

**Psychiatrie-Praktikum Hannover (MHH) im Rahmen der Ex-In-Ausbildung
"Experienced Involvement" Berlin
auf der Station 50a vom 20.-24.10.08**

Beschreibung und Charakterisierung des Erlebten/Erfahrenen mit dem Versuch einer
Einschätzung mit Ausblick als "Feedback" für das Team der Station 50 a

Liebe Mitarbeiter der Station 50a,

lange hat dieser von Euch gewünschte Bericht von mir auf sich warten lassen. Teils gehört diese Art der Verzögerung, ich nenne sie "Tiefenreflektion", zu meinem Wesen, teils ist sie den Umständen der letzten Wochen und Monate geschuldet. Wir sind im vergangenen Dezember umgezogen.

Es ist nicht einfach, dieser Aufgabe einer angemessenen Rückmeldung gerecht zu werden. Sie soll ja nicht bewertend ausfallen. Auch nicht von oben herab, sondern eher teilnehmend und auf Augenhöhe. Das sind interessanterweise wieder dieselben Kriterien, die auch für die Soteria-Begleitung entscheidend, bestimmend sein sollten. Ich werde mich zur Annäherung an diese Aufgabe zunächst in der Beschreibung und Charakterisierung des von mir Wahrgenommenen und Erlebten üben, um dann zu einer Art Einschätzung zu gelangen. Hierbei eignet sich eine gewisse Orientierung an dem Tages- und Wochenplan, so wie ich ihn mitverfolgt habe.

Zur Einleitung

Ich habe ein Team gesehen und erlebt, das offenbar als einziges in einem großen medizinischen Komplex neben einer Reihe herkömmlicher psychiatrischer Stationen seit vielen Jahren darum ringt, seinen eigenen Weg zu gehen, um eine menschen- und krisengemäßigere Art der Begleitung und Behandlung zu finden und umzusetzen. Orientierung ist dabei insbesondere die Soteria-Idee.

Die Personalausstattung zu dieser Aufgabe ist erschreckend gering. Zwei Vollkräfte pro Schicht auf ca. 15 Patienten reichen m.E. gerade zum üblichen "Verwahren" aus.

Wie also mit diesen Ressourcen eine heilsame Atmosphäre und Begleitung gewährleisten?!

Ich habe die Station durch eine offene Tür betreten dürfen, die auch die ganze Woche über offen blieb, obwohl sich Menschen mit Unterbringungsbeschuß hier aufhielten. Ich habe keine Fixierung oder andere Form der Gewaltanwendung an als "psychotisch" eingestufte Menschen, auch nicht in Ansätzen (wie Androhungen), miterlebt. Das Team ist zudem geübt im Deeskalationstraining und strahlt auch eine entsprechende Haltung aus. Diese kann mit der offenen Tür zusammen schon präventiv wirken, so dass es müßig ist, die Frage zu stellen, ob es so harmonisch zugeht, weil keine "brisanten Fälle" anzutreffen waren, oder diese sich leicht entschärfen in dieser Atmosphäre. Das wären interessante und wichtige Fragen einer tiefergehenden Befragung und Auswertung.

Da diese Station aber genauso Aufnahmecharakter trägt wie alle anderen im Haus, ließe sich eine klare Feststellung treffen; und sie ist, den vernommenen Anmerkungen zufolge, wahrscheinlich auch längst getroffen worden, nehme ich an.

Die Frühstücksrunde:

Gleich zu Beginn habe ich das gemeinsame Frühstück um einen reich und sorgsam gedeckten Tisch genossen. Die Einladung der Patienten zur Mitgestaltung am Stationsalltag habe ich dabei als sehr sinnvoll erlebt.

Gemeinsame Mahlzeiten verbinden auf einer speziellen Ebene, ganz anders als bei einer therapeutischen Beziehung. "Liebe geht (ja auch) über den Magen", sagt ein deutsches Sprichwort. Es stärkt den Zusammenhalt über Rollen- und Berufszugehörigkeiten hinaus, so dass die einzelnen therapeutischen Beziehungen sich daraufhin vielleicht erst besser entwickeln können. Ich denke, dass zeigen auch Erfahrungen aus verschiedenen therapeutischen Gemeinschaften. Das Gefühl, trotz unterschiedlicher Funktionen und Erlebnisweisen einen gemeinsamen Alltag zu teilen, ist wichtig. Doch beim Behandelten, dem Patienten entsteht dieses Gefühl nicht so einfach. Zumal sich die verschiedenen Disziplinen darin uneinig sind, wie stark "zu Hause" sich Patienten, unbesehen ihrer Symptomatik, in einer Klinik fühlen sollten. Dass das Angenommen-Sein (s. Gastfreundschaft, IAS-Tagung Hannover) dabei eine fundamentale Basis neben bzw. unter aller Professionalität darstellt, wird oft vergessen oder verdrängt. Der Begriff "Aufnahme" trägt da nicht mehr viel von diesem Charakter. Leider waren bei den Mahlzeiten die Therapeuten in der Regel nicht anwesend. Ob dies der allgemeinen Arbeitsüberlastung zu schulden oder aber eher Ausdruck einer Tabuwahrung ist, wage ich nicht zu beurteilen. Ein klares Bewusstsein für diese Fragestellung erscheint mir aber wichtig, da insbesondere beim gemeinsamen (Kochen und) Essen der "Soteria-Geist" auf natürliche Weise belebt werden kann; das sind Erfahrungen (nicht nur) aus der Berliner Krisenpension.

