

THERAPIE
oder
LEBEN ?

Begegnungen in der akutpsychiatrie

Mondrian w. graf v. lüttichau

www.autonomie-und-chaos.de

Mondrian graf v. lüttichau - THERAPIE ODER LEBEN ?
www.autonomie-und-chaos.de

(Entstanden juni 1998 – juni 1999 in berlin)

Die namen von patientInnen und personal sind geändert!

© 2009 **VERLAG AUTONOMIE & CHAOS LEIPZIG**
Mondrian W. Graf v. Lüttichau

ISBN 978-3-923211-44-9

www.autonomie-und-chaos.de

Diese online-ausgabe kann für den eigengebrauch
kostenfrei heruntergeladen werden.

Gewidmet der Erinnerung an

SONJA GERSTNER

(1952-1971)

**Die Aktion heißt Liebe!
Ich bin revolutionär, nicht geistig gestört.
Ich bin opferbereit, nicht nervenkrank.**

(Krankenhaustagebuch 22. november 1970)

[Nach drei jahren heilpädagogischer enthospitalisierung bei langzeit-fehlplazierten, nominell „geistigbehinderten“ erwachsenen und auflösung der entsprechenden stationen bin ich als gestaltungstherapeut und soziotherapeut in der akutpsychiatrie gelandet. In der ersten zeit soll ich in der zentralen arbeitstherapie hospitieren..]

Anruf aus einer station: Eben sei bei denen einer aus dem fenster gesprungen, aus dem 4. stock, sie wissen nicht, wer es ist, - wer von ihnen denn jetzt bei uns in der arbeitstherapie sei?

Als wir über die kinder- und jugendpsychiatrie sprechen, gibt die therapeutin frau bauer zu verstehen, daß eigentlich oft die eltern in die psychiatrie gehörten; aber an die kommt man nicht ran. Daß es nicht selten eher drauf ankommt, die kinder vor den eltern zu schützen.

Wie schlimm es manchmal schon gewesen sei, wenn solche kinder dann wieder entlassen werden, - wenn sie sich verabschieden mußten von ihr..

In der geschlossenen station.. Eine 32jährige frau auf H-entzug.. viel nähe.. Diese hoffnungslose überstarke individualität , wie sie nicht untypisch ist für menschen, die dann dazu neigen, sich in heroin zu flüchten.. weil sie den weg in die mittelmäßige selbstentfremdung kategorisch verweigern!

Und ihre freundin, wieder ganz anders, aber auch bei der viel kraft der individualität – und hoffnungslosigkeit. Vermutlich hat sie nirgendwo mehr heimat als in der psychiatrie – und taucht schon allein deshalb immer wieder hier auf. „Seit dem 18. lebensjahr stammgast hier“, stellt sie sich vor.

Auch bei anderen patientInnen scheint die vertrautheit mit der station teil der identität geworden zu sein.

Hospitation in einer anderen geschlossenen station, mit der dort zuständigen therapeutin. Kaum erwähne ich meine guten erfahrungen mit frau bauer, warnt sie mich eindringlich vor ihr: Die sei falsch – die sei von der parteischule gekommen - - ! Was soll ich jetzt davon halten?

Langsam begreife ich, daß es witzlos ist, all diesen DDR-storys nachzugehen. Dauernd erlebe ich, wie jemand einen anderen mir gegenüber anschwärzt, „damals“ irgendwas schlimmes gewesen zu sein oder gemacht zu haben.

Verstehen, was da im einzelnen war, werde ich niemals. – Es gibt nur die chance, einfach alle leute ernstzunehmen und zu hoffen, daß im laufe des kontakts das authentische zutage tritt.

Verinnerlichte entfremdungsmomente „entlarven“ zu wollen, kann nicht funktionieren, denn es sind ja eben, da verinnerlicht, aspekte des selbstbilds, des selbstgefühls. Hilfreich ist allenfalls, freiraum zu schaffen, in dem unterdrückte authentische momente sacht hervorkommen können..

Im gespräch mit einer älteren krankenschwester. Es geht um ihren mann: „...Die denken ja sowieso, er hat was mit der stasi, aber er braucht seine gelenktasche, weil er diabetiker ist..“

„Wieso, stand die gelenktasche in schlechtem ruf in der DDR?“

„Ja, die stand in schlechtem ruf..!“

Das hilflose aufbegehren von patientInnen gegen die sinnlosigkeit der „beschäftigungs“-angebote.. Diese „therapien“ laufen und laufen und laufen, jahrzehnt um jahrzehnt, - zumindest so lange, wie therapeutInnen beschäftigt sind, die das (vor jahrzehnten) eben mal so und nicht anders gelernt haben.

Der stations- und therapiealltag ist ein räderwerk, da ist es schwer, eines der zahnräder separat auszutauschen.

Ein patient erbittet meine hilfe für etwas, was er selbst besser kann als ich. Als ich ihn drauf hinweise, erklärt er: „Ich hab hier jedenfalls das eine gelernt, - daß ich nichts alleine machen soll!“

In den pausengesprächen von kollegInnen (in der zentralen arbeitstherapie) spür ich das rigorose weben des geflechts aus privaten assoziationen, informationen, bestätigungen ihres alltags, - die gewalt, mit der sie an ihrer heilen welt bauen.. wozu wesentlich die abgrenzung von anderem gehört..

Ekstatisches verdichten des privatlebens, minuziös werden alle einzelheiten affektiv aufgeladen bis zur explosion – nein: implosion: denn alles leben geht „nach innen“ (ins private) - und wechselseitig bestätigt bei jeder gelegenheit. Dazu kommt oft eine starke neigung zum kontrollzwang, der sich verschieden äußern kann. Beispielsweise zweimaliges abschließen sämtlicher türen, auch der tür zum personalklo, und morgens ziehen sich manche therapeutInnen um von privat in „weiß“, zum mittagessen in der kantine vom „arbeits-weiß“ in (sauberes) „mittagessen-weiß“, danach wieder zurück. Wenn der wöchentliche speiseplan rauskommt, werden von manchen alle gerichte laut rezitiert und individuell kommentiert. Morgens werden nicht selten die heutigen alternativen nochmal gegeneinander abgewogen, und nach dem essen wird natürlich besprochen, wie’s geschmeckt hat und was daran auszusetzen bleibt. – Das ist wirklich so!

Eine junge frau kommt weinend in den therapieraum, malt weinend an ihrem gipsbild weiter, geht nach einer halben stunde weinend wieder raus (nachdem sie sorgsam aufgeräumt hat) – und schmeißt draußen bißchen geschirr durch die gegend. – Es ist ok so, ihr kommen und gehen, - das hab ich ihr heute gezeigt, ohne viel reden.

Als ich dem kollegen bayer erzähle, wie lobend ich mich der personalleiterin gegenüber geäußert habe über das akzeptiertwerden und den fachlichen austausch innerhalb der zentralen arbeitstherapie, platzt er förmlich vor begeisterung: „Das kommt uns zugute! Das kommt uns zugute!“

Weil ja angeblich andere therapeutInnen „per seilschaft“ engeren kontakt haben zu der für die arbeitstherapie zuständigen ärztin.

Das alte system der sozialen interaktion ist zerstört, jetzt existieren offenbar relikte davon unverbunden nebeneinander, unverbundbar mit den neu zu lernenden formen. Alles kämpft gegeneinander auch intrapsychisch – und natürlich äußert sich das im kampf aller individuen gegen alle – mit den in der DDR gelernten waffen.

Es ist alles eins, es gibt keine grundsätzlichen unterschiede in der bedürftigkeit der menschen, - weil wir alle gleichermaßen opfer derselben gesellschaftlichen entfremdung sind – und täter.

Heilpädagogik & therapie auf der grundlage der *Kritischen Theorie*, das wäre nötig !

DDR: vielfältig ineinander verflochten waren (oder sind) die beiden strukturellen prinzipien KONTROLLE und GEMEINSCHAFT. Vielfältig affektiv besetzt im bereich von offiziöser ideologie, individueller idealisierung und realer alltagserfahrung. Wer sollte diese (kollektive wie individuelle) sozialpsychologische dynamik jemals von außen nachvollziehen können?

..In hymnischer verklärung stellen zwei kollegInnen füreinander die besondere delikatesse von rübensirupbrot mit quark, neuen kartoffeln mit quark und leinöl oder in der pfanne gebratenen brotscheiben heraus!

Eigentlich versuche ich nur, als mitmensch vor den patientInnen zu stehen, ihnen ihr mensch-sein zu spiegeln, indem ich mich ihnen gegenüber einfach als mensch zeige. Es geht mir um begegnung, - ohne zweck, ohne hintergedanke. Und um „therapie“ als FREIRAUM, - selbst innerhalb einer geschlossenen station.

„Während meines Praktikums in Perray Vacluse sprach ich mit schwererziehbaren Mädchen. Man sagte mir, ich vergeudete meine Zeit und hielte die anderen in ihrer Tätigkeit für die übrigen Kranken auf und schließlich behindere das den Krankenhausbetrieb.“

„Ich muß lernen, mich wie meine Kollegen zu benehmen, muß lernen, taub zu sein, wie ein Automat herumzugehen, ohne viel zu sehen und zu hören und so um die Geschichten herumzukommen.“

(Aussagen von medizinstudentInnen, in:)

Maud Mannoni: Der Psychiater, sein Patient und die Psychoanalyse

[Ab jetzt bin ich einer geschlossenen subakutstation fest zugeordnet. Das therapiezimmer befindet sich innerhalb der station. – Die bisherige therapeutin ist langzeit-krankgeschrieben.]

Ausgang mit **gaby heese**, einer widerborstigen, manchmal tassen werfenden jungen frau; - klein, schlank, fast ausgemergelt wirkt sie, zart, - andererseits burschikos, ruppig. Ich spüre viel traurigkeit in ihr und tiefe einsamkeit. – „Immer, wenn ich nicht klarkomme – entweder alkohol oder selbstmord.“

Bald haben wir „du“ zueinander gesagt; so ist es eben.

Dann **frau merz**, die als schwer depressiv eingestuft wird. „Ich hab so sehr angst - - Ich denk, ich hab jetzt meine letzte zigarette geraucht und gott verzeiht mir das nicht - ! Und gott verzeiht mir das nicht!“ Mit tieferster miene, auf antwort wartend, hoffend..

Es kommt aus mir raus: „Nein – so unbarmherzig ist gott nicht!“ Ich habs mit dem gleichen ernst gesagt und gemeint – es läuft mir den rücken runter: was sage ich da? Was hab ich mit „gott“ zu tun?! Und spüre zugleich, ich darf jetzt nicht spielen – in dieses fragende gesicht hinein – in dieses wunde, offene gesicht hinein – Mehr offenheit ist ja kaum mehr vorstellbar - -

Ich hab ganz tief in mir die wahrheit gesucht, die zu dieser frage gehören mußte, gehören müßte, und finde sie, indem ich das sage: Falls es einen gott gibt, kann er nicht so unbarmherzig sein - !

Noch ein paar sätze hin und her, dann ein abschied – Ich spüre, da ist etwas geschehen, ich konnte ihr eine antwort geben, die ist angekommen..

Gaby heese - - Was wird das nun wieder werden?! In jedemfall bedeutet es ihr was, das mit uns. Und mir auch. Ich kann mich nach ihr richten – soweit bin ich heutzutage, daß die LIEBE viele formen annehmen kann – so, wie sie zum andern paßt. Aber wie paßt sie zu gaby?

Ihre verblüffende ichstärke – die stringenz – ihre ruppigen („männlichen“) verhaltensweisen – ihre extreme sensibilität und verletzlichkeit, verwundetheit – ihre depressiven inszenierungen - - Ist es überhaupt depressiv, was sie ist?

Viel resignation. Viel unterdrückte wut. Das alles spür ich klar in ihr.

Und, daß ich das annehmen könnte. Daß sie mir nah ist, in dieser Mischung; hab's fast von Anfang an empfunden, als sie in den Therapieraum reingeschlurft kam wie ein versoffener Sheriff in einem drittklassigen Western.

31 Jahre alt – und sieht aus wie eine halbverhungerte 15jährige – mit Bewegungen wie ein Bauarbeiter. Und ein so lieber Mensch.

Was erwarten wir, wenn wir verzweifeln und doch noch zu einem Menschen gehen? Wohl eine Gegenwärtigkeit, durch die uns gesagt wird, daß es ihn dennoch gibt, den Sinn.

Martin Buber: Begegnung

Wochenende.. Ich denk an **Gaby**, die jetzt den Gang entlang schlurft – oder Zigaretten einpfeift – oder zusammengesunken dahockt – oder einsame Spaziergänge macht und sich alten Bekannten (aus ihrer Zeit in der offenen Station) aufdrängt.. die meist nicht viel mit ihr anfangen können (hab ich den Eindruck), sich ihrer Willenskraft aber nur schwer entziehen können.

Mit leerem Gesicht – manchmal vor sich hin weinend – oder sie hilft den Schwestern; das macht sie gern und die Schwestern (die sie zu mögen scheinen) versuchen offenbar immer wieder, Gaby auf diese Weise einzubeziehen.

Ihre gnadenlose Einsamkeit, verlassenheit ist's, die sie mir nahe bringt, vor allem wohl das. In Verbindung mit ihrer Willenskraft, ihrer Unbezweifelbaren Ichstärke. Selbst wenn es ihr schlecht geht und sie das äußert, ist's nie wirklich ein Jammern, sondern ein resigniertes Feststellen: so ist es in meinem Leben. Eigentlich ohne Hoffnung und Erwartung, daß das gegenüber was dran ändern könnte. Sie scheint nichts mehr zu erwarten von den Menschen.

Die Härte in ihrem Gesicht – und dabei ist sie sensibel, so verletzlich, verletzt, verwundet. **Zeigt ihre Wunde** – und läßt doch nicht zu, daß jemand ihr zu nahe kommt.

Ist dennoch kontaktfähig und sehr aufmerksam für soziale Formen. Ist achtsam.

Sie stottert ein bißchen. Ist lebens-müde, wirklich.

Ihre „mutter“ besucht sie öfters; die erwähnt sie nicht selten, aber wie eine Instanz aus einer anderen Welt.

Ihre erstickte, versiegende Stimme oft – und dennoch ist sie immer bestimmt in ihren Aussagen.

Frau Brettschneider über die Plattenbauten von Marzahn:

„Es ist kein Trost drin – !“

Was immer die alle sonst für psychische krankheiten haben mögen, - das eine fehlt ihnen vermutlich allen: Menschen, mit denen sie in beziehung stehen.

Dann erzählt mir **gaby**, daß sie am wochenende wieder „geschnippelt hat“. Als wir in der cafeteria sitzen, will sie mir unbedingt ein getränk ausgeben, mich einladen – und ich spüre, daß es wichtig ist, das zu akzeptieren – das ungleichgewicht zumindest symbolisch etwas zurechtzurücken. Irgendwann steht sie schnell auf – „Mal sehn, ob der friseur offen hat! – Ich komm gleich wieder!“ Er hat nicht auf; als ich dann nachfrage: „Ach, ich wollt mir ja eh nur rasierklingen kaufen - !“

Wir gucken uns schweigend an; nein, zunächst mußte ich ungläubig nachfragen und sie wiederholt. Ich gucke sie an mit aller zuneigung und allem ernst in mir drin, mit aller sorge – aber vor allem zuneigung: „Gaby – hör uff!“

„Ich erklär’s dir draußen -!“

„Ja“, sage ich, nachdem ich sie so angeguckt habe, daß ihr deutlich werden muß, ich will’s wirklich hören.

Dann fängt sie an, mir ihre situation wirklich zu erklären. So gut sie es kann – so ungewohnt das wirklich sein mag (jemand will es wirklich hören, aus mitmenschlicher betroffenheit und zuneigung heraus, nicht mit der sezierend-professionellen aufmerksamkeit von psychologen und ärzten).

„Weißt du auch, warum ich vorhin noch allein im therapieraum sein wollte - ?“

Ich brauche geraume zeit, um die frage und das zu verstehen, was sie damit meint.

„Auch deswegen?“ Sie nickt. Ich kann sie dann nur noch in den arm nehmen, ganz fest an mich drücken – eine zeitlang so halten, irgendwie – eigentlich steht mir das nicht zu –

Was ist es? Daß sie keinen sinn mehr findet in diesem leben. „Und dann kommen noch die depressionen dazu -“

Die offenbar von vielen nicht ganz ernst genommen werden, weil gaby sie so effektiv inszeniert - !

„Keiner kann sich das vorstellen - -“

Gaby bräuchte eine psychotherapie – aber zu sowas haben die menschen hierzulande (in der DDR) kaum bezug, und menschen aus solchen kreisen erst recht nicht. Gaby müßte aufarbeiten, all das schreckliche, traumatische ihres lebens, ihrer kindheit – aber auch das ginge nur im rahmen eines alltags, der einigermaßen lebenswert ist. Und wo wäre der?

Gaby ist vielleicht stärker suizidgefährdet, als die ärzte meinen – aber es wäre keine lösung, denen das zu verdeutlichen und damit nur zu erreichen, daß sie nicht mehr aus der station rauskommt. - Ihre einzige chance sehe ich darin, das potential ihrer persönlichkeits zu aktivieren, - ihren stolz, ihre liebesfähigkeit, ihre autonomie.. Sie möglichst wenig zu gängeln – aber ihr was anzubieten!

Aber was? Was sie braucht von außen, sind in erster linie menschen, die sie mögen und die sie mag und mit denen sie in authentischem beziehungskontakt steht. Sowas gibt's nicht auf rezept.

Als wir uns verabschieden, hab ich ihre hand gehalten (die sie mir gegeben hat) und hab „Danke!“ gesagt.

Zu einem informellen abschiedsgespräch bei chefarzt hornung, in dessen abteilung ich am enthospitalisierungsprojekt beteiligt war. Er erzählt von der anfangszeit: „...Die patienten *kamen auf mich zu* – und das personal *ist vor mir zurückgewichen!* Und nicht nur das, dazu kamen dann all diese mechanismen, die sie ja selbst gut kennen – unterstellungen, diffamierungen.. all das - “

Den drahtzaun zwischen frauen- und männerhaus, quer durch die gemeinsame grundfläche, hatten zwei zivildienstleistende in hornungs auftrag abgebaut. Als er bald darauf in urlaub war, haben pfleger ihn wieder errichtet. Es hätte „zu viel unruhe gegeben.“ – „Da konnte ich ein machtwort sprechen; zu DDR-zeiten hätte ich mich nicht durchsetzen können gegen das personal.“

Seit ein paar tagen setzt sich **djanja** manchmal in den therapieraum, eine 19jährige mit verwüsteten armen, suchtgefährdet, von der gerüchteweise bekannt ist, daß sie schlimmes mit männern erlebt hat.

„Morgen kommt meine mutter..“ – sagt sie vorhin in den raum rein.

„Na schön, freu dich doch -“, sagt ein anderer patient.

„Zweimal in zwei jahren, - toll, was?“

Ich hab nichts gesagt.

Djanja ist scheu.. aber wirkt sehr klar in ihrer suche nach sich selbst.

Dann wieder das übliche: Die stationsärztin stürmt rein (die wissen mußte, wieviel es bedeutet, daß djanja hier ist oder überhaupt sich auf etwas einläßt) und argumentiert auf sie ein, daß sie sich die verbände wieder um die arme machen soll, weil die wunden steril verbunden sein sollen. Sie hat ja recht – aber hätte sie nicht sagen können: Kommen sie nachher.. oder so?!

„Ich will aber keine verbände – das sieht so häßlich aus!“

Ärztin: „Naja, ohne verbände find ich's allerdings häßlicher aussehend !“

Jeden tag neue nuancen von leid – und von methoden, zu versuchen, mit dem eigenen leid umzugehen. Und von methoden des personals, zu versuchen, das leid der patientInnen zu ignorieren.

Dann steht djanja auf dem flur, alleine, und spontan bin ich zu ihr (die mich nicht angeguckt hatte.. - hab's mich getraut): „Na, wie war's gestern – mit der mutter..?“
„Beschissen! - - Wir haben uns gestritten – und ich hab sie dann weggeschickt - - !“
Noch ein paar sätze hin und her, und ich bin weiter (als sie wieder wegguckte von mir). So wenig – und so viel. So allein ist auch sie.

Als ich dann nachhause gehe und sie mit anderen am runden tischchen im flur sitzt, ruf ich noch „tschüß!“ zu denen.

In der fall-supervision geht es um **frau merz**. – Als ich von unseren mittlerweile regelmäßigen gesprächen über religiöse fragen erzähle, macht sich zunächst langes schweigen breit. Die stationsärztin versucht mehrfach, mein wirken in die schublade „trost“ zu stecken, aber netterweise wird sie sowohl von der supervisorin als auch von der oberärztin korrigiert: „Es geht wohl nicht so sehr um trost, sondern um verständnis!“

Der psychologe sagt nichts dazu. Er macht mit den patientInnen offenbar vorrangig „kognitives training“.

Frau bretttschneider heute: Wir sitzen gemütlich zusammen, sie erzählt, ich erzähle, sie zeigt fotos, es geht um ihren vater, dessen krebstot vorhersehbar ist, wie sie sich letztes jahr schon vorgestellt hat, daß sie ihm sein lieblingsvolkslied am grab spielen wird, da kam er aus dem krankenhaus wieder raus und war doch noch nicht tot. Als ihr dieser zusammenhang heutze vormittag so im kopf rum ging: das lied und das weiterleben und doch bald sterben des vaters, da hatte sie grade termin bei dem psychologen. „Und der hat da oben sein zimmer – mit dem grünen teppich – und er fragt immer: Was bedrückt sie? Was bedrückt sie?“ – Was soll sie da antworten?! So stellt sie es dar.

Dabei hat der psychologe unlängst in der supervision ein gespräch mit **herrn schnabel** erwähnt, das sich bei mir im therapiezimmer entwickelt hatte (herr schnabel spricht kaum), - und er offenbarte uns seine erkenntnis, daß gespräche oftmals besser möglich sind, wenn sie wie nebenbei sich entwickeln. Das hat er ganz alleine gemerkt und ausgesprochen, - diesen gegensatz dazu, wenn er jemanden in sein zimmer holt zum gespräch.

Von der stationsärztin weiß ich, daß ihre therapeutische WG **gaby** nicht mehr will; - dabei hat sie ihre ganzen enkaustikbilder, an denen ihr viel liegt, denen als raumschmuck gegeben.

Sie hat so viel zartheit im gesicht.. wie sie in ihren bildern ist.

Und verhält sich zumeist wie die axt im walde.. Aber ist das nicht nachvollziehbar – in einer welt, in der grobheit normalität ist??

Nein, sie ist nicht beliebt bei den schwestern (wie ich mal dachte); aber vermutlich hofft sie, leute würden sie mögen, wenn sie denen hilft.

Bei den eintragungen der schwestern in der kurve stehen nur kommentare wie: „Heute war sie wieder bockig – Heute wieder sehr weinerlich – Heute war sie zugewandt -“

Mit **herrn schnabel** einkaufen in die verkaufsstelle. Es geht darum, daß er aktiver wird. Und dann will die schwester das geld für den einkauf, das er von ihr gefordert hatte und für das er unterschrieben hatte, mir geben!!

Als ich den therapieraum innerhalb der geschlossenen station „übernommen“ hatte, war von der kollegin, die mich eingeführt hatte, betont worden, daß keinerlei bilder an die wände gemacht werden dürfen. Nur an die drei holzleisten, die dafür vorgesehen sind. Und wenn doch? Die stationsschwester läuft amok! Der putz! Das ist sachbeschädigung! Und überhaupt: das ist überall so, in jedem therapieraum! Nur an die leisten! – Nachdem jetzt die holzleisten voll waren, hab ich sacht, eins nach dem andern, bilder auch sonstwo an die wände gepinnt. Bisher hat niemand was gesagt..

Sabine bretttschneider wird morgen entlassen; ich hab ihr noch die adressen von KOMM RUM und IRRENOFFENSIVE rausgesucht. Sie sagt, wieviel ihr die stunden in unserem therapieraum bedeutet haben, - das ernstgenommenwerden als künstlerin. Sie erwähnt ein paar ihrer bilder und wo die jetzt sind..

Im team wird immer mal wieder betont, daß nicht, wie sie sagt, sie sich um den krebskranken vater sorgt, sondern daß der vater eher sich um sie kümmert – wie er ja auch selbst bekundet. Aber es stimmt wohl beides – und grade in diesem sowohl als auch liegt vermutlich ein schlüssel zum verständnis ihrer situation.

Ich sitze mit einer älteren patientin am runden tischchen im flur (eine etwas privatere atmosphäre, weil der tisch so klein ist), wir wollen *„Mensch ärgere dich nicht“* spielen. **Djanja** kommt vorbei und fragt, ob sie mitspielen kann.

Nächste woche ist die auch weg, - in einer „spezialklinik“, wie sie betont. Ihre letzte hoffnung?!

„Mensch ärgere dich nicht“ hat für mich eine eminent wichtige funktion im kontakt mit patientInnen – grad wegen seiner sinn- und zwecklosigkeit. Es kommt nicht drauf an zu kämpfen, zu siegen, - das spiel bietet die möglichkeit, sich (ohne gefahr und leistungsanforderung) ein bißchen in kontakt mit anderen zu spüren – und ein bißchen zu lachen.

Spaziergang mit **frau merz**. – In menschen sei nichts gutes, weil ja jesus wegen unseren sünden gestorben sei.

Ich: Jesus ist gestorben, weil wir das gute in uns nicht spüren, weil wir es immer wieder verraten (judas); wir sollen es **in uns drin** wiederfinden – das ist vielleicht gottes auftrag an uns.-

Frau merz sieht nichts gutes in sich drin, - das ist's. Und sie fühlt sich wohl nicht nur von gott verlassen.

„Gott kann sich auch im kontakt mit anderen menschen offenbaren – und wenn so ein kontakt besteht, können sie vielleicht spüren, gott meint sie noch immer.“

Ich „glaube nicht an gott“ (und hoffe, sie fragt mich nie danach!), dennoch ist nichts von alledem phrase oder theaterspiel bei mir, - es ist nur eine übersetzung in ihr Wertesystem.

Psychotherapie müßte bei frau merz weitgehend in den kategorien ihres religiösen, christlichen selbstverständnisses stattfinden. Ich sehe bei ihr vorangig eine narzißtische störung, keinen „religiösen wahn“ (patientenakte).

