

ENGELTHALER

Rundschau

Nachrichten aus der Frankenalb-Klinik Engelthal

2010 / Ausgabe 24



Entwicklungsprozesse

- ▼ Entwicklung der Persönlichkeit
- ▼ Kinder psychisch kranker Eltern
- ▼ Sucht in verschiedenen Generationen
- ▼ Märchen und Psychotherapie
- ▼ Entwicklung im Alter





Titelbild:
Vogel Phönix -
ein Symbol für Wandlung

Gemälde der Künstlerin
Karin Kuhn aus einer
Ausstellung im Foyer
der Frankenalb-Klinik
im Winter 2009/2010,
Foto: Radka Nickel

Inhalt

▼ Nicht mit dir und nicht ohne dich	4–5
▼ Wie entwickelt sich Persönlichkeitsstruktur?	6–7
▼ Symptomentwicklung	8–9
▼ Volksmärchen und Psychotherapie	10–12
▼ Sucht in verschiedenen Generationen	13–15
▼ Schizophrener Vater – überforderte Mutter	16–17
▼ Ablösung Jugendlicher	18–19
▼ Wandlung im Alter	20–23
▼ Zivildienst – ein Lernprozess fürs Leben	24–25
▼ Das Handwerk als therapeutisches Mittel in der Ergotherapie	26–27
▼ Weiterbildung: „Fachpflege Psychiatrie“	27
▼ Veranstaltungshinweise	28
▼ Impressum	28

Liebe Leserinnen und Leser,

die Bezirkskliniken Mittelfranken sind ein Unternehmen das in Bewegung ist. Seit der Gründung im Januar 2005 gibt es im Wesentlichen ein konstantes Merkmal und dieses heißt „Veränderung und Entwicklung“. Hierbei geht es jedoch nicht nur um die Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen, wie z.B. die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für die Psychiatrie oder einen veränderten gesetzlichen Rahmen zur Finanzierung der Krankenhäuser. Ebenso bedeutend sind die längerfristigen Entwicklungen, die sich in den Kliniken vollziehen und deren Fortführung in den Jahren seit Bestehen der Bezirkskliniken Mittelfranken weiter vorangetrieben wurden.

Aus Engelthal gibt es hierzu eine Vielzahl von Beispielen. Ich möchte aus dem vergangenen Jahr lediglich einige wenige erwähnen: Die Weiterentwicklung des psychosomatischen Schwerpunktes in der Frankenalb-Klinik, die in der Schaffung von 22 offiziellen Betten gipfelte und die Weiterentwicklung von attraktiven Angeboten für Privatpatienten. Ausdruck der hohen Qualität, die in der Frankenalb-Klinik in Engelthal seit Jahren kennzeichnend für die Arbeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist, ist die Zertifizierung sowohl nach DIN ISO als auch nach dem Standard der europäischen Facharztgesellschaft durch die DGPPN. In diesen Beispielen zeigt sich, dass gerade die Frankenalb-Klinik in Engelthal sich in einem konstanten Weiterentwicklungsprozess befindet und dies zum Wohle der Ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten.

Die beständige Arbeit an der Weiterentwicklung der Qualität ist somit in Engelthal – aber auch in den Bezirkskliniken Mittelfranken im Allgemeinen – ein wesentlicher integraler Bestandteil der alltäglichen Arbeit und zeichnet alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders aus.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen noch weiterhin viel Erfolg und auch Freude bei der Bewältigung der noch vor Ihnen und uns allen liegenden Herausforderungen.

Werner Siemon
Vorstand Bezirkskliniken Mittelfranken

ENTWICKLUNGSPROZESSE

Das Thema soll von der Frage wie sich ein Kind zu einem möglichst stabilen, autonomen Menschen entwickelt bis hin zu Entwicklungsprozessen im Verlauf des Lebens einen Bogen spannen. In unserer Klinik beschäftigen wir uns auch damit, wie Entwicklungsschritte in der Kindheit, die nicht erfolgt sind, nachgeholt werden können. Wie setzen sich Muster in Familien fort?

Warum können Brüche in Lebensläufen entstehen und warum verkraften Individuen schwere Belastungen unterschiedlich? Wie verändern sich die Lebensbedingungen in den verschiedenen Generationen? Oder wie bewältigt eine Person ihre psychische Erkrankung? Auch in psychotherapeutischen Prozessen sind viele kleine Entwicklungsschritte notwendig, um sich einer Problemlösung zu nähern.

Im Redaktionsteam stellte sich dann auch die Frage, wie sich unser Kommunalunternehmen Bezirkskliniken Mittelfranken entwickelt? Welche Neuerungen und Weiterentwicklungen es gibt, die es uns ermöglichen, die uns gestellte Aufgabe der optimalen Patientenbetreuung weiterhin gut zu bewältigen?

So entstand eine Fülle von Ideen, wie das Thema „Entwicklungsprozesse“ beleuchtet werden kann. In der Gestaltungstherapie und in der aktuellen Kunstausstellung ließen sich Bilder finden, die das Thema „Entwicklungsprozesse“ visuell widerspiegeln.

Wir hoffen, dass möglichst viele Leserinnen und Leser durch diese Engelthaler Rundschau Anregungen und Denkanstöße für eigene „Entwicklungsideen“ bekommen.

PD Dr. Thomas Kraus
Chefarzt

Susanne Jeschke
Diplom-Psychologin

VERLETZTES INNERES KIND



NICHT MIT DIR UND NICHT OHNE DICH

Nähe und Distanz in Beziehungen

In der Arbeit mit Patientinnen und Patienten der Psychosomatischen Station werden häufig Schwierigkeiten in Beziehungen zur Sprache gebracht. Misstrauen und Ängste sich zu öffnen, große Nähe verbunden mit Schwierigkeiten, sich abzugrenzen. Lisa, Nina und Christian kamen nach Trennungserlebnissen in eine Krise und suchten therapeutische Hilfe. In einer Diskussion wollen wir aktuellen Mustern und den Ursprüngen in frühen Beziehungen auf die Spur kommen.

LISA
Ich mache mich von meinem Partner komplett abhängig, führe sein Leben mit. Alleine sein kann ich schwer ertragen. Die Trennung war für mich wie Sterben. Ich suche mir auch immer die gleiche Sorte aus: Die starken Männer, die mich beschützen wollen. Mit der Zeit traue ich mir dann selbst gar nichts mehr zu. Die erwachsene Ebene geht dann komplett verloren.

CHRISTIAN
Das ist bei mir ähnlich. Ich habe mich in meiner Beziehung vom selbstständigen Menschen zurückentwickelt bis dahin, dass ich nicht mal mehr alleine Telefonate führen konnte, mit Ämtern zum Beispiel. Ich wollte, dass meine Freundin immer da ist, wenn ich sie brauche. Und wenn ich alleine sein wollte, sollte sie möglichst Luft sein. Die Trennung war für mich grauenvoll. Mein Vater hat die Fami-

lie sehr früh verlassen und sich dann um uns Kinder nicht mehr gekümmert. Meine Mutter war die Hauptperson. Als sie ihren neuen Partner kennenlernte, war ich für sie nicht mehr so wichtig. Wir sind zu ihm gezogen, was ich überhaupt nicht wollte, fühlte mich rausgerissen und einfach irgendwo anders hingestellt.

NINA
Ich war ständig eifersüchtig, hatte schlimme Verlustängste. Ich hatte kein Vertrauen, obwohl es dafür keinen Grund gab, mein Freund war ja sehr fürsorglich. Ich wollte immer Beweise, dass er mich lieb hat, wollte das immer hören – wenn er mich dann in den Arm genommen hat, wollte ich es doch nicht. Dann wollte ich meine Ruhe. Hab ihm Szenen gemacht. Ich war ständig hin- und hergerissen.

Ich habe meine (Pflege-)Mutter immer kalt gefunden, habe das Gefühl gehabt, dass sie mich nicht genug lieb hat. Ich habe geklammert – meine Mutter sagt, ich hätte sie ausgesaugt. Sie erzählt auch, dass ich sie immer abgewehrt hätte, mich mit den Armen gegen sie gestemmt habe.

Meine eigentliche Mutter war psychisch krank, sie hat mich nicht versorgen können. Ich war ein dickes Baby, später fast verhungert. Oft denke ich, dass ich nicht am Leben sein will, wenn ich einfach umfliegen würde, wäre mir das am liebsten.

LISA
Ich habe auch keinen Anlass gehabt, meinem Mann nicht zu vertrauen, trotzdem war das so. Ich war mir sicher, dass ich verlassen würde. Man hätte mir alle Beweise bringen können – ich hätte es trotzdem nicht geglaubt. Da war immer eine Gewissheit, dass er mich betrügt, dass ich nicht gut genug bin für ihn. Dass ich sowieso nicht gut genug bin.

Meine Mutter hatte eine schwere Wochenbettdepression, war entweder in Kliniken oder beim Arbeiten. Die ersten 1 ½ Jahre bin ich fast ausschließlich von meinem Vater betreut worden, er hat mich sogar mit in die Uni geschleppt. Und ich bin so wie Christian mit 13 aus meinem Umfeld rausgerissen worden. Wir sind weggezogen, hat mich natürlich auch keiner gefragt. Ich habe mich immer an meinen Vater geklammert. Wenn er auf Geschäftsreise war, hatte ich fürchterliche Angst, er komme nicht wieder. Wenn meine Eltern abends weggegangen sind, hatte ich Angst, etwas Schreckliches würde passieren. Ich hatte nicht die Sicherheit, dass sie wiederkommen bis sie wieder da waren.

Meine Mutter hatte selbst psychische Probleme, Zwangsstörungen, Missbrauch, ihr Vater hat Selbstmord begangen als sie klein war – das hat sie mir alles erzählt. Mir, nicht meinen Schwestern. Ich hatte das Gefühl ich muss ihr helfen, ich muss sie schüt-



zen. Ich habe sie oft weinen hören, meinen Vater anflehen, er solle sie nicht verlassen.

CHRISTIAN
Das hört sich bei uns allen ziemlich ähnlich an. Ich würde gern eine gleichberechtigte Beziehung führen. Dazu bräuchte ich aber mehr Vertrauen. Ich müsste aufhören so eifersüchtig zu sein und meine Freundin „rumzuschubsen“. Ich müsste von Anfang an darauf achten nicht in mein altes Muster zu verfallen.

NINA
Im Moment traue ich mir gar keine Beziehung zu. Ich habe einige wenige Freunde. Die sehe ich nur alle paar Wochen und das ist in Ordnung, wühlt mich nicht so auf. Aber alleine sein kann ich auch schwer, dann fühle ich mich leer. Und einsam. Ich kann nichts mit mir anfangen.

LISA
In Freundschaften habe ich immer das Gefühl, mich um alle kümmern zu müssen. Auch um meine Schwestern. Und um meine Mutter – immer noch. Ich bin wie eine Glucke, die Mama für alle.

Verletztes inneres Kind –
Die Patientin gestaltet
das innere Kind
und seine Verletzungen.

CHRISTIAN
Freundschaften schließen dauert bei mir sehr lange. Da sind 3, 4 Leute die ich schon lange kenne. Die anderen lasse ich nicht an mich ran. Das sind flüchtige Bekanntschaften, die auch gar nichts von mir wissen. Wenn ich die an mich ran lassen würde und die würden sich dann abwenden, das würde mich umwerfen.

LISA
Bei mir weiß auch keiner über meine Schwierigkeiten Bescheid. Nach außen hin bin ich stark. Ich habe zu keinem so viel Vertrauen. Hier ist es das erste Mal, dass ich meine Probleme zugebe. Dadurch kann ich mich selber besser verstehen, womit das zusammenhängt und warum es so weit gekommen ist. Für mich ist die Therapie ein neuer Zugang zu mir und meinen Gefühlen.

