

Andreas Manteufel

Nerven bewahren
Alltag in der Akutpsychiatrie

Aus dem Sudelheft eines Psychologen



Der PARANUS-Verlag ist integrierter Bestandteil der gemeinnützigen
Brücke Neumünster gGmbH.

An Redaktion, Herstellung, Werbung und Vertrieb unserer Bücher und
Zeitschriften sind alle Betriebsangehörigen – Lektoren, Teilnehmerinnen
und Teilnehmer der Einrichtung, Setzerinnen, Drucker und Betreuende –
gemeinschaftlich beteiligt.

Wir danken herzlich allen Menschen und Institutionen, die im Förderkreis
PARANUS-Verlag unsere Arbeit unterstützen.

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2012 Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH
Postfach 1264, 24502 Neumünster
Telefon (04321) 2004-500, Telefax (04321) 2004-411
www.paranus.de

Lektorat und Koordination: Hartwig Hansen, Hamburg
Umschlaggestaltung: druckwerk der Brücke Neumünster gGmbH
unter Verwendung des Bildmotivs »Freunde 1«
von Jürgen Schiskale, Hamburg
Druck und Bindung: druckwerk der Brücke Neumünster gGmbH

ISBN 978-3-940636-19-5



Andreas Manteufel, Dr. phil., Jg. 1963 , psychologischer Psychotherapeut. Studium der Psychologie (Diplom) und der Angewandten Sprachwissenschaften (Magister). Seit 1992 in der LVR-Klinik Bonn in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie 1 tätig. Promotion bei Prof. Günter Schiepek 1996 mit einer Arbeit über Systemspiele. Zahlreiche Fachveröffentlichungen. Praktische Arbeitsschwerpunkte: Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie, Supervision und Coaching.

Zahlreiche Fachveröffentlichungen. Praktische Arbeitsschwerpunkte: Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie, Supervision und Coaching.

Inhalt

- 6 Nerven bewahren
- 13 Einträge ins Sudelheft
- 163 Nerven bewahren: Wie geht das?
- 174 Normal bleiben
- 179 Ein Arbeitsplatz – viele (Be-)Deutungen

Nerven bewahren

Der Titel dieses Buches ist natürlich ein Wortspiel. Einerseits erinnert er an längst ausgestorbene Bezeichnungen für meinen Arbeitsplatz, die Nervenheilanstalt oder die »Bewahranstalt«. Letzteres ist ein Schimpfwort für Kliniken geworden, die ihre Patienten »nicht mehr rauslassen«. Sehr wohl wird es aber als Aufgabe der Klinik akzeptiert, vorübergehend ihre Patienten fürsorglich in Gewahrsam zu nehmen, um ihnen zu helfen, wieder selbst Herr über ihre Nerven zu werden. Gleichzeitig ist der Buchtitel ein an mich selbst und andere gerichteter Appell, als Mitarbeiter an diesem ganz besonderen Arbeitsplatz die eigenen Nerven zu bewahren.

Wenn ich im Folgenden Szenen meines Arbeitsalltags Revue passieren lasse, so geschieht dies aus der Motivation heraus, aus einer in fast zwanzig Berufsjahren erworbenen Routine einmal wieder herauszutreten und mit meiner Freude an kreativen und auch ungewöhnlichen Sprachspielen anzuschauen, was sich da in der Interaktion zwischen Mitarbeitern und Patienten* bzw. ihren Angehörigen so abspielt. Ich habe gleich zu Beginn meiner beruflichen Tätigkeit eine Art Sudelheft angelegt. Darin hielt und halte ich fest, was ich staunend, erheitert, beeindruckt und manchmal mit Unverständnis im Klinikalltag aufschnapp(t)e. Auch Zitate aus der Literatur oder Zeitungen, die einen psychiatri-

* An dieser Stelle der mittlerweile bewährte Hinweis zur Verbesserung des Leseflusses: Auch wenn ich in der Regel von Mitarbeitern, Patienten oder Kollegen spreche, sind auch die Mitarbeiterinnen, Patientinnen oder Kolleginnen gemeint.

schen Nagel auf den Kopf treffen, schreibe ich bisweilen in dieses Sudelheft. Dieser Fundus ist der Grundstock dieses Buches geworden, angereichert mit Erinnerungen und Kommentaren, die mir jetzt, beim Zusammenstellen, dazu einfallen.