Ein neuer patient erzählt mir beim spaziergang ganz klar seine lebensgeschichte, - er spürt die relevanten punkte, die seelischen verletzungen, die brüche – aber es scheint niemanden bisher interessiert zu haben. In der kurve steht mal wieder der rituelle spruch: „paranoid-halluzinatorische Episode bei Verdacht auf Erkrankung aus dem schizophrener Formenkreis“. Das individuelle leid, die realen traumatisierungen werden abgelegt in die ewiggleichen schubladen, ignoriert, vertuscht. Weil niemand sich damit beschäftigen will. Wozu, wenn keiner dran verdienen kann, - wenn es „nicht lohnt“? Keine krankenkasse würde derartige bemühungen bezahlen.

Überall find ich schlüssel zur seele solcher menschen – und dann steh ich da mit all den schlüsseln.. und den wachsenden erwartungen der patientInnen – und was kann ich tun?

So mag es vielen am anfang ihrer arbeit in diesem bereich gegangen sein.

*Vom Menschen alles zeigen, ohne einen Menschen zu verletzen, im Gegenteil, um Verletzungen deutlich zu machen und um sie in Freude zu verwandeln, das ist Kunst – der Rest ist spießige Geschicklichkeit, zu mies selbst für den Hühnerhof.
Karl Herhaus: Kapitulation*

Dann wieder „draußen“ – die leute in neukölln.. die ihre einsamkeit kompensieren mit dem kauf des nächsten handys im neuesten design – da dachte ich wieder, die zerstörtesten, die am meisten entfremdeten menschen sind nicht unbedingt die patientInnen in der psychiatrie!

Als **djanja** und ich allein beim ‚Mensch ärgere dich nicht‘ sind, kommt das gespräch auf farben. Rot mag sie nicht, sagt sie, findet sie zum kotzen – „nur blut mag ich, blut ist geil! Sonst find ich rot zum kotzen! – Blut find ich so gut, daß ich sogar damit male..“

Und später (wir sind wieder zu dritt) sage ich (irgendwas im zusammenhang mit dem spiel): „Diese frau - !“ und sie: „Ich bin keine frau – ich bin ein mädchen - !“

Als wir da sitzen, kommt **frau merz**, geht auf mich zu und sagt ihren satz auf: „Ich habe den heiligen geist beleidigt - !“ und ich heb meine hand der ihren entgegen,

einfach so, und guck sie an – und sie tritt noch zwei schritte näher und reicht mir ihre hand, ich halt sie für einige sekunden, während ich etwas kleines von dem sage, was an dieser stelle meine antwort ist in unseren gesprächen..

Das ernst nehmen - Es ist kein „wahn“ – oder: was ist wahn? Es ist, in jedemfall, tief verschlüsselte wahrheit.

Manches in den begegnungen mit so schwer gestörten patientInnen erinnert mich an die kommunikative choreografie mit lisa, der frühkindlichen autistin, damals.

In „unzerstückter Liebe“ (herhaus) auf andere zugehen – und dabei vorbehaltlos bei sich selbst bleiben..

Immer deutlicher spüre ich, daß es **frau merz** um einen zugang zur wahrhaftigkeit des lebens geht, um einen weg aus der lüge (durchaus auch der lüge in ihr selbst, aber nicht nur) – und über die christlichen kategorien hat sie da eine erste orientierung gefunden. Es ist ein ernstes, ein verzweifertes, angstvolles suchen. Der einzige schlüssel zu ihr führt über das radikale ernstnehmen ihres religiösen weltbilds – doch dazu gibt es unter DDR-bürgern wohl noch weniger bereitschaft als im westen.

Ich rede von „gott“ – und merke, es ist mir möglich, aber nur, wenn ich in äußerster wahrhaftigkeit und achtsamkeit ganz aus meiner tiefe heraus präsent bin und rede. Ich spüre, wie sie das wahrnimmt bei mir.

Ubi caritas.. – Ich hab **frau merz** eine kassette mit liedern aus taizé mitgebracht; lieder voller trost und zärtlichkeit und wahrhaftigkeit – das, wonach claudia merz wohl sucht mit einer unbedingtheit, wie ich sie nur selten erlebt habe bei jemandem.

*„...mein vorgeburtlicher Traum von Freiheit und von einer Liebe, die mehr als zwei Liebende freier macht und die darum nie endet..“
Karl Herhaus: Die Kapitulation*

Ich hab zu ihr gesagt: „Sie können gott wiederfinden – weil sie ja drum kämpfen. Sie sind ja nicht gleichgültig.. das wäre schlimmer!“
Und sie wußte es schon, vielmehr ihr onkel hat ihr das gleiche gesagt.

„Sie können sich doch nicht hineinfühlen in meine situation - !“
„Nein, das kann ich nicht. Aber ich bemühe mich.. ihnen näher zu kommen.. so gut ich es kann.“

Ich brauche wirklich alle achtsamkeit für die wahrheit in mir drin, um frau merz zumindest einigermaßen angemessen antworten zu können – und erst dadurch erkenne ich momente in mir drin zum ersten mal.

Daß ich sie ganz, ganz ernst nehme, hab ich irgendwann gesagt. „Danke !“

Ob gott wohl wütend sei auf sie ? – „Das kann ich nicht wissen..“

„Sie sind wenigstens ehrlich.“

Aber wenn sie manchmal fragt, ob ich glaube, daß gott sie noch liebt, dann sag ich jedesmal: „Ja, das glaube ich - !“

Ich sage kein wort zu ihr, das ich nicht in meiner tiefsten tiefe genauso spüre. Nur von daher hab ich das recht, mit ihr zu reden über ihr existenzielles problem, ich.

Frau merz, die sich als völlig lebensuntüchtig erlebt, kriegt mit, daß sie bedeutsam wird für mich, den therapeuten, - also: bedeutsam für die welt.

Immer wieder tritt sie in der station auf jemanden zu mit ihrem rituellen satz: „Ich habe angst, daß ich den heiligen geist beleidigt habe -“ und holt sich die unbetroffene, hilflose antwort des gegenübers ab, oder einfach: die abfuhr. Dann ist sie „die irre“ und muß sich so fühlen.

Wenn wir zusammen rumlaufen, gibt es nichts stereotypes bei ihr, dann sind wir zwei gleichberechtigte menschen, die sich gleichermaßen um wahrhaftigkeit bemühen. Aber ich mag das alles nicht referieren. Die dichte und tiefe dieses gemeinsamen suchens, tastens – für das wir alle unsere auch sprachliche nuanciertheit brauchen, will ich *freilassen*.. – nicht versuchen, sie zu regulieren mit der sprache.

Die diskrepanz zwischen den wörtern und dem, was inhaltlich da berührt wurde, ist zu groß, aldaß die wörter „das letzte wort haben“ sollen bei diesen begegnungen, indem ich sie hier festschreibe. Nein, das soll wieder freigelassen werden und bewahrt bleiben nur in ihrer und meiner lebenserfahrung..

Manchmal ist das vielleicht wichtigste beziehungsmoment mit patientInnen: mir ihr leid anhören, ihre schlimme situation mitkriegen – und dann vor ihnen stehen und bekennen, daß ich hilflos bin, – daß ich nichts finde, was ihnen trost oder hilfe geben kann. Aber trotzdem bleib ich bei ihnen, lauf nicht weg. Wenigstens für diesen augenblick ist es dann eine gemeinsame hilflosigkeit.

„Ich hab so angst - -“

„Ja.. -“

Am ende unseres spaziergangs heute sagt sie: „Wenn ein mensch sich so um mich kümmert wie sie, dann kann ich doch gottes liebe nicht ganz verloren haben - !?“

Sagt die zu mir..

Vor allem am rande der normalität hab ich menschen gefunden, die um ihre wahrhafte menschlichkeit gekämpft haben.. Das war schon immer so.

Im krankenhaus: winzige momente, - keine spektakulären erfolge. Das ist auch wichtig zu lernen; das hab ich mir heut früh beim weg zur arbeit überlegt, als wiederum ein moment aufkam, mich krankschreiben zu lassen – und ich dachte: eventuell weil ich spüre, daß die aufgabe mich eigentlich überfordert – sie türmt sich vor mir auf. Aber sie würde jeden überfordern, der all das, was zu tun ist, auf sich bezieht. Nein, ich kann nur da sein als der, der ich bin, und genau das machen, was aus mir heraus kommt an impulsen.. an liebe.
Keine hauruck-erfolge! Nur da sein – und vertrauen auf die lebendigkeit in mir, die vorhanden ist, das weiß ich ja; sie war immer da.

In der U-bahn treffe ich zufällig den ausschließlich für unsere station zuständigen psychologen. Ich versuche, ihn auf (drei) patientInnen anzusprechen, mit denen ich derzeit mehr zu tun habe. In jedem fall muß er anmerken: „Ich kenne sie eigentlich nicht richtig, -“ bzw.: „Ich glaube nicht, daß ich schon mit ihr zu tun hatte – nein, ich glaub nicht, - ich kenn sie nur dem namen nach..“

*(...) die außergewöhnlichen Fähigkeiten von Verrückten. (...) Für „Normale“ kaum faßbar: Die Intensität, ohne Abstand und nüchterne Distanz, mit der die großen Lebensthemen hier erlebt und behandelt werden. Liebe und Haß, Bindung und Einsamkeit, Verzweiflung, Angst, Schuld, Unterdrückung und Befreiung – alles pur, ohne die relativierende Vernunft. Sie können in dieser Heftigkeit nicht gelebt werden, aber sie zeigen die Ausmaße, die menschliche Leidenschaft annehmen könnte, deuten an, was jeder erschreckte Nachbar in seinem Inneren gut domestiziert hat. Das weckt bei den Menschen ringsum natürlich Sorgen um das eigene Gleichgewicht, und noch mehr Furcht löst schließlich eine weitere Seite der Verrücktheit aus: das anarchistische [gemeint ist: anarchische] Überschreiten von äußeren Grenzen und inneren Hemmungen, das lässige oder gewalttätige Mißachten von gesellschaftlichen Regeln. Das Element der Befreiung und des Aufstands, bei uns mit gebührendem historischem Abstand in Sonntagsreden, in Literatur, Oper oder Film gefeiert, weckt im konkreten Alltag mit Verrückten Empörung und provoziert Gegenmaßnahmen.
Hans Luger: Komm Rum*

..Nein, ich bin kein potentieller „verbrecher“ (meine mutter, als ich 16 war), - nein, ich bin nicht „böse veranlagt“ (mein vater, noch heutzutage). Mein vater ist es, der borniert ist und immer borniert war, unreif, neurotisch, unfähig, die verantwortung für kinder zu übernehmen. Und ich muß mich nicht bis an mein lebensende mit diesen menschen herumschlagen, muß nicht meine lebendigkeit lebenslang hintanstellen zugunsten der falschen identifikation mit der falschen, von den eltern

imaginierten schimäre eines wie auch immer bösen oder gestörten oder egoistischen sohnes „wolfgang“ – nein. Das hab ich beschlossen, das mußte ich beschließen, das hätte sich anders nie geändert.

Ich spüre tiefe zustimmung in mir drin: daß ich jetzt der wolfi sein kann, der ich immer sein wollte und in mir drin auch war: einfach ein mensch, der gern lebt und neugierig ist auf seine mitmenschen und das alles mag..

Wieder denk ich an eßlingen, wie ich da phantasien hatte, ich sei vielleicht nicht das kind meiner eltern, sondern „das kind von verbrechern“ (andere träumen sich als „kind von millionären oder königen“). Ich, der ich mich zugleich so wohl, so bei mir gefühlt habe schon mit zehn jahren, da auf meiner wiese hoch über der stadt..

Schon wenn die assistenzärztin davon redet, „frau merz hat dann manchmal lebensüberdruß geäußert“, bezweifel ich, daß da noch irgendein gefühl beteiligt ist an deren wahrnehmung. Aber was für einen wert hätte die einschätzung eines seelischen zustands ohne die beteiligung der seele der oder des einschätzenden ?!

Meine fähigkeiten liegen wohl tatsächlich in diesem DA SEIN – nicht wo es um zielorientierte konzentration und leistung ankommt. Je mehr ich gelernt hab, einfach da zu sein in einer situation und aus mir heraus zuzulassen, was in mir sich regt, desto befriedigender, stimmiger, wahrer waren die ergebnisse..

Obwohl durch das falsche der menschenwelt eine voraussetzung für derartiges DA SEIN oft der kampf um abgrenzung, um kriterien der abgrenzung sein kann.

Für frau wagner, auch eine arbeitstherapeutin, ist völlig klar, daß die patientInnen dem medizinischen personal was anderes erzählen als uns – weil bei den ärztInnen eine andere (speziellere) erwartung besteht. Die kollegin sagt, daß die ärzte ihrer erfahrung nach sehr oft ein völlig anderes bild von patienten haben, als sie aus ihrer erfahrung in der arbeitstherapie. – Und trotz teambesprechungen und (fall-) supervision (in denen die „therapeuten“ traditionsgemäß am rand stehen – und wenn sie fehlen, weil sie sich das nicht antun wollen, vermißt keiner sie) scheint es kein bewußtsein zu geben für diese informationslücke! Die müßte geschlossen werden durch regulären, institutionalisierten austausch aller mitarbeiterInnen, durch balint-gruppen. Aber wer hätte interesse daran?

Wo wäre die zeit dafür?

Tag für tag neue einblicke in menschliche tragödien. Aber die werden nur nebenbei beachtet, zuständig fühlt sich dafür allenfalls mal die sozialarbeiterin. Sonst? Orientieren sie sich an den „diagnosen“ – und manchmal hatte ich schon den eindruck, es ist den ärztInnen und psychologInnen lästig, wenn jemand sie auf mögliche zusammenhänge zu sozialen umständen hinweist oder gar auf die lebensgeschichte.

All das, was ich in jahren zu diesem thema gelesen habe, angefangen mit dem „Rosengarten“ (von *hannah green*), dem „Kuckucksnest“ (von *ken kesey*; ich meine *nicht* den film!), die dokumentationen der **DGSP** zur psychiatrie-enquête, bei

foudraine und *siirala* und *laing*, kommt mir jetzt wieder in den sinn: ja, es ist so. Das „psychotische“ verhalten läßt sich offenbar in den meisten fällen verstehen im zusammenhang mit sozialen erfahrungen.. Es ist vielleicht nur eine extreme form von selbstschutz – wie *laing* und *foudraine* sagen – und wie *wolfgang jantzen* (der bremer behindertenpädagoge) wohl auch sagen würde.

Aber es ist auch nix anderes als was überall ist.

Es ist ein symptom der realen, der normalen verrücktheit der gesellschaft.

Es stimmt schon: früher hab ich konsequent die (angeblichen) schwächen anderer menschen zu bekämpfen versucht – und mein eigentlich viel stärkeres gutes bild von ihnen hab ich bei mir behalten, hab ich ihnen kaum gezeigt, wenngleich es die eigentliche motivation für mein kämpfen war. Andrea hatte recht mit ihrer anklage: „Du hast anderen nur deine schlechte meinung von ihnen zu geben!“

Jetzt beginne ich zu lernen, den anderen das gute, das ich in ihnen sehe, zu spiegeln, – und meine kritik in gewissen aspekten kommt eher unterschwellig zum ausdruck.. Meine aufmerksamkeit bekommt einen anderen blickwinkel.

Wie die patientInnen zu den „therapien“ getrieben werden wie schafe; – auf diese weise müssen die therapeutInnen sich nie nach der effizienz, nach der resonanz ihres angebots fragen. Es gibt keine erfolgskontrolle für das „kognitive training“, zu dem der (promovierte) psychologe die patientInnen zweimal in der woche scheucht (mit welcher rigidität achtet er drauf, daß auch jeder mitkommt, der dafür vorgesehen ist – und dann der ablauf, wie es mir patientInnen erzählen: ödeste routine, tiefe demütigung für jeden, der noch irgendwo ein positives selbstwertgefühl hat).

Da liegen sie. (...) Liegen da. Und wie eine schrille Farbe, ein Gefühl, ein Bild, etwas ist da, neben den verfallenen Körpern. Da ist noch etwas. Es bewegt sich. Lebt, schwach, vegetiert. Es ist noch etwas da. Etwas Gefühl, das macht, daß sie alle, alle, über die Jahre, die Jahrzehnte, die sie liegen und faulen, noch ein bißchen da sind. Und das Leiden, ihr Leiden, ihre Unzufriedenheit, ihr Bewußtsein, gefangen zu sein, nicht mehr zurückzukönnen, wird wie ein Weinen, ein leises Schreien mit stummem Mund, mit gelähmten Knochen, die Farbe, immer stärker wird der Ton, ihres Grauens. Unendliches Grauen, wenn doch alle hoffen, Frieden zu finden. Kein Frieden, etwas das machte, daß ich durch die Gänge rase, weglaufe. Raus hier. Weg hier. Noch nicht mal das Ende ist schön, ist Ruhe. Ist nie endende Qual.

Sibylle Berg: Sex II

Eine patientin, die seit vier jahren mit kurzen unterbrechungen in der psychiatrie ist – und nix an sich rankommen läßt – obwohl immer wieder ihr realitätsgerechtes bewußtsein offensichtlich wird. Ich habe oft versucht, kontakt mit ihr zu bekommen,

die ablehnung wurde moderater, - heute kommt sie zum ersten mal mit (natürlich spazieren, zu zweit). Anderthalb stunden erzählt sie, stellt sich dar – und alles ist völlig plausibel und stimmig, wenngleich es gewisse verzerrungen der realität gibt. – Sie hat sich zurückgezogen vor der sozialen umwelt, die sie in der folge der wende nicht mehr erträgt, die sie deutlich erkennt als globale entfremdungsdynamik. An die wir wissis uns schon viel mehr gewöhnt haben, von der die DDR-bürger jetzt überfallen werden.

Es ist eine völlig sachgerechte resignation bei der patientin, für die viele andere ihre kompensationsformen gefunden haben, meist die orientierung auf einen kleinen bereich, in dem sie noch was besseres machen zu können meinen. Die patientin war schon in einer umweltberatungsstelle tätig. Aber sie hat es nicht geschafft, scheint nicht so viel zuversicht und lebenskraft zu haben, konnte nur fliehen.

Oder **eine andere frau** - auch sie sehr schwierig, viel manisches agieren – aber es ist wunderbar, mit ihr spazierenzugehen. Ein mitmensch eben! Einmal betont sie, wie ihr grad das hier fehlt: einfach als mitmensch ernstgenommen zu werden.

Jene zuerst erwähnte patientin, **brigitte modrow**, stellt klar und völlig angemessen dar, inwiefern die ruppige, mißachtende umgangsweise der schwestern (und z.t. ärztInnen) wesentlich zu ihrer resignation, zum weiteren verlust ihres lebensmutes beiträgt. **Die zweite frau** vermittelt auf ihre weise letztlich dasselbe, schimpfend, verallgemeinernd. Derartige klagen hab ich schon öfters von patientInnen gehört, in allen varianten..

Aber ich frag mich (seit heute), ob ich nicht über kurz oder lang mit einer patientin im bett lande. Ich mein gar keine bestimmte – aber es ist einfach so viel authentizität in den begegnungen..

Diese menschen haben zwar durchaus die übliche dosis selbstentfremdung verinnerlicht, aber aufgrund ihrer existenziellen psychischen und sozialen probleme sind sie gezwungen, sich in hohem maße auf den authentischen kern ihres selbst zu besinnen. Sobald die wieder „gesünder“ sind, werden mit sicherheit die wogen der selbstentfremdung und verdinglichung wieder über ihnen zusammenschlagen.

Patientinnen, die jetzt mit mir „etwas anfangen“ würden, täten das auf ähnlicher grundlage, wie wenn sie & ich allein auf einer einsamen insel, als einzige überlebende eines schiffbruchs wären.

Auch das allgemeine duzen unter den patientInnen (das ja in somatischen stationen nicht üblich ist) hat wohl diesen grund: es ist eine ausnahmesituation, es geht wirklich ans eingemachte, und in der regel haben die patientInnen nur einander als „du“.

Internat und psychiatrie – die beiden orte, an denen ich summarisch gesehen am meisten existenzielle menschliche lebendigkeit erlebt und mitgetragen habe. Und die

ausreißer und besetzer-punks, ganz früher die gassenkinder. – Im abseits der normalität, der leistungsnormen, der instrumentellen vernunft.

Hilde hahnemann hat wieder einen ihrer großen auftritte: mit weittragender stimme flur auf, flur ab kritisiert sie die situation im krankenhaus in grund und boden (und zumeist zu recht – aber **ein anderer patient** sagt leise, auch zu recht: „Aber sie sieht nur die anderen probleme, nicht ihre eigenen.“) – Nachmittags mit zu ihr nachhause, kleider tauschen, zeugs holen. Jetzt hab ich ihre „bürotüte“ zuhause, ich soll sie unbedingt durcharbeiten, um etwas von ihr zu verstehen.

Und **gaby**? Die kommt nicht mehr zu besuch in die station. Manchmal seh ich sie auf dem gelände.. mit maskenhaftem gesicht, - wieder verpanzert. Das zarte, feine, sehnsuchtsvolle.. ist wieder im gefängnis ihrer ängste.. ihrer schutzmechanismen..

Herr wendorff, von dem bekannt ist, daß er klaut (ab und an), jedoch unklar wieso, will immer wieder nicht von ihm gemalte gipsbilder bei uns kaufen. Er soll doch selbst welche malen! – „Kann ich nicht! Bin ich zu blöd!“ Dabei zieht er sein selbstwertgefühl ansonsten aus seiner recht hohen intelligenz.

Dann will er ein bild klauen. Ich entdecke es, es fällt runter, zerbricht. Er wolle nicht klauen, das sei „ein versuch zu requirieren“. (Seine welt ist die zeit der sowjetischen besetzer nach 1945.)

Ein paar minuten später kommt er wieder rein. Wo ich das hingetan habe? In den papierkorb. Er holt es raus, setzt es zusammen, bittet mich um kleber. Wirft mir zu: „Ein herz kann man nicht kleben - -“

Dann nimmt er es mit: „Es war im papierkorb – jetzt gehört’s mir!“

Nachmittags erzählt mir eine patientin, **herr wendorff** habe ein (anderes) gipsbild geklaut. Als ich ihn auf dem flur treffe, biegt er ab ins raucherzimmer (in das ich sonst nie gehe). Ich hinterher, hab mich vor ihn hingestellt und schweigend mit den fingern das viereck eines gipsbilds angedeutet. „Ist kaputt! Hab ich aus dem fenster geschmissen! Ist kaputt!“

Moderate, aber eindeutige kritik von mir. Um uns die raucherInnen genießen das schauspiel. „Geht mir doch am arsch vorbei!“

Von der seite fängt eine patientin an, zu schimpfen über seine weise, mit menschen umzugehen. Ich gucke nur.

„Gut, gut, ich bezahl’s!“

„Es kommt nicht aufs geld an -“

„Ich bezahl’s – ich hab geld!“

„Es kommt nicht auf geld an, man kann nicht alles mit geld kaufen! Ich scheiß auf das geld! Es kommt darauf an, daß es unser recht ist, zu bestimmen, ob wir was verkaufen, was wir gemacht haben!“

Er lenkt ein, versteht es. „Und wie kann ich es jetzt wieder gut machen?“

„Indem wir einfach weitermachen – im guten!“
Zeremoniell gibt er mir die hand.

Später erzählt er mir schalkhaft nebenbei, daß jenes gipsbild natürlich nicht kaputt sei. Und wir lachen.

„Du bist mir doch immernoch um ein winziges stück voraus!“
Er ist so begeistert über das zugeständnis, daß er sich's gleich nochmal wiederholen läßt.

Und dann zeigt er mir eine postkarte an seine tochter. Sie ist 22 und er hat sie seit 15 jahren nicht gesehen. Ich bin erschrocken – wie sehr abgebaut hat er, in diesem bereich! Ein ganz wirres schriftbild.. Es ist ziemlich klar, daß er auf diese karte niemals eine antwort bekommen wird, - falls sie überhaupt die tochter erreicht.

Wenn **frau hahnemann** schimpft, meine ich zu spüren, wie manie abwehr von depression ist: die manische aufmerksamkeit für alles, die perfektion, damit wird versucht, allem (in der außenwelt!) einen sinn zu verleihen bzw. um den sinn (den wert) all dessen zu kämpfen – um damit das tiefe gefühl eigener wertlosigkeit, der sinnlosigkeit des eigenen lebens zu kompensieren oder abzuwehren.

In jeder solcher station sollte obligatorisch eine volle stelle vorhanden sein für jemanden, dessen aufgabe es ausschließlich ist, ansprechpartner zu sein für die patientInnen. Ohne irgendwelche therapeutischen zielvorgaben!

Jene umwelttechnologin: „Hier baut nichts meinen lebensmut auf, hier wird er nur noch restlos zerstört.“

Claudia merz: „Meine eltern haben angerufen – sie wollen mich besuchen - - Wenn ich wieder gesund bin, wollen sie mich zuhause besuchen - - Dann ist wieder alles in ordnung -“

„Wenn ihre eltern zu besuch kommen, ist wieder alles in ordnung - ?“

„Ja.. Nein – sie besuchen mich nur, wenn alles in ordnung ist.“

„Aber das ist doch schrecklich - !“

„Ja – eigentlich ist das schrecklich - -“

Die Schwachen, die Verückten zeigen uns mehr über das Wesen des Menschen, vor allem was ihm gut tut und welcher Lebensstil ihm schadet, als es geniale Höchstleistungen vermögen, die vorspiegeln, der Mensch könne sich die Erde wirklich untertan machen. Die Verrückten, die aus dieser unerträglichen Wirklichkeit in eine andere flüchten, sind in ihrer Verletzlichkeit, ihrer Fähigkeit zu scheitern, unentbehrliche Indikatoren für unsere Lebensqualität. Wenn wir eine Lebensweise finden, in der sie sich wohl fühlen und einen geachteten Platz einnehmen, statt wegen ihrer Schwäche verurteilt zu werden, schaffen wir vielleicht auch den Weg an der Katastrophe vorbei. Sie können uns durch ihr Scheitern zeigen, wie weit wir uns schon durch zu glattes Funktionieren von unseren Bedürfnissen und Gefühlen entfernt haben, über unsere Verhältnisse leben.
Hans Luger: KOMM RUM

Ein patientin läuft weinend durch die gegend, dann kommt sie zu uns rein, versucht, an ihrer häkelarbeit weiterzumachen. Als wir beide alleine sind, fängt sie an zu erzählen. Ihr freund, der sie sonst zuverlässig besucht, ist gestern und auch heute nicht gekommen. Sie hat existenzielle ängste, daß der sie nicht mehr will: „Und dann hab ich niemanden mehr!“

Etwas später: „Darf ich ihnen mal was anvertrauen - ?“

„Ja..“

„Ich bin jetzt zweieinhalb jahre mit meinem freund zusammen und er hat noch kein einziges mal mit mir geschlafen.“ – Und sie fängt wieder an zu weinen, tiefverzweifelt, resigniert, hilflos, ausgebrannt, voller schmerz und scham..