Die Morgenrunde:

Eine sinnvolle Einrichtung und gute Möglichkeit, sich zu äußern, zu entlasten und auch am Leben der Anderen teilzunehmen.

Die Bedürfnisse, Wünsche, Ängste wie Befürchtungen können Raum haben und können im Feld der Gruppe bewegt werden. Natürliche und spontane therapeutische Effekte können sich einstellen, wenn eine Atmosphäre von Offenheit und Zugewandtheit hergestellt werden kann. Dazu trägt die Offenheit des Personals maßgeblich bei. Dies konnte ich besonders bei Mitarbeitern des Pflegepersonals wahrnehmen. Die Empathiefähigkeit ist ausgeprägt. Hier waren es wiederum die Angehörigen der therapeutischen Berufe, die sich für meinen Geschmack zu sehr "bedeckt" hielten. Sei es vor dem Hintergrund einer "therapeutischen Distanz" oder einem anderen Beweggrund; eine kurze Angabe des derzeitigen Befindens oder einer unverfänglichen Wochenende-Aktivität wäre m.E. nicht zu viel verlangt (gewesen).

Diese schon einmal geübte Transparenz sei wieder eingeschlafen, erfuhr ich von Mitarbeitern des Pflegeteams. Das ist sehr schade. Auch hier wäre es gut und wichtig zu wissen, vor welchem Hintergrund dies sich so verhielt.

Wir Patienten haben ein feines Gespür für Gleichgewichte und deren Verschiebungen. Vielleicht, weil wir selbst aus ihm geraten sind und um eine neue Balance ringen. Da ist es gut, wenn das, was von uns gewünscht oder erwartet wird, nämlich insbesondere Offenheit und Ehrlichkeit, von Anderen (unseren Therapeuten) in Ansätzen auch

vorgelebt wird. Dies dient schon zur Orientierung und Ermutigung in ausweglos erscheinenden (Lebens)Situationen (s. Lernen am Model).

Als sehr positiv habe ich das Eingehen (Oberarzt) auf Traumsequenzen einer als psychotisch eingestuften Patientin erlebt. Hier wurde das herkömmliche Tabu, nicht auf Inhalte des veränderten Erlebens einzugehen, fruchtbar durchbrochen. Gleichzeitig ist hier nicht pathologisiert worden, sondern das Traumerleben als natürliches Medium zur Zustands- oder Standortbeschreibung aufgefasst worden.

Die Nachbesprechung:

In der Nachbesprechung der bzw. "über die Patienten" fand ich mich in einem geschlossenen Stationszimmer wieder. Währenddessen wurden zwar durch die "Glasfront" trotz Besprechung (oder gerade wegen ihr?) von außen anbrandenden Bedürfnisse der Patienten kurz entgegengenommen; deren Aufschub bis zum Besprechungsende war aber erwünscht und wurde (wenn auch z.T. nonverbal)vermittelt.

Es war aber für mich eine starke, unangemessene Trennung von (dr)außen und (dr)innen spürbar. Dies, wie wenn über geheime oder sehr private Dinge verhandelt würde, die die Patienten nichts angingen. Nur, diese Dinge betrafen hier gerade das Innere (auch Innerstes) der Anvertrauten.

In der Folge hörte ich dann auch im bekannten Stil über die Patienten und deren Befinden und Verhalten beratschlagen. Diagnosen und andere Bewertungen kamen vor und schienen wie im herkömmlichen Betrieb eine Grundlage oder Konsens der Diskussion zu gewährleisten. Dadurch war der sofortigen Interpretation und Deutung des Wahrgenommenen die Tür geöffnet. Eigenes, zumal kritisches Erleben und damit verbundene Fragen im Umgang mit den Patienten klangen mitunter zwischen den Zeilen an, wurden aber zurückgestellt bzw. schienen nicht unbedingt willkommen zu sein als Spiegel oder Instrument der Begleitung. Eine Vertagung der "Spitzen" des Erlebens schien daher für die Supervision bestimmt, wo diese "Störung" des Ablaufes besser aufgehoben schien.