»Nerven bewahren« ist ein Buch über Metaphern und Sprachspiele in der Psychiatrie. Und es ist ein Buch zu der Frage, wie man dort seine Nerven bewahrt. Die Antwort lautet unterm Strich: Mit einer gewissen Distanz und mit Humor. Mit Humor meine ich nicht das laute Gelächter, das einem häufig aus unseren Stationszimmern entgegenschallt und nicht nur gute Laune widerspiegelt. Oft genug dient das »professionelle Lachen« der Spannungsabfuhr, aber auch dem Überspielen von Unsicherheiten in der Beziehungsgestaltung zu unseren Patienten. Ich meine nicht den Humor, der zur Abgrenzung dient, sondern den feinen Humor, den man gerne mit anderen teilt. Ihn brauchen wir als Gegengift zu der Schwere, die vielen Gesprächen und Geschichten, die wir miterleben, anhaftet. Humor hilft auch, die Dinge »von höherer Warte« zu sehen. Die Wirkung vieler Witze beruht darauf, dass plötzlich eine logische Ebene gewechselt wird. Humor beflügelt die Kreativität, hilft dabei, Dinge einmal ganz anders zu sehen, und vermittelt eine positive, lösungsorientierte Grundhaltung. Genau dieser Humor spiegelt sich in vielen Äußerungen unserer Patienten wider, und das ist es, was mich daran reizt, solche besonderen Sprachblüten zu sammeln und Ihnen hier verdichtet vorzustellen.

Als ich mich für den beruflichen Eintritt in die Psychiatrie entschied, war das kein gezielter Karriere-

schritt. Es war gerade eine halbe Stelle frei, und ich bewarb mich. Auch woanders hätte ich das getan. Als Psychologiestudent in Bonn habe auch ich mein Psychiatriepraktikum absolviert, wie alle, die sich ernsthaft für die »klinische Psychologie« interessierten. »Unsere« Klinik war das Landeskrankenhaus. Die Landesklinik war wesentlich größer als die psychiatrische Abteilung der Universitätsklinik und als Praktikumsplatz beliebter. Dass das mein späterer Arbeitsplatz sein würde, davon ging ich damals noch nicht aus. Während meines Praktikums in dieser Klinik lernte ich die Familientherapie kennen und schätzen. Später nahm ich mir noch die Zeit für ein zusätzliches Praktikum in der Abteilung für Familientherapie an der Universität Heidelberg, wo systemische Familientherapie durchgeführt und erforscht wurde. Das damalige »Heidelberger Team« um Helm Stierlin war prägend für die Entwicklung der Familien- und der Systemischen Therapie in Deutschland. Als es darum ging, meine Diplomarbeit zu verfassen, klopfte ich wieder an die Tür der Landesklinik. Dort erhielt ich die Möglichkeit, Videoaufnahmen von familientherapeutischen Sitzungen für eine Inhaltsanalyse unter dem Aspekt der »Beziehungsdiagnostik« auszuwerten. Gleichzeitig hospitierte ich dort bei meinen zukünftigen Kollegen, die diese Therapien nach dem Modell der Heidelberger Familientherapeuten durchführten. Und als sie mir von einer halben Psychologenstelle erzählten, die gerade frei geworden sei, da dachte ich: Na, bewirb dich mal.

Zu diesem Zeitpunkt hatte ich mich auch bereits zum Schreiben einer Doktorarbeit durchgerungen. Ich wollte etwas »Systemisches« machen und fand Günter Schiepek, damals Privatdozent an der Universität Bam-

berg, als Doktorvater. Schiepek ist der führende deutsche Psychologe, wenn es um systemwissenschaftliche Psychologie geht. Dabei verfolgt er das Forschungsprogramm einer psychologischen Synergetik, in der es um die Selbstorganisation in komplexen Systemen geht. Vorbild ist die interdisziplinäre Theorie der Synergetik, die der Physiker Hermann Haken Ende der 60er-, Anfang der 70er-Jahre formuliert hat. In dieser Theorie geht es um die Dynamik der Selbstorganisation in einem komplexen System und die Übergänge von Ordnungszuständen, das heißt die Wechsel von alten in neue Muster. Diese Übergangsszenarien, also der Wandel, die Veränderung von Mustern, stehen im Blickpunkt dieser Theorie, wie auch in jeder Psychotherapie.