Ein bißchen haben wir dann geredet, aber was kann ich sagen?

Wo wäre trost?

„Aber ich kann doch nicht sagen, es ist schluß - - Ich brauche ihn doch -!“

Weil sie sonst ganz allein ist.

„Auch manchmal hier im bett hab ich dann gefühle – und kann nichts machen..“

„Und meine eltern – und meinen alten einzelfallhelfer, die hab ich mal rausgeschmissen, als ich nichts mehr verstanden hab – und erst als sie weg waren, am nächsten tag, da ist das alles runtergerutscht in mir drin und dann hab ich gemerkt.. – Und jetzt sagen sie, du hast uns rausgeschmissen, wir haben kein interesse mehr an dir - -“

„...Einmal muß man jemandem doch sowas erzählen!!“

„Keiner hier in der station will mit mir zu tun haben, alle leute lehnen mich ab - !“
Typisch für sie ist ein rigoroses mißtrauen – das sagt sie selbst – und das wirkt sich natürlich auf die sozialen kontaktmöglichkeiten aus. Sodaß sie sich mehr und mehr in die isolation hineinmanövriert, was die kompensation der psychose noch schwerer macht.

Ich bin hier tatsächlich auf der Müllhalde für den Menschenabfall, der verursacht wird durch die normalen, d.h. strukturellen Lebensbedingungen der Gesellschaft.

Auf ihre Klage, niemand wolle mit ihr zu tun haben, antworte ich ehrlich verwundert, daß ich das eigentlich nicht verstehe, - „ich hab sie nie unsympathisch gefunden!“
„Danke.“

Herr wendorff (der „KGB-general“) und ich einigen uns darüber, daß er mich als Pazifisten ablehnt, aber mich als Menschen mag (das ist seine eigene Formulierung) und daß andererseits auch ich ihn als Mensch mag, aber als Militaristen ablehne. Und sowas ist – bei ihm – kein Geschwätz und nicht „krankheitsbedingt“, sondern Moment seiner authentischen Individualität.

Hilde hahnemann haben sie die Medikation erhöht (bis gestern 50 ml Taxilan, jetzt 75); sie kann kaum sprechen, die Augen halb zu. Aber wir sind dann raus und im Laufe der Zeit kommt ihre Persönlichkeit wieder zum Ausdruck: voller Tatendrang, und zuletzt bricht auch das Frohe wieder durch. – Mit ihr erlebe ich jetzt deutlicher denn je meine Hilflosigkeit der psychotischen Phase gegenüber. Ich kann ihre chaotischen Assoziationen und Affekt-zersplitterungen in keiner Weise beeinflussen – kann nur im situativen Kontakt immer neu abpuffern, ausgleichen – aufpassen, daß die Konsequenzen nicht zu problematisch werden. Und, das ist wohl das Wichtigste: konsequent ihre gesunden Anteile ansprechen.

Sie ist ein Herzenguter Mensch.. und wir merken beide, daß wir ziemlich viel miteinander anfangen können. Dennoch würde sie jetzt natürlich lieber alleine da draußen rumlaufen, ohne Aufpasser. Bei Nachbarn, in Läden, wo alle sie kennen, beim Hausmeister.. – Manchmal greife ich ein bißchen ein.. muß immer neu abwägen – Grenzen ziehen; was sie jetzt nicht kann, weil sie sonst immer weiter sich verlieren würde in ihren schizoaffektiven Assoziationen – und dann sofort darauf folgenden Handlungen!

Das tiefste Leid ist immer wieder: sich einsam, verlassen zu fühlen. Das, wozu *Sibylle berg* alle ihre Geschichten schreibt – radikale Variationen zu diesem einen Thema: wie gehen die Menschen heute mit diesem grundlegenden Defizit der sozialen Normalität um? Grad die Menschen, die's nicht so einfach kompensieren können mit Konsum und Karriere..

Sibylle berg hat in all ihrer bitteren Einseitigkeit, ihrem Galgenhumor tiefer recht als differenziertere Literaten. Aber sie schreibt um ihr Leben..

Teambesprechung. – Für Momente von Individualität, den unzerstörten und unzerstörbaren Impuls des Lebens bei den PatientInnen fühlen sich die KollegInnen offenbar nur bedingt zuständig. Die „haben“ eben eine „Krankheit“, und was auch immer an sozialem im Zusammenhang mit dieser („objektiven“) Krankheit relevant

sein könnte, bleibt doch sekundär (also „subjektiv“), etwas, wofür das „krankenhaus“ nicht zuständig ist.

Oft kommt es nur darauf an, **da zu sein** – mir das anzuhören - - nicht auszuweichen, bei den schrecklichen geschichten nicht, der verzweiflung, der hilflosigkeit – und auch bei den psychotischen symptomen nicht. Die patientInnen spüren, daß die meisten einen bogen machen um sie als mensch.

„Sie sind nicht mein gepäckträger -“, sagt **hilde** und nimmt mir das wieder aus der hand, was ich ihr kurz abgenommen hatte. „Dafür sind sie mir ein viel zu wertvoller mensch.“

Es war vor zwei Jahren. Sonja wollte unbedingt dorthin, da bin ich mitgegangen. Ich sehe Sony noch vor mir, wie sie mit ihrem Leinenträgerröckchen zwischen all den Professoren und gesetzten Erwachsenen am heftigsten diskutierte. Hauptsächlich kritisierte sie, daß man für alle Kranken, die doch verschiedene Interessen, Begabungen und ein ganz verschiedenes Niveau haben, nur eine Beschäftigungstherapie hätte. Man drehte sich mit wohlwollendem Lächeln nach ihr um, mir war das damals peinlich.

*Sibylle Muthesius: Flucht in die Wolken
(über sonja gerstner, im buch: „Pony“)*

Frau modrow (nach der psychotischen phase kommt jetzt bei ihr eine depression – und kommen ängste, die zum teil sicher reaktionen sind auf ihre fast lebenslange soziale isolation): „Seit 18 jahren muß ich mich zwingen, aufzustehen, die angst zu überwinden.. – Ich will mich nicht mehr zwingen!!“

Heut beim spaziergang: „Die schwestern – die ärzte – die machen doch nur ihre arbeit – die interessieren sich doch garnicht dafür, was für ein mensch dahinter steckt!“

Ich soll das alles (was sie mir erzählt hat) dem arzt sagen, beschwört sie mich. Weil sie so vieles vergißt, wenn sie wieder in der station ist, weil der arzt nicht mit ihr rausgeht, spazierengeht – und da erst kann sie sprechen. Beim gehen fließt das leben wieder ein bißchen durch sie hindurch..

In der teambesprechung versuche ich, meinen eindruck zu vermitteln, daß **frau modrow** im grunde gar nicht mehr zurück will in ihre ehe, sich das aber nicht eingestehen kann – und deswegen sich festklammert an die depressiven symptome, die den profis unklar sind, weil sehr untypisch „für die diagnose“. Zuletzt schweigen in der runde – dann murmelt der psychologe: „Naja – das ist eine hypothese - - naja – muß man mal - - Hm. - -“

Und **hilde**.. rutscht zunehmend in die schizophrene verwirrung ab.. orientiert sich stark an mir – mit hilflos flehendem gesichtsausdruck. Oft kann sie nur satzfetzen aussprechen, ganz unverbunden..

Es wird besser, wenn wir draußen sind und sie dort wieder ein gefühl für ihre autonomie bekommt – und doch mach ich heut keinen spaziergang mit ihr, weil ich am ende bin.

Ich muß schon aufpassen auch auf mich.

Tags drauf. **Hilde** ist dem psychologen aus dem „kognitiven training“ abgehauen! Was heißt „abgehauen“; - ich weiß ja, wie das ist bei ihr: ein plötzlicher impuls, der gedanke an ihre wohnung, ein gutes gefühl für sich selbst – und dann geht sie eben los.

Offiziell ist sie als suizidal eingestuft, was sie derzeit kaum ist, aber es steht von früher in ihrer akte.

Natürlich ist sie in ihrer wohnung (die ist 1 km entfernt), natürlich freut sie sich, als ich komme. Sie erzählt mir von ihrem vollen anrufbeantworter und ist wieder um vieles realitätsgerechter als in der station: weil sie bei sich ist, in ihrem kiez, in ihrer autonomie. (*„Der gefangene vogel singt nicht..“ - Maya angelou*)

„Wir hätten doch zusammen hingehen können -“

„Ich trau ihnen nicht mehr.. Gestern haben sie mich auch sitzengelassen und dann kam ich nicht mehr raus..“

Als ich sie jetzt in der station abgeliefert habe und dann nachhause will, geht hilde gleich davon aus, daß sie wieder mit raus kommen kann. „Wenn sie mich nicht mitgenommen hätten aus der wohnung, wär ich noch draußen! Wär ich doch in meiner wohnung geblieben!“

Aber was soll ich denn tun?! So viel klares bewußtsein über ihr eingesperrtsein hier, so viel autonomie als grundlage ihrer identität (darin ist sie allerdings eher eine ausnahme) – und dennoch sollte sie tatsächlich derzeit keinen einzelausgang bekommen, weil sie in dieser phase dauernd alle sozialen grenzen überschreitet. Nichts wirklich selbst- oder fremdgefährdendes, aber überall nur chaos und unfug machen würde sie. Das nützt ja auch nix! (Aber berechtigt es zur gefangennahme? Sie ist nicht zwangseingewiesen. Aber was bedeutet das jetzt, „freiwillig“?)

So souverän, wie hilde ist, merken andere menschen erst, wenn’s zu spät ist, daß sie da besser hätten aufpassen müssen. (Als sie uns beide im fitness-center angemeldet hat..)

Mit hilde erlebe ich deutlicher denn je die tragik bei psychosen: daß bestimmte *anteile* des bewußtseins durchaus realitätskontakt haben und von daher der betroffene leidet unter den ihm auferlegten beschränkungen – ohne sie akzeptieren zu können als hilfreich. Jemand mit einer somatischen krankheit weiß in der regel, daß es hilfreich ist, wenn er jetzt im bett liegen bleibt.

Da ist sogar nachvollziehbar, wenn die mit diesem qualvollen nichtbegreifen konfrontierten psychiater in ihrer hilflosigkeit eher zuviel als zu wenig neuropharmaka verabreichen..

Nebenbei basteln ein paar schwestern bereits an hildes image als „böser patientin“, - wie meistens, wenn eine patientin/ein patient die soziale normalität stört. – Als ich betone, daß hilde nicht klaut im sinne von haben wollen, daß sie nur umräumt, daß sie auch mithilft beim suchen, behauptet eine schwester: „Ja, sie hilft, aber sie hat dann immer ein hämisches lächeln auf den lippen, - doch, doch, da müssen sie mal aufpassen!“

Nichts dergleichen stimmt, im gegenteil, hildes wahrhaftigkeit müßte offensichtlich sein für jeden, der ein mindestmaß an einfühlungsvermögen investiert. Aber das haben krankenschwestern in der psychiatrie in der regel nicht mehr – nach zehn (oder zwanzig) berufsjahren ohne rückenstärkung, ohne weiterbildung, meist auch ohne supervision, - ohne lob und positive rückmeldungen.

Samstagabend.. Ich stelle mir hilde vor, wie sie den flur entlang läuft – wie ein gefangenes tier - - Ihr gesicht: hilflos, bittend, verständnislos, den rest ihrer selbstachtung zusammenhaltend - -

Mit ihrem zeug bei sich (oder zeug, das sie irgendwo „geklaut“ hat und irgendwo anders wieder ablegen wird, aufräumen wird..) – wie sie da und dort einen satz abgibt, ohne anfang und ende, und weiterläuft, - auflehnung, widerspruch, einsamkeit, genauheit, sehnsucht nach sinn im blick.

Wenn wir unterwegs sind – wie sie geht, raumgreifend, nach vorne – und so vieles mitkriegend, beobachtend, kommentierend..

*Wollte ich Liebe singen, ward sie mir zu Schmerz.
Und wollte ich wieder Schmerz nur singen, ward er mir zur Liebe.
So zertheilte mich die Liebe und der Schmerz.
Franz Schubert: Mein Traum (1822)*

Keiner der patienten fühlt sich „verrückt“ in dem sinne, in dem er/sie das bei anderen patientInnen beobachtet. Es gibt ja so viele verschiedene symptome und formen. – Auch so kommt es zu dem gefühl, daß die psychiatrie einen erstrecht krank macht! Und das empfindet tatsächlich fast jeder patient so, der oder die einigermaßen reflexionsfähig ist.

Alles, was ich in den letzten zwanzig jahren in der literatur gefunden habe an schrecklichem, tritt mir hier gegenüber, in unendlich vielen variationen, mischungen und abstufungen – ich brauche nur lang genug hierzubleiben und bereit bleiben, zuzuhören. Die schicksale von menschen, die irgendwann morden oder junkies werden, alkoholiker, obdachlose, prügeleltern – egal was ich nehme.

Ich würde alles nur mögliche tun, damit menschen (an denen mir liegt) nicht in die akutpsychiatrie gehen müssen bei krisen! Soweit bin ich mittlerweile. Manchmal

(oder oft) gibt es keinen anderen weg. Wenn sonst nix und niemand da ist, der sich kümmert. Aber es ist nicht mehr als der äußerste notbehelf.

Manchmal (oder oft) mögen neuropharmaka nötig sein. Aber der verlust an sozialer interaktion, sozialer lebendigkeit schadet wohl oft mehr, als all das helfen kann, was die psychiatrie zu bieten hat.

Ganz offensichtlich werden hier vorrangig menschen aus unteren schichten eingeliefert. Wo sind die anderen?? Sie haben mehr kompensationsmöglichkeiten – sie haben das selbstverständnis, psychotherapie in anspruch zu nehmen, - und manche haben das geld für privatkliniken.

Es gibt immer zwei blickwinkel, unter denen ich einen anderen menschen kennenlernen kann:

entweder ich gucke von außen auf ihn drauf, auf seine verhaltensweisen, reagiere auf diese und versuche, den anderen auf dieser grundlage zu verstehen (oder zu beurteilen). Menschen mit sehr ungewöhnlichen verhaltensweisen werden im allgemeinen definiert als „fremd“, „falsch“ oder „krank“ (mit entsprechenden diagnosen). – Im allgemeinen werde ich diese verhaltensweisen dadurch bestätigen und verstärken.

Es ist aber auch möglich, von anfang an aufmerksam zu sein vor allem für das „sein“ des gegenübers, sein „inneres“, - und das führt auch bei menschen mit sehr ungewöhnlichen verhaltensweisen zu anderen erfahrungen und schlußfolgerungen.

Karolýn túri-polgár, eine 25jährige ungarische musikerin, verwickelt mich in hyperintelligente und tiefgründige gespräche über plotin und beethoven, buddha und „dualseelen“– und nur an den rändern wird deutlich, da ist noch was, da hat sie eigene (wahnhafte?) auswege, fluchtmöglichkeiten, schutzmöglichkeiten.

Die ärztin hat bei der vorstellung im team natürlich ausschließlich die wahnvorstellungen dargestellt..

Dabei ist diese stationsärztin sehr sympatisch und engagiert – aber ihr bezugsrahmen ist ziemlich einseitig. *Psychotische symptome: ja oder nein? Also geht es um abbau der psychotischen symptome!* – „Ja, ja, natürlich spielt die soziale situation auch eine rolle..“ – Und die individualität? Selbstbild, werte, weltbild?

Ich schau sie alle an, die patientInnen, wenn ich an ihnen vorbeigehe – empfinde das als wichtig - -

Djanja, eine unserer patientInnen mit borderline-diagnose, ist in einer westdeutschen fachlinik „für dieses krankheitsbild“. Sie hatte anna, eine schwesternschülerin, mit der sie sich hier ein bißchen angefreundet hatte, schriftlich nach informationen über borderline gefragt. Die sie dort offenbar nicht bekommt. –

Anna war zu mir gekommen, ich hatte eine kurzdarstellung zusammengeschrieben, die anna ihr hingeschickt hat. – Dann hatten die schwestern den text entdeckt und die stationsschwester hat ihn kopiert; die schwestern wollen das auch lesen. – Mittlerweile (erzählt anna) hat eine neue schwesternschülerin nach borderline gefragt und eine schwester hat ihr den text gegeben.

Einmal hatte anna die schwestern nach einem fachausdruck gefragt, der in den kurven ständig benutzt wird: „*exazerbation*“. Und die wußten es nicht; ein arzt hat es ihr dann gesagt. – Anna zu mir: „Wieso fragen die schwestern nicht??“ Sie sagt, in den somatischen abteilungen sei das ganz anders, da würden viel selbstverständlicher fachinformationen ausgetauscht mit dem pflegepersonal. Auch daran krankt die psychiatrie: „das kranke“ ist eben nicht so einfach dingfest zu machen wie in den somatischen abteilungen – es gibt einen hohen grad an mystizismus, - klare fragen werden tabuisiert, weil auch die ärzte oft keine antwort wissen. Und derlei peinlichkeiten werden in unausgesprochenem konsens vermieden, indem alle so tun, als wüßten sie genau, was sie warum machen und welche bedeutung irgendwas hat.

Hilde nutzt jede gelegenheit, um rauszukommen – mitgenommen zu werden auf einen spaziergang (meist mit zivi und pflegeschüler/schwesternschülerin) – aber macht dann ganz diszipliniert mit.

Ja, sie gehört ins freie, sie will sich nicht unterordnen – außer vermutlich den objektiven erforderungen körperlicher arbeit. (Sie hatte einen brutalen alkoholiker-stiefvater.. und einen alkoholiker-ehemann.) Hilde ist eigentlich eine bäuerin, so empfinde ich's. Sie muß etwas zu tun haben – und ist berentet.

Ihr selbstgefühl kommt wesentlich vom arbeiten können, jahrelang hat sie landmaschinen gefahren.. jetzt haben sie ihr sogar den PKW-führerschein entzogen.

Tag für tag lern ich seelische momente irgendwelcher patientInnen kennen – und alles ist gleich wert – nichts empfinde ich als weniger wert als meine eigene lebendigkeit ! Das ist jetzt kein philosophisches gesülze – es ist täglich neue konkrete erfahrung, die so im raum stehenbleibt ohne wenn und aber, still, selbstverständlich.

Tag für tag erlebe ich's in der station: es kommt ausschließlich auf die liebe an; sie ist der schlüssel zur wahrheit des einzelnen menschen. Klar, dahinter ist dann fachliche und allgemeine kompetenz und menschenkenntnis nötig – aber das alles hilft garnix, wenn nicht zuerst die tür zum individuellen „DU!“ geöffnet ist – und dazu braucht's liebe in ihrer allgemeinsten, allgemeingültigen form. Auf den andern zugehen in liebe – ohne etwas zu wollen! Wirklich ohne etwas zu wollen – wie sich treiben lassen im wasser.

Ich will weiterkommen bei den menschen nur noch, indem ich in jeder situation das größtmögliche maß an wahrhaftigkeit etabliere.

Es gibt kein richtiges leben im falschen – oft stimmt das tatsächlich. Wenn die stationsärztin mir erzählt, daß sie fünf jahre lang den mühsamen kampf gegen das

„hierarchische“ duzen der patienten geführt hat, das also aus dem nicht ernstnehmen, dem infantilisieren kam. - Und deswegen dann nicht hinnehmen mag („kann“), wenn ich mit einzelnen patientInnen das duzen wieder einführe..

Das hat hand und fuß, aber auch in dem authentischen in-beziehung-treten liegt ein gesundungeffekt. Nur ist tatsächlich nicht regulär (also regelhaft) nachprüfbar, ob ein derartiger kontakt im einzelfall eher positive oder negative folgen hat. –

Innerhalb von strukturen muß offenbar alles nachprüfbar, also verallgemeinerbar sein. Zwischenmenschliche begegnungen, beziehungen lassen sich aber niemals verallgemeinern. Und authentische mitmenschliche begegnungen sind vielleicht die grundlage jeder seelischen heilung: insofern dadurch der austausch im geflecht des lebens verbessert wird.

Die stationsärztin hat ja recht: es gibt die gefahr, ich-schwachen menschen zu nahe zu kommen und deren instabilität dadurch zu verstärken. Aber es gibt eben noch andere beziehungsnuancen zwischen menschen als diejenigen, die in fachbüchern beschrieben werden. Und ihre „fünfeinhalbjährige psychoanalyse bei einer sehr orthodoxen analytikerin“ ist nun gar kein geeignetes vorbild für das, was ich meine.

Sie sagt, psychotherapie bei psychosen sei eine sache über jahre; sowas könnten wir doch hier garnicht ins auge fassen. Ich, daß es um eine solche tiefe nicht geht bei meinen kontakten.

Aber ich könne doch nie wissen, was patientInnen dennoch in mich projizieren, welche erwartungen..

Stimmt; es gibt das risiko. Aber es gibt auch die chance. – Und es gibt die brutale soziale isolation und leere, der die patientInnen in der psychiatrischen station unterworfen sind.

Hilde hahnemann, als ich über ihre zeit nach der psychiatrie zu sprechen versuche: „Ach nein, wenn ich gesund bin, dann mach ich garnichts; dann mach ich nur noch meine wohnung und sitz auf dem balkon und lad meine freunde ein - -“

Letztlich eine selbstbestimmte heimsituation. Sobald hilde anfängt, sich näher, inniger auf einen anderen (z.b. mann) einzulassen, gerät ihr gleichgewicht ins schwanken. Die sehnsucht nach nähe führt zur desintegration, zu überreaktionen, weil die anderen ihr dann zu nahe rücken, - und die distanz der überforderten anderen führt bei hilde zu schmerz, verlustangst, rückzug. Schon vor zehn jahren und auch jetzt haben derartige soziale eskalationen bei ihr zu den schizoaffektiven kompensationsmustern geführt.

Das Verständnis von psychischem Kranksein muß ausgehen vom subjektiven Erleben des Erkrankten und vom Miterleben in der persönlichen Begleitung durch seine Bezugsperson und die in der Psychiatrie Tätigen. Auf diesem Hintergrund wandelt sich das Verständnis von psychischen Erkrankungen von einem biologistischen zu einem ganzheitlichen, das seelisches Kranksein als Überlebenssituation, aber auch als Lösungsversuch in Lebenskrisen ansieht, das die Wechselbeziehungen zwischen seelischem und biologischem, zwischen dem einzelnen und seinem sozialen Umfeld – im biografischen und biologischen Kontext – in ein Gesamtkonzept einbezieht. Die Hilfeleistungen erfolgen aus einer selbstkritischen, die Einzigartigkeit des kranken oder behinderten Menschen achtenden und fördernden Grundhaltung, verbunden mit der Bereitschaft, ihn persönlich auf dem Weg der Bewältigung seiner Konflikte zu begleiten. Die Gestaltung der Lebensverhältnisse von seelisch erkrankten Menschen orientiert sich am Prinzip der Normalisierung. Alle Hilfen gehen von den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Erkrankten aus und sind Hilfen zur Selbsthilfe, die das soziale Umfeld, insbesondere die Angehörigen einbeziehen, so wenig wie möglich in die Lebensverhältnisse eingreifen und eine befriedigende Integration in die Gemeinschaft fördern.

Was hier – im Quellbereich der Psychiatriereform – nicht stimmt, ist durch andere Aktivitäten nicht gutzumachen. Techniken von Diagnosen und Behandlung, Ressourcenvermehrung, Strukturveränderungen können nutzlos oder sogar kontraproduktiv werden, wenn nicht beachtet wird, daß psychiatrische Hilfe immer und zu allererst auf dem Erleben und Miterleben in einer persönlichen Beziehung gründen muß.

Einseitige Krankheitsmodelle haben ihren Ursprung immer in der Angst vor der persönlichen Begegnung mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen, sind als Abwehrhaltung zu verstehen und zu bearbeiten, insbesondere bei den Professionellen in der Psychiatrie, aber auch in den Verwaltungen, in der Politik und in der Öffentlichkeit.

Peter Kruckenberg, in: Thomas Bock u.a.: Abschied von Babylon

Gudrun eisele, eine etwa 50jährige westdeutsche radikallinke mit einem katarakt psychotisch verfilzter fetzen von lebenserfahrung, bildung, emotionen, erinnerungen. Die in der station meist paranoide kämpfe austrägt – und mit mir? Viel solidarität, nachdem unsere „ideologische nähe“ offensichtlich wird. Immer wieder spiegeln wir uns unsere humanistischen werte, erinnern an politische ikonen (*angela davis! jerry rubin! inge viett! karin struck!*) – und natürlich ist es von anfang an ein „du“-kontakt. Es ging nicht anders, obwohl ich bereit war, mich an das „du“-verbot (bei neuen

patientInnen) zu halten. Aber es wäre *wahnsinn* (ja, das wäre tatsächlich verrückt!), wenn wir beide „sie“ zueinander sagen müßten/sollten!

Ich spür's fast körperlich, wie **hilde** immer wieder *gehen muß* – wie sie die *nähe* der anderen nicht aushält, oder *das näherkommen der umgebung* einfach durch ihr eigenes *stillhalten*.. – und wenn sie sich bewegt, verdünnt sie die reize der umwelt.

Gudrun ist wohl auch hirnnorganisch beeinträchtigt (durch eine schußverletzung); manchmal helf ich ihr mit kleinigkeiten, bring ich ihr obst mit und eine zahnbürste, geb ich ihr telefongeld, ruf für sie an.. „Hast du joan baez - ? Kennst du - ? KUMBAYA.. - Spielst du heut abend für mich?“

Jetzt überspiel ich's ihr auf kassette. Lang wird die kassette nicht halten, fürchte ich. Gudrun ist so verwirrt.. alles geht immer rund im hirn.. dann wieder ganz ruhige momente..