NINA
Wenn ich hier über mich erzähle fühle ich mich erleichtert. Ich bin froh, dass ich über die Dinge reden kann, die mich die ganzen Monate belastet haben. Ich gebe mir ja die Schuld, dass meine Beziehung auseinander gegangen ist. Weil ich Sachen gemacht habe, die ein normaler Mensch nicht machen würde: auf meinen Freund losgehen und ihn nerven. Hier ist der passende Rahmen dafür, über das zu reden, was einen bewegt.

LISA
Hier ist man geschützt. Durch die regelmäßigen Gespräche werden die Gefühle auch runtergefahren, die zu Hause ständig aufsteigen und kein Ventil haben. Da wird der Druck rausgenommen. Wenn ich nach Ausgängen zurückgekommen bin, war ich gleich wieder ruhig. Ich hatte das Gefühl, mir kann hier nichts passieren.

CHRISTIAN
Hier ist mehr Sicherheit. Man hat das Gefühl, hier nicht so verletzt zu werden. Schwächen werden nicht ausgenutzt, man hat keine Angst, es würde gegen einen verwendet.

Tonarbeit aus der Kunsttherapie, Foto: Heinrich Paul

VERLETZTES INNERES KIND



WIE ENTWICKELT SICH PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR?

„Struktur ist definiert als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, welche für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich ist. Strukturelle Störungen beinhalten die unzureichende Verfügbarkeit über diese Funktionen, bzw. ihre Vulnerabilität (= Verletzbarkeit). Strukturelle Störungen sind meist die Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen“ (G. Rudolf: Strukturbezogene Psychotherapie, Schattauer, 2004).

Aus entwicklungspsychologischer Sicht unterscheidet man in den ersten Lebensjahren verschiedene Reifungsstufen der strukturellen Entwicklung.

Jede Entwicklungsphase ist durch charakteristische Bewältigungsstrategien und Ergebnisse ausgezeichnet, welche sich aufeinander aufbauend um die Entwicklungsthemen **NÄHE UND KOMMUNIKATION** (z.B. Fähigkeit zur Nähe-Distanz-Regulierung), **BINDUNG** (z.B. Fähigkeit, anderen Menschen eine emotionale Bedeutung zu geben), **AUTONOMIE** (z.B. Fähigkeit zur Selbstwertregulierung) und **IDENTITÄT** (z.B. Fähigkeit zur Rollenübernahme) drehen.

Aus der empirischen Säuglings- und Bindungsforschung ist uns bekannt,

dass das frühe Beziehungssystem von Mutter bzw. erwachsener Bezugsperson und Baby ausschlaggebend für die Reifung struktureller Fähigkeiten ist. Psychische Struktur entsteht und differenziert sich in der Bezogenheit zu anderen. D.h. konkret: Mutter und Säugling bilden am Anfang ein System körperlicher Nähe und wechselseitiger Bezogenheit, in dem das Baby seinen Lust-Unlust-Bedürfnissen durch körperliche und lautsprachliche Äußerungen Ausdruck verleiht. Die Mutter entschlüsselt diese Signale auf ihre Bedürfnisse und ihren emotionalen Gehalt hin, übersetzt sie in Sprache und Mimik und reagiert darauf in angemessener Weise. Auf Weinen des Babys reagiert sie z.B. tröstend und beruhigend. Hier entscheidet insbesondere eine ausreichende elterliche Sensibilität/Sensitivität („Feinfühligkeit“), inwieweit es gelingt, die kindlichen emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten zu verstehen und sich dem Baby angemessen zuzuwenden. Auf Weinen des Babys kann eine verunsicherte oder überforderte Mutter auch nervös und hilflos reagieren. Wenn sich dauerhaft emotionale Anspannung der Mutter auf das Kind überträgt, wird das Kind möglicherweise motorisch überaktiv reagieren oder viel schreien. Dies wiederum kann Auswirkungen auf die zu entwickelnde Beziehung und Bindung zu den Eltern haben. Das emotionale Erleben des Kindes und das emotionale Antworten des Erwachsenen („Affektspiege-

lung“) sind in der frühen Entwicklungsphase also sehr eng aufeinander bezogen. Hier werden die Grundlagen für positive Emotionen und positive Beziehungserfahrungen gelegt, wesentliche Erfahrungen von „es gibt mich und es gibt die anderen und es gibt eine tragfähige Beziehung zwischen uns“ (Rudolf, 2004).

Durch das frühe Beziehungs- und Bindungssystem kommt es im Verlauf bei jedem Säugling demnach zur Ausgestaltung und Reifung einer Vorstellung von sich selbst. Und durch die Qualität des frühen Mutter-Kind-Wechselspiels leiten sich für das Baby auch Erwartungen gegenüber Kontakten mit anderen Menschen ab. D.h. die frühen „Objektbeziehungen“, die Erfahrungen des Säuglings mit seinen wichtigsten Bezugspersonen, prägen seine spätere „Bindungssicherheit“. Inwieweit also die Bezugspersonen als „sichere Basis“ erlebt werden, an die das Kind seine Bedürfnisse nach Versorgung, Tröstung und Austausch richten kann und die auch aus dem Hintergrund Sicherheit gewähren. Sie hinterlassen im Inneren des Säuglings Erinnerungsspuren („Repräsentanzen“), also eine Sammlung von frühen zwischenmenschlichen Erfahrungen, die verinnerlicht werden und sich auf die weitere emotionale und soziale Entwicklung auswirken. Idealerweise entstehen Bilder „guter Objekte“, wenn die Bezugspersonen nämlich auf die Bindungswünsche und Be-



Tonarbeit aus der Kunsttherapie, Foto: Heinrich Paul

dürfnisse des Säuglings eingehen und daran entsprechend positive Gefühle gekoppelt werden. Also z.B. Freude und Wohlbefinden, wenn die Bezugsperson körperlich nahe ist, wenn sie das Baby füttert oder mit ihm spielt. Bei Abwesenheit der Bezugspersonen, bei Versagungen oder Unlust können auch negative Gefühle mit den Betreuungspersonen verbunden sein. Solange die Anspannung mittelgradig ist, ermöglicht sie dem Säugling Lernerfahrungen, mit der Situation umzugehen, Spannung auszuhalten oder sie zu verändern. Daueranspannung und lang anhaltende Entbehrungen dagegen überfordern die kindlichen Stressbewältigungsmöglichkeiten, führen zu emotionalen Krisen, Verinnerlichung „negativer Objekterfahrungen“ und zur Ausbildung „unsicheren Bindungsverhaltens“. Unsicheres Bindungsverhalten wiederum hat Einfluss auf die spätere Beziehungsfähigkeit des Kindes. Inwieweit es z.B. dann überhaupt wichtige andere Menschen in seinem Leben geben wird oder inwie-

weit es sich anderen Menschen emotional verbunden fühlen kann, ohne dass diese immer real anwesend sein müssen, inwieweit es Verantwortung für die Erhaltung der Beziehung übernehmen kann, wie es mit Alleinsein, Verlusten und Trennungen umgehen kann.

Unter dem Einfluss familiärer Belastungserfahrungen in der Kindheit kann die Entwicklung der reifenden strukturellen Fähigkeiten also beeinträchtigt werden. Mögliche Belastungsfaktoren sind vielfältig (z.B. emotionale, körperliche Vernachlässigung, ausgeliefert sein an heftige Gefühle wie Angst, Aggressivität, Schmerz, fehlende Befriedigung körperlicher Bedürfnisse) und sie spielen meist auf komplexe Weise ineinander. Die Art der Bewältigung der zentralen lebensgeschichtlichen Entwicklungsschritte und auftretender Belastungen formt die Struktur der Persönlichkeit und beeinflusst auf diese Weise die erwachsene Ausgestaltung des Selbst-, Gefühls- und

Im Prozess wird das Kind gebettet und bekommt Unterstützung.

Beziehungserlebens. Wie ein Mensch also z.B. sich selbst und andere sowie seine Gefühle wahrnimmt, diese reguliert, diese ausdrückt und zu anderen in Beziehung tritt. In der therapeutischen Arbeit ergeben beobachtbare und berichtete Bewältigungs- und Abwehrstrategien (= meist unbewusste psychische Konfliktlösungen) von Patienten sowie Muster des Erlebens und Verhaltens in ihrer Lebensgeschichte Hinweise auf bestehende Entwicklungsdefizite und das anzunehmende „strukturelle Funktionsniveau“. Die Einschätzung des strukturellen Entwicklungsniveaus bildet den Hintergrund für psychodynamisches Verständnis (= Verständnis für unbewusste und bewusste innerseelische Abläufe) und psychotherapeutische Zielsetzung bei der Behandlung psychogener Störungen.

VERLETZTES INNERES KIND



SYMPTOMENTWICKLUNG

Das Symptom als Bewältigungsversuch

Unter Symptomen verstehen wir bestimmte Krankheitszeichen wie z.B. gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Ängste, Zwänge etc.

Symptome werden im Allgemeinen als unangenehm, unlustbetont und schmerzhaft erlebt. Sie gehen mit einem subjektiven Leiden einher und werden daher auch Beschwerden genannt. Wenn diese Beschwerden sich als Ängste oder gedrückte Stimmung ausdrücken, dann ist die Bereitschaft der meisten Menschen größer, diese Symptome dem seelischen zuzuschreiben, d.h. diese als aus dem Psychischen kommend zu erleben.

Aber wie funktioniert unser „Seelisches“ und haben die auftretenden Symptome eine tiefergehende Bedeutung?

In der allgemeinen medizinischen Diagnostik führen uns Symptome oft direkt zu den entsprechenden Organsystemen und deren Funktionsstörung. Schmerzen im Knie signalisieren z.B. eine Verletzung im Knieapparat. Oft erleben wir jedoch die Situation, dass wir trotz eingehender Diagnostik keine Schädigung von Organsystemen finden. Der Arzt nennt es dann „seelisch“ oder „psychisch“.

Der Volksmund spricht z.B. von der „Last auf den Schultern“, deutet so die ständigen Rückenbeschwer-

den, oder spricht von „gebrochenem Herzen“, meint hiermit die tiefe verzweifelte Traurigkeit, oft nach Trennungen. Eine tiefe Erschütterung wird mit den Worten „es hat ihm den Boden unter den Füßen weggezogen“ ausgedrückt und durch Symptome wie Schwindel, Angst, Anspannung etc. beschrieben.

Viele Redensarten bezeichnen bildhaft den Zusammenhang körperlicher Beschwerden mit seelischem Erleben.

