

TAUNUS MAGAZIN



In dieser Ausgabe:

Transkulturelle Psychotherapie
bei Migranten

Weggesperrt! –
Psychisch krank in Indonesien

Team „Feldberg 2“ marschiert
100 Kilometer

5 Fragen an
Prof. Dr. med. Markus Steffens

Und vieles mehr...

**Schwerpunktthema:
Kultursensibilität**

Das akutpsychiatrische Informationsblatt

Inhaltsverzeichnis

- 2 Buchempfehlung
- 3 Editorial
- 4-5 Team „Feldberg 2“ marschiert
100 Kilometer
- 6-9 Transkulturelle Psychotherapie
bei Migranten
- 10-11 EX-IN-Genesungsbegleitung
- 12-16 Weggesperrt! – Psychisch krank
in Indonesien
- 18-19 Mein Psychiatrie-Aufenthalt in
Äthiopien
- 20-22 5 Fragen an Prof. Dr. Steffens
- 23 Zum Nachdenken...
- 24-25 Bewegungs-Impuls
- 26-27 Von der Krankenschwester zur
kranken Schwester
- 28-29 Mein Praktikum in der
Akutpsychiatrie
- 30-31 Eindrücke aus der
Kreativabteilung
- 32 Rezept
- 33 Sprichworträtsel
- 33 Humorecke
- 34-35 News und Termine

Buchempfehlung

Dorthin kann ich nicht zurück: Flüchtlinge erzählen

25 Selbstportraits in Erzählform von Menschen in Asylverfahren beschreiben detailliert, wie sie ihr Leben mit viel Mühe verheißungsvoll aufgebaut hatten. Es wird plötzlich durch Gewalt, Neid und Missgunst aus politischen, religiösen oder familiären Gründen abgehackt und beginnt zu welken. Auffallend unscharf wird dagegen über die Schwierigkeiten auf der Flucht oder professionelle Betreuung durch Schlepper geschrieben. Immer wieder scheint die Verblüffung und Ohnmacht über ihr zerbrochenes Leben durch. Ihr Leben wartet auf einem Parkplatz, wie zu viel produzierte Neuwagen, die auf einem Parkplatz verstauben und alt werden, bevor sie jemandem ihre Fähigkeiten zeigen können. Das Aufnahmeland ist Österreich. Die benutzten Worte sind auf eigenartige Weise verschoben und erzwingen dadurch ein aufmerksames Lesen.

Mich hat dieses Buch beeindruckt, weil es (neben einem kurzen theoretischen Teil) Flüchtlingen in Form von Selbstportraits das Wort gab. Was aus den Medien bekannt ist, beschreiben Betroffene aus ihrer Perspektive. Auch das ist eine eigenartige, verschobene Sichtweise auf ein bekanntes Problem. Beim Lesen erinnerte ich mich häufig an das Psalmwort: „Der Herr ist nahe denen, die zerbrochenen Herzens sind, und hilft denen, die ein zerschlagenes Gemüt haben.“ (Psalm 34,19)

Rudolf Wenz (Gesundheits- und Krankenpfleger)

IMPRESSUM

Klinik Hohe Mark
Friedländerstraße 2
61440 Oberursel
Telefon 06171/204-0
taunusmagazin@hohemark.de
www.hohemark.de

Redaktion:

Ayhan Can, Jonathan Gutmann, Lars Hoben,
Rudolf Wenz, Tanja Martinek und Viktor Maul

Chefredakteur:

Jonathan Gutmann

Layout:

Lars Hoben

Erscheinungsweise:

2-3 mal pro Jahr

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung wenn nicht anders angegeben von der
Klinik Hohe Mark und Adobe Stock
Titelbild: Adobe Stock
Bilder Kochgruppe: Station Taunus 2
Bilder Prof. Dr. Dr. Kizilhan: Ayhan Can, Hüriyyet
Bilder Indonesien: Sr. Dr. med. Anke Böckenförde
Bilder Seite 20 und Seite 28: Privat

Die Zeitschrift ist ein Gemeinschaftsprojekt von Mitarbeitern und Patienten der vier akutpsychiatrischen Stationen der Klinik Hohe Mark. Sie dient zur Information über Aktuelles aus dem Stationsalltag, gibt Hintergründe über die Arbeit des Akutbereiches und soll ihren Beitrag zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen und der Psychiatrie leisten.

Editorial



„Wenn die Leute Menschen wären, gäbe es kein Ausländerproblem.“

(Peter E. Schumacher)

Liebe Leserinnen und Leser, zuletzt begegnen uns immer häufiger Begriffe wie Multikulturalität, Interkulturalität, Transkulturalität oder Plurikulturalität. Schnell wird deutlich, dass kulturelle Aspekte immer mehr an Bedeutung gewinnen. Andere Kulturen wirken auf uns nicht selten erst einmal befremdlich. Gleichzeitig haben sie oftmals auch etwas Spannendes, was unsere Neugierde weckt. Im Jahr 2016 lebten laut Statistischem Bundesamt (Destatis) rund 18,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland. Im Vergleich zum Vorjahr war das eine Steigerung um 8,5%. Die Flüchtlingskrise hat auch in der Psychiatrie ihre Spuren hinterlassen und neue Fragen in der Behandlung und Begleitung von Menschen aus anderen Kulturkreisen (und psychischen Störungen) aufgeworfen. Viele „Symptome“ oder Verhaltensweisen dieser Menschen lassen sich erst im Kontext richtig verstehen und einordnen. Wir sollten uns daher für mehr Offenheit und Interesse gegenüber anderen Kulturen bemühen, sie respektieren und ihre Besonderheiten verstehen und schätzen lernen. Es wäre wichtig, dass wir uns selbst häufiger hinterfragen, wie wir Menschen mit Migrationshintergrund begegnen. Was kann jeder Einzelne von uns dazu beitragen, dass sich Menschen aus einem anderen Kulturkreis bei uns in Deutschland wohl und willkommen fühlen?