Glücklicherweise hat ein Mitarbeiter diese Tendenz zur "Bewertung" von Menschen wie deren Verhaltens angemahnt, die übrigens auch leicht in vorschnellen medizinischen Termini als Zuschreibungen getarnt sein kann und dann als solche nicht mehr erkennbar ist.

Die Nachbereitung könnte m.E. auch mit den Patienten oder innerhalb der Stationsrunde schon mit diesen geschehen. Dieses Vorgehen des "Tratschens" (reflecting team) vor den Patienten im finnischen Stil, um dabei wichtige Facetten des Erlebens wie "nebenbei" anzubieten, wurde ja auch auf der IAS-Tagung mit Erfolg propagiert und könnte vielleicht auf Gruppenniveau befördert werden. Dies auch wieder zum Schutz des einzelnen vor der übergroßen Deutungsmacht des Systems. Eine Mehrstimmigkeit im Sinne der Vielfalt und Komplexität als Spiegel anstelle von "Stimmenwirrwarr im Deutungsmonopol" wäre ein Gegenentwurf zum bisherigen Vorgehen.

Zumindest müsste klar abgewogen werden, welchen Vorteil das Vorenthalten sowie Vorfiltern von Informationen und Emotionen in der geschlossenen Stationsrunde gegenüber dem ausgrenzenden und entmündigenden Geheimhalten deren gegenüber den Patienten bringt. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass wir als Patienten uns mehr, evtl. auch sog. "psychotische" Phantasien machen, wenn derart ge- und

verhandelt wird und dies dann auch noch zu unserem Vorteil ausgelegt wird. Wir ahnen ja sowieso, was geschieht und wer welche Urteile mit welchen Folgen über uns fällt. Da wäre es schon besser, auch um den Preis einer etwaigen Überforderung (sie wäre dann zu thematisieren), die Sachverhalte wie Emotionen mit uns gemeinsam zu teilen/klären. Das wäre Transparenz im besten Sinne und sie käme allen Beteiligten wieder zugute. Ich glaube dies sogar über Diagnoseentitäten und -grenzen hinweg formulieren zu können/dürfen.

Lasst es mich positiv ausdrücken: Ihr habt es, zum Segen aller, geschafft, die "äußere Tür" zu öffnen und offenzuhalten. Nun käme m. E. die "innere Tür" als nächstes organisches Ziel in Betracht. Ich meine hiermit nochmals den abgeschlossenen "Deutungs- und Verhandlungsraum", in dem "über Patienten" gesprochen und entschieden wird. Dieser wird z.T. durch diese "Glassituation" manifestiert, spielt sich aber im Wesentlichen im Habitus und Vorstellungsleben der Behandler selbst ab. Therapeutische Distanz und die Furcht vor dem Ausgeliefertsein, einem Macht- und Handlungsverlust sowie Burnout erschweren natürlicherweise die Öffnung dieser inneren Tür und halten das damit verbundene Tabu aufrecht.

Dieses "Nichts über uns ohne uns", wie es im Jargon einer "anti-psychiatrischen" Bewegung heißt, muss erst einmal als Bedrohung des bisher Gelernten und Eingeübten erscheinen und würde die Handlungslegitimation und damit den Stationsalltag gefährden bzw. (erst einmal) in Frage stellen. Dies aber nur solange, bis geeignetere Formen und Gewohnheiten der Begleitung, Verständigung wie auch nicht zuletzt der Dokumentation sich ausbilden.

Ich denke, dies alles ist nur folgerichtig, bedarf aber auch neuer Anstrengungen und Verhandlungen. Doch damit werdet Ihr wiederum wachsen, während sich Euer Prozess bei den Euch Anvertrauten positiv niederschlagen (eben gerade nicht de-pressiv) wird.

Gemeinsame Supervision ?

Wunderbar, dass Euch die Möglichkeit offensteht, als Team stetig im Supervisionsprozeß zu stehen. Und Ihr macht Gebrauch davon. Ich denke, das benötigt Ihr auch für Euren anspruchsvollen Weg. Denn gerade, wenn man die herkömmlichen Strukturen verlässt bzw. verlassen möchte, können Spaltungs-, Überforderungs-, Erschöpfungs- und andere Tendenzen sich machtvoll zeigen, bevor sie gewinnbringend transformiert sein werden. Dies wieder z.T. meine eigenen schmerzvollen Erfahrungen im Umgang mit Reformen in diesem Bereich. Gerade deshalb habe ich mich gewundert, dass in der Supervisionsrunde nur Mitarbeiter des Pflorgeteams anwesend waren. Waren es wirklich zeitliche oder andere Engpässe, die ein Zusammengehen verhindert haben (zumindest am Mi, dem 22.10.09)?! Eine Schwesternschülerin und ich waren ja in dieser Zeit anwesend, um Euch allen den Rücken freizuhalten. Es war m.E. machbar, die Situation war gerade überschaubar.

