

Sibylle Prins (Hgin)

Seitenwechsel

Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen



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, die 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.

2. Auflage 2010

© 2006 Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH
Postfach 1264, 24502 Neumünster
Telefon (043 21) 2004-500, Telefax (043 21) 2004-411
www.paranus.de

Lektorat: Hartwig Hansen, Hamburg

Umschlaggestaltung: druckwerk der Brücke Neumünster gGmbH
unter Verwendung eines Bildes von Dr. Arnhild Köpcke, Langenhagen

Druck und Bindung: druckwerk der Brücke Neumünster gGmbH

ISBN 978-3-926200-70-9

Sibylle Prins, geb. 1959, seit 1991 aktiv in Selbsthilfe und Trialog, u.a. als Autorin und Referentin. Buchveröffentlichungen: »Gut, dass wir mal darüber sprechen!« – Wortmeldungen einer Psychiatrie-Erfahrenen, Paranus Verlag, 2001; Vom Glück – Wege aus psychischen Krisen, Psychiatrie-Verlag, 2003; »Jetzt endlich lebe ich richtig« – Geschichten, Glossen, Gedanken, Paranus Verlag, 2005, Wir sind weit miteinander gegangen – Eine Psychiatrie-Erfahrene und eine Psychotherapeutin im Gespräch (zusammen mit Renate Schernus und Fritz Bremer), Paranus Verlag, 2009, sowie zahlreiche Veröffentlichungen in Zeitungen und Zeitschriften.



Foto: Anja Weingandt

Inhalt

- 7 *Sibylle Prins*
Vorwort
- 14 *Ninatoes Riemke*
Auf Augenhöhe in den Dialog treten, um Ängste, Vorurteile und Scham aus dem Weg zu räumen
- 36 *Clara Schumann*
Das kann jedem passieren, in allen Berufen und überall.
- 53 *Margret Osterfeld*
Vor der Tatsache des Krankwerdens habe ich keine Angst mehr. Nur vor der Tatsache, so behandelt zu werden, habe ich Angst.
- 72 *Paul Müller*
»Du bist ja quasi doppelt qualifiziert ...«
- 89 *Rosa Mohn*
Was für mich stimmt, muss für andere noch lange nicht richtig sein.
- 107 *Anna B.*
Ich finde, es wird in der Psychiatrie zu schablonenhaft gearbeitet.
- 122 *Jurand Daszkowski*
Ich suchte nach Möglichkeiten, mich richtig zu beschweren.

- 141 *Anna Makumbundu*
Ich habe das Gefühl, dass ich für die Klienten auch eine
Hoffnungsträgerin sein kann: Man kann es noch packen.
- 158 *Birgit Dahme*
Nach der eigenen Psychose hat man eher Verständnis für
Zustände, die man jetzt einfach so lassen kann.
- 173 *Gaby Rudolf*
Achtsam zu sein, herauszufinden, wie ich mich fühle, was
sich wie verändert – das vermittele ich heute anderen
Betroffenen ganz bewusst.
- 189 Danke
- 190 Nachwort zur zweiten Auflage

Vorwort

Wenn man sich, so wie ich, in der psychiatrischen Selbsthilfe- und damit auch sozialpsychiatrischen Szene ein wenig herumtreibt, bekommt man natürlich auch hier und da Geschichten zu hören von Psychiatrie-Mitarbeiter/inne/n – Ärztinnen, Pflegekräften, Sozialarbeitern usw. –, die selbst massive psychische Probleme bekommen haben. Auf den ersten Blick schienen mir alle diese Geschichten damit zu enden, dass die Betroffenen die Berufstätigkeit in der Psychiatrie über kurz oder lang aufgaben – entweder auf Drängen von Kollegen und Vorgesetzten oder weil die psychischen Krisen so massiv wurden, dass ihnen selbst die Weiterarbeit unmöglich schien, oder aufgrund manchmal höchst unschöner Mischungen aus beidem. Die Betroffenen, von denen die Rede war, konnte ich allerdings fast nie selbst sprechen.

Ferner kannte und kenne ich Psychiatrie-Erfahrene, die eine Tätigkeit im psychiatrischen Bereich anstrebten – oft wurden sie schon bei der Bewerbung abgewiesen, wenn sie ihre Geschichte offen legten, oder sie erhielten zwar die Stelle, mussten sie aber bereits nach kurzer Zeit wieder aufgeben.

So schien es mir, dass die psychiatrische Arbeitsrealität Menschen, die selbst betroffen waren, nicht aufnehmen oder halten konnte und wollte. Demgegenüber stand die Forderung von Erfahrenenverbänden und auch die Verwirklichung dieser Forderung in einigen ganz wenigen Modellprojekten, gezielt Psychiatriebetroffene in die psychiatrische Arbeit einzubeziehen. Diese Forderung kollidiert offenbar als undiskutierter Widerspruch mit der gängigen Praxis.

Dennoch, es tut sich was auf diesem Gebiet, der »Seitenwechsel« wird langsam Thema: im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene hat sich eine Arbeitsgruppe »betroffener Profis« gebildet, in der Schweiz gibt es im Sommer 2006 auf Initiative von Pro Men-

te Sana bereits das zweite Treffen psychiatrienerfahrener Fachleute. Auch im Bereich der psychiatrischen Arbeitswelt gibt es, oft weniger wahrgenommen, Entwicklungen hin zu einer Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener in die konkrete Arbeit: an erster Stelle ist als Vorreiter ein antipsychiatrisches Projekt zu nennen, das Weglaufhaus in Berlin, welches konsequent eine Quote (50 Prozent) von Psychiatriebetroffenen als reguläre Mitarbeiter/innen vorsieht.

Aus einigen Psychiatrie-Erfahrenen-Initiativen haben sich im Laufe der Jahre – inzwischen mit professioneller Beteiligung – psychosoziale Trägervereine gebildet, in denen ebenfalls Psychiatrie-Erfahrene in »normale« gemeindepsychiatrische Arbeit integriert sind.

Ferner gibt es hin und wieder gemeindepsychiatrische Arbeitgeber, die sehr bewusst vereinzelt Stellen für Mitarbeiter mit Eigenerfahrung schaffen – oder Psychiatrie-Erfahrene, die sich solche Stellen erkämpfen. In Bremen und Hamburg wird derzeit jeweils ein EU-gefördertes Projekt durchgeführt, in dem Psychiatrie-Erfahrene eine Zusatzqualifikation »ExpertIn durch Erfahrung in der psychosozialen Versorgung« absolvieren können, mit dem Ziel einer späteren Tätigkeit als Mitarbeiter/in im psychosozialen Bereich oder als Dozent/in, Referent/in in der Aus- und Fortbildung von »Profis«.