Im Rahmen meiner Doktorarbeit stieg ich in ein laufendes Projekt ein, das Schiepek leitete. Über Systemspiele, das heißt mehrtägige Planspiele, simulierten wir ein typisches psychosoziales Helfersystem. Es wurden Rollen verteilt wie »Heimleiter«, »Jugendlicher im Heim«, »Eltern«, »Werkstattleiter im Heim«, »Sozialarbeiter im Jugendamt«, u.a.. Die Rollenspieler, zumeist Studenten, erhielten eine knappe Rollenbeschreibung, aber keine Handlungsvorgaben und keine vordefinierten Ziele, wie das sonst bei Planspielen üblich war. Wir ließen die Aktionen nach gewissen Regeln einfach laufen, zeichneten sie detailliert auf und beschrieben die »Selbstorganisation« des Geschehens.*

* Andreas Manteufel und Günter Schiepek: Systeme spielen – Selbstorganisation und Kompetenzentwicklung in sozialen Systemen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1998

Ich erzähle das alles, weil es zu mir und meiner Arbeit in der Klinik dazugehört. Ich war bei Berufseintritt ein »halber« Praktiker und ein »halber« Wissenschaftler, so wurde ich jedenfalls gesehen. Ich konnte, das war die Chance, die Praxis simultan mit meiner eigenen wissenschaftlichen Forschung abgleichen, und das passte manchmal zusammen wie Schlüssel und Schloss. In meiner Doktorarbeit ging es um dasselbe wie in der beruflichen Tätigkeit, nämlich um die Dynamik in komplexen psychosozialen Systemen. Ich entdeckte in der Auswertung der Systemspiele ganz Ähnliches wie in meiner täglichen Arbeit. Als Beispiel sei die Entwicklung von inoffiziellen Hierarchien genannt, die sich quer zur offiziellen Hierarchie entwickelten. Die Heimleiter waren in bürokratischen Zwängen gefangen und dabei weit von den Klienten entfernt. Sie verloren an Einfluss. Diejenigen, die als Gruppenleiter oder manchmal gar als Praktikanten die größte Nähe zu den jugendlichen Heimbewohnern hatten, konnten daraus eine Art inoffizielle »Machtposition« erwerben. Ein anderes Beispiel ist die große Rolle der direkten Kommunikationen. Wenn die Beteiligten sich nicht persönlich austauschten, sich vielleicht gar nicht kannten oder voneinander gar nicht wussten, wie sich in den Systemspielen dann erst in den Nachbesprechungen herausstellte, konnte das System keine gesunden Strukturen entwickeln. Gerade in den letzten Jahren, in denen der Computer unseren psychiatrischen Arbeitsalltag mehr und mehr dominiert, erinnere ich mich an diese Erfahrungen aus den damaligen Systemspielen. Wo die Kollegen fast nur noch per E-Mail kontaktiert werden und in »Funktionseinheiten« abgerechnet wird, kommt es vor, dass wir nicht mehr wissen, welche Kollegen es im

Hause überhaupt gibt. Dazu trägt natürlich auch die zunehmende Fluktuation von Mitarbeitern bei. Für die Aufrechterhaltung stabiler Arbeitsstrukturen ist das jedenfalls erschwerend.

Ich war also schon in den ersten Berufsjahren ein Praktiker, der stets einen begleitenden Forscherblick für seinen Arbeitsplatz hatte. Das war sicher prägend für meinen Stil. Und es war wohl auch die entscheidende Motivation für mich, ein Sudelheft anzulegen. Nie hatte ich dabei irgendeinen anderen Anspruch als den des Dokumentierens, was ich für würdig empfand, nicht vergessen zu werden. Mit berühmten literarischen Sudelbüchern möchte ich das nicht verglichen wissen.

Zu meiner Neigung, auf Sprache zu achten, bleibt noch zu erwähnen, dass ich noch vor dem Psychologiediplom ein Studium der Allgemeinen und Angewandten Sprachwissenschaften abschließen konnte. Für heutige Studenten, die vom ersten Tag an einen festen Plan zu erfüllen haben und wenig Zeit für ein Leben neben dem Lernen, dient zur Erklärung, dass dieses Studium ohne feste Studienordnung an einem kleinen Institut mit sehr viel Freiheiten absolviert werden konnte. Viele Themen waren absolut psychologisch, etwa die Sprachentwicklung bei Kindern, die Zusammenhänge zwischen der Neurobiologie des Gehirns und Sprache, die Beschreibung und auch Therapie von krankheitsbedingten Störungen der Sprache oder Sprachentwicklung, die Zusammenhänge zwischen Denken und Sprache, um nur einige zu nennen. Gerade die systemische Familientherapie legte in dieser Zeit meines Übergangs vom Studium in den Beruf großen Wert darauf, auf Wörter und Sprachgebung in der Therapie zu achten, etwa auf Paradoxien, auf »Verdinglichungen« von Konstrukten