Diese patientInnen, mit denen ich mehr zu tun habe: sind alles sehr individualistische personen, die ihr eigenes leben gelebt haben und leben, die ganz eigene erfahrungen gesammelt haben und sich mit denen rumschlagen (müssen) – und sie sind alleine mit diesen erfahrungen, - keiner kann was damit anfangen..

Es sind menschen, die wesentlicheres zu tun haben, als lebenslang sekundäre kompensationsmuster zu bedienen.

..Felix (herr wendorff), der mit seiner KGB-vergangenheit, seinem intellektuellen anspruch als mathematiker..

..Karolýn mit ihrer hypernuanciert reflektierten spaltung („dualseele“) zwischen intellekt (und distanz) und gefühl (und symbiose)..

..Hilde mit ihrer vulkanhaften lebenskraft, ihrem ordnenmüssen, ihrer mütterlichkeit..

..Gudrun mit ihrer sozialisation als radikalfeministin.. ihren vergewaltigungserfahrungen..

..Karla mangold mit ihrer odyssee im bereich sexueller erfahrungen, - verletzungen, sehnsucht..

..Gaby damals – ihre einsamkeit, ihre sensibilität und zartheit, die sie versteckt hat hinter stahlhärte, um nicht mehr verletzt zu werden..

..Claudia merz mit ihrer qualvollen suche nach gott, ihren schuldgefühlen..

..Brigitte modrow mit ihren schlimmen erfahrungen durch die wende, und bei den ambitionierten öko-intellektuellen..

..Und all die andern !

Aber kaum jemand läßt sich auf gespräche darüber ein! Nicht zuletzt deshalb, weil grade die schwestern zu dem meisten wirklich nichts zu sagen wüßten; sowas

kommt in deren leben nicht vor! Diese vielfalt bei den patientInnen – und bei den schwestern kleinbürger-normalität; die welt ist noch in ordnung und der alkoholismus bei mindestens einem männlichen verwandten gehört durchaus dazu.

Gudrun hab ich eine kassette mit *joan baez* und *joan armatrading* aufgenommen. Dann sitzt sie ganz ergriffen da.. eine zeitlang hat sie eine feuerzeugflamme angemacht.. und bei *KUMBAYA* hat sie geweint..

So viele erinnerungen da drin, und alle durcheinander. Gleichwohl: dieses potential ihrer individualität ist noch vorhanden – dieses mosaik aus splintern ihrer lebensgeschichte.. Die melodie, der sinn, das individuelle, authentische daran läßt sich nachfühlen – für mich. Die schwestern ziehen über sie her, weil sie schmutzdelig ist.

Später, als ich ihr die lautstärke runterschrauben muß (wegen der anderen im therapiezimmer), beschimpft sie mich wieder paranoid – oder ich weiß nicht, es ist nur zum teil paranoid, ist die hilflose wut des einsamen, hospitalisierten menschen. Aber später ist alles wieder ok zwischen uns.

Für **gudrun** *vivaldis „vier jahreszeiten“* aufnehmen; das hat sie sich gewünscht. Und spazierengehen; ich lerne, ihr zu helfen mit dem gelähmten bein (bzw. auf ihre anweisungen zu warten!). Immer neu die erfahrung, daß der gesunde anteil, die stärke ihrer persönlichkeiät alles pathologische überwindet – sofern jemand da ist, mit dem sie dieses gesunde teilen kann.

Sie ist sauer, verbittert über ihr eingesperrt sein („Ich bin freiwillig da!“); - gestern wollte sie raus, aber nachmittags sind die schwestern nur zu zweit: „Da müssen sie erstmal warten – und in dem zustand, in dem sie sind, sowieso nicht!“

Ihr „zustand“ war ausschließlich ihre verbitterung, ihre einsamkeit, ihr gefühl des gefangenseins.

***Erster grundsatz der psychiatrie:
In einer pathologischen phase
ist alles, was der normalität widerspricht,
pathologisch.***

Gudrun Eisele, als sie's geschafft hat, das klo in der cafeteria zu bedienen (ich soll im vorraum bleiben, damit sie sich nicht verlassen fühlt: „Geh nicht raus! – Erzähl mir was - !“), direkt beim rausgehen: „Geschafft! – Zeigt sich doch wieder, was liebe schafft - - Ich mein geistige liebe – nicht sex und so - -“

Ich dachte, ich hör nicht recht. Aber sie meint das so einfach, wie es ist, zwischen uns. Diese einfache solidarität zweier menschen, denen es ein leben lang auf

authentisches, liebevolles verhalten angekommen ist, ohne jeden zweifel – und die das im alltag zu leben versuchen.

Dann hat sie ein paket bekommen von einer freundin, psychoanalytikerin, buchautorin – mit der sie seit 15 jahren befreundet ist.. Soviel engagement steckt in ihrem leben – und jetzt sitzt sie in der DDR-klapper, wo niemand auch nur weiß, wovon sie spricht, keiner ihre musik kennt, ihre assoziationen, autoren, filme..

Gudrun macht einen gipsabdruck ihrer hände mit dem symbolischen dreieck der frauenbewegung (aus daumen und zeigefingern).. – und jene freundin ruft an, will dann auch mit mir sprechen. „Ich kann ihr das nicht sein, was sie braucht.“ Aber ich solle ab und zu anrufen, falls ich weiter kontakt mit gudrun habe. Im herzen nimmt sie anteil, aber sie hat die kraft nicht, sich aktiv auf sie einzulassen.. - wie sie inzwischen ist.

(Gudrun hat als sozialarbeiterin viele jahre mit prostituierten gearbeitet; dabei wurde sie von einem zuhälter angeschossen, in den kopf und in einen lendenwirbel. Es scheint, daß in diesem zusammenhang neben den neurologischen folgen eigene traumatische erfahrungen ans bewußtsein getreten sind – und vielleicht dadurch eine psychose aufbrach.)

Es stellt sich raus, daß die beiden seit jahren keinen kontakt mehr hatten, nur jetzt, im zusammenhang mit diesen schrecklichen ereignissen, hatte gudrun wieder kontakt mit ihrer alten kampffährtin aufgenommen.

„Es ist oft die einsamkeit, die die menschen krank macht -“, sag ich zu irgendjemandem, und **karolýn**, die dabei sitzt, deutet stumm und mit tränen in den augen auf sich.

„...die schizophrenie als stoffwechselkrankheit, die durch zuführung der fehlenden produkte therapiert werden kann..“

(Assistenzarzt zitiert in der teambesprechung seine eigene formulierung gegenüber einem 20jährigen patienten – bei dem eine entsprechende erkrankung auch nur erst vermutet wird.)

„Naja, bewiesen ist das aber nicht - !“

(Einwurf unserer oberärztin – die mir mal, als folge eines gesprächs, eine kopie der **„Rodewischer Thesen“** gegeben hatte.)

„Ich kann nichts dafür. Ich kam als Fehlgeburt auf die Welt. Ich bin von den vielen Beleidigungen gestorben. Ich bin tot geboren. Ich kann nichts dafür. Ich bin müde. Die Anstrengungen haben mich erledigt. Ihr habt Möglichkeiten. Ich bin nach den vielen Beleidigungen tot geboren. Ihr habt's leicht. Ich bin tot geboren, das Leben war hart. Ich bin müde. Ich bin fertig vom vielen Reden und Stehen. Seit fünfundfünfzig Jahren bin ich tot.“

Ken Kesey: Einer flog über das Kuckucksnest

Immer deutlicher wird mir, daß bei **gudrun eisele** 50 % ihrer „verhaltensauffälligkeiten“ ausdrück ihrer einsamkeit, ihrer verzweiflung, trauer und hilflosigkeit ist, - ihrer demütigung!

Wie aber sollte solche verzweiflung, trauer, resignation, hilflosigkeit je sich äußern (als moment von identität und selbstentfaltung!), wenn niemand bereit ist, solche empfindungen an sich ranzulassen, sie in sich zu erfahren als mitmensch: auf derselben augenhöhe?!

Wie aber wäre der zusammenhang, in dem psychotische symptomatik bei jemandem steht, nachvollziehbar ohne diese dimension?

Gudrun: „Ich muß unbedingt lernen, halt zu sagen, stop, - ich kann nicht mehr.“ (im sinne von: ich brauche hilfe) – „aber ich hab angst, daß ich dann die kraft verliere für's weiterleben - !“

Bisher sollte ich immer links von ihr gehen. Heute scheucht sie mich nach rechts. Wieso?

„Gestern warst du noch nicht vertraut - - Rechts von mir dürften nur vertraute menschen gehen..“

„An der beeinträchtigten seite - ?“

„Ja, genau! – Jetzt bist du mein rechter schatten..“

Hilde über liebesbeziehungen: daß sie sich oft gesagt hat, sie könne sich nicht wirklich auf eine beziehung einlassen, weil sie zu viel mit sich zu tun hat, mit ihren problemen, ihrer vergangenheit, und jeder mann komme doch genauso mit seinen problemen, - jeder mensch bringt sein eigenes schicksal mit. Und jetzt glaubt sie eher, daß liebe etwas sein könnte, wo beide etwas dazugeben – und sie zeigte es mit den händen so, wie ich das auch empfinde: daß die beziehung etwas *zwischen beiden* ist, demgegenüber beide partnerInnen dennoch bei sich bleiben. – Hilde, die mit der schizoaffektiven psychose, ist ganz und gar authentisch, sie lebt einfach ihr leben – in seinen möglichkeiten, mit seinen verwundungen und defiziten – aber es bleibt ihr eigenes leben!

Bei mir zuhause entdeckt sie das buch *„Statt Psychiatrie“* (kempker/lehmann), blättert drin und findet sofort eine stelle für sich: daß psychiatrie individuelle autonomie oft mehr zu bedrohen scheint als die psychose es tut.

Wenn ich dran denke, als es damals in der kleinen ärzterunde um hilde ging und die stationsärztin kopfschüttelnd kommentierte, daß sie zeitweise gemeint habe, frau hahnemann sitze hier (statt meiner), als ich über deren demütigung aufgrund des eingesperrtseins gesprochen habe.

Für die ärztin steht im vordergrund, daß die demütigung durch einen neuerlichen polizeieinsatz größer wäre. Das eine gilt wie das andere. – Und es würde hilde helfen, wenn wir ihr vermitteln, daß wir auch das demütigende des gefangenseins in der geschlossenen station erkennen und ernstnehmen, nicht übergehen. Daß auch wir hilflos sind und keine ideale lösung haben.

Beim team heute eine schwester, als ich von erfahrungen mit frau eisele berichte und sacht vorschläge mache, wie anderes verhalten ihr gegenüber günstigen einfluß haben könnte: „Ja, sie gehen ja alleine mit ihr, aber bei uns sind das ganz andere situationen - !“
Da hat sie recht.

Hab wieder einen neuen namen: Gudrun sagt *MONRAVIA* zu mir.. Is doch auch sehr schön!

Von den meisten krankenschwestern wird jede verhaltensnuance, die nicht der normalität ihrer eigenen sozialisation entspricht, jedoch auch nicht in die kategorie „krankheitssymptom“ gesteckt werden kann, fast reflexartig abgewehrt mit abfälligen bemerkungen oder entsprechenden interventionen. Vermutlich ertragen viele menschen (die lebenslang mithilfe von konsum und normalitätsbeschwörungen und -ritualen gegen ihre progressive selbstentfremdung angehen müssen) kaum das vorbild von menschen, die irgendwas anders machen (können! wollen!), - vermutlich gefährdet es tatsächlich ihre identitätsgewißheit. Solche menschen stellen aber das gros des betreuungspersonals für patientInnen, deren einzige gesundungschance gerade darin liegt, daß sie *individueller angepaßte* mitmenschliche kontaktmöglichkeiten finden, durch die ihre abweichenden verhaltens-, empfindungs- und denkmuster möglichst umfassend integriert werden können in die soziale umgebung.

Darüberhinaus dürfte solches betreuungspersonal bereits von vielen der „krankheitssymptome“ im engeren sinne in ihrer selbstgewißheit, ihrer seelischen homöostase bedroht werden.

Meine unweigerliche affinität zu menschen, die – in ganz verschiedener weise – innige zuwendung signalisieren und sich dann rigide abwenden! Im privatleben, jetzt auch hier – und mir scheint, solche muster, wie ich sie erlebe mit patientInnen mit „borderline“-diagnose, kenne ich zu allererst.. *von meiner mutter!*

Möglicherweise bin ich jetzt, bei aller affinität, deswegen ziemlich immun gegen den streß, der mit solchen wechselduschen verbunden ist, weil ich damals gelernt habe, mich gegen die doppelbotschaften meiner mutter abzugrenzen?

„In der Psychose berühren sich die Gegensätze, während die normalen Erwachsenen das Gefühl für die Wahrheit der Paradoxien verloren haben. Ich glaube, in Traum und Psychose schlagen gedankliche Assoziationen in Erleben um. Jeder Mensch ist irgendwie gestört, hat seelische Probleme, nur daß manche Menschen aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur und ihrer Geschichte und beim Auftreten bestimmter äußerer Bedingungen in diese Ängste so hineingeraten, daß das ‚endogene‘ biochemische Prozesse auslöst. Psychose ist eine extreme Verdichtung von Erfahrung.“
Frau Hahn, betroffene, in: Thomas Bock: Lichtjahre

„Sie ekelt mich an, diese welt - - wieso mußte ich hierherkommen?! – Ich möchte weg von ihr, - zurück, nachhause - -“, sagt karolýn – und ich kann nur JA sagen, ja, ich versteh dich, mir geht's auch oft so ähnlich.. aber: ich bin hier zuhause, ich gehör hierher..

„Jeder von uns hat seine aufgabe HIER - - und wenn du sie nicht annimmst, wird sie im nächsten leben wieder vor dir stehen - -“, sage ich zu karolýn, weil das noch am ehesten kompatibel ist mit ihrem welt- und selbstbild.

Die stationsschwester macht mich aufmerksam auf das buch über **SONJA GERSTNER**, die hier bei uns in der station war, 1970 (*Sibylle Muthesius: „Flucht in die Wolken“*), und die sie noch erlebt hat. „Es ist sehr kritisch der psychiatrie gegenüber – und die mutter macht sich gedanken, versucht die wahnvorstellungen zu erklären und so.. – aber es zeigt doch viel vom stationsalltag, für jemanden, der sich für diese station interessiert!“

Sie zählt auf, welche ärzte sich hinter den pseudonymen verbergen und erzählt vom hintergrund der familie. Die durchaus wahrgenommene kritische haltung gegenüber dem alltag der psychiatrie ist offenbar an ihr vorübergegangen. Dabei ist sie eine liebe, über deren umgang mit den patientInnen ich nichts zu meckern finde.

Karolýn: „...Und überhaupt, nostradamus hat gesagt, im jahr 1999 werden raumschiffe auf die erde kommen von fremden planeten und..“

„Nein! Nein - “

„ – Nein?“

„Nein! Jetzt glaub ich, daß du dich wieder einspinnt, - daß du wieder flüchtest - -“

„Gut, - lassen wir die raumschiffe mal weg; aber du hast verstanden, was ich meine?“

„Ja!“

Als es um ihre konfliktfähigkeit geht und ich meine, die sei für mich ein hinweis, daß es sich bei ihr vielleicht nicht um eine psychose handelt: „Ja! Ich will ja, daß mir jemand auch seine eigenen meinungen sagt! Ich hasse es, wenn man mir in den hintern kriecht – um mir nur nicht weh zu tun!“

Als ich sage, daß ich ihrer mutter trotz all des schrecklichen nicht böse sein kann, weil ... – aber daß ich dennoch letztlich „immer mit den kindern solidarisch bin“, sagt sie: „Ich weiß. Wenn ich das nicht genau spüren würde – wenn ich das gefühl hätte, du bist mehr mit meiner mutter verbündet als mit mir, würde ich dich gar nicht an mich ranlassen.“

Einerseits empfinde ich, daß es eine hölle war, in der karolýn gelebt hat – nicht zuletzt aufgrund der mutter.

Andererseits mag ich die mutter und hab gar kein bedürfnis, ihr böse zu sein.

Und drittens stehe ich vollständig auf karolýns seite.

Alle drei aspekte der wahrheit sind bei mir affektiv besetzt; sie sind eigentlich ziemlich inkompatibel – und doch wirklich aspekte einer wahrheit. – Bei karolýn sind diese drei facetten der wahrheit *gleichermaßen* affektiv besetzt – und das dürfte ihre existenzielle überforderung ausmachen – wegen der sie wohl tatsächlich am rand der psychose steht.

Und da bisher alle versuche, mit „der krankheit“ umzugehen, unlösbar verbunden waren mit den brachialen interventionen der mutter, konnte karolýn noch niemals unterscheiden zwischen eigener „krankheit“ und eigener „gesundheit“. Alles war wirklich eins, - zumal die mutter entstehungsgeschichtlich wohl tatsächlich die personifikation der „krankheit“ ist. – Das sortieren zwischen „krankheit“ und „gesundheit“ fängt sachte jetzt an, mit mir als offenbar erstem überzeugenden gegenpol zur mutter..

Aber was soll da draus werden?

[Karolýn wird entlassen, aber sie erträgt das studentenwohnheim (mit den gespenstern der verrückten phase) noch nicht. Das heißt, sie müßte weg von berlin – zurück zu den eltern. Da zieht sie übergangsweise zu mir. – Die vier wochen gehören zu den intensivsten zeiten meines lebens. Wie kaspar hauser scheint sie nachzuholen..]

„Bei dir lerne ich das fühlen wieder - - aber nur, weil ich es will!“, sagt sie, und: „Es ist seltsam – wie machst du das nur: du hast mich völlig im griff – ich meine, ich bin ganz aufnahmefähig für dich – und doch läßt du mich völlig frei!“

(Mir fällt die scene im krankenhaus ein, als sie weihnachtsgeschenke verpacken „wollte“. Ihr mutter hatte alles mitgebracht – und hätte ihr jeden einzelnen handgriff vorgeschrieben, wenn ich nicht laufend interveniert hätte und karolýn gegen die mutter abgeschirmt hätte. Später hatte sie gesagt: „Jetzt habe ich zum erstenmal im leben etwas gemacht, ohne dazu gezwungen zu werden - ! Zum erstenmal im leben - -!“)

Es ist wahnsinn!! – Ja, aber nicht karolýns wahnsinn, sondern derjenige einer zivilisation, die menschen wie sie als psychisch krank einsperren will, ihr medikamente geben will und sich ansonsten nicht um sie kümmert.

Vieles bei karolýn erinnert mich an das mädchen in *hannah greens* ‚*Ich hab dir nie einen rosengarten versprochen*‘.

Karolýn: „Ich bin traurig - - daß es das böse gibt!“

„Wenn ich dich einmal als freund nicht mehr haben will, dann kann das nur krankhaft sein – ich bitte dich, versprich mir, daß du das beachtest!“

[Drei jahre später haben wir miteinander telefoniert und karolýn hat mir gesagt, daß es ihr wohl das leben gerettet hat, als sie bei mir wohnen konnte – daß sie nicht zu den eltern mußte. Aber daß mein stellenwert zu groß geworden war, damals. Daß sie

sich in dieser beziehung verloren hätte – falls wir nicht beide, unabhängig voneinander, die notbremse gezogen hätten.]

*„Angenommen, ich ginge öfter mal tanzen, dann wäre ich bestimmt weniger psychotisch.“
Herr Weber in: Thomas Bock: ‚Lichtjahre‘*

Karolýn wacht auf. „Mondrian darf ich dir etwas schnell sagen, bitte?“

„Igén - -“

„Ich hebe ab – jetzt grade – bin kaum da – weil ich merke - - daß es um mich ganz persönlich geht, - es geht nicht um zwanzig leben vorher und zwanzig leben in der zukunft, sondern um mich ganz persönlich, jetzt - ! Verstehst du - ?“

„Abheben“ meint bei ihr die situative flucht in die quasi-psychotische dissoziation. Vermutlich hat ihr die erkenntnis doch etwas angst gemacht: die zeit der selbstverständlichen flucht in vergangenheit und zukunft, in philosophie und mystik scheint vorbei: das leben wird in der gegenwart gelebt.

Teresa ist schon einige zeit in der station, hielt sich aber fast ständig im zimmer, auf ihrem bett auf. Gleich dachte ich – was ist denn das? Ein wesen.. – ganz scheu; nach ein paar tagen wird deutlich, sie stellt ansprüche, sie nimmt ihre eigenen impulse ernster als das von außen vorgegebene. (Nur um kleinigkeiten geht’s, aber es genügte, sich die abneigung der schwestern zuzuziehen.)

Als ich sie im zimmer besuche, um sie in meinen „therapieraum“ einzuladen, will sie nicht. Aber sie bittet mich um papier zum malen. (Bei der visite hatte sie schon den psychologen gefragt, der hatte ihr ein paar seiten kariertes papier von seinem block abgerissen.) – Ich bring ihr einen malblock und stifte und besuche sie dann jeden tag kurz an ihrem bett. – Irgendwann kommt sie zu uns. Seither sitzt sie die meiste zeit in einer ecke, immer am selben platz, und malt. Mit anderen patientInnen hat sie kaum kontakt. Mit mir unterhält sie sich über ihre bilder und manchmal deutet sie „schamanische“ zusammenhänge an. - Manchmal spricht sie mit französischem akzent über reisen und fremde länder. Mittlerweile hab ich gelernt, verschiedene persönlichkeitsaspekte von teresa (die verschiedene namen tragen) zu unterscheiden. – Zunehmend profiliert sich teresa in der station, zieht sich manchmal sehr auffällig an. Ihr rückzugsort bleibt der malplatz im therapieraum, den sie beim verlassen immer sorgfältig abschirmt mit schamanischen symbolen (blau angemalte kieselsteine).

Einmal machen wir zusammen einen hausbesuch bei ihr, sie zeigt mir mappen mit arbeiten. Teresa erhofft sich einen studienplatz bei einer modedesign-schule. –

*Sie arbeitete gern mit Patienten. Gerade durch ihre Krankheit wurden diese dazu gebracht, Normalität einer Prüfung so zu unterziehen, wie es nur wenige ‚normale‘ Leute konnten. Sie waren von Liebe, Anteilnahme und schlichter Kommunikation abgeschnitten und sehnten sich oft mit einer unverfälschten Leidenschaft danach, die sie persönlich als etwas Wunderbares empfand.
Manchmal, dachte sie kläglich, ist die Welt soviel kränker als die Insassen dieser Anstalten.
Hannah Green: Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen*

Ein halbes Jahr nach ihrer Entlassung ist sie wieder drin, in einer anderen Station. Wir treffen uns im „Laden“, laufen nachher noch ein Stück rum. Sie ist schwanger von irgendeinem, mit dem nichts sie verbindet. –

Ich weiß nicht, was dann aus ihr geworden ist.

Teresa war völlig anders als andere PatientInnen mit egal welchen Diagnosen. Die meisten PatientInnen staunten sie an wie ein Fabelwesen; selbst das Personal schien manchmal in seltsamer Scheu einen Bogen um Teresa zu machen..

[Im Nachhinein (2006) frage ich mich, ob sie vielleicht eine dissoziative Identitätsstruktur (DIS) hatte, also eine "multiple Persönlichkeit" war. Dann hätte sie keinen Tag in einer psychiatrischen Akutstation sein sollen.]

Eine etwa 50jährige Patientin, die ihre depressive Symptomatik aufrechterhält, möglicherweise, um sich nicht mit der Tatsache befassen zu müssen, daß 30 Jahre Ehe- und Mutterroutine zu Ende sind und vor ihr die Leere. – Nachdem sie in einigen Gesprächen mit mir diesen Zusammenhang ansatzweise gefunden hat („Ja, ich wünsch mir so sehr mein altes Leben zurück! Ich hab ja alles verloren, zuerst den Beruf, eins nach dem andern - !“), gehe ich zum Psychologen mit der Überlegung: raus aus der Psychiatrie und draußen mithilfe einer Psychotherapie diesen Umorientierungsprozeß einleiten. Der Psychologe verweist auf ihre „kognitiven Defizite“ und „Fehleinschätzungen“ und daß die Patientin wegen dieser „Symptome“ noch nicht „entlassungsfähig“ sei. – Aber wie soll hier, in dieser Umgebung, die Hoffnungslosigkeit und subjektive Perspektivlosigkeit aufgelöst werden, aus der meines Erachtens auch ihre „kognitiven Fehleinschätzungen“ herrühren?!

Nein, zuerst will er die (klar definierte) „entlassungsfähigkeit“, danach kann alles andere kommen; das ist dann allerdings nicht mehr seine Aufgabe. – Falls die Patientin die Kriterien für diese „entlassungsfähigkeit“ nicht erfüllt, ist sie eben „zu krank“ und muß in der Klapper bleiben – die Frage, welche Bedingungen begünstigen eine solche Entwicklung und welche behindern sie, wird konsequent nicht gestellt. – Mit einer Ausnahme: daß prinzipiell jede im Krankenhaus angebotene „Therapie“ als heilungsbegünstigend definiert wird, ist klar.

Die Stationsärztin hat „eigentlich“ ein tieferes Verständnis von solchen Zusammenhängen, ist hochengagiert und geht lieb um mit den PatientInnen, sie hetzt sich ab – aber agiert auf der Ebene der banalen Alltagsnotwendigkeiten und Handlungsnormen. Sie versucht, diese möglichst ordentlich und hilfreich und

menschlich umzusetzen. Zu mehr reicht ihre kraft, ihre zeit nicht. Und weil sie ja doch ziemlich allein steht mit allem darüberhinaus.

Ja, ich denke, ich weiß jetzt, was akutpsychiatrie heißt. Jetzt kann ich aus eigener erfahrung hinter der grundsatzkritik stehen, die leute wie *laing*, *basaglia*, *foudraine*, *bettelheim*, die **DGSP** und *peter lehmann* (*Antipsychiatrieverlag*) an der psychiatrie üben, - aber durchaus auch welche in der DDR, wie ich jetzt mitkriege; z.b. im zusammenhang mit den *„Rodewischer Thesen“* (1963) oder um den leipziger sozialpsychiater *klaus weise*.