Der Akutbereich der Klinik Hohe Mark hat einen Versorgungsauftrag für Menschen, die im Sektor Ost der Stadt Frankfurt am Main leben. Frankfurt ist als multikulturelle Stadt bekannt. 2017 kletterte der Anteil an Menschen mit ausländischen Wurzeln in Frankfurt erstmalig auf über 50%. Multikulturalität bedeutet Vielfalt, die wir auch täglich in unserer psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit erleben. Die Klinik Hohe Mark ist zwar eine christlich geprägte Klinik, sie zeigt sich aber auch (im Sinne der Nächstenliebe) offen und tolerant anderen Glaubensrichtungen gegenüber. Der Mensch steht dabei im Mittelpunkt und dieser soll ressourcen- und empowermentorientiert bestmöglich unterstützt und gefördert werden. Aus diesem Grund möchten die verschiedenen Beiträge in dieser Ausgabe auch ein Stück weit sensibilisieren und zum Nachdenken anregen.

In dieser Ausgabe erfahren Sie, was andere Kulturen unter psychischer Erkrankung erachten und wie dort teilweise mit psychisch erkrankten Menschen umgegangen wird. Sehr eindrucksvoll deutlich wird dies in den Beiträgen von Prof. Dr. Dr. Kizilhan, Dr. Böckenförde und Hr. Bedane.

Eine andere „Kultur“ mag vielleicht für psychiatrische Einrichtungen auch die Peer-to-Peer-Beratung sein. Darunter kann man die Beratung von Patienten durch Menschen, die ebenfalls bereits Erfahrung mit einer eigenen psychischen Erkrankung gemacht haben, verstehen. In einem Artikel beschreibt dazu eine ehemalige Patientin die Arbeit von EX-IN-Genesungsbegleitern, welche künftig mehr Raum in psychiatrischen Institutionen einnehmen sollten.

Zuletzt ist es uns eine ganz besondere Freude, Ihnen in dieser Ausgabe Prof. Dr. Steffens als neuen Chefarzt der Klinik Hohe Mark etwas genauer vorzustellen.

Ich hoffe, dass es uns mit dieser Ausgabe erneut gelungen ist, Ihnen einige spannende und informative Beiträge zu liefern.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen und viele interessante Einblicke und Anregungen.

Für die Redaktion,
Jonathan Gutmann
Chefredakteur TAUNUS MAGAZIN



Broschürt - 208 Seiten
Promedia
ISBN-13: 978-3853713396
15,90 Euro

Team „Feldberg 2“ marschiert 100 Kilometer



Die Klinik Hohe Mark nimmt zum ersten Mal mit einem Team am diesjährigen MEGAMARSCH in Frankfurt teil. Der Startschuss fällt am 13. Oktober 2018 im Freizeitpark Unterwiesen in Eschborn. Das Ziel wird vom Veranstalter noch kurzfristig bekanntgegeben. Bekannt ist allerdings, dass die 100 km lange Strecke innerhalb von 24 Stunden zu bewandern ist.

Wenn es dann heißt: „...3, 2, 1 und los“ wird eine neunköpfige Teilnehmergruppe der gerontopsychiatrischen Akutstation Feldberg 2 mit an der Startlinie stehen. Die Truppe der Sportbegeisterten besteht aus Katarzyna Albrecht, Gül Taets von Amerongen, Ivonne Froemming-Ernst, Isabelle Honke, Anna Hobucher, Margarete Marques Maduro, Corinna Schreiber, Ayhan Can und Markus John.

Klare Win-win-Situation

Ganz nach dem Motto „gesunder Geist im gesunden Körper“ haben die Mega-Marschler schon angefangen fleißig und gewissenhaft zu trainieren. Sie treffen sich einmal monatlich und erklimmen auf unterschiedlichsten Strecken die Hügel des Taunus, um so die Muskeln, Lunge, Herz und die Nerven zu trainieren und nicht zuletzt sich mit gutem Essen zu belohnen. Denn bei einer Wanderstrecke von 100 km ist es nicht auszuschließen, dass der eine oder andere an

seine körperlichen oder psychischen Grenzen kommt. Das Team „Feldberg 2“ stellt sich tapfer dieser Herausforderung, denn jeder von ihnen fühlt sich so stark, wie das schwächste Glied einer Kette. Also eine Win-win-Situation für unsere Wandertruppe; sie verbinden sportliche Betätigung mit Stärkung des Teamgeistes.



Für eine gemeinsame Zeit

Dazu der Team-Captain Markus John: „Es wird nicht ein Lauf gegen, sondern für eine gemeinsame Zeit sein. An dieser Stelle möchten wir uns bei all unseren Kolleginnen und Kollegen herzlich bedanken, die uns durch aktive Unterstützung den Rücken freihalten.“

Wir wünschen dem Team „Feldberg 2“ viel Spaß, Durchhaltevermögen und vor allem ein gutes und gesundes Ankommen.

In unserer nächsten Ausgabe werden wir weiter über das Mega-Event berichten.

Nähere Informationen zum Megamarsch gibt es hier: www.megamarsch.de

Ayhan Can
Altenpfleger



Das Team „Feldberg 2“ trainiert bei Wind und Wetter auf dem gleichnamigen Berg im Taunus



Transkulturelle Psychotherapie bei Migranten

Ayhan Can im Gespräch mit Prof. Dr. Dr. Kizilhan



Repräsentativer Daten der Berliner Charité zufolge, hatten 2006 rund 17 Prozent der stationär behandelten Patienten in Deutschland einen Migrationshintergrund – etwas weniger als ihr damaliger Anteil an der Gesamtbevölkerung. 2010 machten sie dem Statistischen Bundesamt zufolge 19,6 Prozent der Bevölkerung aus. Rund 3 der etwa 16 Millionen Menschen haben türkische Wurzeln, 5 Millionen sind Muslime.

Wie ist es um die Gesundheit und die medizinische Versorgung ausländischer Mitbürger bestellt?

Darüber haben wir ein Gespräch mit dem Leiter der Abteilung für Transkulturelle Psychosomatik an der MediClin Klinik am Vogelsang in Donaueschingen, Prof. Dr. Dr. Jan Ilhan Kizilhan geführt.