Für eine etwaige Literaturliste in diesem Buch reicht die Zahl der Publikationen zum erfolgten »Seitenwechsel« allerdings nicht.

Mein näheres Interesse an diesem Thema wurde jedoch durch eine ganz andere Begebenheit geweckt, die ich als Schlüsselerlebnis bezeichnen möchte: eine Arbeitskollegin von mir hatte eine nahe Verwandte, die als hauptamtliche Mitarbeiterin im sozialpsychiatrischen Krisendienst einer Kreisstadt arbeitete. Eines Tages entwickelte diese Verwandte eine sehr schwere Depression, sie hielt sich nur noch im Bett auf und wollte sterben. Ihre Angehörigen waren tief besorgt, beunruhigt, ratlos. Die Betroffene aber verweigerte jegliche psychiatrische, ärztliche, psychotherapeutische »Hilfe«. Mir gab das deshalb sehr zu denken, weil sie in ihrem Beruf ja ausschließlich damit beschäftigt war, andere Menschen in psy-

chiatrische Behandlung zu vermitteln. Notfalls sogar zwangsweise. War es etwa so, dass sie gerade aus ihrer Berufstätigkeit und den damit verbundenen Widersprüchen heraus ein so negatives Bild von Psychiatrie bekommen hatte, dass sie sich selbst ihr nicht anvertrauen mochte? Oder sollte es so sein, dass selbst »Profis«, wenn sie denn Patient/in werden, genau dieselben Probleme mit der Psychiatrie haben wie andere ohne diese berufliche Vorerfahrung? Ich rätselte herum, allerdings auch wieder ohne Gelegenheit, die betroffene Person selbst sprechen zu können – leider auch nicht für dieses Buch – und beschloss, das Thema weiter im Auge zu behalten.

Einige Zeit später lernte ich Margret Osterfeld kennen, Oberärztin in der Psychiatrie, die selbst sogar unfreiwillige psychiatrische Behandlung erlebte – und in ihren Beruf zurückkehrte. Das gab es also auch. Zudem so manches Mal Gespräche in stillen Minuten, etwa am Rande einer Veranstaltung, wo mir Psychiatrie-Mitarbeiter/innen, durchaus fest im Beruf stehend, plötzlich anvertrauten: »Wissen Sie, ich habe ja selbst auch ...«.

Ich wollte diesem Thema nun genauer nachgehen, und wählte dafür die Interviewform. Zum einen aus einer persönlichen Vorliebe heraus, immer schon mal ein Buch machen zu wollen, welches auf mündlichen Äußerungen basierte. Zum anderen interessierten mich zunächst die individuellen Geschichten dieser Menschen, und zu einer Feldstudie o. ä. wäre ich sowieso nicht in der Lage gewesen. Hinzu kam, dass ich ursprünglich gesprochene Texte als sehr lebendige Textform empfinde und mir, durch Interviews, die ich früher aus anderen Gründen geführt hatte, aufgefallen war, dass darin oft jene entscheidenden Details genannt werden, die in schriftlichen Beiträgen – wegen der meist allgemeineren Herangehensweise – häufig untergehen bzw. gar nicht auftauchen.

Einen kleineren Teil der Gesprächspartner/innen kannte ich bereits vor Beginn der Arbeit an diesem Buch. Andere wurden mir durch diskretes Herumfragen über Dritte vermittelt. Einige meldeten sich selbst bei mir, als sie von dem Buchprojekt hörten. So kam es dann, dass ich trotz der sicherlich heiklen und tabuisierten The-

matik und der recht persönlichen Auskünfte, die ich erfragte, sogar eine gewisse Auswahl treffen konnte: ich beschränkte mich auf solche Interviewpartner, die im originär psychiatrischen Bereich (stationär oder ambulant) arbeiteten / gearbeitet hatten, und sagte Mitarbeiter/inne/n aus anderen medizinischen bzw. sozialen oder gesundheitsbezogenen Berufen ab. Ferner auch jenen, die evtl. in Frage gekommen wären, deren Psychiatrie-Tätigkeit aber schon sehr lange zurücklag. Einige Interviewpartner, die zunächst zugesagt hatten, sprangen auch wieder ab: zum Teil ohne Begründung, einer wegen einer aktuellen Krise, bei einem anderen vermutete ich psychiatriepolitische Gründe.

Aber auch, als ich genügend geeignete Interviewpartner/innen gefunden hatte, stellte sich manches anders dar, als ich es erwartet hatte: so hat es sich ergeben, dass von den zehn Gesprächen in diesem Buch nur zwei mit entsprechend betroffenen Männern geführt werden konnten. Über die Gründe, weshalb so wenig Männer interviewbereit waren, kann ich nur spekulieren: landläufigen Binnsenweisheiten folgend könnte es sein, dass Männer größere Probleme haben, über eine persönliche psychische Problematik öffentlich (wenn auch anonymisiert) zu sprechen. Vielleicht fühlen sie sich dadurch mehr als Frauen auch in ihrer (beruflichen) Identität berührt. Ein ganz simpler Grund könnte aber auch darin liegen, dass ich zu Geschlechtsgenossinnen einfach leichteren Zugang finde und die Verteilung der Geschlechter anders ausgefallen wäre, wenn ein Mann die Gespräche geführt hätte.

Außerdem war ich davon ausgegangen, dass ich es hauptsächlich mit Menschen zu tun haben würde, die zunächst als professionelle Mitarbeiter/innen tätig waren und während ihres Berufslebens dann psychische Krisen erlebt hatten. Ich ging davon aus, dass ich nur sehr wenige Gesprächspartner finden würde, deren Biografie umgekehrt verlaufen war, die als ehemalige Psychiatriepatient/inn/en nun in der Psychiatrie arbeiteten. Auch hier stellt sich die Verteilung anders dar als erwartet. Möglicherweise deshalb, weil Menschen mit letzterem Lebenslauf offener mit ihrer Psychiatrie-Erfahrung umgehen können, vielleicht aber auch nur, weil mir über meine eigene Betroffenheit und meine Mitarbeit in der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener der Zugang zu ihnen

besonders leicht gemacht wurde. Oder sollte es auch hier so sein, dass die Scham darüber, als »Profi« zu erkranken, es eher verhindert, sich zu äußern, und der Stolz, als Psychiatrie-Erfahrene/r den »Wiedereinstieg« geschafft zu haben, es eher begünstigt?