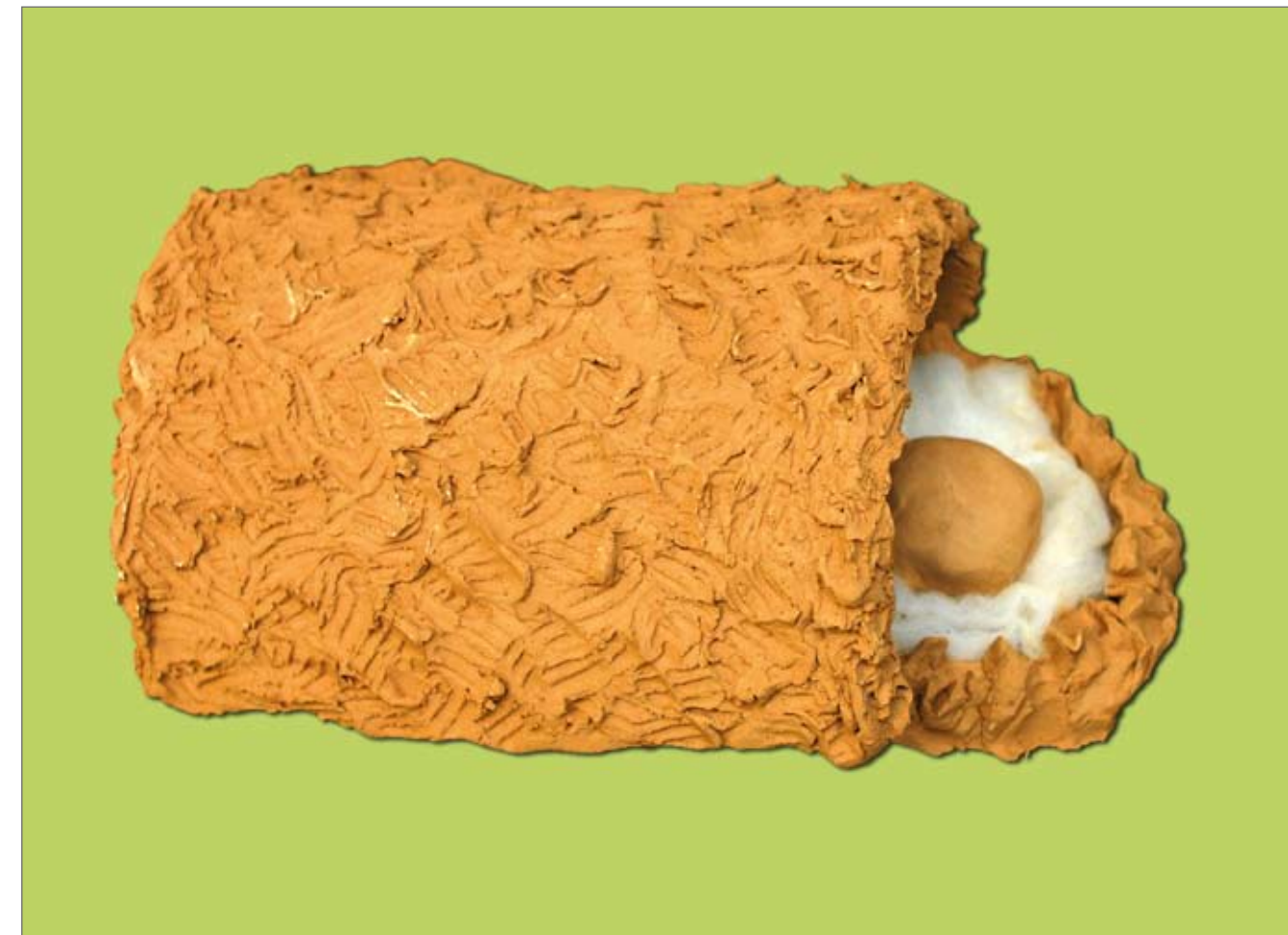
- Es hat ihm das Kreuz gebrochen
- Er hat den Halt verloren
- Ihm steckt ein Klob im Hals
- Mir ist etwas über die Leber gelaufen
- Ihm sitzt die Angst im Nacken
- Er hat die Nase voll
- Ihm fällt ein Stein vom Herzen

Wie ist aber nun das Symptom als Bewältigungsversuch zu verstehen?

In der psychiatrisch/psychotherapeutischen Forschung haben sich vier Modelle der Symptombildung bzw. Symptomentwicklung etabliert.

- Das Modell des wiederbelebten Entwicklungskonfliktes.
- Das Modell der Entwicklungsdefizite.
- Das Modell der fortwirkenden traumatischen Schädigung.
- Das Modell der verfehlten Lernvorgänge.

Im Modell des wiederbelebten Entwicklungskonfliktes, dem sogenannten Konfliktmodell, wird postuliert, dass ein aktueller Konflikt z.B. eine Versuchs- und Versagungs-Situation alte kindliche Konflikte und die damit einhergehenden Gefühle wieder wach werden lässt. Da dieses Geschehen innerpsychisch bewußtseinsfern (d.h. unbewusst) abläuft, werden nicht die erwachsenen Möglichkeiten eingesetzt, sondern es wird auf kindliche Mittel (z.B. Rückzug, Trotz, Verweigerung, kindliche Aggression) zurückgegriffen. Dies führt zur Verstärkung, Verschlimmerung des Konfliktes (Rückzug, Trotz und Aggression schüren gleichzeitig Angst etc.).



Als letzten Schritt erhält das Kind einen Schutz, um es vor Blicken zu schützen.

Ein Konflikt der sich zwischen inneren Impulsen, inneren Normen, äußerer Realität und dem Ich des Menschen abspielt.

Zwischen diesen Kräften versucht das Ich als letztes Mittel einen Kompromiss zu schließen, einen Lösungsversuch zu finden. Die Symptombildung wird zum Ausdruck eines schlechten Kompromisses, eines missglückten Reparations- und Heilungsversuches.

Symptome werden also nicht nur als passiv erlittene Leidenszustände verstanden, sondern als zum großen Teil aktive Reaktionen unseres psychisch/physischen Organismus oder auch als Mechanismen der seelischen Abwehr und des seelischen Ausgleichs.

Zusammenfassend kann darauf verwiesen werden, dass bereits in alten Redensarten ein Wissen über seelische Zusammenhänge existierte und diese Zusammenhänge immer mehr zum Ziel wissenschaftlicher Forschung wurden.

Symptome und Symptombildung werden in modernen wissenschaftlichen Konzepten als Ausdruck innerseelischer Konflikte, als Ersatzbildung bei Entwicklungsdefizit, als verfehlter Lernvorgang oder innerseelischer Bewältigungs-Selbstheilungsversuch gesehen.

Symptome können also in ihrer tiefergehenden Bedeutung verstanden werden und bieten dann einen ersten Hinweis auf einen anzustoßenden Heilungsprozess.

So benötigt z.B. derjenige dem es „den Boden unter den Füßen weggezogen“, sicherlich Zeit und Unterstützung um wieder „festen Boden“ zu finden, derjenige mit „der Last auf den Schultern“ Hilfestellung, um einen Weg zu finden, sich zu entlasten. Hilfreich in diesem Heilungsprozess werden von Patienten Anteilnahme, Achtung, Wärme und Echtheit in der therapeutischen Beziehung erlebt. Unter diesen Voraussetzungen kann es für den Patienten möglich werden die eigenen Symptome nicht nur als auferlegtes Leiden zu verstehen, sondern diese in ihrer Ausdruckskraft als individuellen Bewältigungsversuch zu begreifen.

Tonarbeit aus der Kunsttherapie, Foto: Heinrich Paul

VOLKSMÄRCHEN UND PSYCHOTHERAPIE

Entwicklungsprozesse als Reifung im Zaubermärchen

Die Beschäftigung mit Märchen ist nicht nur im Umgang mit Kindern gebräuchlich und sinnvoll. Auch für Erwachsene kann es mitunter angebracht sein, sich mit dem Inhalt von Märchen auseinanderzusetzen. Märchen sind – entgegen der allgemeinen Auffassung – nicht „Kinderkram“, sondern sie sind ursprünglich an die Adresse der Erwachsenen gerichtet. Anstelle dessen, was uns heute die moderne Medienwelt zur passiven Unterhaltung bietet, stand in früheren Zeiten oft das abendliche Beisammensein, das mit dem Erzählen von Spinnstubengeschichten verknüpft wurde. Und diese Spinnstubengeschichten waren ganz oft komplex ausgestaltete Zaubermärchen.

Volksmärchen

Unter einem Volksmärchen versteht man in der Literaturwissenschaft eine kürzere Prosaerzählung von phantastisch-wundersamen Begebenheiten ohne zeitliche und räumliche Festlegung. Dabei ist die Hauptfigur des Märchens stets so gezeichnet, dass sie den Zuhörer oder Leser zur Identifikation anregt. Typisch sind

- das Eingreifen übernatürlicher Gewalten ins Alltagsleben,
- redende und Menschengestalt annehmende Tiere,
- Tier- oder Pflanzengestalt annehmende verwünschte oder verzauberte Menschen,

- auftretende Hexen, Zauberer, Feen, Zwerge, Riesen, Drachen und ähnliche Wesen,
- die Bestrafung des Bösen – Belohnung des Guten (Happy End),
- die einfache Form – eindimensionales Erzählen.

Es gibt verschiedene Typen von Volksmärchen. So unterscheidet die Märchenforschung unter anderem Tier-, Legenden-, Novellen- und Schwankmärchen. Die ältesten, wohl bekanntesten und spannendsten Volksmärchen sind jedoch die Zaubermärchen. In diesem Märchentyp werden zauberisch Irreales und Reales miteinander verbunden. Frühe Aufzeichnungen von Zaubermärchen finden wir bereits in der Überlieferung altägyptischer Literatur. Als Beispiel sei das „Brüdermärchen“ genannt, das während der 19. Dynastie um 1200 v. Chr. von dem in Ägypten wohlbekannten Schreiber Enene in leichter Sprache auf Papyrus festgehalten wurde.

Eines der frühen deutschen literarischen Zeugnisse eines Zaubermärchens dürfte das aus dem Elsass stammende „Erdkühlein“ sein, das Martin Montanus um 1559 veröffentlichte.

Zaubermärchen

In den Zaubermärchen, die meist zweigliedrige Erzählungen sind, lösen sich im ersten Teil die Hauptge-

stalten als Heranwachsende von ihren Eltern, um ihren eigenen Weg zu gehen. Die erste Partner-Bindung, die sie auf ihrem Weg zu sich selbst erleben, zerbricht jedoch wieder an ihrer Unreife. Ein außerordentlicher Einsatz wird im zweiten Teil notwendig, um sich endlich doch als verlässlicher Partner zu erweisen und die Bindung für ein Leben tragfähig zu gestalten. Ablösung einerseits und Selbstfindung andererseits sind die für die Zaubermärchen typischen und zentralen Entwicklungsprozesse.

Die konfliktgeladenen Prozesse von Austreibung, Ablösung, Selbstfindung und die Auseinandersetzung mit dem Unbekannten, Bösen, Übermächtigen werden knapp gefasst in extremisierter Weise geschildert.

So wünscht beispielsweise die böse Königin im „Schneewittchen“ ihrer Stieftochter aus purem Neid auf deren Schönheit den Tod und schmiedet brutalste Mordpläne. Sie gibt den Mord in Auftrag und wird schließlich nach zwei hinterhältigen Versuchen vorübergehend wirklich zur Mörderin. Den endgültigen Ausgang kennen wir alle.

Auch in „Hänsel und Gretel“, die auf äußerst herzlose Art vom leiblichen Vater und der Stiefmutter ausgesetzt wurden, erhält die Hexe alles andere als eine milde Strafe. Sie wird im Rahmen der Konfliktlösung ohne Gnade ganz einfach in den Backofen gestoßen und muss dort elendiglich verbrennen.

Mit der einfachen Art der Ausgestaltung der Märchen wird dem Zuhörer Raum für das Entstehen eigener innerer Bilder oder das Aktivieren eigener, früherer Erfahrungen gegeben. Wir bekommen mit dem Text des Märchens keine vorgefertigten detaillierten Bilder und Abläufe geliefert. Die Personen, auftretenden Wesen und Dämonen werden, wenn überhaupt, nur andeutungsweise beschrieben. Es liegt also beim Leser

Feuerprobe, Prüfungen durch die Elemente sind im Märchen häufig Stufen im Entwicklungsprozess.



Gemälde der Künstlerin Karin Kuhn, Foto: Radka Nickel

oder Zuhörer all das, was nicht beschrieben und genannt ist, durch die eigene Fantasie, durch eigene innere Bilder zu ergänzen. Das Märchen gibt uns auch die Gelegenheit eigene Entwicklungsprozesse und Konflikte aus einer anderen Perspektive zu erleben.

Die Verknüpfung der Zaubermärchen mit Entwicklungs- und Reifungsprozessen der Persönlichkeit war besonders ab etwa 1970 ein entscheidender Grund dafür, deren Nutzung auch in psychotherapeutische Konzepte einzubinden. Anliegen der Psychotherapie ist es letztlich Reifungsprozesse anzuregen. Zaubermärchen bieten sich dafür ideal als Medium an.