(zum Beispiel die Rede von »der Krankheit«) und auf die Wirkung von bestimmten Fragen in bestimmten Formulierungen. Die ganze bekannte Kommunikationstheorie von Paul Watzlawick und anderen war Grundnahrung für systemische Therapeuten. Ich denke natürlich, dass mein beruflicher Weg in die Psychiatrie, so zufällig das Stellenangebot in der Situation auch auf mich zukam, einen logischen Zusammenhang mit meiner vorherigen wissenschaftlichen Ausbildung und meinen Vorlieben hatte.

Diese wenigen Hinweise zu meinem Werdegang sollten vorab dazu beitragen, damit Sie besser einschätzen können, wer eigentlich dieses Buch schreibt.

te. Eine ältere »Langzeitpatientin« verweilte jahrelang auf einer geschlossenen Station, wo sie als Küchenhilfe einen, natürlich nicht offiziellen, Job hatte. Solche Konstruktionen sind kaum noch denkbar, waren aber kreativ und hilfreich. Die Psychiatrie, die selbst eine Art gesellschaftliches Nischendasein bestreitet, hatte mehr Möglichkeiten, solche Nischen zu schaffen, als heute. Man mag es als Fortschritt sehen oder bedauern.

Im Folgenden lasse ich nun weiter das Sudelheft sprechen. Die Einträge daraus sind in Fettschrift wiedergegeben und aus heutiger Sicht kommentiert, häufig auch mit anknüpfenden Erfahrungen ergänzt. Der folgende Eintrag stammt aus den allerersten Monaten meiner Berufstätigkeit in der Klinik und spricht ein Dauerbrennertema an, die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und damit der Menschen, die an ihnen leiden.

*

Die Postamt-Metapher psychischer Erkrankungen: Abstempeln und aufgeben!

Es wäre blauäugig anzunehmen, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen der Vergangenheit angehört. Offen ausgesprochen werden die Vorbehalte selten, aber die Ängste der Betroffenen, nicht mehr ernst genommen und/oder abgewertet zu werden, sind real. Häufig berichten Patienten davon, dass ihnen vonseiten ihrer Arbeitgeber zunächst volle Unterstützung zugesichert wird. »Werden Sie erst mal richtig gesund«, »Nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen, um

gesund zu werden«, lauten die ermutigenden Worte am Anfang. Beim erhofften Wiedereinstieg nach der Genesung klingen die Botschaften dann schnell anders. Längst ist der bisherige Arbeitsplatz neu besetzt, Arbeitsverträge werden nicht verlängert, jetzt heißt es zum Beispiel: »Das Unternehmen kann sich so lange Fehlzeiten nicht leisten.« Ungeduldige Arbeitgeber rufen uns an und fragen nach der Dauer der Behandlung, denn »wir müssen auch planen«. Der befürchtete »Gesichtsverlust« verhindert das offene Wort über Krankheit oder therapeutische Behandlung insbesondere da, wo Helden erwartet werden, denken wir an den Suizid des Nationaltorhüters Robert Enke oder an typische »Männerberufe«. Ein Patient unserer Station arbeitete schon jahrelang als Geldtransportfahrer. Bei der Arbeit trug er eine Waffe. Er wusste von Überfällen und Gewalt zu berichten. Wir lernten ihn als sensiblen, auf der emotionalen Ebene schnell überforderten Menschen kennen. Glaubhaft versicherte er uns, dass er sich in seiner beruflichen Rolle von dieser »schwachen« Seite einfach nicht zeigen könne.

Viele Patienten mahnen an, dass unser Klinikstempel auf der Krankschreibung ihren Aufenthalt in »der Psychiatrie« verrät und sie damit nicht mehr mit Unvoreingenommenheit des Arbeitgebers bezüglich der Art ihrer Erkrankung rechnen können.