Teresa hat geburtstag. Als ich ihr gratuliere, wehrt sie ab: ihr geburtstag sei an einem anderen tag. Aber ich habe das gefühl, irgendwo hat es sie dennoch erreicht. Ob sie wegen des leids, das mit ihrer ursprünglichen identität verbunden ist, sich in andere (bruchstückhafte) identitäten flüchtet - ? Einmal hat sie mir erzählt: „Da hat so ein psychiater mich gefragt – na, wer sind sie denn heute? Und dann hat er sich gewundert, als ich gesagt hab: immer dieselbe!“ Dieses „immer selbe“, dieser pulsierende kern, ist für mich grundlage jeder begegnung mit solchen menschen, mit jedem menschen.

Sie hat wieder gemalt, kostümentwürfe, hatte den impuls, „für meinen kleinen sohn“ (es gibt da keinerlei kontakt – und vermutlich ist der sohn längst erwachsen, falls er überhaupt existiert) einen stoffhund zu basteln. Der entsteht dann, aus filzresten, mit irrwitziger fingerfertigkeit. Als ich sie bewundere, sagt sie, sie sei kostümmeisterin gewesen.

Dieses kreative feuer steht offensichtlich im mittelpunkt ihrer persönlichkeit, ganz und gar authentisch, unversiegbar, wennauch getrübt durch die psychose.. oder was es ist.. – Fast durchgängig spricht sie, während sie bei mir sitzt und malt oder sonstwas macht, ganz leis in ihrer anderen welt, und diese welten stehen gleichberechtigt nebeneinander.

Teresa ist ängstlich, mißtrauisch, scheu, bleibt immer für sich – und unser kontakt ist möglich sicherlich nur, weil ich sie „zwischen den welten“ akzeptiere, weil ich ganz selbstverständlich neben ihrer anderen welt stehenbleibe, ohne diese infrage zu stellen.

22. November 1970

Ich höre gerade Brahms. Paßt zu meiner Stimmung. Die schwere Musik inspiriert mich. Ich muß an etwas schreckliches denken. Das Schrecklichste, was bis jetzt in meinem Leben passierte.

Ich denke an die Stunden im Bunker auf Station C, in denen ich mich entschloß, mir das Leben zu nehmen mit dem Draht vom Bettgestell. Stundenlang allein im Dunkeln, über mir und an den Wänden liefen Rohre entlang, in denen es dauernd rauschte, ich dachte nur, jetzt wird Gas durchgeblasen, ich wußte nicht, ob Pappi, Mutti Maja Tante Miezl und Oma Zachau noch leben, niemand kam herein und die Schreie in den Nebenbunkern...da hab ich einfach laut gesungen...

Hinweg, hinweg mit diesen makabren Gedanken. Ich bin wieder froh, daß ich geboren bin und sehen kann. Wenn man das Leben liebt, dann nur und nur deshalb, weil man die Menschen liebt...

*Sonja Gerstner, Krankenhaustagebuch
(in: S.Muthesius: Flucht in die Wolken)*

Eine manisch-depressive patientin, die seit jahren bekannt ist als durch und durch liebenswert, freundlich, hilfsbereit, ist seit zwei wochen in einer quälenden übergangsphase, sehr verwirrt. Seit tagen äußert sie, sie käme hier nicht mehr raus und dann: ihre kinder und enkel kämen nie mehr raus, falls die sie besuchen kommen. Plötzlich taucht sie am schwesternzimmer auf mit dem satz: „Ich schlachte sie alle ab! Alle schlachte ich sie ab – mit 'm küchenmesser!“

Noch nie kam etwas derartiges von ihr. – Alle sind wir beeindruckt von dem tiefen ernst, der unangreifbarkeit, der endgültigkeit, mit der sie spricht.

Als wir es später dem psychologen erzählen, kommt von ihm nur: „Na – aber ob das jetzt ernst zu nehmen ist - - ?“

Teresa will keine blutabnahme zulassen; die stationsschwester verhandelt mit ihr, bei uns im therapiezimmer. Seit 30 jahren arbeitet sie in dieser station und ich erlebe sie durchgängig als angenehm, ohne einen zungenschlag in richtung auf machtgehabe, aber sie hat in all den jahren nicht gelernt, auf das ängstliche, unsichere von patientInnen einzugehen. Nur sachlich-bürokratische argumente bringt sie: „Sie wollen doch auch - ! Das ist eben vorgeschrieben bei leponex! – Das ist doch auch in ihrem interesse!“

..Momente von zuneigung, vertrauen, offenheit, dankbarkeit mit teresa, und einfach DA SEIN bei einer anderen patientin, die um ihre lebendigkeit ringt und offenbar (zumindet derzeit) eingeschlossen bleibt in ihr paranoides? depressives? frühkindlich verwundetes? selbstgefühl, sofern nicht jemand sie kontinuierlich (aber sacht) spiegelt. – Dafür war ich heute in der station. Und das reichte für diesen tag.

Vielleicht sogar noch mehr: ein funke von vertrauen mit einer schwester (die bislang geneigt war, mich abzulehnen). –

..Ich bin und bleibe ein kleiner junge, der allein für sich das leben entdeckt und sich dran freut. – Alles bei mir läßt sich darauf reduzieren. Und ich will's garnicht anders. Ich hab (noch immer) keinen ehrgeiz, „darüber hinaus zu kommen“!
Ich kenne keine zukunft, keine ziele, wirklich nicht.

Petra, mit borderline-diagnose. Bei unserm spaziergang haut sie ab – und ich mit meinen 46 jahren darf auch das mal erleben, einer 19jährigen hinterherzurennen. Zuletzt hab ich sie (es ist wie im film!) – ich nehm sie in die arme, spüre ihre verzweiflung und hilflosigkeit – wir sitzen ein bißchen da – und dann ihre angst, falls ich das „melde“. Angst, daß sie dann garnicht mehr rauskommt; das will ich auch nicht. Müssen wir eben reden mit der ärztin. „Geben sie uns hier eine chance – daß wir zusammen versuchen zu verstehen, wie's weitergehen könnte mit ihnen - !“
Zuletzt verspricht sie: „Dann hau ich nicht mehr ab!“

Dieser augenblick, als ich sie „gefangen hatte“ – sie in die arme nahm – eine zeitlang saßen wir da und ich hielt ihre hand. Als wir gingen, umfaßte ich sie sacht von hinten – und sagte einfach „du“ zu ihr – und als ich spürte, wie sie wieder zurückging in ihre leibliche autonomie, da sagte ich wieder „sie“.
Es war irgendwo wie musik, improvisierte musik zwischen uns..

Was wäre passiert, wenn jemand sie in dieser situation schimpfend eingeholt, festgehalten und zurückgeschafft hätte? Wieder unverstanden bleiben, verzweiflung, perspektivlosigkeit. Ihr verhalten hätte andere entscheidungen bewirkt, hätte sie noch mehr in die verzweiflung getrieben: ein typischer teufelskreis.

Einmal, als **teresa** während eines spaziergangs sehr umfassend mit ihrer anderen welt kommuniziert, sagt sie schnell zu mir rüber: „Ich spinn noch'n bißchen, macht aber nix!“

Es scheint, daß **karolýn** (in ihrem wohnheim) wieder abrutscht in eine (offenbar tatsächlich) psychotische krise; und noch ist sie (und ist vor allem die mutter!) nicht soweit, daß sie sich um psychotherapie kümmert. Für die mutter zählen nur medikamente; weil es ja eine krankheit des hirnstoffwechsels sei, *basta!* – Und falls karolýn wieder dekompenziert, kommt sie eben wieder in die klapper. Wo sich kaum jemand interessiert für *das angemessene* ihrer „pathologischen“ reaktionen, für den selbstheilungsversuch, das gegensteuern gegen tatsächlich pathologische erfahrungen und empfindungsmuster, aus ihrer sozialisation. Wo sie ihr nur die alternative anbieten, entweder wahn, stimmen, ängste, *also krank, also neuropharmaka* – oder aber all das nicht, also gesund, *also gefälltst funktionieren in*

der normal-entfremdung, aus der karolýn raus will mit allen fasern ihrer persönlichkeit.

Wie all das teil ihrer individuellen suche nach identität, nach gesundheit ist, interessiert nicht. Wie karolýn, auf ihre weise, ständig all das reflektiert und problematisiert, was sie umtreibt, - beziehungen, liebe, zuneigung, vertrauen, körper, sexualität – dafür interessiert sich (außer mir) allenfalls mal eine schwesternschülerin oder ein zivildienstleistender.

Jetzt ist noch alles im fluß bei ihr, jetzt wäre ein psychotherapeutisches aufarbeiten wohl noch möglich, - aber als spielball zwischen dem zwang zum sozialen funktionieren und dem abgestempeltsein als „paranoid schizophran“, zwischen der zermürbenden rhetorik der mutter und der ebenso zermürbenden wirkung der neuropharmaka.. - - was soll das werden? – „*Die fabrikation des wahnsinns*“, sagte *szasz*.

Das niveau dieser station ist kaum höher als dasjenige der suppenküche, der wärmestube einer bahnhofsmission. – Wobei ich den ärztInnen, dem personal keinen wirklichen vorwurf machen kann. Die verstecken nur ihre hilflose überforderung hinter routinierten begriffen und abläufen.

Meine besten ratgeber in dieser situation sind noch immer *hans lugers* buch über das berliner ‚KOMM RUM‘ und ‚Lichtjahre‘, die porträts von *thomas bock*.

*Da merkte ich, daß das geschlossene Dasein, das völlige Abgeschlossenensein nach außen, hinter geschlossenen Augen, nur das eine war. Das andere war, daß sie unter dieser geschlossenen Hülle völlig funktionstüchtig war. Es kam mir so vor, als ob sie aus einem tiefen, morastigen See endlich an die Oberfläche gelangt ist.
„Du bist gekommen?“ sagt sie, so wie immer. Und dann haben wir uns unterhalten, zuerst etwas beschwerlich, dann ging es aber ganz gut.
Sibylle Muthesius: Flucht in die Wolken (über sonja gerstner)*

Ich sehe bei alledem die unbedingte suche nach individueller wahrhaftigkeit, - nach dem, was jedes menschen menschenrecht ist. Viele fachleute für psychosen sehen offenbar nur krankhafte abweichungen, sehen realitätsverlust. Beides stimmt – aber *der mensch in seinem unzerstörten, unzerstörbaren kern, in seinen individuellen lebenskräften* ist zu finden nur durch den einen blickwinkel.

Auch wenn **teresa** die gesetze ihrer gegenwelt ernstnimmt und beansprucht, daß andere sie ernstnehmen: „Weißt du, das ist gefährlich – da muß man aufpassen, daß niemand in den zeichenblock reinspringt – Der verräter schläft nie! - - Wenn du drauf aufpassen willst, das kostet dich nerven! – Hier, man darf diesen knopf nicht drücken [*drückt auf eine stelle des zeichenblocks*] – oder warum eigentlich nicht?!“

Manchmal gucken wir uns nur still an, und ich spür bei uns beiden gleichermaßen: ‚Ich bin, wie ich bin, und ich spiel kein theater mehr, ich stell mich nicht mehr auf den kopf, um von jemandem gemocht zu werden, aber falls du was anfangen kannst mit mir, wie ich bin, würd ich mich freuen.‘

Mehr als an jeden anderen menschen erinnert mich teresa an *elisabeth trissenaar* – in ‚*Liebe und Magie in Mamas Küche*‘ von *ina wertmüller*. So ist sie. Und natürlich nicht, weil sie „schizophren ist“ (ist sie „schizophren“?), sondern ihr authentisches selbst ist so, und daneben ist teresa vielleicht noch in einer schizophrenen phase. Tag für tag krieg ich jetzt die dynamik ihrer veränderung mit, ihres heraustretens aus der psychose (?), und mir scheint, es gibt durchaus komplexere interaktion zwischen ‚innerem selbst‘ und ‚falschem selbst‘ (*laing*), mit der inszenierungen gespeist werden von beiden (nach *laing* ja inkompatiblen) polen eines schizophrenen persönlichkeitsystems. Ein vielschichtiges dynamisches geflecht zwischen individuellen biografischen aspekten (zum teil offensichtlich traumatischer natur) und psychotischen inszenierungen, wie ich es aus den darstellungen von *siirala* und *foudraine* kenne, kann ich jetzt ansatzweise bei teresa nachfühlen.

Teresa: „Ich muß mal meine tasche aufräumen. – Komme mir vor wie eine frau, die ich gekannt habe; die hat riesengroße beutel gehabt, hat ihr aber auch nix genutzt!“

Sie lebt durchgängig sowohl in der psychotischen (?) als auch in der außenwelt, und sie erlebt, daß ich beides nicht nur gleichermaßen bei ihr akzeptiere, sondern daß ich sie, teresa, *als eins empfinde*, daß es da für mich keinen bruch gibt. – Ist das nicht eh die angemessene haltung im kontakt mit menschen (egal welchen)?

Es gibt für mich keinen zweifel mehr, daß viele patientInnen im akut psychotischen zustand näher dran sind an sich selbst als im nichtpsychotischen. Wahrhaftigkeit, leid, sehnsucht, aber auch panische ängste stehen auf der einen seite, - gesellschaftliche rollen, „falsches selbst“ (*winnicott*), angepaßte oberflächlichkeit und unechtheit auf der anderen seite. Zur angestrebten psychischen „gesundheit“ gehört heute ein panzer aus desensibilisierung rund um die ungelebten, weggedrückten nöte, der sich äußert als selbstentfremdung und verdinglichung. Im zustand von psychischer dekompensation und seelischem leid kann solcher panzer oftmals nicht aufrechterhalten werden; paradoxerweise ist das in gewisser weise ein gesünderer zustand. – Die normal-pathologischen selbstentfremdungs-muster blockieren natürlich erheblich alle selbstheilungskräfte, sie stehen im grunde diametral zu ihnen.. was die neuerliche dekompensation provoziert – als zusammenbruch des unauthentischen „falschen selbst“.

Etwas verwirrend, das alles.

Teresa malt ein bild für einen ihrer söhne, von denen sie offensichtlich garnicht weiß, wo die sind, und während der arbeit laufen ihr die tränen von den augen, und ich sitze dabei und darf ihr ein tempo geben..

„...Ich bin ja *auch* noch die **renate**, und was glaubst du, was das für eine schöne zeit war! Da hatte ich überhaupt nix, nur eine handtasche, einen kamm – und alles andere: weg! [*wischt mit der hand ins weite*] Aber dann kam ich von einer katastrophe in die nächste, und jetzt mach ich's anders, jetzt hab ich alles bei mir, - das wenige, was ich noch hab!“ –

Zuhause, in ihrer wohnung voller bilder und zeugs und möbeln, ist sie wieder jemand anders. **Teresa**, das ist vor allem die tänzerin, die exaltierte kreative, die eigentlich französisch spricht.

Sie will ein bild für mich malen, ich hatte mir eine tänzerin gewünscht, - aber das wird wohl nicht möglich sein. „Weißt du, ich würde ja ein bild malen und jemandem schenken, wenn ich vertrauen hab, aber die tänzerin – mit der identifiziere ich mich so sehr, und dann hab ich so sehr angst, es wegzugeben – wenn es in falsche hände kommt - !!“

Teresa.. Ich denke an ihre sätze, und alle sind mir kostbar, weil in allen ihre integrität, ihre authentizität liegt. – Nichts ist nebensache, jeder blick von ihr, jede geste hat sinn, auch wenn ich vieles noch nicht verstehe. Magie des augenblicks.. im gegenwartsraum. Choreografie der wahrheit des augenblicks. – Die blüte des augenblicks..

Niemand hat in all diesen wochen teresa hier besucht.. – aber oft redet sie von ihren söhnen und ihren männern. Wozu, wofür sollte sie sich um ihr leben bemühen, wenn keiner da ist, den sie liebhaben kann, - wenn keiner sie liebhat?

Sie aber denkt: „Wenn hier irgendwo ein Mensch wäre, der mir sagen würde, was ich tun soll, der mich mit Geduld und Intelligenz dazu brächte, daß ich mich intensiv mit etwas beschäftige, was mir Freude machen würde – vielleicht – vielleicht käme ich dann wieder aus dieser Depression heraus und wäre gerettet.“

Aber niemand ist da – niemand, dessen Autorität sie anerkennen würde, niemand, der ihre Fähigkeiten, die so gesunken sind, neu beleben könnte – also gut – dann bleibt sie in ihrer Ecke – dann hebt sie nicht einmal ihren Blick, um ihre Leidensgefährten zu beobachten – dann versinkt sie also immer mehr in den totalen Stumpsinn.

Unica Zürn: Der Mann im Jasmin

„Ich kann auch kochen!“, sagt sie. Ich bin überzeugt davon. Teresa steckt viel Genauigkeit in alles, was sie macht, - aber irgendwo ist die Grenze der Kraft, wenn das keinem sonst etwas bedeutet.

Teresa hat ab heute Einzelausgang. Sie würde dennoch gern auch noch mit mir rausgehen – aber sie hat Angst, daß die dann denken, sie traute sich nicht alleine raus und ihr den Wochenendurlaub streichen. „Magnus, du hast einen Schlüssel, du kannst rausgehen aus der Tür – aber du mußt auch mich verstehen..“
(*Ich bin ‚magnus‘ für sie.*)

Eine neu in unsere Station gekommene Schwester stürmt ins Therapiezimmer und will bei einem Patienten Blutdruck messen. Ich wimmle sie ab, gemäß Stationsinterner Absprache: möglichst keine Pflege-Interventionen, während PatientInnen im Therapiezimmer sind, bzw. erst mich fragen. Sie plustert sich auf: „DAS KANN JA WOHL NICHT WAHR SEIN, DASS SIE HIER DIE ARBEIT BEHINDERN - !!“
Diesen schönen Satz, der wohl dem Selbstverständnis von Krankenschwestern in den meisten Stationen entspricht, wollte ich doch mal festhalten.

Teresa weint (wegen irgendwas in der Parallelwelt) und die Tränen verschmieren ihre Schminke – so guckt sie mich an, guckt mich an ganz und gar.. – ist mir nah in diesem Blick. Sie Momente unserer gemeinsamen menschlichen Wahrheit. Es kommt aus der Welt, gehört zur Welt als Ganzem, wie auch immer – läßt sich nicht isolieren als „endogen“. Solche Interpretationen sind Folgen der Isoliertheit der Fachleute vom Ganzen der Welt; das weiß ich, seit ich Menschen in Psychosen hier erlebe als Mitmenschen. (Über die allermeisten derartigen Erfahrungen kann ich aber kein Wort schreiben.)

WAS ES IST

*Es ist Unsinn, sagt die Vernunft
Es ist, was es ist, sagt die Liebe
Es ist ungleich, sagt die Berechnung
Es ist nichts als Schmerz, sagt die Angst
Es ist aussichtslos, sagt die Einsicht
Es ist, was es ist, sagt die Liebe
Es ist lächerlich, sagt der Stolz
Es ist leichtsinnig, sagt die Erfahrung
Es ist, was es ist, sagt die Liebe*

ERICH FRIED

Unlängst im therapiezimmer, wir sitzen beim ‚Mensch ärgere dich nicht‘. Draußen jammert und schreit seit stunden ein patient (was bei uns sehr selten zu hören ist). Eine ca. 60jährige patientin fragt mich: „Was hat er denn? – Machen sie versuche mit ihm?“

Und das war keine „paranoid-halluzinatorische symptomatik“! Die patientin hat meines erachtens keine pathologische symptomatik mehr, sie gehört zu den umgänglichsten, gesündesten menschen hier im therapiezimmer – nur will sie nicht zurück in ihr pflegeheim und spielt deshalb den ärzten gegenüber konsequent noch immer die katatone, obwohl sie es längst nicht mehr ist, - reagiert auf nichts, spricht nicht mit denen.

Haarsträubende geschichten, tag für tag die entsetzliche diskrepanz zwischen dem bild des personals von einzelnen patientInnen und der wahrheit ihrer lebensgeschichtlichen situation, wie ich sie mitkriege bei den informellen begegnungen im therapiezimmer. Hinweise darauf werden meist ignoriert, überhört, überschätzt und niedergedet vom pflegepersonal und von den ärzten nur selten abgerufen, dann zwar einigermaßen angemessen zur kenntnis genommen, - aber es gibt keinen kontinuierlichen austausch darüber. Die „rehistorisierende“ ebene der wahrheit wollen sie offensichtlich nicht an sich rankommen lassen.

Um wieviel einfacher ist das – in dieser station durchaus verantwortungsvolle und bemühte! – jonglieren mit einem dutzend medikamenten in allen dosierungsvarianten. Und, nicht zuletzt: solange die ausschließlich medikamentöse behandlung „lege artis“ ist (einer der Lieblingsausdrücke des neuen jungen oberarztes), wird niemals irgendjemand ihnen etwas vorwerfen können, falls mal ein patient aus’m fenster springt.

Allein schon deshalb, weil im psychiatrischen konzept das pathogene der gesellschaftlichen normalität rigoros ausgespart wird (bzw. allenfalls auftaucht als individuelle lebensbedingungen einzelner patientInnen), kann die psychiatrie nicht helfen. Sie geht von völlig falschen voraussetzungen aus.

*Ein Loosungszeichen, und hier ist der Stab
Des Gesanges, niederwinkend,
Denn nichts ist gemein. Die Todten weket
Er auf, die noch gefangen nicht
Vom Rohen sind. Es warten aber
Der scheuen Augen viele
Zu schauen das Licht.*

Friedrich Hölderlin: Patmos <Erste Fassung>

Frau schubert erzählt mir anderthalb stunden lang von ihrem elternhaus – mit das schrecklichste, was ich je gehört habe! – „Wissen das die ärzte eigentlich? Der psychologe?“ – „Naja, - nein. Über sowas wird da nicht gesprochen..“

Marie kanter, die 19jährige mit dem kindlichen schmusebedürfnis, hatte mit ihrer mutter telefoniert. Dann sagt sie, in den raum rein (in dem nur noch ich bin): „ – Ich werd mich doch umbringen - !“

„Wieso denn das? – Das fänd ich sehr schade - -“

„Ich werd einen weg finden, mich umzubringen! Diesmal klappt es!“

„Wieso denn?? Was ist denn so schlimm in deinem leben - ?“

„ - - -“

„Merkst du denn nicht, daß dich viele hier mögen - ? Ich wär froh, wenn ich so beliebt wär wie du..“

„Beliebt? Gehaßt!! - - Ich will nicht beliebt sein - - Ich will nur wissen, wer ich bin!“

„Wer wir sind – das wissen wir doch alle nur dadurch, daß wir merken, wie andere menschen uns empfinden..“ (Das stimmt zwar nicht so ganz, aber ich war hilflos, wollte einfach, daß das gespräch weitergeht..)

„ - - Ich will wissen, ob das meine mami ist - !“

„Ja.. das is' wohl'n problem - - “

Frau schuberts mutter gilt beim pflegepersonal als bemüht und sorgend – weil sie manchmal kommt. Obwohl die patientin schon x mal in der station war, hat offenbar noch niemand etwas erzählt bekommen von der hölle, die frau schuberts kindheit gewesen sein muß, von ihrem offensichtlich berechtigten haß auf die eltern. Aber es würde auch kaum jemand ernstnehmen bzw. es eher als schizoaffektives symptom interpretieren. Allein schon weil eltern, die zu besuch kommen, per definitionem nicht böse (gewesen) sein können.

Wie sollten die schwestern mit ihrer fast durchweg normopathischen persönlichkeitsstruktur solchen patientInnen – mit all ihren schrecklichen und chaotischen biografien – in irgendeiner weise gerecht werden können?! Dabei sind sie subjektiv-menschlich durchaus bemüht, da hab ich – fast durchweg – nichts zu meckern.

Djanja, die borderline(?) - frau vom letzten sommer, ist von jener fachklinik wieder zu uns verlegt worden. Weil's ihr zu schlecht geht, und weil sie sich in einen pfleger dort verliebt habe. Heißt es, - aber es hatte, wie djanja berichtet, mehr mit kompetenzrängeleien zu tun: weil sie mit jenem pfleger besser klar kam als mit der für sie zuständigen bezugsschwester.

*So erfaßte ich die von keinem Normaleren
jemals zu vollendende Form
menschenrichtiger Sprache: fragende Sprache.
Ernst Herhaus: Kapitulation*

Teresa ruft mich von zuhause an – es ist eine völlig andere persönlichkei! Eine tiefe berlinernde stimme voll ruhiger, mittiger kraft, - nichts mehr von der falsetstimme mit ihrem slawischen (oder französischen) akzent.

Alle ihre geschichten, all das gewordene.. sie scheint aus all dem zu leben. Offenbar kann sie weniger verdrängen und vergessen als andere, deshalb lebt sie vielschichtiger – und davon ist sie oft überfordert.

Solche vielschichtigkeit und vielfalt ist mir näher als die elaborierte stringenz bei intellektuellen; so bin ich nicht. Ich hab auch immer alle aspekte meiner lebendigkeit gleichermaßen zu emanzipieren versucht, konnte garnicht anders.

Gespräch mit einer schwester über **angelika schubert**. Als ich einzelheiten über deren elternhaus zu berichten anfrage, unterbricht sie, um erstmal tee zu kochen – voll affektiver beteiligung. Kommt nicht wieder auf unser thema zurück. Als ich dennoch weiterspreche, unterbricht sie mich mit: „Also, *ich* hatte ein schönes elternhaus - -“ und fängt an, weitschweifig von ihrem schönen elternhaus zu erzählen..

Und **marie kanter** ist gestern abend abgehauen, mit einem freund aus ihrer WG, ist von der polizei aufgegriffen worden, hat hier bei uns terz gemacht und ist fixiert worden. Da war ich noch nicht in der station. Dann sitz ich eine zeitlang bei ihr, halt ihre hand, versuche, ihr ein bißchen ruhe zu geben.. aber irgendwann muß ich auch los – und dann ist erstmal keiner mehr bei ihr. (Eine schwester krank – und ein neuzugang.)

Marie hat doch ängste.. die kommen wie anfälle, ganz von innen – wer weiß aus welchen erinnerungen.

