punkt des Raumes gleichermassen gegenwärtig, die Runde verharrt einen Moment angespannt, bis sie sich in das Unvermeidliche ergibt. Der Anpfiff ertönt und der Ball wird gespielt. Eine freundlich belanglose Frage wird in den Raum geschlagen, dankbar aufgegriffen, Lachen durchbricht die Spannung, der Pass findet einen Anspielpartner, und schon kommt Bewegung in die Runde. Der Gegner ist nicht untätig, stört immer wieder den Spielaufbau, der Konzentrationsfaden reißt und der Ball geht ins Aus. Mühsam nimmt nach Einwurf über zwei, drei Stationen das Spiel wieder Fahrt auf, und es gelingt eine wunderbare Aktion im Strafraum, die beflügelnd zu neuen Leistungen den Schwung bereitet.

Zweikämpfe gehen verloren, mutig nimmt die Mannschaft immer wieder von neuem Anlauf, vom Spielführer ermuntert und gelockt, ihre Möglichkeiten entdeckend, gelingen schöne Kombinationen. So geht es mal vor, mal zurück, kein Gedanke mehr wird an Zweifel vergeudet, Aktion ist gefordert. So entdeckt mancher ganz ungeahnte Fähigkeiten, wenn er im richtigen Moment die Gelegenheit ergreift und den Spielzug vollendet.

In Windeseile verstreicht die Halbzeit, und wie aus einem Traum erwacht, sieht jeder nach der Uhr, wenn der Abpfiff ertönt.

Autorenliste

- Angelika Bessler
  Jahrgang 1953
  Dipl.-Psychologin

- Susanne Engelke
  Jahrgang 1977
  Psychologiestudentin

- Frank Oswald
  Jahrgang 1964
  Arzt in der Tagesklinik

- Dr. med. Friedhelm Röder
  Jahrgang 1953
  Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
  Oberarzt in der Tagesklinik

- Nedjma Schäfer
  Jahrgang 1962
  Bewegungs- und Tanztherapeutin
  in der Tagesklinik

- Jochen Schwemm
  Jahrgang 1972
  Dipl.-Kunsttherapeut

- Dr. phil. Falko Seegel
  Jahrgang 1960
  Psychol. Psychotherapeut, Dipl.-Psychologe

- Dipl.-Soz.-Päd. Ursula Voss
  Jahrgang 1952
  Klinische Sozialarbeiterin in der Tagesklinik

- Patientinnen und Patienten der Tagesklinik

Alle Fotos entstanden 2002 – 2004 im Kontext des Projektes „Berührende Psychiatrie“ in der Tagesklinik Bad Hersfeld. Ziel ist die ästhetisch ansprechende Darstellung des „Menschlichen“ in der Psychiatrie.
Idee, Fotos und Bearbeitung: Dr. Falko Seegel