Entgegen dem Eindruck, den das Thema »Doppelerfahrung« zunächst, wie oben geschildert, bei mir hinterlassen hatte, traf ich zudem meistens auf Menschen, die weiterhin erfolgreich im psychiatrischen Bereich arbeiten. Nur in zwei der hier dokumentierten Beispiele wurde die entsprechende Berufstätigkeit aufgegeben, wobei aber beide Interviewpartner/innen weiterhin mehr oder weniger aktiv in der Selbsthilfe-Bewegung sind.

Alle ausgewählten Gesprächspartner/innen wurden anhand eines einfachen Interviewleitfadens befragt, der nach einem persönlichen oder telefonischen Vorgespräch noch einmal spezieller auf die jeweilige Person zugeschnitten wurde. Während der Gespräche ergaben sich oft noch neue Fragen. In der Verschriftlichung und Bearbeitung lag mir daran, so etwas wie einen Erzählfluss deutlich werden zu lassen - so erscheinen die gestellten Fragen im Text nur dann, wenn es für das Lese-Verständnis notwendig ist. Ferner war es mir wichtig, nicht nur eine isolierte Berufsbiografie und/oder Krankengeschichte zu erfragen, sondern ich wollte beide eingebettet wissen in das gesamte Lebensgefüge der Gesprächspartner/innen. Deshalb beginnt jedes Interview mit einer längeren Erzählung der Lebensgeschichte, erst später kommen wir dann auf die speziellen Fragen zum Thema »Doppelerfahrung« zu sprechen.

Auf auswertende oder kommentierende Passagen oder Kapitel habe ich verzichtet. Zum einen weil ich fand, dass die Angaben der Gesprächspartner/innen hinreichend klar und aussagekräftig sind. Zum anderen bin ich der Meinung, dass es mir nicht zusteht, gegenüber den Menschen, die sich mir in den Gesprächen anvertrauten, nun noch eine Metaebene einzurichten, auf der ich ihre Aussagen hinterfrage oder analysiere. Den Leser/inne/n bleibt es also überlassen, eigene Schlüsse zu ziehen.

Hinweisen möchte ich allerdings noch darauf, dass in allen Gesprächen nicht nur eine persönliche Geschichte erzählt wird, sondern auch gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen aufscheinen. So wurden fast alle Interviewpartner/innen gefragt, ob sie die Erfahrung eigener Krisen auch ihren Patienten/Klienten/Besuchern usw. mitteilen. Diese Frage wird sehr unterschiedlich beantwortet. Das hat natürlich Gründe in der Persönlichkeit der Befragten, ihren Einstellungen, ihrem beruflichen Status. Es zeigt sich darüber hinaus aber noch eine gewisse Linie, die bei nur zehn Gesprächen natürlich nicht repräsentativ sein, aber doch zum weiteren Nachdenken anregen kann: je offener und freiwilliger der institutionelle Rahmen ist, in dem sich betroffener Profi und Klient begegnen – zum Beispiel Kontaktstelle oder Betreutes Wohnen –, um so eher ist das »Outen« möglich und wird auch für sinnvoll gehalten. Je geschlossener und »totaler« die Institution ist, möglicherweise sogar mit Zwang arbeitet – Beispiel: Wohnheim oder Klinik –, um so eher wird davon Abstand genommen.

Ich war nicht nur sehr beeindruckt, sondern oft auch berührt von der Offenheit und Reflektiertheit, mit denen die Befragten sich mir mitteilten. Es war zudem erkennbar, dass es für diese selbst häufig ein besonderes Erlebnis war, ihre Lebensgeschichte unter diesem speziellen Blickwinkel zu betrachten und zu schildern. Wobei natürlich ein solches einmaliges Gespräch, trotz der Vorbereitung und späteren Korrekturmöglichkeiten, immer eine Momentaufnahme bleibt. Eine Gesprächspartnerin schrieb mir: »Zwei oder drei Monate später würde ich manches ganz anders beantworten.« Das Gespräch mit Margret Osterfeld wurde bereits vor einiger Zeit geführt, auch ihre Geschichte und ihre Einstellung haben sich natürlich weiterentwickelt. So bleibt auch dies ein sich wandelnder Prozess.

Die Gespräche mit Menschen, die den »Seitenwechsel« unvermittelt erlebt oder, sofern sie zuerst Psychiatrie-Patienten und erst später professionelle Mitarbeiter waren, bewusst vorgenommen haben, zeigen, dass es sich um ein tabuisiertes Thema handelt –

nicht zuletzt aus Furcht vor Stigmatisierung wählte ein großer Teil der Gesprächspartner/innen ein Pseudonym für diese Veröffentlichung. Fragen drängen sich auf: ob professionelle Mitarbeiter es als »Schande« empfinden, selbst psychische Krisen zu erleben, ob eher die Reaktionen der Umwelt gefürchtet werden, oder ob es die Angst ist, mit der Eigenerfahrung nicht für kompetent im Beruf gehalten zu werden?

Meine ursprüngliche Frage, ausgehend von der Krisendienstmitarbeiterin, nämlich wie »Profis« die Psychiatrie als Patienten erleben, wurde nur teilweise beantwortet. Einige haben gar keinen oder nur einen einzigen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik miterlebt – für alle anderen war diese Erfahrung zwar eher negativ gefärbt, aber offenbar nicht so negativ, dass eine Arbeit in der Psychiatrie bzw. im psychiatrischen Bereich nicht möglich war. Zum Zeitpunkt der Interviews arbeitete jedoch auch keine/r der Befragten auf einer geschlossenen Aufnahmestation der Akutpsychiatrie – also dort, wo die Probleme und Widersprüche der Psychiatrie sich am deutlichsten und härtesten manifestieren.

Einige begründeten ihre Ablehnung, dort zu arbeiten, damit, nach den eigenen Erfahrungen (zum Beispiel auf einer Aufnahmestation) nicht selbst Zwang gegen andere ausüben zu wollen.

Dieses Buch will dazu beitragen, auf ein bislang unbeachtetes – oder soll ich sagen: verdrängtes? – Thema aufmerksam zu machen. Es möchte zur differenzierten Auseinandersetzung anregen, nicht zuletzt über die Frage, ob und wie Erfahrungen psychischer Krisen möglicherweise als Kompetenz für die Arbeit in der Psychiatrie statt wie bisher als Mangel oder Hinderungsgrund angesehen werden können.