Therapeutische Anwendung

Therapeutisch werden aufgrund der familiären Problematik Märchen eingesetzt, deren familiäre Figurenkonstellation es dem Patienten ermöglicht, eigene Schwierigkeiten in Beziehungen mitzerleben. Der bekannte deutsche Märchenforscher Walter Scherf fand in strukturanalytischen Untersuchungen unterschiedlichster Erzähltypen drei Grundkonflikte dramatisiert. Es handelt sich dabei um Konflikte bei der Ablösung aus der Ursprungsfamilie, Selbstfindungskonflikte und Partnerfindungskonflikte.

Im Rahmen der Psychotherapie werden Märchen vielfältig und methodenübergreifend eingesetzt. Märchen als Teil der äußeren Wirklichkeit bilden eine Brücke zu Änderungsmöglichkeiten individueller psychischer Befindlichkeiten.

Märchen in der Psychotherapie werden erzählt, vorgelesen, im Rollenspiel oder mit Figuren dargestellt, gemalt und modelliert. Es gibt zudem die Möglichkeit mit Erinnerungen an Märchen, wie Lieblingsmärchen oder auch Angstmärchen aus der Kindheit, zu arbeiten. Die Erfahrung, dass Mär-

chen als projektive Therapiemethode eingesetzt werden können, wirft die Frage nach den Faktoren auf, durch die ein Märchen als literarisches Medium auf die psychische Struktur eines Menschen wirken kann. Andererseits stellt sich die Frage, welche psychischen Vorgänge einen Menschen für Märchen empfänglich machen. Entscheidend scheint die Bildsprache eines Märchens zu sein. Märchenbilder erzählen in Analogien, Ähnlichkeiten. Für die inneren Bilder eines Menschen bildet das Märchen einen Rahmen, der zur Projektion einlädt, es ermöglicht, die Motive mit der ureigenen individuellen Bedeutung zu besetzen.

Ein weiterer Wirkfaktor ist die Erzählweise und die Struktur des Märchens. Im Mittelpunkt steht hier die Identifikation des Rezipienten, also beispielsweise des Zuhörers, mit dem Protagonisten, dem Handlungsträger. Der Märchenzuhörer tritt damit in Entwicklungsdynamik der Handlung des Märchens ein. Der Verlauf der Erzählung folgt klaren Gesetzmäßigkeiten und Regeln. Das heißt der Zuhörer ahnt oder weiß sogar auch bei einem ihm völlig unbekannten Märchen, was passieren wird. Damit ist für den Märchenhörer die gewisse Sicherheit gegeben, dass ein gutes Ende folgt. Eigene innere Bilder, Gefühle und Konflikte können in dieser Sicherheit in den Entwicklungsprozess des Märchens projiziert werden.

Das Erleben der Abenteuer von Held oder Heldin fördert das Einfühlungsvermögen in die Probleme anderer Menschen. So können Märchen als Modelle von möglichen Lösungen menschlicher Probleme und als Hilfe verstanden werden.

Märchen haben also durchaus auch für Erwachsene ihren Wert. Vielleicht lädt dieser Artikel den ein oder anderen zum Lesen in einem Werk ein, das im Laufe der Jahre in die hinterste Ecke des Bücherschranks geraten ist



DER WEG NACH INNEN



SUCHT

SUCHT IN VERSCHIEDENEN GENERATIONEN

Alkoholsucht betrifft alle gesellschaftlichen Kreise und kann jeden von uns treffen, ob arm oder reich, Mann oder Frau, jung oder alt.

In der Frankenalb-Klinik werden alkoholkrank erwachsene Menschen über die Akutbehandlung/Detoxikation (auf der Station E-West) bis zur Entwöhnungsbehandlung (auf der A-Station) mit dem Ziel einer lebenslangen Abstinenz stationär behandelt. Ich selbst arbeite auf der A-Station in der psychotherapeutischen Entwöhnungsbehandlung langjährig alkoholkranker Menschen. Und worauf ich mich in den Mühen des Alltags immer wieder freue: Dass zum sogenannten Ehemaligentreffen der A-Station in jedem Herbst circa 200 erfolgreich behandelte Ex-Patienten erscheinen und gemeinsam (alkoholfrei versteht sich) ihre langjährige Abstinenz feiern, aus der sie sich mithilfe der Therapie heraus entwickelt haben.

Der überwiegende Teil unserer alkoholkranken Patienten kommt mit circa 40 Jahren in die Therapie, nach durchschnittlich bereits 15 bis 20 Jahren gefährlichen bzw. abhängigen Trinkens. Es gibt aber auch junge Patienten, die schon mit Mitte 20 eine Behandlung antreten, um ein künftig abstinentes Leben zu führen, und auch 70-Jährige kommen noch in die Klinik zu uns und wollen noch etwas ändern im Leben, um dieses ohne Alkohol attraktiver zu machen. In der Behandlung von Suchtkranken sind die Altersunterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen wie andere Unterschiede auch, eine individuelle auf die

jeweiligen Lebensumstände bezogene Therapie gilt heute als Standard. 08/15 gibt's nicht im Umgang mit Menschen (falls 08/15 kein Begriff ist --> bitte googeln oder einen älteren Menschen fragen) (falls googeln kein Begriff ist --> bitte einen jüngeren Menschen fragen). Jeder Mensch ist individuell zu würdigen und zu fördern und – so nötig – auch zu therapieren.

Ein Mix aller Altersstufen in den Therapiegruppen bzw. auf Station ist anzustreben, das Leben ist bunt, und über Generationen hinweg voneinander zu lernen und aufeinander Bezug zu nehmen scheint mir vernünftig, unbeschadet der Tatsache, dass es anderswo in anderen Kliniken durchaus auch Spezialstationen gibt, auf denen etwa ausschließlich Gruppen älterer oder nur jüngere Patienten gesammelt werden – im Sinne einer Homogenisierung der Klientel.

Im Hinblick auf die Zugehörigkeit von Patientinnen und Patienten zu einer bestimmten Generation sind in der Therapie jedenfalls immer auch die Besonderheiten der jeweiligen Alterskohorte zu würdigen. Das Aufwachsen in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts ist bspw. (in Deutschland) mit dem Erleben von Krieg und der Not der Nachkriegszeit eng assoziiert. Traumatisierungen durch Gewalterfahrungen sind für viele ältere Menschen und also auch Suchtkranke, die damals ihre Kindheit und Jugend erlebten, ein Thema. Jede Zeit hat ihre Besonderheiten, das biografische Verorten eines Patientenmenschen in Zeit und

Raum ist elementar für die Therapie. Sind es beim einen traumatische schlimme Kriegserinnerungen (an fallende Bomben oder brennende Häuser), so haben die jungen Leute heute typischerweise andere Sorgen und Nöte. Wurde in früheren Jahren noch jede Hand gebraucht (in den 1960er Jahren war Arbeitslosigkeit ein Fremdwort in unserer Region!), so wachsen junge Menschen heute allzu oft in eine unsichere Zukunft hinein (gewachsener Wohlstand hin oder her). Das Entstehen einer neuen Unterschicht ist ein Thema unserer Zeit wie die Bedrohung der natürlichen Ressourcen. Jüngere Patientinnen und Patienten sowie Patienten mittleren Alters müssen heute in Zeiten einer hohen Arbeitslosigkeit ihren Weg finden, viele Alkoholkranken suchen von der Klinik aus erst einmal eine neue Arbeit, und – das ist klar und durch zahlreiche Untersuchungen belegt – arbeitslos zu sein ist ein hoher Risikofaktor für Suchtkranke. Das Rückfallrisiko ist bei fortdauernder Arbeitslosigkeit um ein Vielfaches erhöht.

In der Therapie sind traumatisierende Erfahrungen ebenso zu behandeln wie die psychosozialen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und möglichst zu verändern/verbessern sind.

DER WEG NACH INNEN



Etwas Anderes, das alte und jüngere Suchtkranke unterscheidet: Junge Menschen/Patienten haben heute oft Erfahrungen mit verschiedenen, auch illegalen Drogen wie beispielsweise Cannabis, sie kennen vielleicht aus Pilzen hergestellte Halluzinogene oder haben schon Amphetamine konsumiert in der Vorgeschichte.

Eine reine Alkoholsucht ist bei jüngeren suchtkranken Patienten inzwischen eher selten geworden.

Andere Drogen sind mit zu berücksichtigen in der Therapie, rückfällig werden können diese sogenannten polytoxikomanen Patienten nicht nur mit Bier, Wein und Spirituosen, sondern eben auch beispielsweise mit Haschisch oder anderen psychoaktiven Substanzen (und das müssen sie erst einmal lernen):

VIELE JÜNGERE MENSCHEN bagatellisieren etwa den Konsum von Haschisch, eine sogenannte Totalabstinenz (von Drogen aller Art) ist für sie nicht unbedingt ein Lebensziel.

DAGEGEN KENNEN ÄLTERE MENSCHEN (über 60 Jahre) illegale Drogen meist nur vom Hörensagen und nicht aus eigener Erfahrung. Sie haben „lediglich“ die Gesellschaftsdroge Alkohol kennengelernt.

Wobei das Trinken von Alkohol (speziell: Bier in Bayern) in den 1950ern

und 1960ern noch kaum problematisiert wurde (es gab damals z.B. auch noch keine Promillegrenze), und jemand der bei Feiern Alkohol ablehnte, galt tatsächlich noch als Außenseiter (heute würde man sagen: „Weichei“).

Der Konsum von Alkohol am Arbeitsplatz war in vielen Betrieben bis in die 1980er Jahre hinein erlaubt, und wurde auch in vielen Krankenhäusern gefördert, wie es heute unvorstellbar ist: Bierautomaten in der Firma waren früher keine Seltenheit, und dass der Lehrling („Stift“ genannt) für die anderen Bier holen musste zur Brotzeit, galt kaum als anstößig. Inzwischen wird von den meisten Arbeitgebern deutlich stärker darauf geachtet, dass die Beschäftigten ihrem Tagwerk nüchtern nachgehen. In vielen größeren Betrieben gibt es inzwischen Dienstvereinbarungen zum Umgang mit suchtkranken Mitarbeitern.

Bei manchem älteren Patienten gehörte aber das Biertrinken am Arbeitsplatz über lange Jahre zum beruflichen Alltag, ohne dass irgendjemand Anstoß daran nahm, d.h. hier liegt eine teils völlig differente berufliche Alkoholsozialisation vor verglichen mit heute (viele ältere Alkoholiker meinen denn auch, sie hätten früher nie darüber nachgedacht, dass das Trinken vielleicht ein Problem sei, es habe keiner was gesagt, und sie hätten immer ihre Arbeit verrichtet).

Bei älteren Suchtkranken ist übrigens noch zu berücksichtigen, dass diese durch das jahrzehntelange Trinken sehr häufig alkoholbedingte körperliche Schäden aufweisen.

Wussten Sie, dass die Lebenserwartung bei Suchtkranken aufgrund von suchtbedingten körperlichen Folgeschäden um durchschnittlich circa 20 Jahre verkürzt ist, wenn die Suchtkranken es nicht schaffen, vom Trinken usw. loszukommen? D.h. viele „nasse“ Suchtkranke sterben bereits mit Mitte 50!

Der körperliche Allgemeinzustand bei älteren Patienten ist oft schlechter, wenn sie eine Therapie antreten. Immer wieder sind diese körperlichen Suchtfolgeschäden auch ein Grund zur Entwöhnungsbehandlung, wenn etwa ein älterer Mensch aus Sorge um seine Gesundheit mit dem Trinken aufhören will.