Stigmatisierung erleben psychisch Kranke vielerorts. Schon das psychiatrische Krankenhaus als solches war seit jeher wie ein Tabu. So ist zu erklären, dass sich für die entsprechenden Kliniken in den großen Städten Synonyme eingebürgert haben, die das explizite Nennen des Aufenthaltsort überflüssig machen. Bei uns in Bonn stand zum Beispiel lange Zeit der Name des

langjährigen Chefarztes für die ganze Klinik, wenn man drohend sagte: »Pass op, sonst küsst de bei de Pelman«*. Später ersetzte der Name der Straße, an der die »Landesheilanstalt« lag, die Klinikbezeichnung. Und noch heute wissen viele alteingesessene Bonner genau, was gemeint ist, wenn dieser Straßename verschämt oder augenzwinkernd spöttisch ausgesprochen wird. Dabei spielt es keine Rolle, dass die postalische Anschrift der Klinik seit Jahrzehnten auf eine andere Straße übergegangen ist.

Solche Beispiele lassen sich sicher für andere Städte sinngleich finden: Begriffe von Stadtteilen oder Straßen, die anfangs zur »Vertuschung« oder Verharmlosung des wahren Klinikcharakters verwendet wurden, ver selbständigten sich in der Folge und wurden selbst zu »Stigmata«.

Aber auch unter den Patienten auf psychiatrischen Stationen wird nicht nur Solidarität geübt. Die »Suchtis« und die »Psychos« sind traditionell schwer miteinander verträgliche Gruppen. Einige Patienten sprechen von den Süchten ihrer Eltern mit wenig Verständnis und etikettieren die Eltern schnell als Verursacher der eigenen Probleme und Krankheitsgeschichte. Damit werden die eigenen Abhängigkeiten in ein milderes Licht getaucht. Andere Patienten lehnen die Angebote sozialpsychiatrischer Zentren häufig mit dem Argument ab, dass sie »dort auf zu viele psychisch Kranke

* Carl Wilhelm Pelman war von 1889 bis 1904 Direktor der Bonner Anstalt und erster ordentlicher Professor für Psychiatrie an der Universität Bonn. Dieses damals geflügelte Wort wählten Linda Orth u.a. als Titel einer Veröffentlichung mit dem Untertitel: Das Irrenwesen im Rheinland des 19. Jahrhunderts, Bonn: Verlag Grenzlos e.V., 1996

treffen«. Auch wenn das verständlich ist – labile Menschen stützen sich gegenseitig nicht automatisch – fördert auch das ein Klima der gegenseitigen Stigmatisierung.

Aber auch wir Mitarbeiter laufen Gefahr, die immer wieder geforderte Klarheit gegenüber psychischer Erkrankung zu unterlaufen, zum Beispiel, wenn wir kritische Wörter oder Diagnosen im Patientenkontakt vermeiden. Zu viel Vorsicht weckt erst recht den Verdacht, dass über etwas ganz Schlimmes gesprochen wird. So fällt das Wort »Schizophrenie« zum Beispiel in der Klinik zunehmend seltener, »Psychose« klingt weniger bedrohlich und wir gehen davon aus, dass das für Patienten weniger abwertend klingt. In der Fachliteratur und auf Fachtagungen dagegen wird der alte Terminus wie selbstverständlich weiter verwendet. Auch wenn es berechtigt ist, den inhaltlich in die Irre führenden Begriff Schizophrenie zu ersetzen, so sind manche Patienten über die Ambivalenz, mit der die Fachleute ihre Krankheit benennen, sehr irritiert.

Jemanden zum Intelligenztest zu schicken, ist uns oft peinlich. Sagen wir es nicht offen, wird aber auch der Dümme merken, dass wir ihn nicht ernst nehmen. Und neigen wir Therapeuten nicht dazu, lieber von Selbsterfahrung als von Eigentherapie zu sprechen?