**Am freitag ist hier bei uns, in berlin,
yehudi menuhin gestorben..**

*„Kein Mensch darf dumpf vor sich hinfiedeln,
wenn die Welt in Flammen steht.“*

Die stationsärztin hat mich zu einem gespräch gebeten, mit der oberärztin. Eine schwester habe sich über bestimmte aushänge im therapiezimmer „gewundert“. (*So ist die übliche umschreibung für ‚empört sein‘ – die unter erwachsenen verwendet wird, weil empörung, wie jeder gefühlsausdruck, dem selbstanspruch auf seriosität, professionalität, erwachsensein widerspricht! – Und selbstverständlich spricht eine krankenschwester dann nicht mich an, sondern operiert – intrigiert! – auf dem dienstweg. Kaum eine krankenschwester würde sich profilieren, sofern nicht ihre position hierarchisch gesichert ist.*)

Natürlich ging es um die hinweise auf die IRRENOFFENSIVE und die telefonnummer vom WEGLAUFHAUS BERLIN.

Offensichtliche unsicherheit, verlegenheit der beiden ärztinnen, die jedoch nicht dulden zu können meinten, daß hier, in einer geschlossenen akutstation, wo ein drittel der patientInnen zwangseingewiesen ist, auf's WEGLAUFHAUS hingewiesen wird.

„Ich halte es für besser, wenn jemand, der hier wegläuft, ins WEGLAUFHAUS geht, alsdaß er auf der straße rumirrt.“

„Ja, das stimmt sicher, aber ich halte es trotzdem für angemessener, wenn jemand hier die psychiatrische therapie mitmacht, statt wegzulaufen. – Ich mache mich ja unglaublich, wenn ich hier zugleich reklame fürs WEGLAUFHAUS zulasse.“

„Man könnte es auch so sehen, daß jemand gerade, wenn er überzeugt ist von seinem eigenen therapeutischen konzept, einen solchen hinweis auf eine alternative zulassen kann.“

Wie hilde seinerzeit läuft jetzt **marie** den gang auf und ab wie ein wildes tier und hat recht mit ihrer empörung, daß ihr letztlich keine konkrete hilfe geboten wird! Ich sehe auch keinen ausweg.

Frau holl fängt ganz plötzlich an, von früher zu erzählen: „...Ich war da in den kleinen häusern, und an einem tag sind sie gekommen und haben gesagt, reate, du wirst verlegt, und dann sind sie zu dritt gekommen, pfleger, und haben mich ins haus eins gebracht, ich wollte ja nicht, ich wollte nur nicht ins haus eins, weil da das schockgerät stand, hab ich auch mitgemacht.. – Und dann auf dem flur, haus eins, hab ich unter mich gemacht, ich hab mich ja nicht ausgekannt, da hieß es: bunker! Haben sie mich in den bunker geschlossen, später haben sie noch eine matraze reingelegt, auf den boden, konnt ich da schlafen. Nach zwei tagen ist 'ne schwester gekommen und hat mich in ein zimmer gebracht in der station, in ein normales zimmer. Ja, ich könnt' schon was erzählen..“

Ist ja *hölderlins* geburtstag heute! Hab eine große kopie von dem blick aus seinem turmzimmer hier an die wand gemacht..

Dieses fenster, dieser blick – aber es meint jedes fenster nach draußen. Wir menschen schauen raus, und draußen ist ALLES, aber wir menschen schauen aus UNSERER BEWUSSTHEIT – in der, in anderer weise, genauso ALLES ist. *Hölderlin* hat, so intensiv wie wenige sonst, diese beiden blickwinkel der menschlichen wahrheit lebenslang (ja, bis zu den letzten turmgedichten) zu begreifen und darzustellen versucht. So versteh ich ihn..

*Die Patienten wurden in ein Arbeitsprogramm eingespannt, das grundsätzlich in Gruppen stattfand, als kontrollierte Einübung normalen, sozialen Verhaltens. Der einzelne sollte mit seinen Problemen erst gar nicht in Erscheinung treten. Es sollte sich nicht lohnen, „verrückt“ zu sein. Ich fand immer mehr, daß etwas Wesentliches dieser Menschen auf diese Weise nicht wahrgenommen wurde.
Elisabeth Wellendorf: Es gibt keinen Weg, es sei denn, Du gehst ihn*

In der station derzeit bei vielen mitarbeiterInnen vor allem das hoffnungslose bemühen um **marie** – daß sie ein bißchen vertrauen findet in uns, in die welt – daß wir ihr wenigstens sowas mitgeben können; mehr helfen können wir ihr, in diesem setting, eh nicht. Heute schleudert sie mir – zum erstenmal – etwas von all dem haß, der menschenverachtung entgegen, mit der sie vermutlich lebenslang behandelt wurde. Sie sieht's, daß eigentlich nicht ich, nicht wir hier die richtigen adressaten sind – und ich verstehe, daß sie nicht differenzieren kann – angesichts der tatsache, daß sie hier eingesperrt wird, ohne daß sie irgendeinen sinn darin finden kann – es gibt auch keinen sinn mehr; wir können ihr nicht helfen.

Aber diese junge frau, dieses schicksal – so ein lieber mensch – immer klarer versteh ich zusammenhänge; wie unfähig sie ist, zwischen einzelnen menschen zu unterscheiden. Alle sind relevant nur insofern, als marie situativ einzelne bedürfnisse durch sie befriedigen kann. Und dies nicht, weil sie kognitiv beeinträchtigt wäre (wie auch schon spekuliert wurde), sondern weil sie niemals gelegenheit hatte, es anders zu erleben: während einer odyssee durch heime, mißbraucht vom vater, und mit einer mutter, der sie bis heute nur eine plage ist.

All das auf der grundlage einer schweren borderline-störung (vermutlich), - und mit der tendenz, jede erreichbare möglichkeit zur suchthaften kompensation zu nutzen.

Marie hangelt sich von einer zigarette zur nächsten – und ist zugleich so ein sensibler, liebenswerter mensch – in momenten, in denen sie frei ist, sich frei fühlt, in denen sie sich angenommen fühlt. Ich hab's ja schon erlebt mit ihr.. *Frühling.. Vögel.. Garten.. Blumen.. Zicken..* in ihren bildern (manchmal) – oder auch als sie meinen kummer um sie wahrgenommen und gewürdigt hat.

Aber es gibt keinen alltag für sie, in dem dieser kern weiterwachsen kann. In dem schutz und freiheit genug da ist.

Sie sitzt im therapiezimmer und malt still an einem bild; unvermittelt schaut sie auf:
"Muß ich sterben - ?"

Abfall der gesellschaft. Hobelspäne des „fortschritts“. Diese menschen tauchen in den erfolgsstatistiken der politiker und wirtschaftsfachleute nicht auf. Aber sie sind kein randproblem, sie sind symptom der gesamtgesellschaftlichen normalität. Die „produktion“ solcher schicksale ist unlösbar verbunden mit all dem, was uns als gesellschaftlicher fortschritt verkauft wird: lebensstandard, medien, „neue berufe“.. Immer mehr menschen haben volkswirtschaftlich nur noch eine daseinsberechtigung: zu konsumieren. So ist das.

Vielleicht kann es **marie** etwas geben, wenn sie bei mir erlebt, daß sie einen älteren mann (womit sie bislang wohl nur grenzüberschreitung, mißachtung und gewalt verbinden konnte) beschimpfen und zurückweisen kann – und der darauf einerseits sichtlich betroffen reagiert (sogar mit momenten von furcht), aber andererseits nicht zur keule seiner macht-möglichkeiten greift, - und ihr zugewandt bleibt. Und daß sie ihn dennoch nicht wegpusten kann durch ihre haßausbrüche – und auch nicht durch die wechselbäder zwischen zärtlicher zuneigung und wut.

Marie setzt sich zu uns in den schwestern-aufenthaltsraum (was patientInnen ja nicht sollen, aber bei ihr wird es oft hingenommen – wohl weil sie uns allen leid tut – oder weil die schwestern nicht wieder eine beschimpfungsarie provozieren wollen): „Is so schön hier bei euch - - so viele menschen da – will bei euch bleiben - - !“ Und dann, in die stille hinein, die marie offensichtlich als offenheit ihr gegenüber empfindet: „S is so schrecklich die krankheit die ich hab - -“ Niemand hat was gesagt, und ich spüre keine zurückweisung, keine schlechten gefühle ihr gegenüber im raum.. – spüre die gnadenlose hilflosigkeit bei uns allen..

In der teambesprechung sind wir uns ausnahmsweise einig. Wir können ihr nicht helfen; sie bräuchte eine feste bezugsperson, mit der nachholende entwicklung möglich wäre. Die betreute jugend-WG, in der marie ist, hält sie in diesem zustand keine woche aus. („Betreut“? Das meint behördengänge, finanzielle aufsicht, etablieren von sozialen regeln, mal ein gespräch am küchentisch. Marie ist über 18, - da gibt es offenbar kaum mehr psychosoziale betreuung.)

Marie bekommt mit, wie **eine andere patientin** mir ihre besucher-blumen übergibt, für's therapiezimmer, weil sie entlassen wird (vielmehr dachte die das – fälschlich, wie sich rausstellt). Sie möchte auch gern eine blume haben, eine rose; sie mag doch blumen so. Nach dem mittag hab ich ihr aus dem blumenladen eine mitgebracht..

..Spielerisches balgen zwischen marie und mir um einen ball aus nassem klopapier, den sie reinbrachte und mir zuwirft („is scheiße dran!“), und ich werf ihn zurück, sie

macht mich naß, ich interpretiere das um: „Du machst mich sauber, endlich kümmert sich mal jemand um mich!“ – und dann gibt sie mir versuchsweise spielerisch eine ohrfeige – und ich ihr! Es ging hin und her, marie horcht sichtlich in sich rein: ob sie's ertragen kann.. und sie kann! Sie! Geohrfeigt werden! – Wie viele reale schläge wird sie schon bekommen haben..

Dann wieder schlimme stunden, in denen sie nur raus will und keiner geht mit ihr (sie hat jetzt gruppenausgang, aber niemand will mit ihr gehen, was ich ja verstehe), sie weint, läuft schluchzend rum, so völlig verlassen..

Ruhelos.. – Später kommt sie mal wieder ins therapiezimmer, setzt sich mir auf den schoß, ich halt sie leicht, streichel manchmal ihre hand ganz sacht, irgendwann steht sie abrupt auf und geht wieder, wortlos das alles; wie eine katze es macht. Wie ein kleines kind das zu recht beansprucht von der mutter.

Als ich heim will und mich verabschiede, keift sie mich an: „Scheiß! Na und? Is mir doch egal – geh doch! Geht doch alle - !“

Als ich draußen entlang laufe, steht sie am fenster des raucherzimmers und ruft mir zu: „Tschüs – und schönen tag noch!“ und ich ruf zurück und winke, und marie winkt auch, nur mit der hand, mit den fingern, zaghaft.

Es müßte sie jemand adoptieren.. aber sie würde ja doch bei keinem bleiben.

*Vor der Welt, wie sie ist, kann man sich gar nicht genug fürchten.
Theodor W. Adorno: Marginalien zu Theorie und Praxis (1969)*

Als ich dem zivi zu verdeutlichen versuche, daß und wieso er in der mittagspause den therapieraum nicht aufschließen soll, trotz diesbezüglicher bitten von patientInnen, und außerdem keine sachen, z.b. schachspiel, von dort rausgeben soll, mischt sich eine schwester ein: „Wieso – wem gehört das schachspiel denn? Ist das ihr privates?“ – „Das gehört zum inventar des krankenhauses..“ – „Ja, wieso sollen die patienten das dann nicht bekommen??“

Vor meiner zeit war der „beschäftigungstherapie“-raum (innerhalb der geschlossenen station) der selbstverständlichen entscheidungsgewalt des pflegepersonals unterworfen, wenn die therapeutinnen nicht da waren. Je nach lust und laune haben sie mal aufgeschlossen und mit irgendwelchen patientInnen irgendwas gemacht, oder sachen rausgegeben. Für den verschleiß von material fühlte niemand sich verantwortlich.

Ein neuer patient; - wir kommen gleich ins gespräch, er erzählt von 20 jahren haft, in berlin (adlershof), erzählt von psychischer folter, erzählt, erzählt - - ich kann das nicht aufschreiben; sowas gab's ja schon zu lesen* – und jetzt sitzt da jemand vor mir und berichtet derartiges von sich selbst. Ursprünglich hatte er 7 jahre, der rest kam dazu wegen schlägereien. Er ist alkoholiker und dreht leicht durch, wenn er

* z.b. Torsten Heyme/Felix Schumann: „Ich kam mir vor wie'n Tier“ – Knast in der DDR (Berlin 1991)

getrunken hat – da wird es gründe geben. Ich spüre viel weichheit, verletzlichkeit, kindlichkeit – aber sehe auch die spuren der schlägereien im gesicht.

Drei stunden später ist er wieder weg, hat sich selbst entlassen. Er hatte mir schon prophezeit, hier die gitter in der station, das hält er nicht durch.

Jetzt ist er seit glaub ich zwei jahren raus aus dem knast – und muß klarkommen mit den gesellschaftlichen veränderungen seit dem ende der DDR. Dabei hilft ihm keiner. Sie hatten ihn ins obdachlosen asyl gesteckt, gezwungen: sonst würde er keine sozialhilfe bekommen. Das hat er nicht ausgehalten – die gewalt dort, nur drogenabhängige, alkoholiker, schläger, diebstähle untereinander. „Sowas gab’s früher nicht, bei uns.. – jeder gegen jeden..“

Eine sternschnuppe – einer von vielen, die hier auftauchen und wieder verschwinden. Menschen..

*ES LEBE DAS CHAOS !
KAMPF DEM VERSTAUBTEN RITUAL !
UNENDLICHKEIT DES ENTDECKENS !
Ninives (1980)*

Vor ostern. Schwester karin kommt ins therapiezimmer, fragt abrupt: „Wollen sie im rahmen der arbeitstherapie die ostersträube schmücken lassen?“ – Ich, perplex und genauso kurz angebunden: „Nein, möchte ich nicht.“ – Schwester dreht sich um und geht ab. (Es handelt sich um ein traditionelles kulturelles element: plaste-ostereier werden an zweige gehängt.)

Patientin frau schimanek (61, seit 30 jahren immer wieder hier im krankenhaus): „Sollen die das doch machen! – Die denken, wenn wir’s machen, können sie sich wieder hinsetzen und kaffeetrinken! – Die schwester karin und die schwester nicole [die auch grad dienst hat], die kenn ich aus haus 19 – was glauben sie, wie die mich damals dressiert haben! - -Ich kann mich doch da nicht wehren, ich bin doch viel zu schwach - - muß ich doch machen, was die sagen!“

Tags drauf werde ich von der stationsärztin zur rede gestellt (im personal-aufenthaltsraum, während des opulenten frühstücks von pflegepersonal und ärztin/psychologen, an dem ich nicht teilnehme). Schwester karin „hat sich beschwert“, weil ich sie so abfahren ließ. Ich schildere die situation. Und daß ich mich alle tage über unhöfliches und unwirsches verhalten von schwestern „beschweren“ könnte, aber ich sähe keinen sinn da drin. –

Langes hin und her, die stationsärztin immer am vermitteln und daß doch jedes angebot an die patientInnen gut sei. Ich erwähne sinngemäß die reaktion von patientInnen. – Und zuletzt wird darauf hingewiesen, „das team zu spalten“ sei symptom der psychose, darauf dürften wir uns nicht einlassen.

Aber es ist auch ein zeichen von gesundheit, sich diejenigen mitarbeiterInnen rauszusuchen, die einem gut tun. Hab ich mir zu sagen verkniffen.

„...Ich fühl mich wie tot – alles ist weg, mein körper ist nicht mehr da..“

„Nein, das wird nichts mehr; ich komm nicht mehr raus hier. - - Hab ich so einen tod verdient??“

Das war letzte woche. Vorgestern früh ist **frau plath** zur S-bahn-kurve gegangen und hat sich vor einen zug geworfen. Alle sind erschüttert und hätten sowas nie für möglich gehalten bei ihr. Obwohl diese äußerungen und sonstige aktuelle erfahrungen mit frau plath bei der fallsupervision letzte woche durchaus angemessen eingebracht worden waren. Aber sie nehmen das nicht ernst. Die haben frau plath nicht wirklich erlebt, wie sie hier herumlief, ihr gesicht, wie anders ihr *„Mensch ärgere dich nicht“*-spielen wurde..

Ich hab ihre tiefe hoffnungslosigkeit und resignation seit wochen empfunden und bei der supervision auch angesprochen, aber die schwestern, die sie z.t. seit 30 jahren kennen oder der psychologe, der auf seine einzelgespräche mit frau plath verwies, - die haben nichts besonderes wahrgenommen.

Was hätte anders sein sollen? Grundsätzlich hätte mehr achtsamkeit da sein müssen, mit der die tiefe resignation der patientin vom personal insgesamt hätte aufgenommen und gewürdigt werden können..

Teambesprechung. Stationsärztin fragt in die runde, ob jemand möchte, daß wir noch über frau plath sprechen. Allgemeines schweigen. Dann der oberarzt (mit sonorer schlußwort-stimme): „Das muß man eben wissen, daß ein gewisser prozentsatz bei chronischer schizophrenie auch mit suizid endet..“

Da mußte ich protestieren. Wenn er so einfach einen monokausalen zusammenhang zur schizophrenie herstellt. Verweise auf die hinweise zu frau plaths sozialer situation während der supervision, zu ihrem schicksal, was alles meines erachtens durchaus plausibel macht, wenn es dann zum suizid kommt.

Psychologe: Das seien hypothesen, unbeweisbar, wenn ich da zusammenhänge zur sozialen situation herstellte.

Das abheben auf die chronische schizophrenie als grund sei mindestens ebenso hypothetisch.

Stationsärztin: Hält einen eintopf-vortrag über alles mögliche, mit dem tenor: wir haben alles richtig gemacht, die ungewißheit gehört dazu, auch die frage nach dem eigenen versäumnis, dennoch ist suizid als teil der psychiatrischen erfahrung unvermeidbar. Nie auszuschließen, da letztlich bei jedem patienten möglich. Ohne ein gewisses risiko einzugehen, sei therapie nicht möglich.

Stationsschwester: Stimmt wortreich, redundant und devot der stationsärztin zu: daß suizid nicht restlos auszuschließen sei, darin müsse sie der „frau doktor“ [die keine ist, was jeder weiß] zustimmen nach ihrer langjährigen erfahrung.

Ich: Es sei mir darauf angekommen, daß so eine erfahrung anlaß sein könne und müsse, achtsamer zu werden für die sozialen umstände bei konkreten patientInnen und phänomene (bis hin zum suizid) nicht so einfach mit der psychischen erkrankung erklären zu wollen.

Stationsärztin: Verlusterfahrungen (bei frau plath: verlust von sozialem status, töchter wollen keinen kontakt) seien typisch für das älterwerden und normalerweise dann kein anlaß zum suizid.

Stationsschwester: Erwähnt gefühle und reaktionen beim personal, die zeigen würden, „daß wir alle sehr betroffen sind und nicht abgestumpft!“ (Was ich nicht behauptet hatte.)

Daran anschließend dann verschiedene beiträge, in denen rechtfertigungen zusammengetragen werden.

Der oberarzt erzählte, wie er mal vor staatsanwaltschaft und gericht aussagen mußte, nachdem angehörige nach einem suizid anzeige erstattet hatten. – Die runde rutscht sichtlich erleichtert in entspannte zuhörerposition..

Später geht es um **frau holl**, die zusammen mit frau plath seit jahren in einem altersheim lebt. Nachdem frau plath nicht vom einzelausgang zurückgekommen war, hatte die einer schwesternschülerin gegenüber geäußert: „Na, hoffentlich ist sie nicht vor die gleise gegangen - !“

Sprachloses entsetzen in der runde: „Das hat frau holl gesagt - ??“

Schnell basteln sie an einer begründung: Naja, nach 30 jahren psychiatrieerfahrung spürt frau holl sowas vielleicht schneller als jeder andere.

Irgendwann hab ich noch gefragt, wie wir uns verhalten sollen, wenn patientInnen nach frau plath fragen. Ein paar möglichkeiten werden erwähnt, auch im hinblick auf bestimmte patientInnen (mit möglicher suizidgefährdung), - jetzt hat der oberarzt seinen großen auftritt. An mich gewandt: „Also, die beurteilung von suizidalität ist nicht ihr thema, das müssen sie den ärzten überlassen, das ist sache der ärzte, das ist eine nummer zu groß für sie!!“ – Gegebenenfalls solle ich patientInnen mit dieser frage zu den ärzten oder zum psychologen schicken.

„Das geht doch völlig an der realität von lebendigen begegnungen vorbei!“

Ich geb ja zu, daß ich ihn nicht mag; wie er dauernd referate hält über wirkungsweisen von neuropharmaka, aber immer dann auffallend schweigsam ist, wenn’s um konkrete menschliche empfindungen geht.

Die stationsärztin schmeißt sich ins gefecht, redet von „mißverständnis“ und gebraucht noch ein paar fachausdrücke.

Es ist irre!

Nein, die psychiatrie ist nicht reformierbar (bei den obwaltenden finanziellen, also auch personellen ressourcen). Das ganze ist wie ein dicker brei – selbst wo mitarbeiterInnen im rahmen ihrer möglichkeiten sich redlich bemühen, sie stecken doch alle drin in diesem dicken brei, können durch ihn hindurch kaum was sehen, geschweige denn etwas ändern.

Maries fast durchgängig ignorante, nicht kooperative haltung ist ihr vielleicht letztes schutzpotential vor der selbstaufgabe.

Derzeit wird der raucherraum neu gemalert. Die patientInnen sitzen rauchend auf dem flur. Der sehr aufmerksame assistenzarzt merkt in der teambesprechung an, um wieviel „gesünder“ er manche patientInnen in dieser situation empfindet. Die stationsschwester ergänzt in diesem sinne: daß patientInnen sehr oft speziell für die visite ihr leid hervorkramen. Ich merke an, daß ich deshalb manchmal erfahrungen aus dem therapiezimmer hier zu erzählen versuche. Locker geht es ein bißchen hin und her. Der psychologe: „Ja, es scheint, daß die patienten sich da hinten manchmal nicht verstellen können..“

„Oder daß sie sich dort nicht verstellen wollen..“

„Aber wieso – wieso denn sonst?“ (Der psychologe!)

„Naja, viele patienten gehen davon aus, daß es bestimmte konsequenzen haben kann, wenn sie den ärzten oder ihnen gewisse sachen erzählen..“

Der assistenzarzt: „Ja, ja, das kann ich mir vorstellen - !“

Psychologe: „Meinen sie vielleicht so, daß die angst haben, daß sie dann schneller entlassen werden?“

„Zumindest haben sie oft angst vor der entlassung, weil sie dann wieder in ihren problemen drinstecken, bei denen ihnen kaum jemand hilft..“

Es sind auch andere befürchtungen, aber von denen wollte ich nicht sprechen. Daß ihnen der ausgang gesperrt wird, sobald sie sagen, daß sie nicht mehr wissen, wie sie das alles aushalten sollen. Daß die medikamente erhöht werden, wenn sie zugeben, daß bestimmte ängste wieder schlimmer werden. Über die sie allerdings nicht selten sprechen wollen würden – die ja vielleicht mit realen biografischen umständen zu tun haben, über die sie sich gern klarwerden wollen. Oft oder vielleicht sogar meistens haben patientInnen (auch in psychosen!) ein starkes bedürfnis danach, zusammenhänge für sich zu klären, selbst wenn es wehtut. Die neuropharmaka nehmen sie dann hin – aus der erfahrung heraus, daß eh keiner bereit ist, sie bei diesem bedürfnis zu unterstützen. – Aber so grundsätzlich über all das zu sprechen, wäre in dieser runde leider völlig witzlos.

Bei djanjas kleinem bruder ist wieder knochenkrebs festgestellt worden. Der ist anderweitig schwer körperlich beeinträchtigt, wurde schonmal operiert, lebt im heim. Mit 9 wurde bei ihm knochenkrebs diagnostiziert, dann therapie und es schien weg zu sein. Aber die eltern seien nicht zur nachsorge gegangen. Die ihn schon damals nicht besucht haben, sagt djanja. Nur sie hat ihn täglich besucht (damals ging's ihr noch gut.. sagen wir: hat sie noch durchgehalten). Und sie wußte nicht, was sie ihm antworten soll, als er immer nach den eltern gefragt hat. – Jetzt ist er 12 und es ist wieder knochenkrebs. Chemotherapie. Er liegt im grund schon fast im sterben. Und die eltern kommen nicht zu besuch!!

Und djanja – geht jetzt wegen ihrem bruder nicht zurück in diese fachklinik, verliert dann auch den WG-platz (weil die stationäre therapie dort zur bedingung gemacht wurde, daß die sie wieder nehmen – weil sie halt schwierig ist).

Sie kann jetzt nicht weg von ihrem bruder. „Das würde ich mir sonst mein leben lang nicht verzeihen.“

Djanja versucht, eine lehrstelle zu finden – kriegt auf dem arbeitsamt und da und dort absagen wegen ihres „psychischen zustands“ (und wegen ihrer verunstalteten arme) – und hat nebenbei auch noch kaum geld. Immer wieder erzählt sie mir ein bißchen was, - ohne zu jammern, einfach um es mit jemandem zu teilen.

Wegen der behördenlauferei sagt sie, alleine kriegt sie den mund nicht auf, aber wenn jemand sie begleitet, einfach dabei ist, geht es.

Sie hat eine eigene wohnung in aussicht in der straße, in der sie in der kindheit gewohnt hat. Djanja würde gerne dort hin, wegen der vertrauten umgebung. Jetzt hat ihr gestern diese mutter erklärt, wenn sie das macht, bricht sie jeden kontakt mit djanja ab. Wieso? Wegen einer ehemaligen nachbarin/freundin der mutter, mit der diese inzwischen verkracht ist.

Nach allem, was djanja erzählt, hat die mutter wohl auch eine borderlinestruktur - aber es nützt ja nichts, das zu wissen oder zu vermuten.

So tapfer ist djanja..

Zwischen uns beiden ist ohne zweifel das gesunde die basis, die achtung zweier menschen voreinander. Djanja muß sich mal nicht als exotische kranke fühlen. Ist einfach ein mitmensch, dem ich sein schicksal nicht abnehmen kann.

Als ich gehe, wird grad jemand mit der polizeistreife erwartet; die schwestern sind in aufruhr, offenbar war die ankündigung etwas dramatisch.