Jüngeren Patienten ist die ärztliche Sorge um Gesundheit und Leben dagegen oft nur schwer dauerhaft nahezubringen. Sie erinnern sich, lieber Leser? Man hält sich in der Jugend/im frühen Erwachsenenalter noch für unverwundlich, selbst wenn es einem einmal wirklich schlecht geht, ist die Devise „das geht wieder vorbei!“ Und meist ist es ja auch so, wenn man jünger ist.

Erst mit dem Älterwerden bleibt einem manches hängen an gesundheitlichen Beschwerden. Erst mit zunehmendem Alter können viele Menschen

die Begrenztheiten und Begrenzungen des Lebens deutlicher sehen.

Das Alter ist im Übrigen auch bei der Formulierung von Therapiezielen zu berücksichtigen:

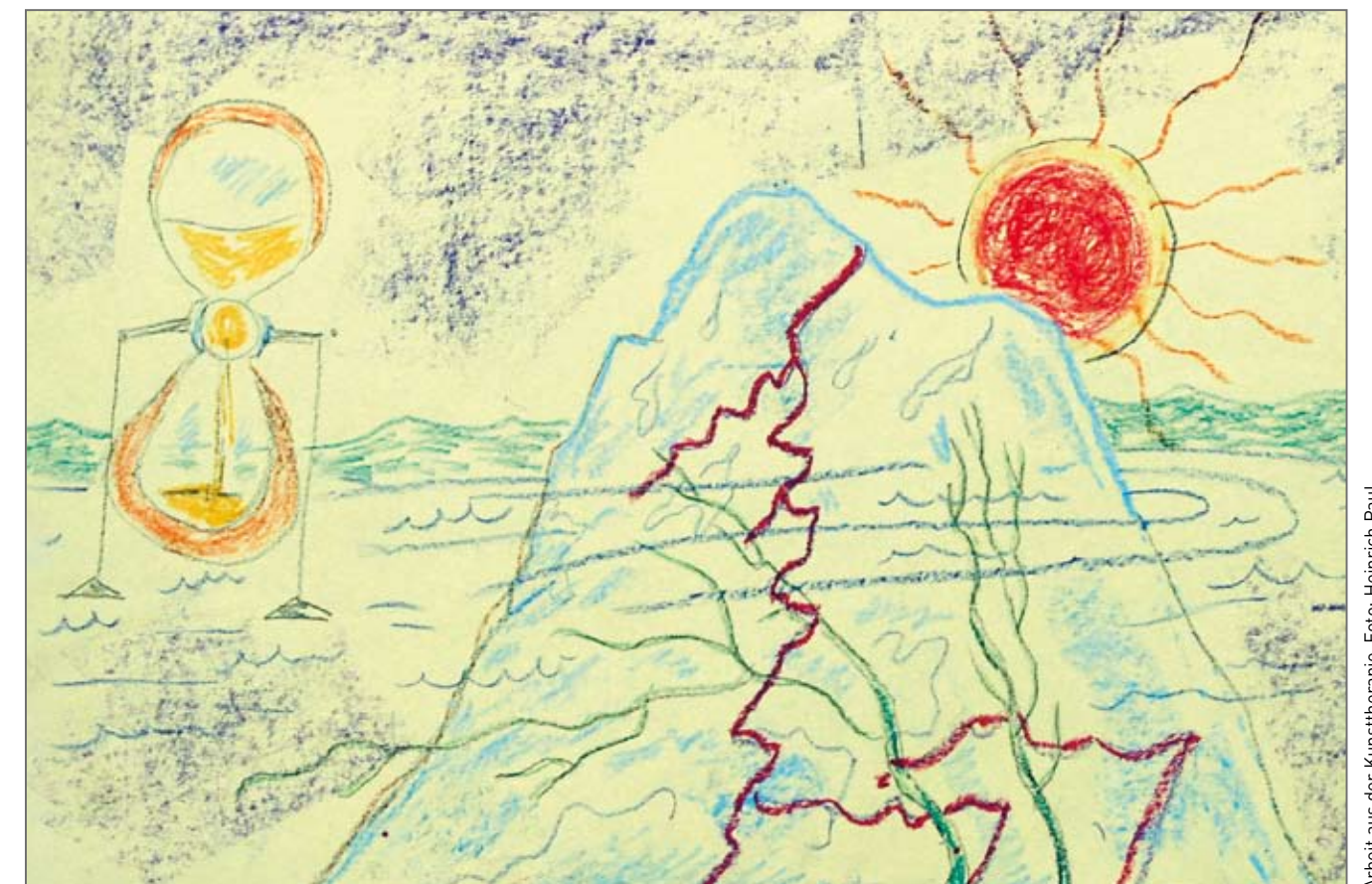
- (ein) Therapieziel ist es, bei den älteren Patienten den letzten Lebensabschnitt mit Sinn zu füllen und lebenswert zu gestalten (ohne Alkohol),
- während es bei jüngeren Patienten oft darum geht, überhaupt erst einmal richtig ins Leben hinein und bspw. eine berufliche Orientierung zu finden.

Gerade wenn jemand sehr früh mit dem Suchtmittelkonsum begonnen hat (mit 14, 15 Jahren beispielsweise) beeinflusst die Droge die Persönlichkeitsentwicklung sehr stark, bevor überhaupt ein Zustand der kognitiven und emotionalen Reife erreicht wurde.

Hier geht es in der Suchttherapie häufig auch um eine Nachsozialisation/Nachreifeung dieser jüngeren Menschen (Patientinnen und Patienten bis 30 Jahre), die ja teils überhaupt noch nicht ins Leben hineingefunden haben und ihren Platz in der Gesellschaft erst noch suchen müssen.

Auf der Langzeitentwöhnungsstation (A-Station) werden schon seit 1981 gute Erfahrungen mit einem Therapieangebot für Frauen und Männer in der Altersgruppe von 20–70 Jahren gemacht. Die Geschlechts- und Altersdurchmischung erzielt positive Effekte. Seit Januar 2010 ist die Zahl der Therapieplätze auf 32 erhöht worden. **Nähere Auskunft unter A-Station Telefon 09158 926-107.**

Michael gestaltet ein Bild, die Therapeutin fragt: Was ist unter dem Eisberg zu sehen, wenn er schmilzt?



Arbeit aus der Kunsttherapie, Foto: Heinrich Paul

SUCHT

DER WEG NACH INNEN



SCHIZOPHRENER VATER – ÜBERFORDERTE MUTTER

Sonja – Eltern psychisch krank

Sonja ist Ende 30, arbeitet im sozialen Bereich, lebt nach zwei gescheiterten Ehen mit zwei ihrer drei Kinder (die älteste Tochter ist ausgezogen) in einer 3-Zimmer-Wohnung in einer fränkischen Kleinstadt. Sie kommt in die Frankenalb-Klinik, weil sie nichts mehr habe sortieren können, sie habe alles gleichzeitig regeln wollen und sei dabei total durcheinander gekommen.

Sonjas Vater hatte immer wieder psychotische Phasen, ihre Mutter war wenig präsent. Wie hat das ihre Kindheit und ihre Entwicklung beeinflusst?

Ich habe das als Kind in den ersten Jahren nicht bemerkt. Ich erinnere mich aber auch kaum an meine ersten Lebensjahre. Eigentlich nur an 1, 2 Geburtstage. Dass mein Vater psychisch krank ist, ist mir erst mit elf Jahren bewusst geworden. Er hatte Phasen von guter und schlechter Laune, es gab Alkoholprobleme und Gewalt. Ich war sein Lieblingskind – gut für mich. Für meine Geschwister war das anders, sie haben meinen Vater als unberechenbar bezeichnet und sind aus der Familie ausgebrochen. Meine Schwester ist alkoholkrank. Mein Bruder hat seine Krankheit geerbt. Ich habe mich immer um ihn kümmern müssen, er ist da sehr fordernd, ruft mich ständig an... Des Öfteren war er auch schon in der Psychiatrie.

Meine Eltern haben sich scheiden lassen als ich zwölf war. Ich wollte eigentlich bei meinem Vater leben. Er wollte mich nicht. Es war ihm zu viel Verantwortung. Er hat damals in R. in einer Baracke gewohnt. Na ja, ich war mit dem Koffer vor der Tür gestanden und habe gesagt: „Papa, ich will zu dir“. Er hat mich in den Zug gesetzt und gesagt, er kann mich nicht nehmen und ich soll wieder heim zu einer gestörten Mutter und weiß der Kuckuck. Ich wollte aber nicht heim. Es war ja nie jemand daheim. Was hätte ich denn daheim tun sollen? Ich wollte, dass jemand für mich da ist!

Psychisch kranke Eltern können ihren Kindern weniger zuverlässige Gegenüber und Vorbilder sein.

Ich bin meinem Vater ähnlich. Ich habe viele Makel von ihm, aber auch Sachen, die ich als gut empfinde, wie Ordnungssinn oder nach einer schlimmen Phase wieder lustig zu sein. Mein Vater hat je nach Laune auch mal was mit mir gemacht, aber da ging es nie darum, was ich brauchte. Es gab eigentlich keine richtige Bindung. Meine Mutter war nie da, ich war viel alleine. Ich habe mich praktisch alleine erzogen, mein Essen selbst gekocht. Nach ihrem Tod habe ich dann vieles von der Nachbarin erfahren: Dass sie über meine Eltern den Kopf geschüttelt hat. „Sie haben dich mit fünf Jahren ins Bett gelegt und du hast den

ganzen Tag geschlafen. Und dann haben sie sich gewundert, dass du abends fit warst, haben gesagt du wärst überaktiv“. Meine Mutter hatte keine psychische Krankheit, aber sie war psychisch nicht stabil. Sie hat viel geschrien und war überfordert, aber sie hat es sich nie eingestanden. Sie hat sich nie irgendwo Hilfe geholt.

Schwierigkeiten setzen sich über Generationen fort

Wenn meine Mutter mehr da gewesen wäre, wäre ich selbst nicht so früh Mutter geworden und hätte auch nicht so schnell geheiratet. Ich hätte mir bestimmt mehr Zeit gelassen. Vielleicht wären mir andere Werte vermittelt worden. „Mach erst mal deinen Beruf fertig, dann lernst du was, dann schauen wir mal weiter...“ Ich wollte eine richtige Familie. Ich habe meine Tochter mit 17 Jahren bekommen von einem Mann, der mich mit dem Kind sitzen gelassen hatte und habe dann meinen ersten Ehemann geheiratet, der gewalttätig war.

Ich bin von meinem ersten Ehemann während meiner Schwangerschaft geschlagen worden. Mein Sohn ist dadurch behindert auf die Welt gekommen. Die Misshandlungen haben nicht aufgehört. Es war nicht nur das, es gab noch so viele Kleinigkeiten, wo man sich als normaler Mensch gar nicht mehr Hilfe holen kann oder besser nicht mehr will. Wenn man so

PSYCHISCH KRANKE ELTERN

einem Menschen hörig ist, und hat überall blaue Flecken und will das leugnen (ich bin da hingefallen und da). Der zweite Ehemann hat dann alles wieder gutgemacht, was in der ersten Ehe schiefgelaufen ist. Dann ist rausgekommen was er mit meiner Tochter gemacht hat. Ich habe mich ja selber für nicht zurechnungsfähig gehalten. Ich weiß, was Wahrnehmung ist und lasse mich so hinter Licht führen. Was hilft einem da noch?

Unterstützung und Auswege

Ich hatte die Familie meiner Freundin. Dort war ich jedes Wochenende. Da hat mich meine Mutter auch hingeschickt, wenn sie ihre Ruhe haben wollte. Und in unserem Mehrfamilienhaus hatte ich viele Ersatzfamilien. Ich bin durch die Oma mit dem Glauben groß geworden. Ich glaube,

dass ich das, was ich erlebt habe, ohne meinen Glauben nicht überlebt hätte. Ich habe mich nie gewehrt. Ich habe nie gewagt, mir irgendwo Hilfe zu holen, weil ich mir nicht eingestehen wollte, dass ich auch Probleme habe. Auf mich wurde immer draufgepackt und draufgepackt. Meine Geschwister oder auch mein Vater dachten, die Sonja, die schafft das schon. Ich habe Schulden – es sind nicht meine eigenen, dafür muss ich geradestehen.