Ich betone diesen Sachverhalt nochmals. Denn ich bin Zeuge geworden von einem wunderbaren Angleichungsprozeß zwischen Pflege- und Therapeuten-Personal.

Ein Angleichungsprozeß:

Auszug hierzu aus dem Praktikumsbericht:

Das Pflegepersonal bewegt sich quasi auf Augenhöhe mit dem Therapeutenpersonal. Es bestimmt neben vielen Abläufen auch über den Sinn und die Dosis der verabreichten Medikamente mit. Das ist auch sinnvoll, da es die Patienten die meiste Zeit begleitet und

im Stationsalltag "dabei-ist". Dabei hat es auch über die Jahre vergleichbares Wissen und einen kritischen Umgang damit erworben. Das Pflegepersonal ist "mündig" geworden. Und die Ärzte scheinen ihm dieses Wissen und den Umgang damit zuzugestehen.

Dies ist neben der Delegation von Aufgaben auch ein Vertrauensbeweis, während sich doch im juristischen Sinn bisher nichts geändert hat (vergl. England) und sich die Hierarchie weiterhin steil darstellt.

Mit dem Zuwachs an (Entscheidungs-) Macht ist neben der Selbstwirksamkeit auch das Selbstbewusstsein der Pflegekräfte gestiegen und trägt offenbar auch zu einer größeren Berufszufriedenheit bei (vergleichsweise niedrigerer Krankenstand bei gleichzeitig höherer Arbeitsbelastung). Dies könnte auch eine wirksame Prophylaxe gegen "Burnout" darstellen.

Auch in den Interventionen mache ich eine ähnliche Erfahrung. Die Pflegekräfte führen therapeutische Gespräche und differenzierte Kriseninterventionen durch, wie es im herkömmlichen Rahmen sonst nur ausgebildete Therapeuten (Ärzten, Psychologen) tun bzw. es nur diesen gestattet ist.

Aus dem Pflorgeteam sind echte Therapeuten geworden. Das ist auch gut so. Was ist dann die Zukunft der bisherigen Therapeuten? Nehmen sie dann eher Übersetzer- und Vermittlerfunktion ein? Wohin ? Katalysator ? Herr Erhardt aus Turin sprach auf der IAS Hannover von der zeitgemäßen Aufgabe der Ärzte, den "kulturellen Blickwinkel" zu erweitern. Was hieße dies im Zusammenhang mit "verändertem Erleben"? Könnte dies ein Hinweis auf transkulturelle Erfahrungen des "Anders- oder Verändertseins" sein. Hierbei stünden nicht die Defizite und Pathologie, sondern die Phänomene an sich im Vordergrund. Sie müssten im Lebens- und Kulturzusammenhang beleuchtet werden (s. a. spirituelle Krisen von Schamanen und modernen, sinnsuchenden Menschen, oder Auswirkungen von sog. "Flüchen" etc.)

Entscheidend scheint mir auch hier zu sein, dass dieser Angleichungsprozeß, wenn er denn von allen Beteiligten gewünscht wird, auch bewusst gehandhabt wird.

Es sollte über die empfundenen Vor- und Nachteile dieser (mitunter schleichenden) Gleichgewichtsveränderung m.E offen debattiert werden. Nur dann können die Ressourcen und der gegenseitige Respekt aus der neuartigen Situation entsprechend genutzt werden zum weiteren gemeinsamen Wachstum. Wenn aber ständig Ambivalenz vorherrscht: d.h. z.B. das Therapeutenpersonal ist entlastet, dass mehr Verantwortung an das Pflegepersonal delegiert werden kann, beklagt aber an anderer Stelle den Verlust an Führung und Einfluss; oder aber, das Pflegepersonal ist über ein Zuwachs an Autorität erfreut, möchte aber in speziellen Situationen die Verantwortung völlig abgeben, dann trägt das nicht zum gegenseitigen Unterstützen und Wachstum bei. Es scheint also in diesem gesamten Prozess um ein "Mündigwerden" verschiedener Parteien zu gehen. In erster Linie scheinen die Patienten und das Pflegepersonal die Gruppen in diesem kritischen Übergang zu sein. Es besteht insbesondere beim Pflegepersonal die Gefahr darin, dass nun die Begriffe der Therapeuten genauso abstrakt und machtvoll benutzt werden, um es ihnen in jeder Hinsicht gleich zu tun. Diese Tendenz ist auch in Selbsthilfegruppen gegeben, in denen sich zunehmende Professionalisierung darin zeigt, lediglich den Arzt oder Therapeuten zu erreichen oder ihn gar überholen zu wollen. Darin zeigt sich die Dynamik einer zuvor stigmatisierten oder minderprivilegierten Schicht. Im Rahmen des "Aufbegehrens" können wichtige Werte, die eigentlich das Wesentliche jeder Gruppe ausmachen, verloren gehen. Daher ist es wichtig zu wissen, was dieses Wesentliche jeweils ist, um es in die weitere