Glossar

Agitiertheit	Zustand von ziellosem „Aufgedrehtsein“ im Rahmen einer Depression oder Manie, Erregung
akut	Symptome einer Erkrankung treten in voller Stärke auf
Alkoholkrankheit Alkoholabhängigkeit	ist eine fortschreitende Krankheit, in deren Verlauf sich die Beschaffung und der Konsum von Alkohol zum lebensbestimmenden Inhalt entwickelt. Typische Symptome sind der Zwang zum Konsum, fortschreitender Kontrollverlust, Vernachlässigung früherer Interessen zugunsten des Trinkens, Leugnen des Suchtverhaltens, Entzugserscheinungen bei Konsumreduktion, Nachweis einer Toleranz gegenüber Alkohol (Trinkfestigkeit) sowie die Veränderung der Persönlichkeit und erhebliche körperliche Schäden
analytisch	hier: tiefenpsychologische Therapieausrichtung, vergangene, unverarbeitete Konflikte bestimmen aktuelles Erleben und Verhalten
Antidepressivum	Medikament zur Behandlung von depressiven Erkrankungen
Biofeedback	körperliche Prozesse (Atmung, Puls, etc.) werden an einem Computerbildschirm sichtbar gemacht (Rückmeldung)
biologisch determinierter Prozess	willentlich nicht zu beeinflussender körperlicher Zustand (z.B. Fieber)
cCT	cranielles Computertomogramm, röntgenologische Schichtaufnahmen des Gehirns
CogPack®	Computerprogramm zum Training von kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, Konzentration, Koordination, Gedächtnis)
Dekompensation	akute, krisenhafte Zuspitzung o. Verschlechterung einer psychischen Krankheit o. Störung
Diabetes mellitus	ein erhöhter Blutzuckerspiegel (mellitus= lateinisch: von Mel= Honig, also mit viel Honig) aufgrund von Insulinmangel
Diagnose	Erkennung und Benennung einer Krankheit
Drogenscreening	Urin oder Blutuntersuchung zur Bestimmung von Drogenkonsum Drogen (Cannabis, Heroin, etc…)
Edukation	ausführliche Information über die Erkrankung
EEG (Elektroenzephalogramm)	Untersuchung der Hirnströme
EKG	Untersuchung der Herztätigkeit mit elektrischen Ableitungen
endogene Depression	depressive Krankheit
reaktive Depression	ausgelöste Depression
neurotische Depression	Depression als Reaktion auf einen unbewältigten Konflikt

Ergotherapie	handlungsorientierte Therapie, bei der das handwerkliche Gestalten mit verschiedenen Materialien im Vordergrund steht
Heterogenität	Vielgestaltigkeit
hochpotentes Neuroleptikum, Antipsychotikum	antipsychotisches Medikament. Ältere Medikamente (Neuroleptika) können sogenannte extrapyramidale Nebenwirkungen, wie z. B. allgemeine Steifigkeit, Steifigkeit des Gangbildes hervorrufen.
Hypnose	Menschen werden in einen veränderten Bewusstseinszustand versetzt, in dem verdrängte Konflikte eher zugänglich sind
indikationsspezifisch	eine Behandlung, die speziell auf eine bestimmte Erkrankung abgestimmt ist
komplementäre Einrichtungen	Einrichtungen, die die Behandlung ergänzen, bzw. sich daran anschließen, z.B. eine Tagesstätte, Werkstatt f. psychisch Kranke etc.
Konsiliaruntersuchung	ein Arzt eines anderen Fachgebietes wird hinzugezogen
Krankheitsschub	ein erneutes Auftreten von Krankheitszeichen nach einer mehr oder weniger langen Pause. Die Krankheit ist dabei immer im Hintergrund vorhanden
Krisenintervention	Unterstützung einer Person bei Dekompensationen
leistungshomogen	Leistungen in verschiedenen Bereichen zeigen ein ähnliches oder gleiches Niveau
manisch-depressive Erkrankungen	affektive Erkrankungen, wo nacheinander, manchmal auch gleichzeitíg, depressive (gedrückt und antriebsarm) und manische (überaktiv und realitätsunangemessene) Phasen auftreten, auch bipolare Psychose genannt
Medikamentenspiegel	die Konzentration eines Medikamentes im Blut
Morgentief	typisches Symptom einer endogenen Depression: Antriebslosigkeit und körperlich-seelische Hemmung am Morgen, Besserung im Tagesverlauf
Neuroleptikum	antipsychotisch wirksames Medikament
Neurose	psychische Störung mit Angst und Vermeidungsverhalten als Leitsymptome, aufgrund von traumatischen Erlebnissen oder unverarbeiteten Konflikten
Neurotransmitter	Botenstoffe, die elektrochemisch Informationen zwischen Nervenzellen übertragen
niederfrequente ambulante Behandlung	Termine finden in recht großem zeitlichen Abstand statt (niedrige Frequenz).
Persönlichkeitsstörung	dauerhafte und im Lauf des Lebens erworbene (Charakter)-Eigenschaft, unter der man selbst und/oder andere leiden