Mittlerweile gibt es überall Anti-Stigma-Projekte. Ernsthafte, aber nicht abschreckende Aufklärung in Schulen, Kliniken, Zeitungen etc. trägt dazu bei, Basiswissen über psychische Erkrankungen zu verbreiten, Fragen zu beantworten und Berührungsängste zu senken. Auch vonseiten der akademischen Psychiatrie wird die Anti-Stigma-Fahne geschwenkt. Nicht immer kann

dabei der Verdacht zerstreut werden, dass es dabei auch um die eigene »Entstigmatisierung« zum Beispiel als »Nur-Psychiater« geht. Der Berufsstand des Psychiatriemitarbeiters, welcher Profession auch immer, ist nicht der angesehenste. Unverständnis, Bedauern oder höflichen Abstand in Partygesprächen über Arbeitsplätze kenne ich auch. Die moderne Außendarstellung psychiatrischer Krankenhäuser in Broschüren, auf Internetseiten oder Fachtagungen lässt deutlich erkennen: Auch wir wollen als seriös, modern und »mitten im Leben« anerkannt werden. Das ist gut, wenn wir die Patienten auf diese Reise mitnehmen. Schlecht wäre es, wenn wir die ungemütlichen Seiten der Psychiatrie retouchieren wollen. Dann entfernen wir uns mit unseren schicken Flyern nur weiter von unserem eigentlichen Einsatzgebiet.

*

»Was, denken Sie, hat Ihnen in der Behandlung geholfen, wieder gesund zu werden?«

Antwort: »Drei geregelte Mahlzeiten am Tag.«

Dieser Kurzdiallog zwischen mir und einem Patienten kurz vor seiner Entlassung nach langer stationärer Behandlung gibt mir zu denken. Was hat dieser Patient in den Wochen seiner Behandlung nicht alles von uns bekommen: Eine maßgeschneiderte medikamentöse Behandlung, psychologische Gespräche, kreative Ergotherapie, Sport und Bewegungstherapie, Gruppenangebote, eine Sozialarbeiterin, die sich um die finanziellen Belange kümmerte, liebevolle Zuwendung, Kontakte,

Aktivitätsaufbau, Aufklärung über die Erkrankung und so weiter. Und was erlebt er als letztlich hilfreich in seiner Behandlung? Frühstück, Mittag- und Abendessen!

In dieser Antwort steckt sicherlich vieles, was die bei uns viel beschworene »Tagesstruktur« ausmacht. Regelmäßige Mahlzeiten takten den Tag und helfen bei der zeitlichen Orientierung. Sie wecken Erinnerung an das, was man einmal als Maßstab sogenannter »Normalität« als Kind erfahren hat. Häufig ist es die unverbindliche Gemeinsamkeit bei den Mahlzeiten, die ängstliche Menschen behutsam aus ihrer Einsamkeit herauslockt. Die Regelmäßigkeit, zu essen und zu trinken, geht in psychischen Krisen schnell verloren. Das kann chronisch werden und wird von manchen Patienten überhaupt nicht mehr wahrgenommen. Ich habe es mir angewöhnt, Patienten und häufig auch ihren ebenfalls belasteten Angehörigen zunächst einmal regelmäßiges Essen und vor allem Trinken anzuraten, wenn die Frage nach den ersten Schritten aus einer Krise gestellt wird. Ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist für viele keine Selbstverständlichkeit mehr und in der Umsetzung anfangs richtig schwere Arbeit.

Angesichts der oben geschilderten Antwort liegt die Frage nahe, was in einer komplexen Behandlung wie unserer stationären eigentlich heilsam wirkt und wie man das feststellen kann. Natürlich sieht jeder Beteiligte am Ende einer Gesamtbehandlung vor allem seinen eigenen Beitrag als besonders bedeutsam an. »Endlich wirken die Medikamente«, sagt der eine; »Gut, dass wir drüber gesprochen haben«; »Intensives Konzentrationstraining macht sich bezahlt«, »Der Patient hat in

der kreativen Arbeit zu sich gefunden«, die anderen. Sozialarbeiterische Interventionen, die offene finanzielle oder Wohnungsfragen klären können, ermöglichen häufig nicht mehr geglaubte Spontanremissionen. Und so mancher Patient oder so manche Patientin muss sich einfach nur verlieben. Oft haben wir den Eindruck, dass Patienten untereinander viel intensivere Gespräche führen als mit uns. Und manchmal, um ehrlich zu sein, wollen wir vielleicht gar nicht alles wissen, was sich hinter den Türen der Patientenzimmer abspielt. Häufig sind es wichtige Veränderungen zu Hause, mit denen die Klinik gar nichts zu tun hat, die sich auf das Befinden unserer Patienten massiv auswirken.