Eine Tür des langen Krankenhausganges geht auf, die Visite ist vorbei, wir dürfen hinein. Sony freut sich und zeigt mir stolz ihre Blumenschau auf der Fensterbank, dort hat sie Pillengläschen aufgebaut, in jedem eine Blüte, auch verwelkte sind dabei. Die anderen Mädchen kümmern sich wenig darum. Auf Sonjas Bett, das am Fenster in der Ecke steht, liegen langstielige Blumen und Blüten.

Sony nimmt die Blumen liebevoll in den Arm: „Deswegen soll ich nu verrückt sein, nur weil ich mir Blumen ins Bett lege!“ Ich weiß im Moment nichts zu erwidern, da ich, ehrlich gesagt, auch etwas erschrocken bei dem Anblick ihres Bettes bin, aber mir kommen dabei ganz andere Gedanken: Ich erinnere mich an den Hawaiiifilm „Tabu“, an die Blumenbettzeremonien in der Hochzeitsnacht, die die Dämonen vertreiben sollen, und blicke wieder auf Sonys Blumen: Womit soll sie sich hier auch beschäftigen?

(...)

Blumengötter und Eros – in allen Kulturen, in allen Zeiten gehörten sie zusammen. Gegen all diese Sitten erscheint das, was Sonja getan hat, als recht harmlos. Aber der Stationsarzt muß ihr sagen, daß ihre Handlungen nicht normal seien. Das ganze nennt man „Krankheitseinsicht“. Wäre nicht treffender, es „Krankheitseinredei“ zu nennen? Wäre es nicht angebrachter, sich damit zu beschäftigen, warum die Gemütskranken in höchster Not ähnlich wie die Naturvölker reagieren?

Sibylle Muthesius: Flucht in die Wolken

(über sonja gerstner)

Amanda frank – eine seltsame junge frau, präzise und voll mitmenschlicher aufmerksamkeit, extrem in ihren selbstverletzungen, suizidversuchen, ihrer ausbruchsvirtuosität – sie malt, weil sie malen muß – und hat zwei kleine kinder, die sie ihr weggenommen haben.

Doris, auch ein borderlinemädchen, hat heute geburtstag – amanda macht ihr 'ne geburtstagskarte.. Lang sitzt doris dann still bei uns, ein paarmal lächelt sie uns an.

Djanja läßt sich treiben durch die station, unansprechbar, manchmal weint sie, trägt immer ein T-shirt des bruders mit sich rum. Fragt mich nach knochenmarks-transplantationen; aber er hat ja knochenkrebs, nicht leukämie. Hört stundenlang zwei lieder hier bei uns, wir lassen sie, alle lassen sie in ruhe; - ich schließe den therapieraum nicht ab zum feierabend, damit er ihr als rückzugsraum bleibt. (Von den schwestern: „Ach, jetzt plötzlich soll er offen sein..“ - aber dann versprechen sie, sich ein bißchen zu kümmern und nachts abzuschließen.)

Immerhin hat sie in der station einen gefunden, den sie mag und der sie mag, **johannes**.

Ich hab ihr die telefonnummer eines vereins zur verbesserung der versorgung krebkranker kinder gegeben.

Irgendwann eine lange diskussion mit einem patienten, **diplomingenieur**, über die unterschiedliche funktion von deduktion und induktion bei naturwissenschaften bzw. bei menschlichen beziehungen. -

Wie schon öfters, verändert sich die ganze station durch eine zeitweilige häufung bestimmter patientInnen; derzeit wird das therapiezimmer zum rückzugsgebiet für jüngere patientInnen vornehmlich mit borderline-diagnose. Bestimmte CDs werden stunde um stunde abgespielt, stärken die emotionale geborgenheit. Viele von denen wollen nicht im raucherraum sitzen („gaskammer“), obwohl sie selbst rauchen. Auch wegen der typischen atmosphäre, die viele in der drehtürpsychiatrie ergrauten patientInnen verbreiten. Und wegen der anmache bestimmter männer.

Djanja will auch sterben, wenn ihr bruder stirbt; damit sie dann wieder vereint sind. Was könnte ich dagegen sagen – zumal sie das garnicht besprechen möchte mit mir.

Wegen der akuten suizidgefahr wollen sie nicht erlauben, daß sie ihren bruder im krankenhaus besucht; wegen der akuten suizidgefahr. Ich weise darauf hin, daß die suizidgefahr bei djanja sich längerfristig vergrößert, falls der bruder stirbt und sie meint, daß sie nicht alles getan hat für ihn, was sie konnte. Zum beispiel jetzt ihn zu besuchen. – Wieder ein disput mit dem oberarzt über die frage, wer hier suizidalität einschätzen darf und wer nicht. Es scheint zur lieben gewohnheit zu werden.

Immer wieder gehen sie vom schlimmstmöglichen fall aus, ohne aufmerksamkeit für die individuellen ressourcen, das wollen und kämpfen und bemühen, die menschlichen werte des oder der betroffenen. – Weil ich in meinem therapiezimmer konsequent die gesunden impulse stärker beantworte, zeigen die sich mir auch stärker – und sie werden wohl auch stärker, behaupte ich mal!

Andererseits verstärkt der konsequent defizitorientierte psychiatrische blickwinkel die orientierung der patientInnen an ihren pathologischen symptomen; - sie lernen in der psychiatrie, mehr und mehr sich mit ihren defiziten zu identifizieren. Insofern entspricht es wohl der realität, wenn manche sagen, sie seien in der psychiatrie kränker geworden.

Oft wird positiv hervorgehoben, daß das pflegepersonal die patientInnen eher als „normale menschen“ sieht und behandelt. Dahinter steckt aber meist nur der alltägliche („normale“) sozialisationsdruck. Gut geht's patientInnen, sofern sie in ihrem verhalten die identifizierung des personals mit der „normalität“ spiegeln und bestärken. Weichen patientInnen von dieser banalen normalität ab, wird in der regel durch grenzüberschreitende, gängelnde, entwürdigende interventionen abstand hergestellt („es sind ja kranke!“), oder aber es wird den patientInnen ein verhalten, das genausogut „krank“ genannt werden könnte, moralisch vorgeworfen. Kaum je wird nach den individuellen fähigkeiten und eigenschaften des patienten gesucht, aus denen allein meiner meinung nach die motivation zum seelischen gesundwerden entstehen kann. Das geschieht ja auch draußen nicht, das erlebt auch das personal im eigenen leben kaum..

Wenn ich mir ein argument, den blickwinkel oder eine klage eines patienten/einer patientin zu eigen mache, wird manchmal entgegnet: „Die wollen doch nur das team spalten!“ - Schulter-schluß wird gefordert: „Auch sie gehören zum team!“ - Von ärzten wurde ich auch schon pathologisiert: „Sie agieren ja!“

Amanda frank wurde der alleinerziehenden mutter entzogen, war dann bei pflegeeltern, die sie beide sexuell mißbraucht und geschlagen haben. Hat ihre jugend ansonsten im wesentlichen in heimen und psychiatrien zugebracht. Und auf der straße. Noch jahre später versuchte sie, das grab des pflegevaters „zu schänden“ (ihre worte). Hat bei meist viel älteren männern geborgenheit gesucht, fast ausschließlich kriminelle und aus der drogenszene, wobei amanda nicht selten eine ersatzmutterrolle eingenommen hat. Kontaktverbot zu den kindern (3 und 5 jahre), nachdem sie eines zu entführen versucht hat von dessen pflegefamilie. Kontinuierlich suizidversuche. Amanda sagt, die kinder sind ihr lebensinhalt. In den letzten jahren rund 20 kriseninterventions-einweisungen, die sie oft selbst beendet hat durch abhauen. Sie hat schlimme selbstverletzungen am ganzen körper.

Und ich spüre nur liebe in ihr. Das bemühen, in jeder alltagssituation möglichst weitgehend etwas gutes zu machen. Schon ihr umgang mit den materialien hier im therapiezimmer.. oder ihre kontakte mit mitpatientInnen..

Eine unterschiedslose achtsamkeit für alles auf der welt.

(Vorgestellt wurde sie uns im team als ausbruchskönigin, drogensüchtig, kriminelle kindsentführerin, extrem schwierig; keine psychiatrie in berlin nimmt sie freiwillig auf. Wurde mit handschellen gebracht: „aus gutem grund!“)

In anbetracht der veränderten patientenmischung in der station wird entschieden (von dem aufmerksamen assistenzarzt aufgrund meiner bitte), daß das therapiezimmer bis auf widerruf offenbleibt bis 22 uhr, auch in meiner abwesenheit, - als gleichberechtigter aufenthaltsaum. Ein versuch – im interesse der jüngeren patientInnen, für die der tagesraum mit seinem ständig laufenden fernseher genauso unerträglich ist wie der raucherraum.

Die schränke sind natürlich verschlossen, flüssigfarben sind ebenso weggeschlossen wie scheren und alles sonstige gefährliche/gefährdete zeugs. Wenn ich gehe, lege ich ein sortiment an grundlegenden utensilien raus, zur freien verwendung.

Amanda frank hat gestern abend ein graziles gesteck aus gräsern, strohblumen, muscheln usw. gebastelt, auf einem baumpilz, voll innerer bewegtheit, und es mir heute früh geschenkt – und ich hab ihr das enkaustikbild gegeben, das ich gestern gemacht hatte, für sie. *Das düstere.. und nach oben hin: HOFFNUNG.* Amanda hat das bild genauso interpretiert, und ich durfte es ihr schenken.

LUCIA DI LAMMERMOOR (mit maria callas): So einfach, nachvollziehbar, plausibel ist, was da geschieht – nach meinen erfahrungen hier. Solche geschichten stehen meist nur in der BILD-zeitung. Aber es sind aspekte unserer gemeinsamen menschlichen lebendigkeit, unserer seelischen verletzungen, unserer existenziellen ungewißheit, unseres sehnsucht. Was die meisten menschen runterdrücken können mit konsum, arbeit und machtmißbrauch. Manche aber nicht. Oder die wollen es nicht so.. – suchen ein anderes leben.

Djanja pfeffert in der stationsküche systematisch (ruhig, kontrolliert) tassen auf den boden, dann noch mit einer kleinen handbewegung zwei thermoskannen. Ich bin als erster dabei (die küche liegt direkt neben dem therapiezimmer) – aber ich versuche nicht, sie daran zu hindern, - ich spüre, daß es richtig ist, wenn sie jetzt wenigstens ein bißchen ihre aggressionen loslassen kann.

Tags zuvor hatte sie zu dem psychologen gesagt (es ging mal wieder um ihren bruder), er mache sie wütend. Djanja sagt sowas – aber zeigt keine wut, niemals.

Sie hatte sich wunderbar stabilisiert in den letzten wochen, - wir alle waren am strahlen, wenn das gespräch auf djanja kam. Dann die nachricht von den metastasen bei ihrem bruder.

Sie will sterben, will auch, daß er stirbt (weil er ja sowieso stirbt; weil er sich quält; und sie meint, er sagt ihr – über das T-shirt, das sie immer bei sich trägt – daß er sterben will). Damit sie im nächsten leben gemeinsam etwas neues anfangen – ohne

die eltern. Sie ihn dann auf eine spezialschule schickt. Sie seine mutter ist – was sie ja eh ist, weil die leibliche (die gemeinsame) mutter sich nie gekümmert hat. Sie will heroin in sein krankenhause schmuggeln und gemeinsam mit ihm sterben. Oder wenn er tot ist, will sie dort nach westdeutschland fahren, nochmal drogen nehmen und sich von ihrer Lieblingsbrücke stürzen.

Sowas sagt sie ganz ehrlich den ärzten, dem psychologen: klar, daß die nur hilflos reagieren können, sie einsperren, nicht zu ihrem bruder lassen, nicht zum einstellungstest für die ausbildung lassen.. Ein teufelskreis. Jetzt hab ich's doch aufgeschrieben, ich wollte eigentlich nicht. Wozu.. all die geschichten..

Amanda ist für alle da, ist hyperordentlich und verantwortungsvoll, steckt ihre liebe in alles – und wird enttäuscht, ausgenutzt. Fällt dann in tiefste selbstzweifel und selbsthaß.

„Und ich dachte wieder, mich mag ja doch niemand.“ – hat sie einmal gesagt; das ist ja auch mein ursprüngliches lebensgefühl.

Die station ist derzeit ein hexenkessel: voller borderliner und manisch agierender patientInnen; da wird's nie langweilig.

Djanja ist fixiert. Hat versucht, mit dem stuhl die eingangstür zu zertrümmern. Wird künstlich ernährt, weil sie seit tagen nichts ißt und trinkt. Versucht, sich den tropf zu ziehen.

Die verständnislose, blinde eskalation. Der junge oberarzt zieht seine (wie er es nennt:) „verhaltenstherapeutische“ linie durch, die nichts ist als gewalt. (Die stationsärztin ist im urlaub, deshalb kann der hier dauernd unheil stiften). Eine pflegekraft macht sitzwache bei djanja – und die anderen schaffen die arbeit kaum. Springer gibt es keine mehr, wegen den etatkürzungen. Die laune beim personal ist entsprechend. - -

Letztlich ist so ein druck wohl voraussetzung, daß mittelfristig der aufbau von komplementären angeboten (vielleicht) ernstgenommen wird: sozialpsychiatrie, gemeindepsychiatrie. Freie träger. Familienpflege. Ehrenamtliche helfer. Tageskliniken. Nachtkliniken. Weglaufhäuser. Soteria. Qualifizierte beratungsstellen.

Dr. Rödler ruft an, daß meine falldarstellung von EVA [*aus der enthospitalisierung*] gedruckt wird in der *BEHINDERTENPÄDAGOGIK (Heft 2/1999)*. Ich bin sprachlos vor freude, - daß jetzt tatsächlich über eva berichtet wird in der öffentlichkeit, das ist so wichtig - über so einen menschen – „weil sie es verdient!“, beendet peter rödler meinen satz.

„Ich hab mich doch gut benommen in den zwei wochen jetzt, - hab nicht durchgedreht, nichts - - wieso hab ich trotzdem keinen ausgang mit meinem freund?!

Mit personal raus, was soll das denn, ich bin doch kein kind - - Da verlier ich wieder alle hoffnung.."

Dann aber "dreht **amanda** durch", sie wird fixiert, ißt und trinkt nichts, droht mit suizid mit dem gürtel, bekommt den gürtel weggenommen.. -

Für so ein klientel ist die psychiatrische akutstation noch weniger geeignet als eh für irgendwen. Psychiatrische ambulanzen wären nötig, mit entsprechender flexibilität und fachkompetenz.

Es gibt alternativen; aber nicht hier.

Amanda hat geschnitten. Eine schwester schnauzt: „Macht ihnen das spaß, sie dummes ding?!“

Es macht ihr keinen spaß. „Wieso sagt sie sowas zu mir – wo sie doch die hintergründe gar nicht kennt – wieso behandelt sie mich so - -“

Die banalität des destruktiven. Niemand meint es ja böse – es ist nur trägheit des herzens. Selbstentfremdung. - Sie spüren nichts.

Amanda hat wohl keinerlei vertrauen in andere menschen und in die welt. Vertrauen hat sie nur insofern (und so lange), wie sie in ihrer bemutterungsfunktion agiert. Das gute, das sie selbst macht, daran glaubt sie – zumindest so lange, bis (durch irgendeinen anlaß) ihre seelischen wunden aus der vergangenheit erneut aufbrechen. Dann kommt wieder die sinnlosigkeit ihres (bisherigen) lebens zum ausdruck, ihre leere – und sofort der gedanke an suizid: das, was sie selbst machen kann.

Djanja und **amanda** sind bei uns im therapiezimmer, - beide am tropf (auf rädern). Ich hoffe nur, daß nicht gleich wieder aus irgendeiner ecke bedenken kommen.

Einerseits ist **amanda** wirklich suizidal – andererseits lasse ich sie hier weitgehend selbständig hantieren, weil ich nicht noch ihr soziales verantwortungsgefühl diskreditieren will. Zwar ist auch das eine kompensatorische einseitigkeit, aber zugleich derzeit ein tragendes element ihres selbstwertgefühls. Ich spüre, daß sie sich grad dadurch stabilisiert, daß sie ernstgenommen wird als verantwortungsvoller mensch, daß sie geachtet wird.

Amanda spürt in sich das weinende, alleingelassene kind, das noch immer leben will (deswegen hat sie sich noch nicht umgebracht, sagt sie: das kleine kind verhindert es!) – und andererseits die erwachsene frau mit dem angelernten vernünftigen verhalten, die aber keinen sinn mehr sieht in diesem funktionieren und sich tatsächlich umbringen will.

..Wie sie sich bewegt, wie sie agiert, malt, alles – ihre stille unbedingte aufmerksamkeIt auch für die gegenstände, für alle handlungen. Die liebevolle präzision, die in ihren handbewegungen liegt.. – Das unbeirrbar lebenszugewandte darin – und tiefe trauer dahinter.

Einmal, als ich an dem tisch sitze, an dem sie arbeitet, die brille abnehme und den kopf in die hände stütze, fragt sie: „Und worüber grübeln sie jetzt wieder nach - ?“ Sie selbst sitzt manchmal stundenlang so da, den kopf in den händen.. – aber keiner fragt sie, wie’s ihr geht. – Ich kann es ja auch nur manchmal; darf ihre grenzen nicht überschreiten. Bin ja nur ein therapeut.

Wenn amanda doch sich selbst wichtiger nehmen könnte, sich mehr um sich selbst sorgen könnte..

Als sie mal wieder liebevoll etwas für jemanden verpackt, kommentiert sie: daß ihr das total freude bereitet, für andere geschenke zu verpacken.

Ich, daß es wichtig sei, daß auch sie mal solche geschenke, solche zuwendung bekommt.

„Ach, das ist nicht so wichtig - !“

„Und ob! – Da seh ich überhaupt das problem drin..“

Sie lächelt mich an.. Ihre bilder zeigen ja ihre sehnsucht nach menschen, von denen sie geliebt wird.

Djanja. Dieser entsetzlichen mutter – der macht sie zum muttertag einen seidenschal. Noch immer hat das kind in ihr die hoffnung auf eine MUTTER nicht aufgegeben..

Amanda hat mal eine „kur“ bekommen (wie sie es nennt) wegen borderline oder so, - „aber das hat auch nix genutzt! – Bin ich ein hoffnungsloser fall??“

Was soll alle therapie nützen, wenn im realen leben die leere, die beziehungslosigkeit sich nicht ändert – wenn amanda, nicht zuletzt aufgrund ihres helfersyndroms, immer wieder nur in kontakten steckt, in denen das gegenüber sie niemals wirklich annehmen wird, ihr heimat sein wird?!

Liebe kann vielleicht manchmal therapie ersetzen, - aber therapie ist niemals ersatz für liebe.

Amanda überlegt: „Die kur war ja toll, aber sie hat nix genutzt, weil ich sie nicht wegen mir gemacht hab, sondern, um meine kinder wiederzukriegen - !“

Als amanda und ich uns gemeinsam um die alte **frau graf** kümmern, eine ganz liebe, mit der ich schon viele schöne momente erlebt hab, die aber oft voll im schizophrenen stupor steckt, - da sagt die plötzlich: „Also, wenn ihr so nebeneinandersteht, dann seid ihr richtig - - gleich groß!“

Amanda kann über sich sprechen allenfalls, wenn viel vertrauen da ist. Dabei hat sie vertrauensvolle kontakte bisher fast nur bei psycho-profis erlebt. Und die sind dann regelmäßig wieder weg..

Dann muß sie ihre sehnsucht nach nähe, nach zuwendung, geborgenheit wieder runterdrücken – und sie macht eine entsprechende handbewegung. Bei den profis wird sowas eh gleich interpretiert als wunsch nach einer „beziehungskiste“. Aber das alles, „das sexuelle in der erwachsenenwelt“, hat damit überhaupt nichts zu tun.

Und andererseits die erfahrung, daß ärzte vor ihr sitzen und hilflos fragen: ‚Frau frank, wie können wir ihnen helfen?‘ – „Woher soll ich das denn wissen?? Das muß der doch wissen!!“

Sie hat schon mit 13 jemanden vorm selbstmord bewahrt – und leute haben immer zu ihr gesagt, ‚du mußt psychologin werden!‘ – „Aber das ist ganz falsch.. – Es stört mich auch, wenn ich selbst schon wie ein psychologe rede..“

Was ich auch auf mich beziehen muß! – Wir beide reden allzuoft auf dieser ebene miteinander, auch über andere patientInnen.

Ich habe gelernt, mich zu verweigern, mich zu entziehen. Mit meinem Traum bleibe ich vor der Milchglasscheibe und will nicht daran denken, daß er nur ein Traum sein könnte.

Valérie Valère: Das Haus der verrückten Kinder

Heute morgen, ich bin kaum im therapiezimmer, da kommt amanda – und ES fängt an – Sie hört zu, wie sonst ich ihr zuhöre – mittags sind wir zusammen raus – Jetzt sagen wir du zueinander und *der wolff in mir drin* hat sich vor sie hingestellt und seine schwester angesprochen. Was soll ich da noch aufschreiben?

Die wahrheit zwischen uns..

Ich schau sie an und es ist, als ob ich mich anschau, tief in mich rein..

Seh meine tränen auf ihrem gesicht, ihre tränen auf meinem, unsere ungeweinten tränen.. und andererseits ihre.. unsere.. meine kraft zur liebe – aber wo ist der weg?

All die erfahrungen, das spüren in der welt, wo manchmal (oft) nur noch KZ-bücher angemessen zu sein scheinen.. ‚*Wissen sie eigentlich, daß ihr elternhaus eine hölle war?*‘ – Auch ihr hat mal ein psychologe etwas ähnliches erst sagen müssen, bevor es amanda klar wurde.

Zeitweise hatte ich ein schlechtes gewissen – weil ich sie doch nicht überfahren will. Aber sie beruhigt mich. Nur sie hätte den schritt nicht machen können: „Ich hab da keine gefühle. Ich bin da irgendwie tot.“

Alle die netten menschen stören sie bei dem einen, was sie eigentlich will: endlich ruhe – für immer. Sie will uns nicht wehtun – aber selbst das ist fast nur noch ein reflex. Nur ihre kinder waren noch ein grund zum weiterleben – und die haben sie ihr weggenommen.

Vielleicht hab ich all die bücher von KZ-überlebenden tatsächlich gelesen nur, um diese schreckliche tiefe von menschen wie amanda ein bißchen nachfühlen zu können, ein bißchen bei ihnen aushalten zu können. *Charlotte delbo.*

Natürlich wird sich amanda über kurz oder lang das leben nehmen, falls sich nichts grundlegendes ändert in ihrem leben. Das ist völlig klar und nachvollziehbar. –

Ihre zwei kumpels holen sie ab am letzten tag, kommen stunden früher als vereinbart und sitzen im therapiezimmer rum mit der miene: ‚Wann bist du denn endlich fertig?!‘ – Eigentlich wollten wir beide nochmal zusammen rausgehen, aber amanda fügt sich..

Diese kumpels.. arme teufel, hart am rand zur obdachlosigkeit. Natürlich sorgen sie sich, in ihrer weise, wollen helfen – aber sie brauchen nicht weniger hilfe als amanda. Und diese hilfe wiederum wollen sie offenbar von ihr.

Das kennen die alle nicht anders: sich aneinander klammern in ihrer je eigenen hilflosigkeit und verletztheit, woraus aber doch nichts gemeinsames werden kann, kaum verständnis.

Ein psychotherapeut hat ihr erklärt, wenn sie eine stunde versäumt, würde er nichts verdienen. Und amanda glaubt nicht, daß sie das durchhält: nie eine stunde zu versäumen.

Ihr bisheriger ambulanter psychiater konfrontiert sie immer nur mit ihrem versagen, und wenn sie dann heulend dasteht, schickt er sie weg, verweist sie auf sich selbst: sie müsse das lösen.

Marie ist wieder in der station. Zärtlichkeit, zuneigung – und kampf, als sie abhauen will beim spazierengehen. Im gelände tigert sie stur richtung bushaltestelle, ignoriert konsequent meine ermahnungen. Dann will sie in den bus einsteigen, ich muß sie festhalten, sie zetert, die fahrgäste gucken nur so.

Ich sag ihr sehr deutlich, daß ich sie mag und daß sich das nicht ändert, aber manchmal muß ich ihr widersprechen und sie denkt dann, ich hasse sie, aber so ist es nicht.-

„Ja, das gute soll siegen – und das schlechte soll untergehen, soll absterben!! Daß alle sich lieben und überall blumen sind!“ – Das kommt (wie zeitverzögert) während der nächsten rangelei, als sie losrennen will und ich sie festhalte. „Laß mich, laß mir meine freiheit! Kriegste denn das nich in deinen kopp rein, das hier is kein krankenhaus, das is’n knast!“

Hin und her, losreißen, rumschreien, mich würgen wollen, - dann klebt sie mir eine, meine brille fliegt davon – und marie duckt sich reflexartig in der erwartung meiner aggression. – Wieviel angst in ihrem gesicht steht! Ich nehm sie in die arme, ganz sacht, und sage etwas wie: „Ich will dir doch nicht wehtun, ich mag dich doch..“ – Zuerst ist sie starr, dann lockert sich ihr körper, sie schaut mich an, staunend offenbar – und streicht mir leicht über die backe, wo sie hingehauen hatte, ein

paarmal. Marie dreht sich um, geht richtung krankenhaus, guckt immer wieder rüber zu mir, legt mir die hand auf die schulter, um die hüfte (und ich um ihre), einmal dann haut sie mir kumpelig die hand auf die schulter: „Na -!“

Zehn minuten später nochmal eine ähnliche episode. Dennoch geht der spaziergang gut aus: „Nein, ich hör auf, setzen wir uns auf die bank, ich will nichts zerstören, danke für das eis!“ (das ich ihr zuvor spendiert hatte.) „Wir gehen jetzt kuchen essen – man muß essen! Du auch! Du mußt genug essen – sonst stopf ich dir’s in den mund!“ (Sie meint den nachmittagskuchen in der station.)