Ich bin gespannt, wie sich die Diskussion entwickeln wird.

Sibylle Prins, im August 2006

Anna B.

Ich finde, es wird in der Psychiatrie zu schablonenhaft gearbeitet.

Geboren bin ich 1945 und bis zu meinem zehnten Lebensjahr in einer Einöde aufgewachsen. Da war es sehr still, es fuhren keine Autos, es gab kein Wasser, keinen Strom. Im Nachhinein sehe ich das immer als eine sehr glückliche Zeit, obwohl wir auch da schon unter großen familiären Spannungen lebten.

Dann kam wirklich ein extremer Wechsel: In der Schule und der Gemeinschaft im Dorf hatte ich mich königlich gefühlt – ich war immer die Beste in der Klasse gewesen. Dann, nach dem Umzug in die Stadt, hörte das völlig auf, weil ich dauernd wegen meines Dialekts ausgelacht wurde. Mittelmäßigkeit war bei uns zu Hause nicht angesehen. Ich brachte ein paar Zweien und zwei Dreien nach Hause – und das war eben nichts ... Die Frage: Bin ich gut genug oder nicht? zog sich eigentlich durch mein ganzes Leben durch. Heute bin ich einundsechzig.

Im Gymnasium kam dann die erste Fünf – erst eine, dann war die zweite in Sicht ... Ich wollte nur noch weg von dieser Schule und es kam überhaupt nicht in Frage zu wiederholen. So bin ich dann mit der mittleren Reife abgegangen und wollte auch ganz aus dem Umfeld raus. Ich habe daraufhin eine Ausbildung, und zwar einen »Grundlehrgang für soziale Berufe«, gemacht und bin anschließend nach München gegangen, um Gymnastiklehrerin zu werden. Eigentlich wollte ich Krankengymnastin werden. Und die Tatsache, dass ich das nicht gemacht habe, hat mich mein Leben lang begleitet. Ich habe das sehr bedauert.

Dann habe ich ein paar Jahre als Gymnastiklehrerin an einer Schule gearbeitet und hatte da schon stärkere Ängste, dass ich mit dem Schulalltag nicht zurechtkommen würde. Ich musste ziemlich bald meine Kollegin vertreten und hatte als ganz Junge – ich war erst einundzwanzig Jahre alt – zum Beispiel drei Klassen gleichzeitig im Unterricht. Die Überforderung führte nicht dazu, dass ich mich aktiv dagegen wehrte, sondern ich dachte immer, dass ich das alles schaffen müsste, und suchte die Schuld bei mir.

Nach fünf Jahren habe ich die Schule verlassen, bin nach Israel gegangen und habe dort erst mal ganz frei gelebt, im Kibbuz gearbeitet und die Sprache erlernt. Und ich habe mich mit den Themen befasst, die mich interessiert haben: Nazizeit in Deutschland, Verfolgung der Juden ...

Ich kam zurück nach Deutschland, wollte mir nur ein bisschen Geld verdienen, und bin dann aber hängen geblieben. Ich lernte meinen ersten richtigen Freund kennen, habe Sozialpädagogik studiert und rutschte am Ende des Studiums in meine erste große Krise. Mit meiner Abschlussarbeit kam ich nicht zurecht. Ich konnte nicht mehr schreiben, saß stundenlang am Schreibtisch und konnte kein Wort mehr aufs Papier bringen.

Ich bin während dieses Semesters aus dem Studienort weggegangen, erst zu meiner Familie nach Bayreuth und später nach München zu einer Freundin. Das Studium habe ich dann ein halbes Jahr später abgeschlossen. In diesem »verbummelten« Semester hatte ich die erste, ich glaube schon, schwere Depression, ohne damals den Begriff dafür zu kennen. Und ich konnte mich durch meine Verwandten und Freundinnen auch nicht trösten lassen.

Aber in Behandlung waren Sie nicht?

Ja, da habe ich überhaupt nicht dran gedacht. Klinik, Krankheit, das war für mich nur ein Versagen, weiter nichts. »Ich bin zu blöd für diese Welt« war überhaupt immer mein Spruch. Wenn irgendwas nicht funktionierte: Ich bin zu blöd ...

Dann habe ich mich von meinem Freund getrennt. Das war auch ein großer Konflikt, nicht zuletzt wegen unseres gemeinsamen Sohnes ...

Ich suchte immer wieder neu nach dem Sinn meines Lebens und zog erst mal zu einem Bekannten, der eine alte Mühle gekauft hatte, um dort ein alternatives Geburtshaus einzurichten. Nach vier Monaten wusste ich aber, dass ich das mit ihm zusammen nicht schaffen würde. So zog ich mit meinem Sohn wieder zurück in die Stadt. Dort habe ich mich entschlossen, mit einem Freund zusammenzuziehen. Später bekamen wir eine Tochter und heirateten.

Die Kinder lebten auch bei Ihnen?

Ja, wir lebten zusammen und fingen dann so ein Abenteuerleben an. Wir bauten einen Zirkuswagen aus und wollten mit dem eigentlich nach Frankreich, England und Irland fahren. Stecken geblieben sind wir aber in A. auf einer Pferdewiese. Wir merkten zum Glück rechtzeitig, dass wir dieses Abenteuer besser sein lassen sollten, und zogen wieder in eine große Landwohnung.

Dort gab es schwere, anhaltende Konflikte zwischen meinem Mann und mir. Ich hatte den Eindruck, dass ich sehr stark sein musste, und habe eigentlich alles, was bei mir im Leben schwierig war, weggedrückt.

Letztendlich haben wir uns dann getrennt und ich fiel in ein Riesenloch, vor allem, weil ich mich von meiner Tochter trennen musste. Mein Mann zog mit ihr zusammen und mein Sohn mit mir. Das habe ich ganz schwer verwunden und es hat Jahre gedauert, bis meine Tochter und ich wieder ein echtes Mutter-Kind-Verhältnis hatten.

Das war also eine ganz heftige Zeit, in der ich dann aber auch noch intensiver in die Berufstätigkeit eingestiegen bin – in einem Heim für Epileptiker mit ärztlicher Betreuung. Dort habe ich Menschen kennen gelernt, die psychische Krisen hatten wie Depressionen oder Schizophrenie. Und es gab dort Menschen, die gar nicht sprechen konnten. Durch diese Patienten kam ich darauf, berufsbegleitend eine Ausbildung zur Musiktherapeutin zu machen – und das wurde mein ganz wichtiger und guter Aufschwung.