Die Psychotherapieforschung nennt solche Effekte indirekte oder außertherapeutische Wirkfaktoren und weiß, wie viel Einfluss sie auf therapeutische Verläufe ausüben. Wir sollten uns schlichtweg nicht einbilden, allzu viel Einfluss auf das zu haben, was im Laufe einer stationären Klinikbehandlung mit Patienten geschieht. Überhaupt ist angesichts der Komplexität therapeutischer Prozesse der Mythos der gezielten »Intervention« kaum noch haltbar. Zu sehr greifen die feinen Dynamiken auf allen Ebenen auch zeitlich ineinander, als dass von einer linearen Abfolge von therapeutischen Instruktionen und entsprechenden Reaktionen der Patienten darauf ausgegangen werden darf.

So bahnt sich beispielsweise häufig bereits im Vorfeld einer sogenannten therapeutischen Intervention eine relevante Veränderung beim Patienten an (»pre-session-changes«). Familientherapeuten haben immer schon beschrieben, dass es häufig bereits vor der allerersten Sitzung zu Verbesserungen im familiären Klima kommt. Man nimmt an, dass die Entscheidung zur

Therapie, die ersten telefonischen Kontakte mit den Therapeuten oder ihren Sekretärinnen oder die Vorbereitungen innerhalb der Familie vor der ersten Sitzung bereits erste Veränderungen hinsichtlich Motivation, Bereitschaft zur Veränderung oder der Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern anstoßen konnten. Die moderne Hirnforschung könnte als Modell dienen, um zu zeigen, wie in komplexen Netzwerken, also zum Beispiel im Gehirn und in einer Therapie, Verhaltensmuster entstehen, nämlich nicht an einem Ort zu einem bestimmten Zeitpunkt, und nicht durch ein zeitliches Nacheinander von A und B, sondern über ein Zusammenspiel von kleinen und größeren Netzwerken oder Teilen von Netzwerken über das ganze System hinweg. Das ist von einer einzigen »Kommandozentrale« aus nicht zu beobachten und schon gar nicht zu kontrollieren.

Entscheidet sich ein Therapeut für eine Intervention, mag er Informationen der Patienten erspüren, die deren Aufnahmebereitschaft für die Absichten des Therapeuten signalisieren. Er mag die kritischen Fluktuationen wahrnehmen, die sich im Zusammenspiel vieler Einzel-faktoren einstellen, bevor das ganze System einer relevanten Veränderung zustrebt. Und dann springt er eben auf den schon fahrenden Zug auf. Manchmal treffen Therapeuten mutige Entscheidungen, ohne zu wissen, was genau daraufhin geschieht. Und sie machen häufig die Erfahrungen, dass »ähnliche« Entscheidungen zu ganz unterschiedlichen Reaktionen führen. Die Chaostheorie stellt dafür den Begriff des Schmetterlingseffekts zur Verfügung, der sensiblen Abhängigkeit von den Anfangsbedingungen. Da die Ausgangssituation

niemals genau dieselbe ist, ist das Ergebnis eines therapeutischen Inputs eben nie vorherzusehen.

Man sollte sich dieser Begrenztheiten bewusst sein, ohne sich in seinem Einfallsreichtum bremsen zu lassen. Wir pflegen unseren Patienten zu sagen, dass bei uns eben vieles zusammen wirkt, und man das nicht scharf voneinander abgrenzen kann. Das Beste ist, wenn es uns gelingt, die vielen Behandlungsbausteine wirklich ineinandergreifen zu lassen. Ist etwa Selbstbewusstsein ein Thema, kann das sowohl im Umgang mit Medikamenten (sich gründlich aufklären lassen und informiert bleiben, mit dem Arzt über Nebenwirkungen sprechen) geübt werden, als auch in der Ergotherapie (etwas Schönes fertigstellen können, etwas Neues lernen können, »zeigen, was man kann«), beim Sport (sich »freilaufen« oder durchbeißen), in der Tanz- und Bewegungstherapie (sich »präsentieren«), in der Gruppentherapie, im Familiengespräch usw. Und auch hier bestätigt uns die Gehirnforschung: Je vielfältiger etwas im Gehirn vernetzt ist, also von vielen Seiten her gelernt oder geübt wird, umso stabiler wird sich das Verhalten etablieren.

Von daher ist jedes Konkurrenzdenken bei der Frage nach der ausschlaggebenden therapeutischen Wirkung fehl am Platz. Für alles, was wir anbieten, muss die Prüffrage lauten: Inwiefern kann es dem Patienten helfen, (s)einem Therapieziel näher zu kommen?

*