Professionalisierung organisch miteinzubinden.

Was die herkömmlichen Therapeuten betrifft, ist es noch etwas nebulös für mich. Könnte ebenfalls ein "Mündigwerden" darin bestehen, mehr aus dem Panzer der Bildung und Vorstellung herauszutreten bzw. diesen nach und nach abzulegen durch die Erfahrung, dass mehr unverstellte Anteilnahme möglich und nötig ist (s. Pflegepersonal), so dass Krankheitsbegriffe nur noch da Anwendung finden, wo sie weiterhin (noch) unumgänglich sind (Krankenkassen, Begutachtungen etc.)? Haben wir doch als Therapeuten unsere Begriffe und Vorstellungen nicht nur für die uns Anvertrauten gelernt, sondern auch gegen sie. Damit meine ich: unser Vorstellungsleben (incl. Pathopsychologie, Diagnosen und Therapieschemata) schützt uns zum großen Teil vor der Begegnung mit dem wirklichen Erleben (der Patienten, wie unserer eigenen Tiefe, s. Kontrollverlust, Irresein etc.). Meine Provokation lautet sogar: Diagnostik und Therapie stellen in der Regel zum allergrößten Teil Gegenübertragungsphänomene selbst dar. Sie sind natürlich unbewußt und halten sich beharrlich gerade und verständlicherweise dort, wo dieses Problembewusstsein fehlt. Auch scheinen sie eine bestimmte Aufgabe zu erfüllen: nämlich die Grenzen und Territorien abzustecken, um die eigene Position wie die des herrschenden Systems zu stabilisieren.

Hierzu nochmals eine provokante These aus meinem Praktikumsbericht:

Die Tatsache, dass Mitarbeiter von psychiatrischen Stationen(allg.) trotz täglichem Kontakt nichts Wesentliches über das sog. psychotische Erleben dazulernen, scheint mir ein Beweis dafür zu sein, dass dieses Erleben eine ganz bestimmte Funktion für sie erfüllt. Welche ?

Die eigene Realität kann machtvoll gegen diejenige der Betroffenen verteidigt werden, dies sogar durch den Helferauftrag legitimiert .Deren Realität ist fragiler, da veränderlicher bzw. dynamischer.

Berufserfahrung kann sich hierbei als nachteilig auswirken im Sinne einer Verfestigung von Haltungen und Dogmata, die im Gruppenkonsens (s.Denkkollektive bei Ludwik Fleck) nicht mehr reflektiert werden müssen. Die (unbewußte) Suche nach Bestätigung des zu Erwartenden (Symptomenorientiertheit, Unheilbarkeitsdogma) kann dabei auf beiden Seiten zur sich erfüllenden Prophezeiung werden.

Die "Psychotiker" übernehmen in diesem Geflecht offenbar die Funktion eines riesigen Verdrängungscontainers für Teile der Gesellschaft. Die bedrohlichen Inhalte sind dann gebannt und gebunden an eben diese 1-2 % der Menschen. Sie tragen stellvertretend die Konflikte für die anderen aus bzw. leiden unter diesen.

Gesprächsrunde mit 6 Patienten:

Herstellung einer vertrauensvollen Atmosphäre gelang. Ein Gruppenprozess, ähnlich einer Selbsthilfegruppe kam in Gang. Die Differenzierung zwischen Feedback, Hinweisen und Ratschlägen konnte veranschaulicht werden, so dass ein wirklich teilnehmender Umgang miteinander gelang und eine erbauliche Stimmung als Resultat entstand.

In der Nachbesprechung haben wir "psychotisches Erleben" unter Fragestellungen "Streich der Seele" oder "Aufbruch von etwas Unfassbarem (Unverarbeiteten)" thematisiert.