Wie ist der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung bei Migrantinnen und Migranten in Deutschland?

Über 20 Prozent der Gesamtbevölkerung haben in Deutschland einen Migrationshintergrund. Unser Gesundheitswesen ist darauf noch nicht ausreichend eingerichtet. Der unterschiedliche Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und der Einfluss der Herkunftskultur auf das Krankheitsverständnis und die

Krankheitsverarbeitung bei Migranten macht eine adäquate und effektive medizinische Behandlung in vielen Bereichen immer noch schwierig. Nicht nur sprachliche Hürden erschweren oft die Diagnose und die Therapie. Mangelnde Aufklärung und Berücksichtigung der Menschen mit einem Migrationshintergrund in den Regelangeboten der Gesundheitsdienste führen dazu, dass Migranten oft sehr spät oder zu spät die richtige Behandlung in Anspruch nehmen. Trotz vermehrter Anstrengungen zur Verbesserung dieser Situation in den letzten Jahren gibt es immer noch zu wenig evaluierte Konzepte, die Migranten gerecht werden. Besonders problematisch ist die Versorgungssituation im Bereich der psychischen Krankheiten.

Zur Person:

Prof. Dr. Dr. Jan Ilhan Kizilhan ist Dipl.-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Hypnosetherapeut, Traumatherapeut (DeGPT), Orientalist, Studiengangsleiter Psychische Gesundheit und Sucht an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg, Dekan des Institute for Psychotherapy and Psychotraumatology, University of Duhok (North Iraq). Er ist Lehrdozent und Supervisor an verschiedenen Ausbildungseinrichtungen für angehende Psychotherapeuten, wie die der Uni Freiburg, Konstanz, Stuttgart, Tübingen oder Ulm. Prof. Dr. Dr. Kizilhan forscht zu folgenden Schwerpunktthemen: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychotraumatologie, transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migrations- und Sozialisationsforschung.



Woran leiden die Patienten mit ausländischen Wurzeln am häufigsten?

Häufig fühlen sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit gefährdet und wollen deshalb vorzeitig berentet werden. Sie haben Depressionen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen, Schmerzen oder posttraumatische Belastungsstörungen. Ein Kernproblem der medizinischen Versorgung von Migranten liegt u.a. in der Somatisierung psychisch und sozial bedingter Leiden in dem biomedizinisch ausgerichteten Teilsystem der medizinischen Kultur unserer Gesellschaft. Somatoforme Störungen beschreiben eine Kategorie, die körperliche Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung, die übermäßige Besorgnis über die körperliche Erkrankung, häufig einhergehend mit Depression und Angst sowie häufigen Arztbesuchen und negativen Untersuchungsergebnissen, umfasst. In dieser Phase suchen viele den nötigen Halt in traditionellen Bräuchen und Normen. Im Gegensatz zu psychischen Erkrankungen, die unter Migranten zu Ausgrenzung führen können, sind körperliche Leiden „erlaubt“. Ärzten fällt es oft schwer zu entscheiden, ob den Beschwerden physische oder psychische Ursachen zu Grunde liegen. Klagt beispielsweise ein junger Araber über Leberschmerzen, stecken dahinter womöglich unerwiderte Gefühle für eine Frau: Er drückt auf diese Weise aus, dass er unglücklich verliebt ist. Die Leber steht in der arabisch-islamischen Welt für Empfindungen, die der Westen mit dem Herzen assoziiert. Doch dahinter steht oft mehr als nur eine Metapher: Die Schmerzen können durchaus real sein.

Unter welchen Belastungen stehen viele Migranten?

Das Leben außerhalb des Ursprungslandes ist für viele Migranten mit zahlreichen Konflikten und Belastungen verbunden. Die Zuwanderer haben nicht nur ihren Wohnort in ein anderes Land verlagert. Nicht selten bringen sie traumatische Erinnerungen mit, etwa an Zwangsheirat, Krieg, Flucht, Armut oder Naturkatastrophen. Hinzu kommen belastende Erfahrungen und unsichere Zukunftsaussichten in der neuen Heimat, zum Beispiel Probleme mit der Aufenthaltsgenehmigung bei den Flüchtlingen oder Diskriminierung bei der Wohnungssuche. Sie müssen sich zugleich an die neue Sprache gewöhnen, den Verlust ihres sozialen Umfelds verkraften und in eine fremde Kultur einfinden. Besonders Menschen aus familienorientierten und patriarchalisch-religiösen Gesellschaften fällt das oft schwer. Als Belastung kommen zudem die meist körperlich anstrengende und monotone Arbeit, dann die schlechten Wohnverhältnisse, geringe Deutschkenntnisse, Generationskonflikte innerhalb der Familie im Residenzland und die Entfremdung vom Herkunftsland hinzu.



Transkulturelle Psychotherapie bei Migranten

Leiden Migranten vermehrt unter somatoformen Schmerzen?

Mehrere Studien aus Deutschland legen nahe, dass sich die Herkunftskultur von Migranten auf die Art ihrer psychischen Erkrankungen auswirkt. So wissen wir, dass bei psychischen Erkrankungen wie Depression auch eine überdurchschnittlich hohe Rate somatoformer (organisch nicht hinreichend erklärbarer) Schmerzen bei Patienten mit einem Migrationshintergrund vorliegt. Während bei der ersten Generation der Zuwanderer Ess- und Persönlichkeitsstörungen selten auftraten, leiden z.B. türkischstämmige Patienten der vierten Generation – die Urenkel der 1950 zugewanderten Erwachsenen – darunter heute ebenso häufig wie gleichaltrige Deutsche. Laurence J. Kirmayer von der kanadischen McGill Universität wies bereits in den 1980er Jahren darauf hin, dass sich der Umgang mit Krankheiten von Kultur zu Kultur und je nach ihren technischen, medizinischen und gesellschaftlichen Errungenschaften unterscheidet.

Welche Krankheitskarriere haben Ihre Patienten hinter sich?