Ja, da hatte ich eigentlich großes Glück, da ich in dieser Zeit auch meinen jetzigen Mann kennen gelernt habe. Aber wie das Schick-

sal so spielt, rutschte ich in eine manische Phase, die ich früher nur in absolut guten Zeiten als euphorisch belebend erlebt hatte. Auf die Bezeichnung »Manie« wäre ich für so einen leichten, unbeschwerten Zustand nie gekommen. Als ich von einem Urlaub mit meinem Mann in Prag wieder zurück an meine Arbeitsstelle kam, haben die Kollegen ganz komisch reagiert und gefragt: »Was ist mit dir los, hast du Drogen genommen oder was hast du?«

Ich habe das einfach nicht gemerkt, nur dass mein Zeitempfinden völlig verändert war. Ich bin zum Beispiel mit dem Fahrrad in einer viertel Stunde zur Arbeit gerast, wozu ich sonst eine halbe Stunde brauchte. Und es ging alles wie von selbst. Wenn ich mich gekratzt hatte, war es schnell wieder verheilt. Na ja, das fand ich alles wunderbar. Und jetzt sollte ich also Drogen genommen haben? Ich habe mich dann gefragt, ob mir vielleicht wirklich jemand was ins Glas getan hatte? Als ich mich dann untersuchen ließ, stellte der Arzt eben fest, ich hätte eine manische Phase.

Wie sind Sie darauf gekommen, zum Arzt zu gehen?

Ich bin nicht selbst darauf gekommen, sondern im Grunde haben mich meine Kollegen dazu gezwungen. Ich bin erst mal in die Drogenberatung gegangen und habe gefragt, ob so was denn sein könnte. Und auch da sagten sie mir, ich solle doch mal zum Arzt gehen.

Dann klang das Ganze aber auch sehr rasch wieder ab. Ich habe keine Medikamente bekommen und der Arzt hat einfach gesagt, ich solle zusehen, dass ich wieder schlafe, und ich solle keinen Tee und Kaffee trinken. Ich war vorher zehn Tage und Nächte ohne Schlaf gewesen, und natürlich kommen dann Irritationen.

Circa ein halbes Jahr später sind wir wieder nach Prag gefahren und ich ahnte schon, dass da wiederum irgendetwas mit mir nicht stimmte. Es war alles wie taub. Ich konnte nichts empfinden, die Architektur, die ganze Stadt, die mich bei der ersten Reise so angesprochen hatte, ließ mich unberührt. Wir sind ein bisschen eher als geplant zurückgefahren und dann war ich in einer ganz heftigen Depression.

Es gab zwei oder drei solcher ganz akuten Phasen und zwischen-
durch auch noch mal manische, allerdings immer in etwas leichtere-
rer Form. Wenn ich das jetzt vergleiche mit Menschen, die ich spä-
ter in der Psychiatrie kennen gelernt habe, dann war das Ganze bei
mir noch harmlos. Aber deutlich zu erkennen war es schon. Ich
habe Medikamente abgelehnt, obwohl der Arzt immer sagte, dass
es doch mit ihnen viel leichter wäre. Ich dachte immer, ich müsse
selbstverantwortlich mit Stimmungsschwankungen umgehen.

Wo haben Sie damals gearbeitet?

In einer Tagesstätte. Da fand ich es auch so lustig, dass ich bei
Leuten, die im Rollstuhl saßen, immer die Idee hatte, sie könnten
wieder laufen. Ich habe sie sachte aufgehoben – vielleicht war es
eigentlich auch unheimlich schnell, weil ich ja in einem anderen
Tempo war – und bin mit ihnen Schritt für Schritt gegangen. Ich
fand das wunderbar, meine Kolleginnen fanden es aber schreck-
lich. Die sagten sofort: »Hör auf damit!« Es gab eben einen gro-
ßen Unterschied zwischen dem Ernst der Kolleginnen und meiner
heiteren Laune.

Zum Glück bekam ich dann eine Stelle als Musiktherapeutin in
einem psychiatrischen Krankenhaus. Es gab damals schon nur
ganz wenige Musiktherapiestellen. Dort herrschte ein ganz ande-
res Arbeitsklima. Wenn sich bei mir eine manische Phase andeute-
te, merkte das mein Kollege sofort und gab mir Zeichen.

Das war eine wirklich gute Zusammenarbeit. Ich fühlte mich
verstanden und solidarisch unterstützt, während bei der Arbeits-
stelle davor so reagiert worden war, als hätte ich ein Verbrechen
begangen.

Schwieriger war es in den depressiven Phasen. Da habe ich mich
dann unheimlich zusammengenommen, was aber nicht gut glück-
te. Und irgendwann hat dann meine Chefin, auch eine Vertraute,
gesagt: »Du musst was für dich tun.«

Dadurch bin ich noch mal zu einer Psychiaterin gekommen und
habe letztendlich eine Lithium-Behandlung angefangen, die mir
inzwischen sehr, sehr gut tut. Das ist eigentlich die Behandlung,

die ich als Prophylaxe wirklich richtig anerkenne und die auch nicht nur betäubt.

Was hatten Sie da für Nebenwirkungen?

Ich hatte mal Nebenwirkungen ... aber ich muss sagen: Zuerst hatte ich überhaupt keine, kein Zittern, gar nichts. Dann hatte ich aber doch das Gefühl, immer mit dem Kopf so stumpf und so blockiert zu sein. Ich habe mit der Psychiaterin gesprochen, ob sie nicht mit mir den Versuch einer niedrigeren Dosierung machen könnte. Das lehnte sie aber ab, weil der Lithium-Spiegel gerade so in Ordnung sei.

Und dann habe ich das auf eigene Faust gemacht. Also, in Absprache mit einer Frau, die auch Erfahrung hatte und der ich zutraute, dass sie da mitdenken konnte. Die Ärztin war derartig sauer auf mich, dass sie die weitere Behandlung ablehnte. Dieser Punkt wird ja in der Psychiatrie immer gefordert: »Compliance«. Darunter verstehe ich aber so etwas wie Zusammenarbeit. Demgegenüber finde ich, dass wirklich oft nur die Ärzte das Wort haben und nicht die Patienten. Von wegen Zusammenarbeit, das ist nur einseitig. Der Patient soll das machen, was der Arzt sagt. Damit habe ich Probleme.