Erfahrungen aus der systemischen Therapie klangen in diesem Kontext an. Dort kann es auch zum stellvertretenden, nachträglichen Ausleben einer traumatischen Erfahrung

von Angehörigen kommen. Insbesondere die 3. Generation nach dem 2. Weltkrieg hat dafür offenbar eine gewisse Veranlagung/Begabung. Könnte "Psychose" in diesem Kontext eine andere Bedeutung erlangen? Evtl. als differenzierter "Hilferuf" oder gar "Heilungsversuch" einer alten Wunde ?

Damit verbunden wäre aber die Aufgabe und Herausforderung, die "Sprache der Psychose" ernst zu nehmen, sie zu erlernen und zu verstehen, um im Kontext dieser Dynamik mit dem Patienten und nicht gegen ihn zu handeln.

Dorothea Buck hat ja in diesem Zusammenhang auf die "Ähnlichkeit zwischen Traumerleben und Psychose" hingewiesen.

Wir alle träumen täglich bzw. nächtlich, doch haben wir alle ein unterschiedliches Verhältnis zu diesem (An)Teil von uns. Es kommt doch eher einer Kunst nahe, sich diesem Erleben zu nähern, es zu verstehen, ihm seine rechtmäßige Bedeutung im Bewusstsein zu geben. Das Unbewusste ist und sollte bekannter Stoff einer jeden psychologisch-psychiatrisch arbeitenden Einrichtung sein. Doch Bekanntes wird häufig nicht (wieder)erkannt (frei nach Hegel). Leider hat es sich in Bezug zu dem sog. "psychotischen Erleben" nicht (allgemein) durchsetzen können. Es galt als zu (brand)gefährlich und damit schon kontraproduktiv für die Behandlung/Begleitung, obwohl auch der traumatische Hintergrund von sog. "Psychosen" in sehr vielen Fällen als gesichert gilt.

Das ist sehr tragisch und sollte unbedingt nachgeholt werden.

Hier ein weiterer Auszug aus dem Praktikumsbericht zum Thema "Brandgefährlich":
So vermitteln wir den Patienten halbbewußt, dass dieser Teil) des Menschen (Psychose) "brandgefährlich" und dazu noch " sinnlos" (zufällige Entgleisung des Hirnstoffwechsels) ist , da wir ihn selbst noch nicht (bei uns) erforscht und verstanden haben. Da müssen wir ihn genauso verteufeln wie die Patienten, ja wir stecken sie geradezu dazu an, diesen vielleicht menschlich-natürlichen und kreativ-heilenden Prozess weiter zu verdrängen. Wir geben Tabletten und arbeiten Pläne und Regeln für sie aus, damit nur alles schön in (alter) Ordnung bleibt. Das ist Gegenübertragung im Geiste des Wohlmeinens. Klar, dass dann die Botschaften aus dem Untergrund bald immer radikaler ausfallen müssen. Nur, wir haben Ursache und Wirkung vertauscht. Wir ernten, was wir (und auch die bestehende Werte-Ordnung) gesät haben auf den Äckern unserer Patienten. Das ist schon sehr, sehr dramatisch. Das ist Wahnsinn pur!!! Dabei gibt es keine menschliche oder emotionale Katastrophe, der man nicht als Mensch gefahrlos begegnen kann (Jörg Dao, Emotional Clearing-EmC)). Eine aktuelle Studie, die sich mit dem „subjektiven Sinn von Psychosen“ auseinandersetzt, kann hier vielleicht weiterhelfen (Pilotstudie unter Prof. Dr. Thomas Bock, HH).

Zur Behandlung/Begleitung allgemein:

Es herrschte in der Regel ein kritischer Umgang mit Psychopharmaka auf allen Seiten, besonders aber auf Seiten des Pflegepersonals. Auch gab es im Team eine Bereitschaft für eine psychopharmakafreie Begleitung und gleichzeitige Offenheit für komplementärmedizinische Angebote (wie z.B. der chinesischen Medizin oder Homöopathie). Ich sah viele Verhandlungen um Bedarfsmedikationen. Dafür Angebote der Nähe und Kooperation. Ausgiebige Gesprächsangebote in allen erdenklichen Situationen, zu allen erdenklichen Zeiten. Die Kriseninterventionen schienen mir oft schulübergreifend, bedarfsorientiert, in hohem Maße von Erfahrung + Intuition begleitet.