Ich habe eine Bürgschaft unterschrieben. Dann habe ich manchmal so eine Wut, eine Sauwut ... aber egal! Dieses Gelassensein kann man nur mit dem Glauben ertragen, obwohl man eine Sauwut hat und man sagen möchte: „Lasst mich doch einfach mal in Ruhe.“

Inzwischen habe ich drei Kinder, habe eine Ausbildung. Gut war, dass

ich nach der dritten Schwangerschaft beschlossen habe, ich mache jetzt meine Schule fertig.

Das war meins und das habe ich durchgezogen. Mit zwei Kindern und einem schreienden Baby. Das war sehr schwer. Aber ich bin stolz darauf, das geschafft zu haben. Ich hatte keine Oma, keine Schwester, keinen Mann, niemanden.

Ich habe in der Klinik einiges gelernt. Wie ich mich besser um mich kümmern kann – aber das passt oft schwer in den Alltag. Ich habe jetzt auch eine ambulante Therapeutin. Das bedeutet für mich eine Stunde in der Woche, wo ich über meine Probleme und Sorgen sprechen kann.

In der Gestaltung malt Michael sich selbst in einer Schar von Kindern. Die Therapeutin fragt: Wohin schauen die Kinder?



Arbeit aus der Kunsttherapie, Foto: Heinrich Paul

DER WEG NACH INNEN



ABLÖSUNG JUGENDLICHER

Familien mit Ablösungsproblemen

Ablösungsvorgänge beschreiben einen Teil eines Beziehungsprozesses, der sich zwischen zwei Parteien – Eltern und Kindern – abspielt und allmählich in Richtung gegenseitige Selbst-Entwicklung und Differenzierung im emotionalen, kognitiven und moralischen Bereich führt.

Entsprechend dem Konzept des familiären Lebenszyklus (Stierlin) lässt sich die Entwicklungsphase der Ablösung als eine Übergangsphase charakterisieren, in der sowohl emotionale Übergangsprozesse von der Familie und vom Einzelnen akzeptiert werden müssen als auch entwicklungsmäßige Veränderungen.

FÜR DEN ADOLESCENTEN BEDEUTET DIE LOSLÖSUNG von den Eltern „die Kindheits-Identität“ aufzugeben und den damit verbundenen Schutz der ihm bisher zuteil wurde. Er wird im Rahmen des Ablösungsprozesses damit konfrontiert, alte und neue Loyalitätsbindungen (Boszormenyi-Nagy) in Einklang zu bringen.

FÜR DIE ELTERN BEDEUTET DIE LOSLÖSUNG von den Kindern, zumindest einen Teil ihrer „Eltern-Identität“ aufzugeben, nämlich die bisherige starke Ausrichtung am Leben der Kinder. Auch sie werden vor die Tatsache gestellt, neue, vom Leben der Kinder weitgehend unabhängige Werte zu suchen. Eltern müssen während der Ablösesituation ihr Ehepaarsystem als Dyade neu verhandeln, eine neue Wertebestimmung der Paarbeziehung finden und sich

Klarheit verschaffen über bestehenden Loyalitätsbeziehungen.

Auf systemischer Ebene werden Jugendliche und Eltern im Ablöseprozess mit (interpersonellen) Konflikten konfrontiert, die sich aus der Unterschiedlichkeit in den Bedürfnissen und Wünschen beider Teile ergeben. Konflikte, die daraus entstehen, können nur dann gelöst werden, wenn die Grenzen des Systems für neue Erfahrungen und Wahrnehmungen geöffnet werden. Eine teilweise Verwischung der Generationengrenzen während dieser Übergangsperiode ist funktionell lebensphasisch. Sie bildet den Grundstock für die Transformation einer komplementären (hierarchischen Beziehung) in eine symmetrische Beziehung (gleichberechtigte partnerschaftliche Beziehung) zwischen Eltern und Kindern. Die Um- und Neuorientierung sowohl auf intrapsychischer als auch auf interpersoneller und systemischer Ebene ermöglicht beiden Teilen, Eltern und Kindern, sich entwicklungsadäquat voneinander zu lösen, d.h. eine neue reife Form der Beziehung in Form des Dialogs einzugehen (Bezogene Individuation).

Pathologie und Prädiktoren

Die Entwicklungsphase der Ablösung wird, wie die Praxis zeigt, häufig zum Kristallisationspunkt für psychopathologische Störungen Jugendlicher und mit zum Ansatzpunkt für unsere psychiatrischen und psychotherapeu-

tischen Interventionen. Empirische Befunde zeigen, dass eine Familie während dieser Phase für eine Symptombildung bzw. eine psychische Störung anfällig ist, sofern es ihr nicht gelingt, Kommunikationsmuster, Rollenverteilungen und ihre affektive Struktur den Entwicklungsbebewegungen des Jugendlichen gemäß zu verändern. Familiäre Einflussfaktoren, die in der entwicklungspsychologischen und vorwiegend systemischen Literatur als Prädiktoren für eine misslingende Ablösung diskutiert werden, sind einerseits Störungen im Rollenverhalten auf interpersoneller Ebene, d.h. Verletzungen der Generations- und Geschlechtergrenzen auf Eltern-Kind-Ebene und andererseits Grenzstörungen auf systemischer Ebene, d.h. auf der Ebene der Familie als Ganzes. Diese „pathogenen“ Organisationsstrukturen halten das rigide, starre Familiensystem und das damit verbundene labile funktionale Gleichgewicht aufrecht. Der Aufbau emotionaler und kognitiver Diskrimination der einzelnen Mitglieder wird jedoch dadurch behindert. Es kommt zu keiner Festlegung eigener Standorte und zu einer Verwischung emotionaler Differenzierungen.

Empirische Forschungsarbeiten zur Ablösungsthematik zeigen, dass „Kinder“ in diesen Familien häufig die Sorgerolle für die Eltern übernehmen. Dabei dürften sie ihre Eltern sehr genau beobachten und ihnen bei Bedarf als Tröster zur Verfügung stehen. Diese Eltern-Kind-Grenzstörung (Parentifizierung) kann als ein zent-

raler Konfliktpunkt von Familien mit Ablöseproblemen gedeutet werden und damit als ein wichtiger Ansatzpunkt für die psychotherapeutische Arbeit.

Empirisch-entwicklungspsychologische Befunde zeigen auch, dass Jugendliche, die negative, konflikthafte Gefühle, verbunden mit ihrer Ablösung von den Eltern hatten, bedeutsam schlechter in die Außenwelt der Familie integriert waren, als Jugendliche, die über positive Trennungsgefühle berichteten. Der Faktor

„Außenkontakte“ gilt als zentraler Indikator einer gelungenen Ablösung (Lopez).

Nach neueren Untersuchungen (2004) scheint sich die Ablösung von den Eltern auch weiter hinauszuzögern. Verlängerte Aufenthalte in Bildungssystemen, Zunahme von Singlehaushalten, höheres Heiratsalter, späterer Berufsantritt u.Ä. sind zu beobachten. Klassische Stationen wie der Auszug aus dem elterlichen Haushalt, finanzielle Eigenständigkeit, der Abschluss einer beruflichen

Ausbildung und die Gründung einer eigenen Familie sind nicht mehr generell zur Definition der Ablösung gültig. Diese Ablösungsschritte stellen Indizien für den Prozess dar, erfolgen durch die verlängerte Jugendphase jedoch zeitversetzt und in abgewandelter Bedeutung (Achatz). Ein Hintergrund mit perspektivlosen Aufhalten in Bildungssystemen und anschließender Arbeitslosigkeit erschwert zusätzlich die Entwicklung einer erwachsenen Ich-Identität und einer gelungenen Ablösung.

Die Kinder sehen Michael an, dem das Wasser bis zum Hals steht. Die Therapeutin fragt: Wohin schaut Michael?

Er schaut auf die Gräber. Michael findet Zugang zu seiner Trauer, der Weg nach innen ist gelungen. Ein Trauerprozess kann beginnen.



Arbeit aus der Kunsttherapie, Foto: Heinrich Paul

WANDLUNG IM ALTER

Änderung ist immer möglich

Gerade über ältere Menschen stehen häufig Vorurteile im Raum, dass keine Entwicklung mehr möglich ist. Deshalb erscheint es besonders wichtig diesen Aspekt zu beleuchten. Auch im Alter stellen sich immer wieder Entwicklungsaufgaben.

Nach der Berentung verändert sich das Leben deutlich, die Tagesstruktur muss verändert werden. Meist gehen mit der Berufstätigkeit viele soziale Kontakte verloren. Hier muss ein neues Netz gesponnen werden oder weiter gepflegt werden, um nicht in Isolation zu geraten. Der Aufbau von neuen zufriedenstellenden Tätigkeiten und Kontakten ist eine Entwicklungsaufgabe nach dem Ausscheiden aus dem Beruf.

Häufig ergeben sich auch in der alternden Ehe Konflikte, wenn die Partner zu Hause sind, oder die Kinder das Haus verlassen haben, es kann eine Neuorientierung notwendig werden, auch Trennungen nach einer langen Ehe nehmen zu. Die Aufgabe ist dann loszulassen und oft zum ersten Mal überhaupt zu lernen allein zu leben. Dieselbe Schwierigkeit stellt sich auch, wenn ein Partner stirbt und die/der Zurückbleibende lernen muss allein zurechtzukommen. Außer der Trauer müssen oft zum ers-

ten Mal Aufgaben übernommen werden, die vorher der Partner erledigt hat. Wenn nach Trennung oder Tod des Partners, nach bewältigter Trauer, eine neue Partnerschaft eingegangen wird, können damit auch familiäre Konflikte verbunden sein, wenn die Familie mit diesen Änderungen nicht umgehen kann.

Durch die steigende Lebenserwartung trifft zunehmend die Pflege und Versorgung alter Eltern „alte Kinder“, die Aufgabe die Umkehrung der Ver-

antwortung, dass sich die Kinder um die alten Eltern sorgen müssen, trifft zunehmend Menschen in immer höherem Lebensalter.

Auch die Bewältigung körperlicher Beeinträchtigungen und Behinderungen erfordert Entwicklungsschritte und Trauerarbeit, um trotz der schwindenden Kräfte ein zufriedenes Leben zu führen.

Um zu verdeutlichen, wie sich die beschriebenen Entwicklungsaufgaben

Tonarbeiten aus der Kunsttherapie,
Foto: Radka Nickel



empfahl mir meine Ärztin dringend, eine Fachklinik aufzusuchen. Ich entschied mich für die Frankenalb-Klinik Engelthal.