Diese lässt sich mit dem Begriff „Doktor-Shopping“ beschreiben. Viele Patientinnen sind mit ihren Beschwerden, die sie häufig nur indirekt darstellen, schon bei vielen Ärzten gewesen, meist fühlten sie sich dort aber nicht „erkannt“. Um zum Beispiel früher in Rente gehen zu können, werden sie dann zu uns geschickt. Hier finden sie muttersprachliche Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Krankenschwestern – und diese nehmen sich alle Zeit. Die Anamnese ist sehr ausführlich, weil wir natürlich den ganzen kulturellen und sozialen Hintergrund erfragen. Die Patientinnen fühlen sich unheimlich erleichtert, endlich einmal alles loswerden zu können, und haben das Gefühl, verstanden zu werden.



Wie unterscheidet sich das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in anderen Kulturen von unserem westlichen?

Menschen aus anderen Kulturen bringen ihre Werte und Normen mit entsprechenden Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit mit. Gerade Menschen aus ländlichen islamischen Gegenden in der Türkei verfügen über ein besonderes Krankheitsverständnis.

Ihre Sozialisierung verlief meist so: die Kindheit geprägt durch Arbeit auf den Feldern, das hohe Risiko von Gewalt in der Familie, die Einhaltung einer gesellschaftlichen Hierarchie mit erheblichen Nachteilen für das weibliche Geschlecht und häufigen Zwangsheiraten. Die Familienstruktur, in der viele türkische Migranten aufgewachsen sind, ist geprägt durch eine eindeutige Rollenzuschreibung und eine strikte Definition von Autorität. Dazu kommt eine kollektivistische Lebensform. Diese zeichnet sich durch eine systemische Denkweise aus. Die Lebenswirklichkeit ist immer mit den „anderen“ verbunden, der „kollektive Gedanke“ überwiegt. Einstellungen und Verhalten sind somit überwiegend durch soziale Rollen bestimmt.

Begriffe wie Respekt, Rolle, Hierarchie, Anpassung an die Gemeinschaft und Familie sowie die Verdrängung des „Ich“ zum Wohle des „Wir“ (mit sehr unterschiedlichen Erziehungspraktiken) sind die „Regeln des Lebens“. Diese haben viele türkische Patienten in ihrer Entwicklung internalisiert. Daher bleibt auch die Persönlichkeitsstruktur dieser Menschen mit diesen Entwicklungen keineswegs von den Auswirkungen der dargestellten inter- und intrakulturellen Konflikte unbeeinflusst. Die Kollision der Herkunftskultur mit der Residenzkultur und die vielen Widersprüche zwischen den beiden bilden einen Zustand der „Kulturdissonanz“, der eine „psychische Zerrissenheit“ des Betroffenen bewirken kann.

Sie leiten die Abteilung Transkulturelle Psychosomatik an der MediClin Klinik am Vogelsang in Donaueschingen. Wie behandeln Sie Ihre Patienten?

Wir haben ein muttersprachliches Behandlungskonzept. Es besteht aus Gruppentherapie, störungsspezifischen Seminaren, Entspannungsverfahren in deren Muttersprache und die Besprechung kulturspezifischer Themen wie Generationskonflikte, Verlust der Heimat, Identität etc. Dies führt zu einer hohen Zufriedenheit der Patienten.

Können Sie uns exemplarisch von einigen kulturspezifischen Erfahrungen aus der Praxis (wie z.B. Umgang mit magischen Vorstellungen Ihrer Patienten) berichten? Was ist dabei Ihr therapeutischer Ansatz?

Die magischen Vorstellungen spielen beim Umgang mit Krankheiten im orientalischen Volksglauben eine wichtige Rolle. Selbst in den Städten neigen sich auch gebildete Bevölkerungsschichten oft noch der traditionellen Medizin zu. In den Ländern des Nahen Ostens – ebenso wie in Deutschland – sind deshalb viele „Magier“ tätig, darunter islamische Gelehrte (Hodschas), Pflanzenheiler und heilkundige Frauen (für gynäkologische Probleme). Hodschas sollen magische Einflüsse wie den „Bösen Blick“ oder „schwarze Magie“ als Ursache für eine Erkrankung erkennen und werden bei allen möglichen Problemen aufgesucht, von psychischen und neurologischen Erkrankungen wie Depressionen und Epilepsie bis hin zu familiären oder finanziellen Schwierigkeiten.

Kultursensitives Vorgehen

Welcher Kultur oder Generation die Patienten auch entstammen, die Grundprinzipien einer wirksamen Psychotherapie sind unabhängig davon stets dieselben und beinhalten seitens des Therapeuten Empathie, Wertschätzung und eine offene Grundhaltung. In der verhaltenstherapeutischen Tradition gehört dazu auch, das Problemverhalten genau zu analysieren, ein Störungsmodell zu entwickeln sowie gemeinsam Ziele zu definieren. Doch bedarf es bei Patienten mit Migrationshintergrund darüber hinaus interkultureller Kompetenz und eines „kultursensitiven“ Vorgehens,

um Missverständnissen und Irritationen vorzubeugen.

Kulturelle Besonderheiten respektieren

Bei Patienten mit traditioneller Orientierung sollte man gerade zu Beginn der Behandlung kulturelle Besonderheiten respektieren, etwa wenn es darum geht, Zusammenhänge zwischen Körper und Psyche zu erklären. Die Beschwerden der Patienten müssen ernstgenommen werden, da die Patienten tatsächlich darunter leiden. Allerdings stellen die Betroffenen ihre Leidensgeschichte oft übermäßig klagend dar und vermischen zum Beispiel Schmerzen und familiäre Sorgen. Hiesige Behandler brauchen deshalb oft viel Geduld, um die Zusammenhänge zu begreifen und die subjektive Sicht des Patienten nachzuvollziehen. Das fällt in der Regel leichter, wenn sie zuvor gemeinsam die Migrationsgeschichte der Familie rekapitulieren.

Die meisten Betroffenen glauben, dass ihr Körper bei Krankheit ruhen muss und lehnen selbst Wandern oder andere leichte Bewegungsformen zunächst ab.