Alles geht durcheinander bei marie und die diagnose ist mir so unklar wie eh und je. Hospitalisierung, bindungsstörung, trauma, borderline, MBD, drogeninduzierte psychose.. ?

brigitte modrow ist wieder da, die ökologin. Damals wollte sie „du“ sagen mit mir und meine telefonnummer, aber sie hat nie angerufen. Dran gedacht hat sie oft, sagt sie mir jetzt, aber sich nicht getraut. – Wir reden weiter, wo wir damals aufgehört hatten. Nur muß ich vielleicht aufpassen, daß sie sich nicht in mich verliebt.

Spaziergang mit **marie**, im wolkenbruch, mit schirm durch alle pfützen.. Als wir an der abzweigung zur straße vorbeikommen, wo wir am samstag so lange gekämpft haben, wird ihr schritt gleich wieder schneller: der freiheit entgegen!

„Aber wir gehen dann wieder da vorne hoch, ja?!“

Sie macht mit, stapft an der abzweigung vorbei.. schluchzt in sich rein.. und murmelt: „Ich werd’s schaffen - !!“

Später sag ich ihr, wie tapfer sie sich gehalten hat.. und sie kann das annehmen.

Ich geb ihr mal wieder was aus – weil sie nämlich überhaupt nicht schnorrt. Die erfahrung, versorgt zu werden, ist in der kindheit ein existenzielles bedürfnis; marie hat das kaum je erlebt. Ohne es nicht zumindest symbolisch ein bißchen nachholen zu können, spürt sie die welt wohl vor allem als existenzielle ausgesetztheit. (Im übrigen gibt manchmal auch sie mir was aus.)

Marie bräuchte eine familie, verlässliche orientierung, geborgenheit.

Auch ihre zerfahrenheit, vergeßlichkeit könnte symptom einer rigoros unsicheren ich-identität sein, aber nicht im sinne einer psychose, sondern einer schwerwiegenden bindungsstörung.

Sie hat was neues für sich entdeckt, begrüßt mich mitten auf dem stationsflur mit küssen: „Spür mal, wie das ist..“

Die küsse knallen förmlich; - da werd ich mir wieder was anhören müssen!

In der supervision geht es kurz um den kontakt zwischen **djanja** und mir. Die supervisorin will ausnahmslos jeden beziehungskontakt zwischen menschen entweder dem eltern/kind-muster oder dem liebhaber-muster zuordnen. Tertium non datur. Da halte ich's eher mit *karen horney*: daß auch die erwachsenenlebigkeit durchaus eigene muster hervorbringen kann, die nicht mehr insgesamt ableitbar sind aus den mustern der kindlichen entwicklung.*

Amanda würde gern ein fernstudium machen, grafikdesign. Die amtsbetreuerin lehnt das ab mit der begründung: ‚Das bringt ihnen doch nichts, wenn sie dauernd im krankenhaus sind‘ – und will sie in eine tagesstätte für psychisch kranke abschieben!

„Ich will doch nicht mein leben lang mit kranken zusammen sein! Wie soll ich da kontakt mit der realität bekommen?!“

Sie gibt mir einen brief für ihre beiden kleinen kinder zu lesen. Sie hat ihn geschrieben, damit die sie vielleicht ein bißchen verstehen können, wenn sie sich später mal fragen, wieso ihre mutter sie verlassen hat.. indem sie sich das leben genommen hat.

Ihre beiden kumpel hab ich besser kennengelernt (als wir sie im unfallkrankenhaus besucht haben); es sind wirklich treue freunde. Vermutlich kriegen sie nur einen bestimmten aspekt von ihr mit, aber darin mögen sie amanda und halten zu ihr. Abgesehen davon würde sie vielleicht garnicht mehr leben ohne die beiden..

Eine patientin erzählt mir, daß **marie** hier in der station mit einem – ziemlich unangenehm wirkenden - patienten in die kiste geht. Freiwillig? „Naja, sie macht's halt mit.. sie ist doch so einsam.“ Aber ich soll nicht weitersagen, daß sie's mir erzählt hat. – Als ich versuche, marie drauf anzusprechen, explodiert sie. Ihre freiheit! Naja, hat sie ja recht. Ich kann sie nicht vor lebenserfahrungen bewahren..

Mit vier patientInnen im café. Auf dem rückweg erzählt mir **eine frau** von ihrem mann, der letzte woche gestorben ist. Deswegen ist sie hier, - ihre verwandtschaft hatte angst, daß sie sich das leben nimmt. Wieso sagt mir das niemand, bevor ich die mit rausnehme??

Marie scheint nur zwei lebensgefühle zu kennen: entweder zwang und gefangenschaft oder aber das einfache, regellose ausleben ihrer inneren impulse. Aber sie kann lernen im sozialen, und sie scheint es auch zu wollen. Als sie rülpst, wegen zuviel sprudel: „Is das in ordnung? Oder darf ich nicht rülpsen?“

* Siehe auch die neuen Erkenntnisse der Säuglingsforschung und Entwicklungsdynamik, vor allem bei D.N.STERN: Die Lebenserfahrung des Säuglings (Stuttgart 1992)

Bei unseren spaziergängen muß ich, wenn ihr blick mich trifft (fragend, kontrollierend), immer gleich mit einem lächeln signalisieren, daß alles ok ist. Sonst scheint sofort angst aufzusteigen bei marie: „Wieso guckst du so böse?“ oder: „Du guckst, als ob du mir was verbieten willst!“
Einmal fragt sie: „Du willst mich umbringen?!“

Seit wir nicht mehr subakutstation sind, sondern aufnahmestation, kommt bald die hälfte der patientInnen aus dem borderline-umkreis (anorexia, massive selbstverletzungen, suizidversuche), im hintergrund aktenkundige sexuelle gewalt, kaputte elternhäuser.
Das pflegepersonal ist rigoros überfordert. Deren normalität waren drehtürpatientInnen, die sie teilweise seit 20 jahren kennen, oder doch zumindest vertraute psychotische symptome.

Wieder ein spaziergang ohne kampf mit **marie**. Zuletzt, an der haustür: „Ach – jetzt fängt das theater wieder an..“ – aber sie besinnt sich, ich kann förmlich sehen, wie’s in ihr arbeitet; - „Wirst sehn, einmal bist du wieder draußen!“
„Meinst du - ?“ und dann seufzt sie: „Ja, es muß ja sein.“ – und kommt zögernd mir hinterher rein.
So ein herzerreißend lieber mensch - ! Und fast hoffnungslos das alles, denn wo könnte sie die hilfe bekommen, die sie braucht??

Hab ich eigentlich schon erzählt, daß sieben polizisten kamen, um **amanda** in ihrer wohnung zu schnappen, nachdem sie aus dem unfallkrankenhaus (von wo sie am selben tag sowieso entlassen worden wäre) selbständig abgehauen ist, ohne die psychiatrische konsultation abzuwarten? (Worauf amanda zu diesem zeitpunkt schon drei stunden gewartet hatte.)

Herr friedberg, der ingenieur, besucht mich von der tagesklinik aus und erzählt: Die ärztin dort kann nicht nachvollziehen, daß für ihn der funktionale nachvollzug von handwerkstechniken voraussetzung für sein tätigwerden ist – und insofern sein erkenntnisinteresse ausdruck von lebenszugewandtheit, gesundung. Sie erwartet von ihm, daß er „einfach mitmacht wie die andern“, daß er „aus dem bauch“ rummodelliert, das technische „braucht sie nicht zu interessieren!“ Daß er das nicht will, wird als „noch krank“ interpretiert.
Und die therapeutin in der „arbeitsstherapie“ dort versucht krampfhaft, ständig alle patientInnen einzubinden. Da aber zu wenig zu tun ist, zerlegt sie alle abläufe in kleine fetzen und setzt die patientInnen drauf an, wie im kindergarten. Herr friedland: „Das ist doch bekloppt!“

Alle kraft haben KZ-überlebende investiert, die hölle zu überstehen; für das leben in der normalität hatten viele von ihnen kein verständnis mehr. Sie sind ganz und gar ausgerichtet auf das schreckliche, - seelisch wie leiblich. Und so ist’s auch bei

amanda, bei marie und djanja, die als kinder traumatische sozialisationsbedingungen überlebt haben. Der sinn des lebens scheint nur noch im kampf um's überleben zu liegen.

Die patientInnen bemühen sich in der regel bis an die grenze ihrer möglichkeiten, bei sich zu sein, authentisch zu sein. Sie kämpfen um ihr leben, um ihre autonomie! Das personal hingegen verharrt oft in trägheit, bequemlichkeit, desinteresse, berufsroutine. Gespräche von patientInnen untereinander (oder z.b. mit mir) sind meistens relevant für deren leben, berühren existenzielle momente. Gespräche der schwestern untereinander sind meist small talk über alltagsthemen auf der ebene des öffentlichen konsens, um die arbeitspausen rumzukriegen. – Wie soll es da zu zwischenmenschlichen begegnungen kommen?

Vor vier wochen wurde **amanda** entlassen, heute wurde sie wieder aufgenommen. **Anke** hat's mir gesagt; bei uns im therapiezimmer war sie noch nicht.

In ihrem ersten brief, im mai hier in der station, hatte amanda geschrieben:

*„Bitte Sorge dich nicht so sehr um mich, habe Angst, daß du an mir zerbrichst, denn ich bin ein sehr harter Brocken.
Habe viele Probleme, kann keine Nähe mehr annehmen, weiß nicht warum, sei nicht böse auf mich, denn im Herzen habe ich schon mit meinem Leben abgeschlossen und möchte meinen Seelenfrieden finden. „Tod“
Ich kann diese Schmerzen einfach nicht mehr ertragen, dies schreibe ich Dir nur, weil ich weiß, daß du mich verstehen kannst.
Wenn ich irgendwann mal nicht mehr sein sollte, bin ich trotzdem da, denn trotzdem sind meine Gedanken da, die dich weiter begleiten, aber erstmal werde ich noch mal versuchen zu kämpfen, bis ich nicht mehr kann.“*



Nachwort

Kontakte mit gassenkindern, trebegängern, junkies, – freundinnen und freunde mit schlimmer kindheit – und eine irgendwie selbstverständliche zustimmung zu psychiatriekritischen veröffentlichungen: damit kam ich 1995 in ein berliner psychiatrisches krankenheim. Zunächst ging es um die heilpädagogische förderung von teilweise fast lebenslang hospitalisierten menschen mit kognitiver beeinträchtigung („geistigbehinderte“) sowie verschiedensten psychopathologischen/ neurologischen symptomen. Dann die akutpsychiatrie. –

Bestandteil meiner empfindungen und erfahrungen während der dreijährigen arbeit in verschiedenen akut- und subakutstationen war die selbstverständlichkeit, „außenseiter“ zu sein und fast ausschließlich mit „außenseitern“ zu tun zu haben, seit der kindheit. – Gesellschaftliche ordnungskategorien wie „krank“, „gesund“, „vorgesetzter“, „untergebener“, „professionelle beziehung“, „arbeit“, „hobby“, „privatleben“, „klient“, „helfer“ waren von daher für mich nie selbstverständlich, vielmehr habe ich dem sinn jeder begegnung situativ gerechtzuwerden versucht, egal mit wem. – Dabei war und bin keineswegs ich als „profi“ immer der „helfende“ und jemand mit „psychischer erkrankung“ demgegenüber die oder der „hilfebedürftige“. – „Es sollte immer ein geben und nehmen sein, - nur dann kann ich vertrauen haben zu einem freund oder einem therapeuten!“ hat mir unlängst jemand gesagt..

Im jahr 2000 hatte ich gekündigt und war nach leipzig gegangen, - um dort bei komplementären sozialpsychiatrischen angeboten mitzuarbeiten. Im rückblick auf die zeit in der akutstation ist mir klar, daß ich meinen spagat zwischen dem bemühen um authentische begegnungen und dem institutionellen „alltag in der anstalt“ (fengler) irgendwann nicht mehr ausgehalten hätte. Oder die institutionelle ordnung hätte den störenfried schon vorher eliminiert.

Mitgenommen habe ich die überzeugung, daß die akutpsychiatrie unter den gegebenen gesellschaftlichen bedingungen nicht reformierbar ist. Allenfalls kann sie kriseninterventionsfunktion haben. Sofern „therapie“ etwas im sinne von gesundwerden, heilen meinen soll, ist der begriff in diesem zusammenhang nicht angebracht. –

Schuld daran sind nicht krankenschwestern/pfleger und stationsärztInnen, - so deutlich meine kritik an ihrem verhalten in diesem buch ist! Ohne kontinuierliche (sozialpsychiatrische) weiterbildung, meist ohne möglichkeiten, sich umfassend auszusprechen, auszutauschen über die verstörenden mitmenschlichen konfrontationen ihres arbeitsalltags (nicht zuletzt durch supervision) und überladen mit büroarbeit (die ärztInnen), - wo soll da die notwendige aufmerksamkeit für authentische begegnungen mit patientInnen in schwierigsten lebenslagen herkommen?

Das unangemessene, unsensible verhalten des personals ist unter diesen strukturellen grundbedingungen nur der (vergebliche) versuch, sich selbst vor dem seelischen ausbrennen zu schützen, - sich abzugrenzen.

Mitgenommen habe ich vor allem das geschenk von begegnungen, die mir bis heute orientierung und bestätigung sind. Noch immer dankbarkeit, noch immer trauer - -

Psychotraumatisierungen in kindheit und jugend sind seither zu meinem hauptsächlichen arbeitsthema geworden; manches mache ich heute anders, wenn ich mit jemandem zu tun habe, der oder die unter komplexen posttraumatischen störungen leidet, ähnlich wie gaby, djanja, marie oder amanda.

Daß ich kind traumatisierter eltern bin und von daher selbst traumatisiert, ist mir damals schrittweise klargeworden, durch die beschäftigung mit der entsprechenden fachliteratur und durch die in ‚THERAPIE oder LEBEN?‘ skizzenhaft dargestellten begegnungen. In manchen situationen war ich im grunde nur ein mitbetroffener. – Ob ich damit geschadet habe? Mehr als die strukturelle mitmenschliche isolation des stationsalltags schadet?

Seit ich in leipzig anfrage, mich um informations- und unterstützungsmöglichkeiten für überlebende von psychotraumatisierungen zu bemühen, spüre ich deutlich, daß es nicht mehr um mich geht. Ich habe verstanden, wo ich herkomme – und erlebe, daß ich frei bin von dieser vergangenheit.

Mitgenommen aus der zeit in der akutpsychiatrie habe ich nicht zuletzt die erfahrung, *daß es tatsächlich um liebe geht*, - und daß liebe letztlich nur eines bedeuten kann: vorbehaltlose achtsamkeit für ein gegenüber, für die menschen, für das leben.

Für mandy und greta

Mondrian v. lüttichau

Literaturhinweise

- Theodor W. Adorno:** Marginalien zu Theorie und Praxis (in: GS 10/2) (Frankfurt/M. 1977)
- ders.:** Minima Moralia (GS 4) (Frankfurt/M. 1977)
- Elisabeth Aebi / Luc Ciompi / Hartwig Hansen** (Hrsg.): Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophreniebehandlung (Bonn 31996)
- Günter Ammon:** Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Neuaufgabe Eschborn 31998)
- Sonja Anders:** Zwischen Himmel und Hölle (Berlin/DDR 1990)
(Erfahrungen als patientin in der DDR-psychiatrie)
- Agnes Auen:** Die Jungfrau, die heiraten wollte (Freiburg i.Br. 2006)
(Autobiografische aufarbeitung der eigenen – möglicherweise! – schizoaffektiven psychose. Im mittelpunkt stehen reflexionen zu spirituellen religiösen erfahrungen und interpretationen.)
- Franco Basaglia:** Was ist Psychiatrie? (Frankfurt/M. 1974)
- Stephan Becker** (Hrsg.): Helfen statt Heilen (Giessen 1995)
(Psychoanalytische sozialarbeit mit schwer ich-strukturell gestörten jungen menschen; siehe auch hier unter: Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit)
- Sibylle Berg:** Sex II (Leipzig 1998)
- Bruno Bettelheim:** Der Weg aus dem Labyrinth. Mit einem Nachwort von Günter Ammon (Frankfurt/M. 1978) *(Konzeption und praxis einer milieutheraeutisch orientierten psychiatrie.)*
- Thomas Bock:** Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. – Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen (Bonn 1997)
- Thomas Bock u.a.** (Hrsg.): Abschied von Babylon – Berichte vom XIV. Weltkongreß für Soziale Psychiatrie, Hamburg 1994 (Bonn 1995)
- Martin Buber:** Begegnung (Heidelberg 1978)
- Ders.:** Das dialogische Prinzip (Heidelberg 1979)
- Charlotte Delbo:** Trilogie. Auschwitz und danach (Frankfurt/M. 1990)
- Klaus Dörner/Ursula Plog:** Anfänge der Sozialpsychiatrie (Bonn 1999)
(Psychiatrie-Enquête der bundesregierung; DGSP)
- Alfred Drees:** „Sie sind aber komisch, Herr Doktor!“ – Prismatische Gespräche in Therapie und Beratung (in: Soziale Psychiatrie 113, Köln 2006)
(Transformieren von übertragungs- und gegenübertragungsgefühlen in empfindungsgefühle, begegnungsbeziehungen statt bindungsbeziehungen im kontakt mit psychiatriepatientInnen)
- Maria Erlenberger:** Der Hunger nach Wahnsinn. Ein Bericht (Reinbek 1977)
- Christa und Thomas Fengler:** Alltag in der Anstalt (Rehburg-Loccum 1980)
- Thomas Floeth:** Ein bißchen Chaos muß sein. Die psychiatrische Akutstation als soziales Milieu (Bonn 1991)
- Jan Foudraine:** Wer ist aus Holz? – Neue Wege der Psychiatrie (München 1973 und später)
- Erich Fried:** Was es ist , in: Erich Fried: Es ist was es ist (Wagenbach-Verlag Berlin)

- Silke B. Gahleitner:** Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung (München 2005)
- Andreas Gehrke:** Ausbruch aus dem Angstkäfig. Ein Stimmenhörer berichtet (Neumünster 2003)
- Sonja Gerstner:** (*siehe: Muthesius*)
- Kaye Gibbons:** Verdeckte Blicke (München 1997)
(*Exemplarischer bericht über manisch-depressive erkrankung der mutter*)
- Erving Goffman: Asyl.** Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten .. (Frankfurt/M. 1973)
- Hannah Green:** Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen (Reinbek 1978 und später)
- Arno Gruen:** Der Wahnsinn der Normalität (München 1989)
- Klaus Hartung:** Die neuen Kleider der Psychiatrie (Berlin 1980)
(*Über die italienische psychiatriereform; basaglia*)
- Karl Herhaus:** Kapitulation (München/Wien 1977)
- Judith Herman:** Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden (Paderborn 2003)
- Friedrich Hölderlin:** Patmos (in: Sämtliche Werke und Briefe I) (München 1982)
- Max Horkheimer:** Zur Kritik der instrumentellen Vernunft (= Gesammelte Schriften Band 6)
(Frankfurt/M. 1991) (*Grundlegende darstellung der Kritischen Theorie*)
- DIE IRRENOFFENSIVE e.V.** (*auch gleichnamige zeitschrift*)
(Werner Fuß-Zentrum, Scharnweberstraße 29, 10247 Berlin)
- Wolfgang Jantzen/W.Lanwer-Koppelin** (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen (Berlin 1996)
- Kerstin Kempker:** Mitgift – Notizen vom Verschwinden (Berlin 2000; Antipsychiatrieverlag)
(*Dokumentarischer bericht über die unangemessene eigene psychiatrisierung*)
- Kerstin Kempker** (Hrsg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus (Berlin 1998; Antipsychiatrieverlag)
- Kerstin Kempker/Peter Lehmann:** Statt Psychiatrie (Berlin 1993; Antipsychiatrieverlag)
- Ken Kesey:** Einer flog über das Kuckucksnest (Frankfurt/M. 1971; März Verlag)
- Nicola Keßler** (Hrsg.): Manie-Feste. Frauen zwischen Rausch und Depression (Bonn 1997)
- Marie-Luise Knopp/Barbara Heubach** (Hrsg.): Irrwege, eigene Wege. Junge Menschen erzählen von ihrem Leben nach der Psychiatrie (Bonn 1999)
- Marie-Luise Knopp/Klaus Napp** (Hrsg.): Wenn die Seele überläuft. Kinder und Jugendliche erleben die Psychiatrie (Bonn 1995)
- Andreas Knuf** (Hrsg.): Leben auf der Grenze. Erfahrungen mit Borderline (Bonn 2002)
- KOMMRUM Begegnungszentrum** (Schnackenburgstraße 4, 12159 Berlin)
- Ronald D. Laing:** Das geteilte Selbst. Eine existenzielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn (Köln 1972, 1994)
- Peter Lehmann** (Hrsg.): Psychopharmaka absetzen (Berlin 1998; Antipsychiatrieverlag)

- Elfriede Lohse-Wächtler 1899-1940** (Tübingen/Berlin 2008)
(Umfassender Katalog über die von den nazis umgebrachte psychiatriebetroffene malerin)
- Elfriede Lohse-Wächtler:** "...das oft aufsteigende Gefühl des Verlassenseins"
(Dresden 2000)
(Arbeiten der malerin elfriede lohse-wächtler in den psychiatrien von hamburg-friedrichsburg 1929 und arnsdorf 1932-1940)
- Mondrian v. Lüttichau:** „Sie sehn doch, die will keinen Kontakt!“
(in: Behindertenpädagogik 2/1999) (Solms 1999; Verlag Jarick Oberbiel)
- Hans Luger:** KommRum. Der andere Alltag mit Verrückten (Bonn 1989)
- Maud Mannoni:** Der Psychiater, sein Patient und die Psychoanalyse
(Frankfurt/M. 1983)
- Karen Margolis:** Die Knochen zeigen. Über die Sucht zu hungern (Berlin 1985)
- Alice Miller:** Das Drama des begabten Kindes. eine Um- und Fortschreibung
(Frankfurt/M. 1997)
- Loren R. Mosher/ Voyce Hendrix:** Dabeisein. Das Manual zur Praxis in der Soteria
(Bonn 1994)
- Caroline Muhr:** Depressionen. Tagebuch einer Krankheit (Köln 1970)
- Sibylle Muthesius:** Flucht in die Wolken (Berlin/DDR 1981 und später; lizenz Ausgaben in der BRD 1982 sowie reduzierte Ausgabe 1992)
(Gemälde, tagebücher, texte von sonja gerstner, die sich 1971 mit 19 jahren das leben genommen hat im zusammenhang mit psychotischen krisen; bericht der mutter)
(Sonja gerstners gemälde sind seit 2006 bestandteil der PRINZHORN-SAMMLUNG der UNIVERSITÄT HEIDELBERG; ihr schriftlicher nachlaß wird von den angehörigen bewahrt.)
- Reine-Marie Paris:** Camille Claudel (1864-1943) (Frankfurt/M. 1989)
- Psychiatrie in der DDR.** Erzählungen von Zeitzeugen (Schriftenreihe des Sächsischen Psychiatriemuseums Leipzig Band 2) (Leipzig 2006, Neuauflage Frankfurt/M. 2007)
- Claudia Schill:** Deutschland – ein Eisalptraum (o.O. 1981)
(Prosa und lyrik einer wahrscheinlich bedeutenden, gleichwohl unbekanntem zeitgenössischen dichterin mit psychiatrieerfahrung)
- Ulla Schmalz:** Rette mich wer kann
(Aus dem alltag einer krankenschwester im psychiatrischen dienst)
- Franz Schubert** in seinen Briefen und Aufzeichnungen (hrsg. von Heinrich Werlé)
(Leipzig 1948)
- B.Schwarz/Klaus Weise/A.Thom (Hrsg.):** Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft (Leipzig 1971)
- Martti Siirala:** Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit
(Göttingen 1961; Neuauflage Eschborn 2000)
- Vera Stein:** Abwesenheitswelten. Meine Wege durch die Psychiatrie (Tübingen 1993)
(Bericht über die jahrelange unangemessene psychiatrisierung)
- Vera Stein:** Diagnose 'unzurechnungsfähig' (Frankfurt/M. 2006)
(Bericht von Vera Steins Gerichtsprozessen. Im Juni 2005 verurteilte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte die Bundesrepublik Deutschland.)
- Irene Stratenwerth:** Wahn & Sinn. Verückte Lebenswege von Frauen
(München 1999)

Irene Stratenwerth/Thomas Bock: Stimmen hören. Botschaften aus der inneren Welt (München 1998)

SYMPTOM 5: Von den Rodewischer Thesen zum Gemeindepsychiatrischen Verbund – Erinnerung und Ausblick (Hrsg. von der Betroffeneninitiative ‚Durchblick‘ e.V. Leipzig und der ‚Sächsischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie‘) (Leipzig 2000)
(Die anfänge der sozialpsychiatrie in der DDR)

Thomas S. Szasz: Die Fabrikation des Wahnsinns. Gegen Macht und Allmacht der Psychiatrie (Frankfurt/M. 1976)

Achim Thom / Erich Wulff (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West (Bonn 1990)

Valérie Valère: Das Haus der verrückten Kinder (Frankfurt/M. 1982)

Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit (Hrsg.): Innere Orte – Äußere Orte. Die Bildung psychischer Strukturen bei ich-strukturell gestörten Menschen (Tübingen 1993)

WEGLAUFHAUS BERLIN <Villa Stöckle>

(Postfach 280427, 13444 Berlin, Tel. 030/40632146)

Uta Wehde: Das Weglaufhaus. Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene (Berlin 1991)
(Überblicksdarstellung zu verschiedenen derartigen projekten)

Klaus Weise: Kritische Anmerkungen zur Psychiatriereform (2005)

(Vortrag beim 10. Herner Gemeindepsychiatrischen Gespräch) (im Druck)

Elisabeth Wellendorf: Es gibt keinen Weg, es sei denn, du gehst ihn (Stuttgart 1999)
(Als kunsttherapeutin in der psychiatrie)

Lina Wertmüller: Liebe und Magie in Mamas Küche

(Theater der Freien Volksbühne Berlin/W., Premiere 21.11.87, Regie: Peter Palitzsch)

Günther Wienburg (Hrsg.): Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen (Bonn 21997)

Sophie Zerchin [id est Dorothea Buck]: Auf der Spur des Morgensterns. Psychose als Selbstfindung (München 1990)

Unica Zürn: Das Weisse mit dem roten Punkt (Frankfurt/M. 1988)

dies.: Der Mann im Jasmin (Frankfurt/M. 1982)