Zunächst fiel es mir äußerst schwer, mich auf die dortigen Gegebenheiten einzulassen. Ich fühlte mich bevormundet, meiner Freiheit beraubt und wehrte mich aufgrund meiner persönlichen Einstellung gegen verordnete Medikamente. Ich fühlte mich innerlich zerrissen, einsam, verzweifelt und konnte meinem Leben nichts mehr abgewinnen. „Die dunkle Nacht der Seele“ – jetzt erlebte ich schmerzlich, was dieser Ausdruck beinhaltet. Ich bekam Beruhigungsmedikamente. Die Dosis wurde erhöht und ich fühlte, wie mich die Medikamente veränderten. Müde und apathisch lag ich, ursprünglich ein fröhliches, optimistisch eingestelltes Menschenkind, meist im Bett und starrte taten- und hoffnungslos an die Decke. Ich hatte mich verloren. Darüber hinaus war mir ständig schwindelig und ich lag nachts stundenlang wach im Bett, während sich die Gedankenmühle unaufhaltsam drehte.

starben. „Versuchen Sie, Ihren Kopf auszuschalten und geben Sie Ihren Händen die Freiheit, zu gestalten. Lassen Sie alle Gefühle dieser Depression in den Ton fließen.“ Eine Welle von Wut durchflutete mich und ich knallte den Tonklumpen mehrmals auf die Unterlage. „Das klingt gut.“ So der Kommentar der Therapeutin. Dann vermochte ich meinen Händen freien Lauf zu lassen. Zuerst entstanden in dem Klumpen Augenhöhlen, danach ein verzerrter Mund, Nase und Wangenfalten. Vor mir lag eine Fratze, die mich böse anstarrte. Um die feindselige Macht des Antlitzes zu verstärken, bekam es einen wilden, flammengleichen Strahlenkranz. „Das ist der Anfang. Wie geht es weiter?“ fragte die Therapeutin. Ich formte die zweite Gestalt. „Ich kann und will diese hässliche Depression nicht mehr ansehen“, sagte sie für mich aus. Die nächste Gestalt sollte ein Lichtwesen werden, das das Grauen abwehrt. Sie ist beim Brennen zerbrochen. Ich hätte sie kleben können, entsorgte sie aber. „Wieso?“ wurde ich gefragt. Zu diesem Zeitpunkt brauchte ich keinen Mittler mehr. Was war geschehen?

konkret äußern, habe ich eine 68-Jährige Patientin der Station II Ost gebeten, ihren Klinikaufenthalt, der einige Zeit zurückliegt, unter dem Entwicklungsaspekt zu reflektieren.

Durch die dunkle Nacht der Seele zum Licht – eine Patientin berichtet

Aufgrund mehrerer sehr belastender Ereignisse war ich in eine tiefe Depression gesunken. Da ich mich in einem bedenklichen Zustand befand,

Erste Therapieschritte

Da ich der Beschäftigungstherapie nur wenig abgewinnen konnte, empfahl mir die behandelnde Psychotherapeutin an der Gestalttherapie teilzunehmen. Dort wurde ich von den beiden Therapeutinnen sehr einfühlsam begleitet. Zunächst saß ich vor meinem Tonklumpen und wusste nichts damit anzufangen. Früher hätte ich sofort Ideen gehabt und mit dem Gestalten begonnen. Jetzt fühlte ich mich stumpf und leer, wie abge-

Während einer der Abendstunden sollte jeder Anwesende etwas benennen, was für ihn an diesem Tag positiv war. Die meisten wussten nichts zu sagen, so zunächst auch ich. Da erinnerte ich mich daran, dass ich am Nachmittag unter einem süß duftenden Lindenbaum gesessen war, in dessen Krone die Bienen summten und zwei Vögel ein munteres Zwiegespräch hielten. Von da an schrieb ich konsequent allabendlich positive Erlebnisse des Tages auf: ein freundlicher Blick, ein unterstützendes

Gespräch, blauer Himmel und Sonnenschein, ein Waldspaziergang und, und, und. Von Tag zu Tag wurde die Liste länger. Inzwischen hatte ich mich auch bereit erklärt, das Antidepressivum zu nehmen und konnte bei der Visite von positiven Erfahrungen berichten. Schritt für Schritt wurden die Beruhigungsmittel reduziert und ganz allmählich fand und erkannte ich mich wieder. Ich besann mich auf Potenziale, die ich schon verloren glaubte. Ich lud Mitpatienten zum gemeinsamen Singen ein, fühlte, dass Stück für Stück jene Leichtigkeit wieder in mir erwachte, die schon fast in Vergessenheit geraten war.

Manchmal gelang es mir sogar schon, von Herzen zu lachen.

Und genau zu diesem Zeitpunkt konnte der Vogel entstehen. Ich arbeitete ihn aus einem Klumpen heraus. Unternehmungslustig blickt er in die Welt, scheint fröhlich zu zwitschern, breitet die Flügel aus und will fliegen – dem Licht entgegen. Beim Formen empfand ich Freude, wie ich sie lange nicht gefühlt hatte. „Flieg, Vogel, flieg!“ Da wusste ich, dass ich die zu Bruch gegangene Gestalt nicht mehr benötigte. Der Vogel war von alleine flügge geworden.

Überwindung der Depression

Inzwischen begannen die Tabletten zu wirken. Ich konnte wieder besser schlafen, wagte alleine mit dem Bus

zu fahren, unternahm weitere Spaziergänge, fühlte, wie ich an Leib und Seele erstarkte. Am längsten begleitete mich der Schwindel. Aber auch er ist inzwischen überwunden. Ich kann wieder eigenständig Auto fahren, Zugreisen unternehmen und meinen Alltag wie früher bewältigen. Ich sage allen Dank, die mich auf meinem schweren Weg durch die dunkle Nacht der Seele begleiteten und mich dabei unterstützten, auf der hellen Seite des Lebens anzukommen, wieder Lebensmut und -freude zu gewinnen und ins Licht zu gehen. Menschen, die gerade in der Finsternis tappen, möchte ich ermuntern, sich auf das Wagnis der Veränderung einzulassen. Denn das weiß ich jetzt: Wandlung ist in jedem Lebensalter



Fratze Erstarrung –
die angstvolle Nacht der Depression.



Ich kann es nicht mehr sehen,
ich will es nicht mehr ertragen.

möglich, wenn man sich auf den Weg begibt und professionelle Hilfe annimmt. Ich habe es selbst erlebt.

Wichtige Entwicklungsschritte

Aus therapeutischer Sicht sind bei der Beschreibung der Patientin zwei wichtige Punkte hervorzuheben. Zum einen ist ein entscheidender Punkt

die Annahme der Krankheit Depression, die den Entwicklungsprozess fördert. Zum anderen zeigt sich im gelassenen Umgang mit der nicht geglückten Figur ein deutlicher Fortschritt. Wie alle depressiven Patienten dieser Generation, hatte auch diese Patientin sehr hohe Anforderungen an sich selbst und erwartete immer perfekt zu sein. Was sicher in der strengen Erziehung, die bis weit

nach dem Zweiten Weltkrieg noch üblich war, begründet liegt. Dass die Patientin eine nicht erfüllte Aufgabe einfach beiseite lassen konnte, ist ein deutlicher Fortschritt.

Die Auseinandersetzung mit den hohen Forderungen an sich selbst ist bei der derzeitigen Klientel, der über 60-jährigen Patienten oft ein zentrales Thema.



Ich fliege wieder
ins Leben zurück.

Tonarbeiten aus der Kunsttherapie, Fotos: Radka Nickel

ZIVILDIENTST – EIN LERNPROZESS FÜRS LEBEN

Anfang April 2009 erhielt ich meinen Einberufungsbescheid vom Kreiswehrrersatzamt. Da ich mich eher im sozialen Bereich engagieren wollte, stellte ich gleich am nächsten Tag den Antrag auf Kriegsdienstverweigerung. Diesem wurde zu meiner großen Erleichterung wenige Wochen später entsprochen. Nun konnte ich mit der Suche nach einer Zivildienststelle beginnen. Ich informierte mich zunächst im Internet über Zivildienststellen in der Umgebung und schickte mehrere Anfragen per E-Mail ab. In der Frankenalb-Klinik Engelthal bewarb ich mich um eine Stelle in der Gärtnerei, diese war jedoch zu meinem großen Bedauern schon besetzt. Als Alternative wurde mir ein Zivildienstplatz bei der Bewegungstherapie angeboten. Nach einem Rundgang durch die Klinik und die Räume der Bewegungstherapie mit dem Zivildienstbeauftragten des Hauses, einigten wir uns nach einem kurzen Gespräch darauf, dass ich ab Anfang August dort meinen Dienst antreten kann.

Nach dem Abi und einer 4-wöchigen Pause war es dann so weit. Mit widersprüchlichen Gefühlen trat ich meinen Dienst bei der Bewegungstherapie an. Ich hatte keine genauen Vorstellungen von der Arbeit der Abteilung, war aber dennoch gespannt darauf, was mich in den nächsten Monaten erwarten würde. Nachdem ich mich mit dem Team der Bewegungstherapie bekannt gemacht hatte, wurde ich in den darauffolgenden Tagen in meine Aufgaben eingewiesen. Ich nahm an den ersten Therapieeinheiten teil und hatte erste Kontakte mit den Patienten. Neben der Unterstützung der Therapeuten gehörte die Reinigung der Geräte zu meinen vorrangigsten Aufgaben. Die Begegnungen mit den Patienten waren in

der Anfangsphase sehr ungewohnt und schwierig für mich, da ich über die verschiedenen Krankheitsbilder oder von den Problemen der Patientinnen und Patienten noch nichts wusste und ihr Verhalten deshalb oft nicht richtig einordnen konnte. Ich verhielt mich aus diesem Grund anfangs eher zurückhaltend, versuchte aber dennoch schon erste Kontakte zu knüpfen.

Im Verlauf der sich anschließenden Wochen nahm ich an weiteren zunehmend interessanten Therapieeinheiten wie zum Beispiel Hallensport, Seniorengymnastik, Nordic Walking, Ausdauertraining und Spaziergängen aktiv teil, was auch für mich eine komplett neue Erfahrung war. Dabei lernte ich die Patienten und die Stationen der Frankenalb-Klinik immer besser kennen. Dadurch konnte ich auch das Verhalten der Bewohner immer besser einschätzen, es gelang mir immer besser Kontakt zu ihnen aufzubauen. Auch mein Aufgabenbereich vergrößerte sich, es kamen neue, verantwortungsvollere Tätigkeiten wie z.B. die Mitbetreuung der Patienten dazu. Meine anfängliche Unsicherheit legte sich immer mehr und ich gewöhnte mich langsam ein.

Heute, nach gut sieben Monaten Dienst, sind alle Anfangsschwierigkeiten überwunden und die Arbeit läuft routiniert und angenehm ab. Die Tätigkeit bleibt immer interessant und anspruchsvoll, da einen der Umgang mit den Patienten jeden Tag vor neue Herausforderungen stellt. Auch für mich persönlich sehe ich meinen Zivildienst als Bereicherung. Ich erhielt wertvolle Einblicke in den Alltag eines Krankenhauses, lernte viele Menschen mit verschiedensten Krankheiten und Problemen kennen,

lernte auch den Umgang mit ihnen zu schätzen und mich an die ständig wechselnden Begebenheiten anzupassen.

Meine Einstellung zu psychisch kranken Menschen hat sich positiv verändert seit ich einige von ihnen näher kennenlernte.

Selbst der am Anfang eher ungeliebte Sport macht mir immer mehr Spaß und ich bewege mich deutlich mehr als früher. Ich habe mir sogar vorgenommen auch nach dem Ende des Dienstes weiterhin Sport zu treiben. Insgesamt sehe ich bei mir eine sehr positive Entwicklung während meiner Zeit als Zivildienstleistender.

Jetzt, kurz vor Ende meines Zivildienstes kann ich sagen, dass ich es heute sehr positiv sehe diese Stelle angenommen zu haben. Noch vor einem halben Jahr konnte ich mir überhaupt nicht vorstellen in einer Klinik, geschweige denn in einem Altenheim zu arbeiten, sondern wollte mich eher in den Bereichen Umwelt- und Naturschutz oder Gartenbau engagieren. Beim täglichen Umgang mit den Patienten bin ich langsam in meine Aufgabe hineingewachsen und habe für mich erkannt, dass es sehr viel Spaß und Befriedigung bringt, wenn man alten und/oder kranken Menschen helfen kann und sie dabei unterstützt ihre Lebensqualität zu steigern und auch wieder Lebensfreude in ihr Leben zurückbringt.

Die während meines Dienstes gesammelten Eindrücke und die Erfahrungen, die ich gemacht habe, werden sicherlich auch später in Studium und Beruf nützlich sein.