Ich habe dann den Lithium-Spiegel bei meiner Hausärztin überprüfen lassen – er war im guten Bereich, obwohl ich nur zwei Drittel der vorherigen Dosierung eingenommen hatte. Mir ging es sehr, sehr viel besser, vom Kopf her und von dem ganzen, ich würde sagen, Emotionalen. Es lief einfach besser. Ich habe das dann zwar der Psychiaterin erzählt, aber die kam nicht los von ihrem Schema. Jetzt mache ich das mit der Hausärztin.

Aber in eine Klinik mussten Sie nicht?

Ich bin zweimal in einer psychosomatischen Klinik zur Erholung gewesen, nicht in einer wirklichen Psychiatrie. Zum einen, als ich mich von meiner Tochter trennen musste, und später noch einmal, als ich die musiktherapeutische Arbeit geschrieben habe. Da ging es mir so schlimm, dass ich noch mal eine Art Kur gemacht habe.

Waren Sie während Ihrer Arbeit in dem psychiatrischen Krankenhaus für alle Stationen zuständig oder ausschließlich für spezielle?

Im Schwerpunkt für die gerontopsychiatrischen Stationen. Entspannung und Morgengymnastik oder solche Dinge habe ich für alle Patienten angeboten. Das teilten wir uns im therapeutischen Team auf und haben uns im Urlaub gegenseitig vertreten.

Und so haben Sie auch bis zum Schluss vor zwei Jahren gearbeitet?

Ja. Dann habe ich Altersteilzeit gewählt und parallel noch eine neue Tätigkeit im Bereich der Weiterbildung angefangen. Ich biete jetzt ab und zu Seminare zur »Validation in der Musiktherapie« an und habe auch schon Vorträge in Altenpflegesschulen gehalten. Hier in Berlin möchte ich auch noch so etwas aufbauen – allerdings nicht regelmäßig, sondern eher punktuell, weil ich den Eindruck habe, dass Psychiatrie doch auch belastet, wenn man nicht ganz stabil ist. An Tagen, wo es bei mir ein bisschen ins Depressive kippt, dann ist es schwer.

Vielleicht noch mal zu ihren Kollegen, die ja zum Teil von Ihren Krisen wussten. Ich habe da so rausgehört, dass sie Sie auch unterstützt haben.

In der Psychiatrie: Ja. Das habe ich so noch nie erlebt, weil das ja in der Arbeitsstelle davor genau das Gegenteil gewesen war. So völliges Unverständnis und immer mit der Tendenz zur Anklage. Also mein Team war da eins a und meine Chefin auch ganz besonders. Die haben mir klar gemacht, dass ich trotzdem wirklich akzeptiert bin in diesem Beruf. Also nicht, dass sie gesagt haben: Mensch, Anna, überlege es dir noch mal, geh mal woanders hin. Sondern eigentlich eher andersherum: Du bist hier richtig! Das empfand ich als sehr stärkend. Und das hat mir auch gut getan in Bezug auf die Patienten.

Hat Ihnen Ihre berufliche Ausbildung oder Ihre Vorerfahrung in den Krisen geholfen? Oder war es vielleicht hinderlich?

Ja, das frage ich mich manchmal. Während der Ausbildung hatte ich eine Lehrtherapie über vier Jahre. Und da sind, sagen wir mal, sehr komplizierte Zusammenhänge meines Lebens aufgekommen. Traumatische Erlebnisse, an die ich mich allerdings nicht wirklich erinnert habe. Eigentlich eher durch die Lehrtherapeutin wurde mir bestätigt, dass da ein Kindheitstrauma gewesen sei. Allerdings ist dann meine Lehrtherapeutin gestorben und ich bin in eine schlimme Misere geraten. Alles war so am Arbeiten und Wirken und ich hatte es ganz schwer, das irgendwie fortzuführen. Dann hatte ich eine Phase, in der ich ganz gegen Therapie eingestellt war.

Auch gegen Psychotherapie?

Gegen Psychotherapie. Das war natürlich auch schwer zu vereinbaren mit meinem Beruf. Und ich wollte ganz echt sein in meiner Arbeit und keine therapeutischen Konzepte verfolgen. Nun war es aber gleichzeitig so, dass in der Klinik die Forderung galt, immer Therapieziele zu formulieren. Aber das ist ungeheuer schwer, wenn Menschen in einem Prozess sind, und gleichzeitig auch ganz ehrlich zu sein in dem, was wirklich läuft und was möglich ist ... Das war eine Herausforderung.

Warum hatten Sie etwas gegen die Psychotherapie?

Weil ich es so empfand, dass Psychotherapeuten oft genau im Hinterkopf haben, was bei den Menschen passiert ist oder wo es hingehen soll. Und einiges, was völlig im Unklaren ist, wird als Tatsache gewertet, wie zum Beispiel bei traumatischen Erlebnissen, dass man etwas annimmt, obwohl man es gar nicht genau weiß. Oder man wird dann als Patient in eine gewisse Richtung gedrängt, weil der Therapeut jetzt gerade diese Idee mit sich herumträgt und dann natürlich auch entsprechende Fragen stellt ...

Auf der einen Seite ist es eine vermeintlich offene Begegnung, auf der anderen Seite hat der Therapeut etwas im Hinterkopf, was der Patient nicht weiß oder nicht mitkriegt?

Ja, genau. Andererseits ist ja jetzt umgekehrt auch so – wenn man wie ich selbst Erfahrungen mit Depression und Manie hat –, dass man ja auch vor der Frage steht: Kann ich etwas von diesen Erfahrungen vermitteln oder halte ich mich eher zurück und konfrontiere damit auch keine Patienten?

Ich persönlich habe mich in dieser spannenden Frage unterschiedlich verhalten. Ich habe fast immer die Distanz gewahrt, manchmal aber auch einfließen lassen, dass ich etwas davon verstehe, nicht nur theoretisch.

Die Patienten haben das nach meinem Gefühl gut aufgenommen, so dass sie sich mehr angenommen gefühlt haben, als wenn ich so ganz »steril und neutral« gewesen wäre. Aber wenn ich merkte, dass es bei mir wieder in Richtung Depression ging, war ich so in mir verunsichert, dass ich das überhaupt nicht ansprechen konnte. Dann ist eigentlich der offene Kontakt eher nicht möglich gewesen, und das hat die Beziehungen zu Patienten und Kollegen sehr belastet.

Haben Sie in depressiven Phasen befürchtet, dass es so eine Verstrickung gibt mit der Problematik des Patienten und Ihren eigenen Problemen?