Therapeuten in der Rolle als Berater

Anders als im Umgang mit einheimischen Patienten, bei denen der Therapeut in der Regel mehr Hilfe zur Selbsthilfe leistet, sollte er gegenüber Migranten eine aktive, wissende und beratende Rolle annehmen, wenn er nicht erhebliche Verunsicherung auslösen will. Mehr als das Fachwissen eines Therapeuten schätzen die Patienten jedoch Eigenschaften wie Verständnis und Geduld, Höflichkeit und Offenheit. Der Therapeut sollte der Harmoniebedürftigkeit Rechnung tragen und die Familienhierarchie respektieren. Die zentrale Rolle der Familie gilt es vor allem bei Patienten aus der ersten Generation zu berücksichtigen. Für eine gute Behandlung ist die Kommunikation zwischen Behandler und Patienten die Grundvoraussetzung. Leider gibt es nicht ausreichend qualifizierte Dolmetscher im Gesundheitswesen und sie werden auch nicht von den Kassen bezahlt.

EX-IN-Genesungsbegleitung

Was ist eigentlich EX-IN?

Immer häufiger hört man heute die Bezeichnung EX-IN. Die meisten Menschen denken dabei an eine Ausstiegsberatung zum Thema Drogen. Zumindest dachte ich es, als ich zuerst davon hörte. Aber dem war nicht so, sondern es steht als Abkürzung für den englischen Begriff „Experienced Involvement“ und bedeutet übersetzt die Beteiligung Erfahrener.

Die Idee dahinter besteht darin, dass Menschen die selber Psychatrierfahrungen in verschiedener Hinsicht sammelten, anderen Betroffenen konstruktiv helfen bzw. sie auf dem Weg zur Genesung zu begleiten.

Richtig umgesetzt ist EX-IN eine alternative, ressourcenorientierte Wiedereingliederung ins (Berufs-)Leben. Letztendlich kann man EX-IN als Brücke zwischen Betroffenen und den Professionellen begreifen.

Die Ausbildung zum Genesungsbegleiter

Im Mittelpunkt der EX-IN-Ausbildung steht unser Erfahrungswissen, welches strukturiert und reflektiert sein sollte – was ein Entwicklungsprozess ist. Dieses Strukturieren und Reflektieren ist wichtig, damit wir unsere Botschaft auf eine verständliche Art und Weise an unser Gegenüber vermitteln können.

Praktisch bedeutet es, dass ich ein Bewusstsein bekomme, wie sich meine seelische Erschütterung entwickelte, worin evtl. der Sinn besteht, wie ich diese in meine Biographie einordne und zu guter Letzt, wie ich mit der Erkrankung leben kann.

Ich lernte, dass hinter meinen Symptomen ein hilfreicher Gedanke stand, der in meinem Fall das seelische Überleben bedeutete. Ohne Selbstverletzung hätte ich mir das Leben genommen, da ich die inneren Schmerzen nicht ertragen hätte – es handelte sich um eine Vermeidungsstrategie. Ich wollte leben, deshalb tat ich mir weh.

Im Laufe der Therapie lernte ich Strategien, um anders mit den Schmerzen umzugehen und entwickelte Ressourcen, wie beispielweise die Kunst. Im EX-IN-Kurs lernt man auch, wie man dem DU diese gesammelten Erfahrungen auf eine verständliche Art und Weise mitteilt. Das Gegenüber im Kurs fungiert als Spiegel meiner Kommunikation und teilt es mit. Durch das WIR im Kurs wird mein Horizont und Wissen erweitert.

Vor dem Kurs hatte ich einiges an Wissen über Borderline, Trauma etc. angesammelt, aber psychotische Erlebniswelten zählten für mich zu den böhmischen Dörfern, die es zu erforschen galt. Es geht also zusammenfassend gesagt um gegenseitiges Verstehen, Toleranz und Erfahrung weitergeben.

Wie kann der Einsatz von Genesungsbegleitern die Psychiatrie positiv beeinflussen?

In der Praxis sind Genesungsbegleiter lebendige Brücken zwischen dem psychiatrischen Fachpersonal und den Betroffenen. Man kann sie auch als Übersetzer zwischen zwei Lebenswelten betrachten, deren Sprachen unterschiedlich sind. Man meint vielleicht das Gleiche, aber drückt es anders aus, was zu Missverständnissen führen kann, obwohl beide Seiten die Genesung im Blick haben.

Praxisbeispiel:

In der Akutpsychiatrie einer anderen Klinik wird eine Patientin eingeliefert, deren Hintergrund traumatisch ist. In dieser Psychiatrie war es üblich, dass man eine Ganzkörperkontrolle durchführt und auch die Taschen auf gefährliche Gegenstände durchsucht... – selbstverständlich zum Schutz der Patientin. Die Patientin fühlte sich aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen ausgeliefert und hatte das Gefühl des Kontrollverlustes, wie damals während der traumatischen Situation. Ihre Reaktion ist Aggression gegenüber dem Personal, die dem Ganzen verständnislos gegenüberstehen, da es sich für sie um eine Routine handelt.

Ich als Genesungsbegleitung habe die Aufgabe, eine vermittelnde Rolle einzunehmen, um eine Begegnung inklusiv einer Lösung herbeizuführen. Ich kann das Personal verstehen, dass sie die Patientin vor sich selber schützen wollen und ich verstehe die Patientin in ihrer Not. Beiden Parteien versuche ich zu verbalisieren, dass ich sie verstehe und übersetze es dem Gegenüber. Ich erwähne z. B. den Aspekt des Ausgeliefertseins bei Traumapatienten und zeige gleichzeitig Verständnis für die Sicherheitsmaßnahmen, in der Hoffnung, dass sich beide Seiten gesehen fühlen. In dem Fall erarbeiteten wir uns eine gemeinsame Lösung, die darin bestand, dass die Patientin in meiner Gegenwart den Koffer auspackte und mir die Klingen gab. Die Kuschtiere durfte sie

schnell verstecken, ohne dass ich sie zu Gesicht bekam. In dem Fall konnte der Interessenkonflikt zu aller Zufriedenheit konstruktiv gelöst werden. Da man als EX-IN´ler selber betroffen ist, bekommt man oftmals einen Vertrauensvorschuss, der gerade im stressigen Psychiatriealltag deeskalierend sein kann. Ich erlebte öfters, dass mir Patienten über ihre psychotischen Symptome berichteten, da sie davon ausgingen, dass ich es auch kenne und nicht sofort reagiere, indem ich den Arzt informiere.