Der Sprung ins Meer,
Erleichterung durch das
Element Wasser.



Gemälde der Künstlerin Karin Kuhn, Foto: Radka Nickel



Foto: fotolia

DAS HANDWERK ALS THERAPEUTISCHES MITTEL IN DER ERGOTHERAPIE

Körbe flechten, weben, stricken, töpfern, malen. Ein klassisches Bild der früheren Beschäftigungstherapie. Bei keiner anderen Berufsgruppe steht das Handwerk als therapeutisches Mittel so stark im Mittelpunkt wie in der Ergotherapie.

Ergotherapeutische Aufgaben haben sich in den vergangenen 60 Jahren sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht verändert. Die Bedeutung und der Einsatz des Handwerkes zur Behandlung von Menschen mit Beeinträchtigungen wandelte sich entsprechend der Entwicklungen des Berufsbildes, vorerst mit der Berufsbezeichnung „**BESCHÄFTIGUNGSTHERAPEUT**“, DANACH „**ARBEITS- UND BESCHÄFTIGUNGSTHERAPEUT**“ UND HEUTE „**ERGOTHERAPEUT**“.

In Deutschland sind die Anfänge dieser Therapieform auf das Jahr 1946 zurückzuführen. Die Arbeit mit handwerklichen Mitteln galt zur damaligen Zeit der Beschäftigung kranker und behinderter Menschen. Aufgrund von Aktivitäts-, Technik- und Materialanalysen zu jedem Handwerk – bezogen auf motorische, perzeptive, kognitive, emotionale und soziale Anforderungen – entwickelte sich die reine Beschäftigung zur Beschäftigungstherapie, in der Patienten, mit gezielt ausgewählten Tätigkeiten, behandelt werden.

Durch die Erweiterung des ergotherapeutischen Aufgabengebietes in allen medizinischen Fachbereichen verlagerte sich die Bedeutung des Handwerkes jedoch. Stetig neue Be-

handlungsansätze und deren Vielfalt an therapeutischen Medien wie z. B. funktionelle Übungsgeräte, Alltagsgegenstände und therapeutische Spiele führten dazu, dass die Bedeutung des Handwerkes gesunken ist. Aktuell wird der handwerkliche Einsatz sogar kritisch hinterfragt.

Handeln und tätig sein nimmt in der Ergotherapie eine bedeutungsvolle Rolle ein. Seit Beginn geht man davon aus, dass Betätigung (z. B. durch die Anfertigung eines Produktes) Zufriedenheit erzeugt und sich somit positiv auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die soziale Partizipation auswirkt.

Die handwerkliche Betätigung findet entweder als Methode oder als Medium ihren Platz in der Ergotherapie und sollte sowohl für den Patienten als auch aus therapeutischer Sicht immer bedeutungsvoll sein. Über den direkten Kontakt der Hände zum Medium ist der Patient in der Lage, über den Einsatz seiner Fähigkeiten selbst zu bestimmen. Die Hände nehmen dabei eine zentrale Rolle als Werkzeug zum Greifen, Tasten und Formen ein. Die Aufmerksamkeit ist während des Herstellungsprozesses auf das Werkstück gerichtet. „Und plötzlich, nach vielen Stunden zähen Ringens,

wird Raues glatt, Krummes gerade und das mühevoll traktierte Holz gibt Maserung und entzückende Asteinschlüsse preis, fast wie im richtigen Leben.“ (Koppenborg 2009, S.384) Die Auswahl des Handwerkes erfolgt dabei zielgerichtet und ressourcenorientiert zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit. Die enorme Variationsbreite an Material und Techniken ermöglicht dem Ergotherapeuten einen klientenzentrierten Einsatz.

Die drei Elemente: Material, Werkverfahren und Produkt können mit unterschiedlicher Gewichtung durch die Aufgabenstellung bestimmt werden. Hierbei unterscheidet man zwischen der konstruktiv-strukturierenden und der gestalterisch-kreativen Arbeitstechnik.

- Bei der konstruktiv-strukturierenden Arbeitstechnik steht der Handlungsprozess und das Produkt im Vordergrund, wodurch Patienten Handlungskompetenzen erwerben und üben. Verschiedene therapeutische Anleitungsförm – schriftlich, mündlich, einfach, komplex oder als Leittext – sowie die Materialien, wie z. B. Holz und Peddigrohr, geben ihnen dabei die Struktur vor.

- Die gestalterisch-kreative Technik setzt dagegen keine klaren Grenzen. Die Produkte stellen den individuellen Ausdruck von Gefühlen und Emotionen sowie die Auseinandersetzung mit dem Material dar. Der Entstehungsprozess und das Werkstück stehen im Fokus von Empfindungen und Stimmungen. Durch impulsives

als auch experimentelles Vorgehen entstehen individuelle Produkte mit ihrer Einzigartigkeit.

Je offener die Aufgabenstellung und die Themenvorgabe durch den Therapeut erfolgt, desto mehr Freiheiten besitzt der Patient zur Entwicklung seiner eigenen kreativen Persönlich-

keit. Denn wie Edward de Bono – führender Lehrer für kreatives Denken – äußerte: „Ich glaube nicht, dass Kreativität die Gabe einer guten Fee ist. Ich glaube, sie ist eine Fertigkeit, die wie Auto fahren geübt und gelernt werden kann. Wir halten Kreativität für eine Gabe, weil wir uns nie bemüht haben, sie als Fertigkeit zu üben“.

Literaturverzeichnis:
Marquardt, Manfred: Die Geschichte der Ergotherapie: 1954–2004, 1. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2004.
Kubny-Lüke, Beate (Hrsg.): Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2003.
Koppenborg, Annette: Wie viel Holz raspelt die Feile? Impressionen aus der Holzwerkstatt der Fachschule für ET Reutlingen, in: Imke Winkelmann (Hrsg.), Handwerk in der Ergotherapie, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2009.

Entwicklung qualifizierter Fachkompetenz durch die Weiterbildung: **FACHPFLEGE PSYCHIATRIE**

Trotz knapper werdender Zeitressourcen im stationären Alltag und ökonomischer Veränderungen haben sich die Bezirkskliniken Mittelfranken entschlossen, die Tradition der Weiterbildung zur Fachkrankenpflege für Psychiatrie wieder aufzunehmen.

Fachlich besonders qualifizierte Pflegekräfte haben stets zu neuen Impulsen, Entwicklungen und auch kritischer Reflexion im Arbeitsalltag beigetragen. Die Förderung der beruflichen Handlungskompetenz ist ein Instrument der Personalentwicklung, schafft Austausch von Kenntnissen und Fertigkeiten und führt zu einer Flexibilisierung des beruflichen Alltags.

Die zweijährige Fachweiterbildung „Fachpflege Psychiatrie“ findet ab April 2010 an allen Standorten der Bezirks-

kliniken Mittelfranken statt und wird in Kooperation mit der psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen durchgeführt. Der theoretische und fachpraktische Unterricht mit 760 Stunden wird überwiegend in den neuen Räumen des Bildungszentrums an der Frankenalb-Klinik Engelthal gehalten. Auch der Sitz der Leitung der Fachweiterbildung befindet sich dort.

Neu und innovativ dabei ist, die fachkundige Anleitung der praktischen Weiterbildung durch geeignete Fachkräfte sicherzustellen. Um diesem Qualitätsmerkmal gerecht zu werden, wurde eine Gruppe von acht Mitarbeitern mit Fachweiterbildung zum Praxisanleiter durch eine berufspädagogische Schulung weiterqualifiziert. Die Praxisanleiter Fachweiterbildung bilden eine Schnittstelle

zwischen Theorie und Praxis und sichern eine strukturierte, geplante und zielgerichtete Umsetzung des Anforderungsprofils der Fachweiterbildung.

In der Praxis findet eine Verknüpfung verschiedenster Bereiche statt. Insgesamt umfasst der praktische Teil der Fachweiterbildung 2400 Stunden. Dabei werden Praxiseinsätze in Arbeitsbereiche wie Akut- und Gerontopsychiatrie, ebenso wie Suchtabteilungen und Psychosomatik gefordert. Aber auch Arbeitsfelder im ambulanten, teilstationären oder Heimbereich nehmen immer mehr an Bedeutung zu.

Im außerstationären Gebiet der Versorgung besteht Nachholbedarf, mit einem pflegespezifischen Zugang als Angebot, vor allem für die Versorgung chronisch psychisch Kranker.

Veranstaltungshinweise

- **Engelthaler Gespräche**
14.4.2010, 18.00–19.30 Uhr
im Personalcasino
„Stress – Belastung im Alltag“
Wenn der Stress den Alltag bestimmt
Referent PD Dr. med. Thomas Kraus
Chefarzt der Frankenalb-Klinik Engelthal

- **Gartenfest**
9.5.2010, 13.00–17.00 Uhr
auf dem Gelände

 Bunttes Programm mit Wellness, Kinderanimation,
 Verkauf von Pflanzen und Handarbeiten, auch für
 das leibliche Wohl wird bestens gesorgt.

- **Gesprächsgruppe der**
gerontopsychiatrischen Stationen
29.5.2010 und 3.7.2010, jeweils 14.30 Uhr
Raum 35 im Hauptgebäude

 Für pflegende Angehörige sowie für Angehörige
 von an Depressionen erkrankten und medikamen-
 tenabhängigen Menschen

Weitere Termine nennt Ihnen gerne:
Irmgard Sauerland-Entorf, Telefon: 09158 926-0

- **Vernissage mit Bildern von Michaela Wild**
 im Rahmen des Wochenendes des Bezirks
25.6.2010, 19.00–20.30 Uhr
im Klinikfoyer

- **Engelthaler Symposium**
30.6.2010, 17.00–20.00 Uhr
„Depression und Burn-out-Syndrom“

- **Vernissage mit Bildern von Detlef Liedel**
5.11.2010, 19.00–20.30 Uhr
im Klinikfoyer

- **Engelthaler Gespräche**
10.11.2010, 18.00–19.30 Uhr
im Personalcasino
„Ausgebrannt, was nun?“
Hilfe für pflegende Angehörige
Referent PD Dr. med. Thomas Kraus
Chefarzt der Frankenalb-Klinik Engelthal

- **Weihnachtsbasar**
28.11.2010, 13.00–17.00 Uhr
auf dem Klinikgelände

IMPRESSUM

Verantwortlich:
 Frankenalb-Klinik Engelthal
 Dr. Thomas Kraus
 Reschenbergstraße 20
 91238 Engelthal
 Telefon 09158 926-0
 Telefax 09158 926-199
 frankenalb klinik@
 bezirkskliniken-mfr.de

Herausgeber:
 Bezirkskliniken Mittelfranken
 Feuchtwanger Straße 38
 91522 Ansbach
 Ansprechpartner:
 Ressort Bildung und Kommunikation
 Dr. Ariane Peine
 Telefon 0981 4653-3005
 pressestelle@bezirkskliniken-mfr.de

Koordination:
 Susanne Jeschke

Redaktion:
 Ursula Bierschenk, Konrad Eder,
 Julia Gollwitzer, Susanne Jeschke,
 Dr. Thomas Kraus, Marlene Paul,
 Susanne Rissmann, Klaus Wenzel

Die Bezirkskliniken Mittelfranken sind das
 Kommunalunternehmen des Bezirks Mittelfranken
 Vorsitzender des Verwaltungsrates:
 Bezirkstagspräsident Richard Bartsch
 Vorstand: Werner Siemon

Gestaltung und Produktion:
 Winkler Werbung
 Werbeagentur GmbH
 Albrecht-Dürer-Platz 4
 90403 Nürnberg
 Telefon 0911 204251
 Telefax 0911 204255
 info@winkler-werbung.de
 www.winkler-werbung.de

Druck:
 PuK-Print, Hersbruck

www.bezirkskliniken-mfr.de