Ja, das habe ich einmal sogar richtig drastisch erlebt ... Da habe ich eine Gruppe, die ich nicht gut kannte, zur Vertretung übernommen. In dieser Stunde ging es um Rhythmus. Und ich war nicht in meinem Rhythmus, hatte aber das Gefühl, den tragenden Rhythmus spielen zu müssen, weil da sehr viel Chaos in dieser Gruppe war. Als ich es versuchte, merkte ich, dass das völlig daneben war, irgendwas stimmte einfach nicht.

Dann machte ein junger, richtig frisch trommelnder Patient eine Bemerkung und ich wurde hibbelig. Ich wusste nicht, was ich tun sollte, und habe mich irgendwie durch die Stunde durchlaviert, obwohl ich merkte, dass das völliger Käse war.

Wenn ich da gesagt hätte: »Heute ist es eben so, ich habe einfach keinen Rhythmus.«, wäre das so gut gewesen. Aber ich habe geschwiegen, ich war wie in so einer Pappschachtel. Das ist ja gerade das Schlimme bei dieser Art von psychischer Störung, dass man sich nicht zu wenden weiß und auch nicht natürlich sein kann.

So habe ich später versucht, meinen Patienten zu vermitteln, dass sie nicht versuchen zu verbergen, wenn es ihnen schlecht geht. Da hat mir diese Erfahrung zum Beispiel auch geholfen, dass ich wirklich gespürt hatte, wie schlimm sich das Verbergen des wirklichen Zustands anfühlt.

Also konnten Sie auch etwas aus Ihren Erfahrungen einfließen lassen?

Ja, doch. Eigentlich immer wieder.

Mir hat mal eine Interviewpartnerin gesagt, sie würde ihre eigenen Krisen mit so einem doppelten Blick wahrnehmen, einmal mit dem Fachblick und einmal mit dem Blick der Betroffenen. Wie ist es Ihnen damit ergangen?

Ich hatte ganz sicher einen doppelten Blick. Das ist auch ein Unterschied zu der Zeit, bevor ich Musiktherapeutin wurde. Da habe ich immer nur das Gefühl gehabt, dass ich einfach unfähig bin. Jeder Leistungsdruck brachte mich ins Schleudern und innerlich habe ich immer nur auf mir herumgehackt.

In diesem Punkt hat es eine große Veränderung gegeben. Einerseits habe ich noch unheimlich in der Zeit gelitten, als ich ohne Lithiumprophylaxe war, weil ich ständig dachte: Das gibt es gar nicht, was ein Mensch aushalten muss, das kann eigentlich nicht wahr sein.

Und andererseits hatte ich immer das Gefühl, dass es nur eine gewisse Zeit dauern würde. Alles, was ich professionell für meine Patienten gelernt hatte und wusste, habe ich auch an mir sehen können.

Was konkret vom Fachlichen hat Ihnen bei Ihrer eigenen Problematik genützt?

Etwas über den Phasenverlauf von Depressionen zu wissen und bei Patienten mitzuerleben, hat mir selbst auch genützt. Früher hatte ich, wie gesagt, gefürchtet, da nie wieder rauszukommen.

Welche Forderungen oder Wünsche haben Sie denn an die Psychiatrie aus der eigenen Erfahrung heraus?

Wenn die Professionellen bei den Klienten oder Patienten immer genau wissen, wo es langzugehen hat, dann ist da etwas faul in der Psychiatrie.

Mich ärgert sehr, dass die Eigenverantwortlichkeit dort ganz zurückgenommen wird. Ich glaube hingegen, dass die Eigenverantwortlichkeit das Allerwichtigste ist. Und nur in Momenten, wo es gar nicht mehr anders geht, braucht man Unterstützung.

Und so ist mein Hauptwunsch, dass Menschen in der Psychiatrie wirklich ernst genommen und auch als eigenverantwortliche Menschen behandelt werden.

Ich habe leider erlebt, dass mit den Menschen nicht so gesprochen wird, wie mit Persönlichkeiten, die in einer ganz schwierigen Lage sind. Sondern eher wie ... Ich kann es überhaupt nicht richtig in Worte fassen. Es ist ein gewisser Tonfall ... Da merke ich, da stimmt irgendwas nicht.

Zum Beispiel, wenn es heißt: »Die singt schon wieder.« Das heißt, diese Frau driftet ab. Anstatt zu sagen oder auch zu denken, dass das eine Möglichkeit ist, in einer gewissen Situation Spannungen loszuwerden. Da mag das »Singen« vielleicht komisch klingen und eher wie ein Schreien oder Wimmern ... Oft wird dem mit so einer Abfälligkeit, so einer Abwertung oder auch Pathologisierung begegnet.

Natürlich ist das von Station zu Station unterschiedlich. Bei den Depressiven war der Ton meistens etwas niveauvoller als auf den »gemischten« Stationen mit Menschen mit ganz unterschiedlichen Psychosen, in manischen Phasen etc., wo ein ganz anderer, ein rauerer Ton herrschte, als wüssten die Patienten überhaupt nichts.

Auch wenn sich die Patienten gerade mal auf einer anderen Ebene befanden, konnte ich diesen abfälligen Ton kaum ertragen.

Andererseits gab es immer wieder MitarbeiterInnen – auch Ärzte –, die ein gutes Feingefühl hatten. Das hat mich dann immer sehr gefreut.

Natürlich weiß auch ich nicht genau, ob ich immer richtig gehandelt habe. Ich bin manchmal etwas zaghaft oder auch ein bisschen stiller als andere gewesen. Dann haben mir manche Patienten auch schon so einiges gesagt, was Sache ist.

Oft dominieren noch die hierarchischen Abstufungen in der Psychiatrie und es ist einfach Tatsache, dass, wenn die Oberärztin spricht, andere Mitarbeiterinnen entweder schweigen oder zustimmen. Manchmal ist es mir passiert, dass ich eine Gegenstimme erhoben habe. Da war ich an sich immer sehr froh und auch manch andere im Team. Aber es passiert noch zu selten, dass man Widerspruch erhebt und wichtige Dinge anmerkt. Wenn zum Beispiel eine Ärztin bei der Vorstellung einer neuen Patientin sagt: »Da kommt wieder eine Lehrerin – die immer mit ihrer Halbbildung.« Da muss ich aufstehen als Mitarbeiterin.

Haben Sie sonst noch Wünsche oder Forderungen an die Psychiatrie?