Erlebnisse statt Symptome = Begegnung

GenesungsbegleiterInnen und Betroffene können über Erlebnisse statt über Symptome reden. Dadurch findet Begegnung statt!

Letztendlich durfte ich erleben, dass ich oftmals Hoffnung vermitteln konnte, indem die Mitbetroffenen sahen, dass sogar die Krankheitserfahrungen zu einer Ressource werden.

Ich als Genesungsbegleitung empfinde mich nicht als Konkurrenz zu den Professionellen und das ist auch nicht der Sinn der Sache, da unsere Arbeitsbereiche unterschiedlich sind. Selbstverständlich ist es mir bewusst, dass ich keine Medikamente verschreiben kann, noch habe ich das Hintergrundwissen über die unterschiedlichen Erkrankungen etc... – mein Schwerpunkt liegt in dem Bereich Brücken bauen, um Missverständnissen vorzubeugen, Ängste abzubauen, Hoffnung zu vermitteln und gemeinsam neue Wege zu gehen. Ich glaube, das Fachpersonal kann durch mich als Betroffene, die ihr Erlebnis und die Erkrankung reflektieren kann, eine neue Perspektive erfahren, wodurch Missverständnisse abgebaut werden können.

Der Faktor Zeit

In vielen Kliniken ist die liebe Zeit ein kostbares Gut. Aufgrund der Gesundheitsreform fehlt Ärzten und Psychologen die Zeit, um auf Patienten einzugehen, obwohl die Mehrheit es tun würde, wenn der Rahmen gegeben wäre. Genesungsbegleiter können diese Zeit aufbringen, da sie außerhalb des stationären medizinischen Alltags stehen und beruhigend wirken. Patienten die sich wahrgenommen fühlen und Raum zum Reden bekommen, neigen oftmals zu weniger Aggressionen etc.

Um Konflikte vorzubeugen ist es am Anfang sehr wichtig, Rahmenbedingungen festzulegen damit es ein ergänzendes Arbeiten ist und kein Gegeneinander.

Fazit

Ich bereue es nicht, diese Ausbildung absolviert zu haben, da es mich vor der Werkstatt für Menschen mit Behinderung bewahrte und ich freue mich an meinen Aufgaben. Allerdings ist es schade, dass es zu wenig Arbeitsangebote gibt, so dass viele EX-IN´ler keine Anstellung finden oder unterbezahlt werden.

Myriam

Expertin durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung und ehemalige Patientin

Wer mehr über Myriam oder die Ausbildung zum EX-IN-Genesungsbegleiter erfahren möchte, kann sich gerne an die Redaktion wenden, welche den Kontakt weitervermitteln kann.



Weggesperrt! – Psychisch krank in Indonesien



Ein Artikel
von Sr. Dr. med. Anke Böckenförde
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Psychisch kranke Frauen von der Straße in sozialer Wohneinrichtung in Jakarta

Montagsmorgen am Rande der indonesischen Metropole Jakarta. Beim Rundgang durch ein Wohnheim für psychisch kranke Wohnungslose strecken sich mir viele Hände durch die Gitterstäbe entgegen. Ca. 30 Patienten sind jeweils in einem Raum. Frauen und Männer getrennt. Es gibt keine Matten auf dem Boden und es riecht nach Fäkalien. Fast alle haben kurzgeschorenes Haar und sind untergewichtig. Manche sind so verwirrt, dass sie wohl nicht merken, dass sie nackt sind. Eine Frau – vielleicht manisch? – lacht und singt laut, versucht mich durchs Gitter zum Tanzen zu bewegen.



Fallvignette 1

Bei einer Hospitation in einem psychiatrischen Krankenhaus in Bogor (Nähe Jakarta) lerne ich Ibrahim kennen. Er ist 25 Jahre alt und an einer paranoiden Psychose erkrankt. „Kann ich hier (im Krankenhaus) für immer bleiben?“ fragt er meinen Kollegen bei der Visite. Ich bin erstaunt. So eine Frage hatte ich in Deutschland noch nie gehört. Auf die Nachfrage des Kollegen sagte er: „Meine Eltern werden meine Füße wieder in den Holzbalken stecken und meine Hände fesseln, wenn die Stimmen zurückkommen. Sie glauben, ich bin vom Satan besessen und haben Angst vor mir.“ Und er zeigt uns seine Narben an den Fuß- und Handgelenken.



Fallvignette 2

Bara, 33 Jahre lebt in einem abgelegenen Dorf in den Bergen in Flores. Wir müssen das letzte Wegstück zu ihrem Dorf zu Fuß gehen, da es keine befahrbare Straße gibt. Von weitem schon hören wir sie singen und lachen. Sie sitzt vor einem Haus und ihr Fuß ist in einem abgesägten Baumstamm fixiert. Ihre Eltern sind verstorben und ihre Geschwister haben sie im Dorf zurückgelassen. Ihre drei Kinder leben in den Familien der verschiedenen Väter. Sie kann unsere Fragen verstehen und beantworten. Seit ca. sechs Jahren wird sie von den Dorfältesten in den Phasen fixiert, in denen sie viel lacht und sich manchmal auch entkleidet. Eine Behandlung ist noch nie erfolgt. Als wir wieder aufbrechen, weint sie bitterlich. Es ist gut, sie eine Weile im Arm zu halten. Letztendlich können wir mit ihrem ältesten Bruder telefonieren, der uns eine medizinische Behandlung erlaubt.