Phobie	extreme Angst vor konkreten Objekten (Spinnen) oder Situationen (Fahrstuhlfahren)
Prophylaxe	Vorbeugung, auch Medikamente, die längerfristig eingesetzt werden, um das erneute Auftreten einer psychischen Erkrankung zu verhindern oder die Ausprägung abzuschwächen
Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)	seit dem 18. Dezember 1990 bundesweit gültige Rechtsgrundlage für die angemessene Personalausstattung in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen, die eine Versorgungsverpflichtung haben
psychiatrisches Setting	Umstände, die sowohl die Rahmenbedingungen für eine psychiatrische Behandlung darstellen, als auch ihre Art und Weise mit bestimmen.
psychomotorische Hemmung	die Unfähigkeit zur willentlichen Aktivität; Gefühl, alles liegt wie eine unüberwindliche Hürde vor einem
Psychopharmaka	Oberbegriff für alle Medikamente, die auf das zentrale Nervensystem einwirken (darunter fallen z.B. Antidepressiva)
Psychopharmakotherapie	Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung mit Hilfe bestimmter Medikamente, die z. B. gestörtes Denken, bzw. verzerrte Wahrnehmung, fehlenden Antrieb und gedrückte Stimmung bessern können
Psychose	psychische Erkrankung mit einem Ausmaß der Veränderungen der seelischen Funktionen, die für Gesunde nicht mehr psychologisch verstehbar bzw. einfühlbar ist
Rehabilitationsklinik	Einrichtung, in der Menschen mit akuten oder chronischen Erkrankungen so behandelt und gefördert werden, dass sie wieder ihren Arbeitsplatz zurückkehren oder in einen anderen Beruf einsteigen können
Reflektionsphasen	Zeiten, in denen man über Geschehenes nachdenkt und ggf. Zusammenhänge herstellt
rigide Verhaltensgewohnheiten	Gewohnheiten, die unabhängig von Umständen für den Betroffenen immer nach demselben Muster ablaufen müssen
schizoaffektive Erkrankung	psychische Erkrankung, bei der zusätzlich zu Symptomen einer affektiven Störung wie Depression oder Manie, Symptome wie Wahn oder Halluzinationen auftreten - der Verlauf kann affektiv betont, phasisch (in wechselnden, ausheilenden Episoden) oder aber chronifizierend, mit eher schizophrenen Merkmalen und mit einem Residualsyndrom (d.h. einer anhaltenden Beeinträchtigung) verlaufen

Schizophrenie	schwere psychische Erkrankung mit Veränderungen der Persönlichkeit, der Gefühle, des Denkens und der Wahrnehmung
Synapse	der Teil der Nervenzelle, die den Kontakt zu anderen Nervenzellen herstellt
Supervision	interkollegialer Austausch im Hinblick auf bestimmte Erkrankungen, Umgang mit Patienten und Problemen im Verlauf von Behandlungen
Tagesklinik	teilstationäre Behandlung während der der Patient zu Hause wohnt und nur zur Behandlung erscheint, die meist den gesamten Tag ausfüllt
Tranquilizer	schnell wirkende, beruhigende und angstlösende Psychopharmaka mit hohem Abhängigkeitspotenzial
vegetativ	das vegetative Nervensystem betreffend, das ohne bewusstes Zutun die wichtigen Organfunktionen steuert.
Vulnerabilität	Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen
zykloide Psychose	Form der Psychose mit raschem, heftigem Beginn und nachfolgendem, vollständigem Abklingen der Symptome und beschwerdefreien Zeiten zwischen den Erkrankungsphasen





Klinikum Bad Hersfeld

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tagesklinik
Seilerweg 29 · 36251 Bad Hersfeld
Telefon 0 66 21 / 88-2078 · Fax 0 66 21 / 88-2075
www.klinikum-hef.de · E-Mail: psychiatrie-tagesklinik@klinikum-hef.de