Behutsames, geduldiges Eingehen und Empathie; Konsequenz und Konfliktbereitschaft, wo diese erforderlich war. Insgesamt eine gelungene "Patientenführung". Dieser kommt auch die Umgestaltung der Station zugute. Der "Freiraum" wie auch das Ambiente der Aufenthaltsräume, Flure etc. stärken sowohl das individuelle wie auch das gemeinschaftliche Wohl(befinden). Milieutherapeutische Einzel- wie Gruppen-Selbsthilfe-Prozesse (Peer) können sich wohltuend auswirken, während gleichzeitig das Team entlastet wird und die Zeit zur Reflektion nutzen kann. Das sind dann ergo- und ökonomische Gesichtspunkte, die eine andere Abhandlung verdienen (würden).

(Er)lebensnah auch die Angebote der Ergotherapie. Sowohl phantasievolle, strukturierende sowie gruppenanregende Angebote. Gute Kontaktfähigkeit. Auch weitere Angebote, soweit ich sie wahrnehmen konnte, des reichhaltigen Wochenplanes sind sehr förderlich in vielerlei Hinsicht. Z.B. der Tanzabend (mit Quiz). Eine Möglichkeit zur stationsübergreifenden Begegnung und Beziehungspflege. Ausdrucks- und Gestaltungsmöglichkeit im therapiefreien Raum. Gruppen-Ausflüge mit sozio-therapeutischem-Nebenbei-Effekt. Nicht zuletzt das gemeinsame Kaffeetrinken mit leckerem, zuvor Selbstgebackenem. Gelebte Offenheit und Toleranz durften wir als Familie am Abschiedstag erleben. Meine Frau (Schwarzafrikanerin) und Tochter (Säugling) wurden in den Nachmittagsstunden nicht nur auf Station geduldet, sondern liebevoll einbezogen, sowohl von Personal- wie von Patientenseite. Das gemeinsame Kaffeetrinken (an dem auch Angehörige und Ehemalige teilnehmen durften) bildete trotz der schwierigen persönlichen Begleitumstände („Wohnungsnot“) einen harmonischen Ausklang.

Das Team habe ich im Wesentlichen als gut verbunden und geeint erlebt. Teilweise konnte ich unausgesprochene interpersonelle Spannungen miterleben. Diese zeigten sich mir z.B. in der Art und Weise, wie der Arbeitsstil des Anderen, wenn er dem eigenen sehr widersprach, ein- bzw. herabgeschätzt wurde. Dies vor allem in Situationen, die aufgrund ihrer Angespanntheit einen offenen Austausch erforderlich gemacht hätten. Dies war aber nur vorübergehend, während ein grundlegender Respekt vor- und füreinander darunter deutlich wahrnehmbar war/blieb.

Erfrischend waren die Offenheit und das Interesse meinem Anliegen (EX-IN) sowie meiner offen dargelegten Patientenkarriere gegenüber. Ich fühlte mich willkommen, und es zeigte sich jeweils ein selbständiger und integrativer Geist in den persönlichen Gesprächen, so dass ich den Eindruck bekam, dass hier schulübergreifend gearbeitet wird und/oder das Gute und Nützliche aus allen Richtungen gesammelt, ausgetauscht und bewahrt wird. Das sind wiederum sehr wichtige Kriterien und Voraussetzungen für die Umsetzung und Weiterentwicklung einer soteria-orientierten Begleitung.

Was habe ich gelernt in diesem Praktikum?:

Es ist schwer, es unmittelbar und klar zu benennen. Außerdem war die Zeit vergleichsweise kurz, um tiefergehende Erfahrungen im Sinne des "erfahrungsorientierten Lernens" zu machen. Dafür hätte eine längere und verantwortliche Begleitung zumindest eines Menschen stattfinden müssen.

Es gab diese Erfahrungen dennoch im Ansatz. Sie haben im Wesentlichen meine Haltung und meinen Weg bestätigt. Zum fruchtbaren Austausch innerhalb der verschiedenen Gruppen hat, glaube ich, insbesondere mein Hintergrund (ehem. Psychiaterarzt

und Psychiatrie-Erfahrener), das offene Umgehen damit sowie die Existenz dieser neuartigen EX-IN-Ausbildung mit ihren vielfältigen und hoffnungsvollen Chancen beigetragen.

In erster Linie hat sich mein Problembewusstsein für den psychiatrischen Bereich erweitert in vielerlei Hinsicht. Nachdem ich zuvor zwei Jahre in einem alternativ-psychiatrischen Bereich mit ebenfalls soteriageprägtem Ansatz und dialogischer Besetzung gearbeitet habe, war diese Klinikvariante eine gute und sinnvolle Ergänzung. Beide Bereiche haben ihre besonderen Chancen, Schwierigkeiten und Fallstricke. Dieser Vergleich wäre m.E. auch eine gesonderte Ausführung wert. Ich habe viele nachahmenswerte wie auch einige kritische Situationen auf der Station 50 a kennengelernt. Die nachahmenswerten haben hierbei auf jeden Fall klar die Überhand vor den kritischen. Ich habe die letzteren ja im Wesentlichen oben zu beschreiben und zu charakterisieren versucht.