Fallvignette 3

John, 30 Jahre lebt im Haus seiner Mutter in einem Holzverschlag. Vor vier Jahren sei er „verrückt“ geworden und habe den Nachbarn mit Steinen beworfen. Seitdem ist er eingesperrt. Seine Familie hat einer Behandlung durch Medikamente vor zwei Monaten zugestimmt und berichtet, dass er seitdem nicht mehr schreit und verständlichere Antworten gibt. Wann kommt die Zeit, den Holzstall aufzusägen? Noch ist die Familie nicht soweit. Angst vor Rache? Und wohin mit John? Das einzige Reha-Center auf der Insel Flores hat zurzeit kein freies Männerbett und das nächste psychiatrische Krankenhaus ist weit weg (eine zehnstündige Autofahrt und noch eine Stunde Flugzeit).



Bara in Flores

Fallvignette 4

Die 52-jährige Ria hat viele Jahre als Lehrerin gearbeitet, bevor sie psychotisch wurde. Ihr Fuß war 15 Jahre lang in einem Holzbalken eingeklemmt. Als sie ins Reha-Center gebracht wird, kann sie weder gehen noch stehen. Sie leidet unter Muskelschwund durch die jahrelange Immobilisation. Zunächst lehnt sie alle Hilfe ab und rutscht nur auf dem Po, später sucht sie Halt am Stuhlbein und lässt sich auf Gehstützen ein. Ob sie jemals wieder eigenständig gehen kann?



Ria im Reha-Center

Menschen fallen durchs Raster

Es sind diese Menschen wie Ibrahim, Bara, John und Ria, die mich berühren und zeigen, dass auch in der heutigen Zeit psychisch kranke Menschen alleingelassen sind und aus dem Netz medizinischer und psychosozialer Versorgung fallen. Das ist eine Realität, die unter die Haut geht. Nicht nur in Asien, sondern auch in einigen afrikanischen Ländern. Auch wenn es in Deutschland bei weitem weniger drastisch ist – ein gewisser Anteil der psychisch Schwerkranken fällt auch bei uns durch die Maschen des Versorgungsnetzes und landet auf der Straße.



John in seinem Holzverschlag

Weggesperrt! – Psychisch krank in Indonesien

Verbundenheit und Austausch mit der Klinik Hohe Mark

Nach 10-jähriger Tätigkeit in der Klinik Hohe Mark lebe ich nun ca. zwei Jahre in Indonesien. Ich sehe meine Ausbildung zur Fachärztin in der Klinik Hohe Mark auf verschiedenen Stationen und zuletzt in der PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) als optimale Vorbereitung für Indonesien. Nicht nur fachlich, sondern auch im Einüben, ALLES therapeutisch Mögliche für den Patienten zu tun, sie/ihn letztendlich doch in Gottes Hand abzugeben.



Dipl. Psychologin Christine Becker mit einer Patientin im Rehacenter

Ich bin dankbar über alle Unterstützung und die bleibende Verbundenheit mit der Klinik Hohe Mark. Digitale Medien machen den fachlichen Austausch mit ehemaligen Kollegen aus der KHM weiterhin möglich und Ende des Jahres 2017 hat eine Psychologin aus der PIA die weite Reise nicht gescheut, um sich selbst ein Bild von der Situation psychisch Kranker in Indonesien zu machen.

Über das Land Indonesien

Indonesien ist mit fast 260 Millionen Einwohnern das viertbevölkerungsreichste Land der Welt. Knapp 90% der Bevölkerung sind Muslime. Alle Weltreligionen sind vertreten und offiziell anerkannt. In weiten Teilen des Landes gibt es traditionell eine große religiöse Toleranz. Muslime und Christen wohnen oft Tür an Tür, interreligiöse Ehen sind keine Seltenheit und gegenseitige Unterstützung wird vielfach als Selbstverständlichkeit angesehen. Über 17.000 Inseln und mehr als 300 Ethnien machen Indonesien zu einem Land größter Vielfalt und voller Gegensätze! Chaotische Millionenstädte wechseln sich ab mit saftig-grünen Reisfeldern, tropischem Regenwald und bunten Korallenriffen. Ein hochmoderner Lebensstil neben traditionellen Gewohnheiten. Während vor allem die „Hauptinsel“ Java mit der Metropole Jakarta vom wirtschaftlichen Aufschwung profitiert, lebt gut die Hälfte der Bevölkerung, zumeist auf den Inseln der Peripherie, in Armut.

Psychiatrische Versorgung

Die Gegensätze zeigen sich auch im psychiatrischen Versorgungssystem. In den Großstädten auf Java zeigt sich ein relativ hoher medizinischer Standard, in der Peripherie gibt es kaum psychosoziale Ansätze. Knapp über 1000 Psychiater, ca. 150 psychiatrische Fachpflegekräfte und 50 psychiatrische Einrichtungen sind für die psychische Gesundheit von 260 Mio. Indonesiern im Einsatz (im Vergleich zu Deutschland mit ca. 13.500 psychiatrischen Fachärzten für über 81 Mio. Menschen).

Pasung

Bara und Willi gehören zu den von der Regierung geschätzten 57.000 psychisch kranken Menschen, die mindestens einmal in ihrem Leben sog. Pasung erfahren. Pasung heißt übersetzt: „in Fesseln“ oder „Gefängnis“. Es meint das Einsperren in Verschlagen, das Fesseln von Füßen oder Händen, das Anketten an Bäume oder Betten. Alle Varianten der Ausgrenzung sind möglich. Im waldreichen Osten Indonesiens wird für Pasung meistens Holz benutzt, um die Füße darin zu fixieren.



Liebenswürdigkeit und Ausgrenzung

„Warum tut man ihnen das an?“, habe ich mich anfangs gefragt. Sie sind doch krank und brauchen Behandlung. Einerseits erlebe ich in Indonesien eine Kultur und Menschen, die von Offenheit und Liebenswürdigkeit geprägt sind, andererseits dieses Wegsperrn und Ausgrenzen. Es ist wichtig zu verstehen, dass diese Familien Pasung als letzten Ausweg sehen und dass es keine einfache Entscheidung für die Familien ist, ihre Angehörigen wegzusperren. Sie sehen keine Alternative für die Betroffenen, fühlen sich selbst überfordert und alleingelassen von der Regierung sowie dem Gesundheitssystem. Die Familien wollen sich und die Gesellschaft vor dem Kranken schützen und den Kranken vor dem Zorn anderer – daher die Fesseln.