Ganz bestimmt die Öffnung der Türen in noch stärkerem Maße. Fixierung nur, wenn es unbedingt sein muss. Wobei ich mich auch frage: Muss das überhaupt sein? Ich habe jetzt gerade wieder ein Buch gelesen von einer Frau, die Fixierung in der Psychiatrie erfahren und das als Folter empfunden hat. Wenn jetzt jemand mal eine Zeit lang schreit, müsste man sich doch überlegen, ob es sich nicht um eine Art Hilferuf handelt. Es wäre mir ein Anliegen, die Stimmen der Patienten auch in extremen Phasen ernst zu nehmen.

Hat sich durch die Krise oder durch die Berufstätigkeit Ihre Selbstwahrnehmung geändert?

Aus der Krise heraus gab es leider ein sehr starkes Kreisen um diese Problematik, so dass ich manchmal gar nicht mehr davon loskam. Das ist jetzt nicht mehr so. Es war eine lange Zeit – mehrere Jahre –, wo ich immer nur daran gedacht habe, ob es mir gut oder schlecht geht. Diese ständige eigene Kontrolle und Beobachtung, das war eine sehr heftige Veränderung.

... durch den Beruf ...

An sich kann ich nur sagen, dass sich mein Erfahrungshorizont sehr stark vergrößert hat in die Richtung, was es überhaupt für Lebensäußerungen bei Menschen gibt. Oder wie ein Mensch etwas verarbeitet. Und dass ganz, ganz unterschiedliche Menschen in die Psychiatrie kommen. Das habe ich auch im positiven Sinne als ein abenteuerliches Leben gesehen, wenn man so viele Menschen kennen lernt und mit ihnen in Kontakt kommt. Also, das habe ich sehr gern gemacht ...

Was, meinen Sie, könnte man noch in die Fort- oder Ausbildung von Psychiatrie-Mitarbeitern integrieren?

Da würde ich vor allem eine ... ja, »Menschenkunde« ist so ein komisches Wort. Aber irgendwie müsste die ganze Betrachtungsweise auch mehr einen philosophischen Charakter haben. Ich finde, es wird in der Psychiatrie zu schablonenhaft gearbeitet, auch die ganze Begrifflichkeit, zum Beispiel »geistig gestört«. Da wird beim Teamgespräch ein Patient täglich charakterisiert, und es fallen immer wieder die gleichen Worte.

Nach meiner Auffassung müsste gelehrt werden, eine differenziertere Betrachtungsweise zu gewinnen, in erster Linie den Menschen zu sehen und nicht den psychisch Kranken. Welche Begriffe gebraucht man eigentlich und welche sind sinnvoll und nicht verschleiern? Ich finde, darüber könnte man noch mehr nachdenken und studieren.

Das ist sowieso die Frage, es hängt ja sehr viel an der Sprache in der Psychiatrie.

Ja. Und viele Begriffe sind stigmatisierend. Wenn man sie nur so nähme, wäre es vielleicht gar nicht so schlimm, aber mit ihrem historischen Hintergrund ...

Was ist denn umgekehrt wichtig für Psychiatrie-Erfahrene? Was sollten sie über psychiatrische Berufe wissen?

Allgemein finde ich die Frage sehr schwer zu beantworten. Deshalb beziehe ich mich dabei auf meinen eigenen Beruf, den der Musiktherapeutin. Psychiatrie-Erfahrene sollten wissen, dass in diesem Beruf Achtung vor dem Patienten gelehrt wird, dass Musiktherapeuten nur Begleitende sein können, dass die Patienten ihre Kreativität, Fantasie, aber auch ihr Leid zum Ausdruck bringen können und neue Wege für sich entdecken.

Ein ganz wunder Punkt ist auch, dass in der Psychiatrie gar nicht natürlich und selbstverständlich über psychiatrische Erkrankungen gedacht und gesprochen wird, das heißt Patienten sind ausgeliefert, bekommen rasch eine Diagnose, doch Fachkräfte sprechen eher nur heimlich hinter verschlossenen Türen darüber. Dieses Spannungsverhältnis erschwert den Seitenwechsel vom Patienten zum Behandler und umgekehrt. Vielleicht sollten wir mehr in anderen Kulturen studieren, wie dort außergewöhnliche Bewusstseinszustände betrachtet werden.

Es gibt auch die Meinung, es sollten bewusst Psychiatrie-Erfahrene in psychiatrischen Einrichtungen eingestellt werden. Würden Sie das befürworten?

Ja, nach meiner Erfahrung ja. Wobei man genau gucken muss und vielleicht auch wirklich gut beraten werden muss, wie und wo.

Was müssten die Psychiatrie-Erfahrenen denn dann mitbringen oder wissen oder können oder beachten, damit das nicht scheitert?

Sie müssten sehr mutig, offen und überzeugend sein, dass sie nicht nur mit einem Handikap kommen, sondern den Berufsalltag mit ihrem Hintergrund bereichern. Außerdem sollten in kollegialer

Beratung die Arbeitsschwerpunkte überlegt und gut verteilt werden. Zum Beispiel könnte es ungünstig sein, bei eigener Depressionsneigung allein Gruppen mit depressiven Menschen zu leiten. Dagegen wird die Arbeit mit Psychotikern, die so was ganz anderes mitbringen, sogar eine Bereicherung sein, auch für die eigenen schwierigen Potenziale. Es sind ja auch immer Potenziale ... Selbst im Depressiven ist ja der Tiefgang mit drin.

Ich habe es zum Beispiel als Erleichterung erlebt, wenn ein psychotischer Mensch einfach sagte: »Der Löwe isst nicht nur Radieschen.« Das ist dann eine Bereicherung für jemanden, der immer so eine Atmosphäre verbreitet: »Ja, ich kann nicht und will nicht und muss nicht ...« Diese Bildsprache ist dann eine Auffrischung auf einer ganz anderen Ebene, als wenn jemand sagt: »Jetzt nimm dich doch mal zusammen und steh endlich mal auf.« Die Bilder und das Bewegende kommt ja viel stärker von Menschen, die man Psychotiker nennt. Mit dem Begriff wird das Potenzial schon fast verschlossen. Ich tu's ja leider auch und habe dabei ein großes Fragezeichen: Warum muss man das Verhalten von Menschen in diese Begriffe reinboxen? Es sind andere Erlebniswelten. In anderen Kulturen werden ja solche Erlebniswelten auch viel mehr gewürdigt als bei uns.