Das Positive lässt sich insofern schwerer beschreiben, als es insbesondere das Klima betrifft (s. IAS-Tagung; zum "Phänomen des Atmosphärischen"), die "gute Seele", den „ringenden Geist“ und die guten Gewohnheiten und menschlich(er)en Umgangsformen, die sich über die Jahre ausgeprägt haben. Vieles davon ist oben im sog. "Angleichungs-Prozess" genannt worden. Die geleistete Arbeit, der gegangene, oft steinige Weg, dahinter tritt häufig nur indirekt zutage. Es teilt sich einem zum großen Teil nonverbal mit. Es wird aber im Unterschied zu herkömmlichen Stationen deutlich, zumal viele von diesen, wenn sie denn keine bewusste Entscheidung treffen, offenbar in einem Rückschritt mit allen seinen Folgen begriffen sind.

Ich habe beide, sichtbare und fühlbare Konsequenzen Eurer Arbeit, erlebt und möchte Euch zu Eurem Weg gratulieren. Insbesondere vor dem Hintergrund dieses Kliniksettings verdient Euer Engagement ganz großen Respekt!

Ich bezweifle zutiefst, ob ich als Arzt in einem solchen Klinikbetrieb stark genug wäre, die Werte des Soteria-Ansatzes fruchtbar zu machen und diese durchzutragen mit allen Konsequenzen.

Um einen kleinen Ausblick oder Einschätzung zu wagen:

Wenn Ihr Euch an diese "innere Tür" macht, wie ich sie weiter oben beschrieben habe, werdet Ihr hoffentlich erleben, dass sie sich Euch selbst in ihrer eigenen Dynamik jeweils öffnen wird. Ihr habt, so meine ich, die besten Voraussetzungen dafür geschaffen, diesen nächsten, wenn auch sehr anspruchsvollen Schritt zu wagen. Ihr kennt Euch als Team lange und gut, so dass dieser Schritt Euer Vertrauen zueinander noch vertiefen kann/soll, um den genannten Spaltungs-, Irritations- und Erschöpfungstendenzen im Rahmen der Reformen tapfer begegnen zu können.

Im selben Maße, wie Ihr Euch selbst als Teil des Prozesses mehr wahrnehmen werdet im Spiegel Eurer Patienten und Euer äußeres Auge mehr phänomenologisch schauen lernt, werden die Zuschreibungen und der Umgang mit Fachbegriffen auf das notwendige Maß beschränkt werden. Gleichzeitig wird sich, so hoffe ich, dadurch insbesondere ein "verändertes Psychoseverständnis" zeigen (können). Es werden neuartige, intuitive, gefühlte Begriffe das Feld erobern, die insbesondere dazu angetan sein werden, die Beziehungen untereinander (besser) zu beschreiben. Und obwohl dies sehr subjektiv erscheint, kann es trotzdem dem Anspruch an professioneller akuter und gelebter Begleitung wie auch (Erfahrungs) Wissenschaft gerechtwerden, so meine ich. Und dieser Schritt wird, so hoffe ich, auch mit einer Unterstützung und Wertschätzung

im Außen beantwortet werden bzw. einhergehen:
mit eine Verstärkung Eurer personalen Ressourcen.

In der Berliner Krisenpension hatten wir es mit 40 Mitarbeitern in dieser Hinsicht schwerer. Es ist enorm wichtig, zu wissen, wie der andere tickt, was er in Notlagen braucht und wie wir uns überhaupt gegenseitig am besten unterstützen können in unserem offenen Lernprozess. Ein quasi-familiäres Team wie Ihr hat hier ganz andere Möglichkeiten, wahrscheinlich auch andere Schwierigkeiten.

Ich möchte Euch an dieser Stelle nochmals herzlich danken für diese Möglichkeit, meinen Erfahrungsraum teilnehmend bei Euch zu vergrößern und zu vertiefen. Vielleicht können wir ja die Chance nutzen, um im Rahmen der weiteren Reformen (so sie von allen gewünscht werden) unseren Austausch zu vermehren. Ein Jahresrhythmus z.B. würde sich hierfür m.E. gut eignen.

So, das soll als verzögertes, dafür ausführliches Feedback genügen.
Gerne stehe ich aber für Rückfragen zur Verfügung und freue mich auch über jegliche Anmerkungen zu meinem Bericht.

Mit herzlichen Grüßen aus Berlin

Dr. E.Christian Ahenkan