Ebenso spielen Scham, fehlendes Wissen und Geld eine große Rolle. Denn was den kranken Angehörigen fehlt und warum sie sich verändert haben, wissen viele nicht. „Von bösen Mächten besessen“, „eine Strafe der Götter“, „Rache der Ahnen“ und Ähnliches hören wir von den Familien als Erklärungsmodell. Und die Menschen sind in der Regel arm, können sich die Transportkosten zum nächsten Arzt und für Medikamente nicht leisten. Daher konsultiert die große Mehrheit der Familien in der ländlichen Bevölkerung zunächst den traditionellen Heiler. Das machen Christen ebenso wie Muslime, Hindus und Menschen anderer Religionen. Es folgen Gebetsrituale zur Vertreibung der bösen Geister und die Verabreichung von traditioneller Kräutermedizin. Dass es sich um eine Erkrankung biopsychosozialen Ursprungs handelt, die in der Regel gut behandelbar ist, wurde ihnen nie gesagt.

Unsere Ziele

Ich habe mich einem Team auf der Insel Flores angeschlossen, mit dem wir drei Ziele verfolgen:

Prävention von Pasung durch Aufklärungsarbeit über psychische Erkrankungen (dies geschieht vor allem in Schulen und Gemeinden)

Befreiung der Menschen aus Pasung und anschließende Behandlung

Verhinderung von „Re-Pasung“.

Da es an offiziellen Daten über ausgegrenzte psychisch Kranke fehlt, ist mein zweiter Schwerpunkt eine Forschungsarbeit über Pasung für die Universität Atma Jaya in Jakarta.

Ist Pasung legal?

Bereits 1977 hat die Regierung die Praxis von Pasung verboten, dennoch werden Menschen mit psychosozialen Behinderungen nach wie vor weggesperrt. Ein Regierungsprogramm wurde 2010 verabschiedet, nach dem Pasung im Jahr 2014 nicht mehr existieren soll. Weil dieses Programm sich bis 2014 nicht umsetzen ließ, wurde das Ziel auf das Jahr 2030 verschoben. Auch auf internationalen Druck hin erließ die indonesische Regierung weitere gesetzliche Auflagen zur Eliminierung von Pasung, wie das Mental Health Law im Jahr 2014, das Disability Law und das Ministerial Decree of Health Minimum Standard im Jahr 2016. Weitere lokale Richtlinien folgten.



Weggesperrt! – Psychisch krank in Indonesien

Theoretisch könnte also jeder, der einen Menschen in Pasung findet, die Polizei rufen. Doch wohin soll die Polizei den Patienten bringen? Es reicht nicht, nur den Holzblock aufzusägen. Notwendig ist ein psychosoziales Versorgungsnetz mit sowohl stationären als auch ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, geschulten Fachkräften, ausreichend Medizin, Aufklärungsarbeit sowie Trainingsangeboten und vieles mehr.

Positive Effekte

Es gibt bereits gute Beispiele in einigen Provinzen, wie so etwas gelingen kann:

Aufgrund der guten Zusammenarbeit von geschulten Dorfhelfern mit dem nächsten psychiatrischen Krankenhaus in Zentraljava konnte Ibrahim den Weg zur professionellen Behandlung finden. Zurzeit macht er eine handwerkliche Ausbildung in einem Reha-Center.

Auch in Flores gibt es freudige Momente über Krankheitsverläufe: Ivan leidet an einer paranoiden Psychose und war mehrere Male in Pasung. Hier hat die Familie gewagt, Vertrauen zu fassen und Behandlungsangebote anzunehmen. Nach einem Jahr im Reha-Center lebt Ivan in der Familie seines Bruders und besucht die Technische Hochschule. Er kommt seit eineinhalb Jahren regelmäßig in die psychiatrische Ambulanz des

Reha-Centers für Gespräche und Medikation. Es tut ihm gut.

Es gibt Hoffnung!

Trotz aller Momente von Hilflosigkeit und Ohnmacht zieht sich für mich eine Hoffnungspur wie ein roter Faden durchs Ganze. Wie ein Faden einer verrückten Liebe, die mich einlädt, meinen Blick auf das Leben hin zu verrücken und darauf zu vertrauen, dass Gott alle Wege mitgeht.



Wie das gehen soll? Dazu flüstert mir Anna Dengel, die Gründerin meiner Ordensgemeinschaft der Missionsärztlichen Schwestern, ins Ohr: „Wenn Du wirklich liebst, bist Du geduldig und langmütig...“

*Alle Namen der betroffenen Personen wurden geändert. Die Fotografien erfolgten mit ausdrücklicher Erlaubnis der auf den Fotos zu sehenden Menschen.



Ihre Spende
x10*

Kinder im Krieg

Irak. Das Land ist von der Terrormiliz „Islamischer Staat“ (IS) befreit. Zurück bleiben zerstörte Häuser, Familien und Kinderseelen. In der zweitgrößten Stadt Mossul haben neun von zehn Kindern mindestens einen geliebten Menschen verloren. Sie brauchen professionelle Unterstützung, um die traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten, bevor überhaupt an die Rückkehr in ein geordnetes Leben zu denken ist.

World Vision ist im Norden von Mossul aktiv und hilft den Familien, die vor dem IS geflüchtet sind und jetzt zurückkehren. Der Fokus unserer Hilfe: Betroffenen Kindern Schutz und Psychotherapie ermöglichen, um ihrer verletzten Seele langsam Frieden zu bringen.

Spenden auch Sie! Jeder Euro zählt.

* Dieses Hilfsprojekt wird vom Auswärtigen Amt unterstützt. Um die Fördergelder abzurufen, muss World Vision jedoch 10% der Gesamtkosten aus eigenen Mitteln finanzieren. Die Spenden tragen also dazu bei, dass wir die Zuschüsse einsetzen können. Die Wirkung Ihrer Zuwendung wird so verzehnfacht!



50 €

kostet die Psychische Erste Hilfe für 8 Kinder (umfasst u.a. das Angebot praktischer Hilfe, zuhören, trösten).



120 €

ermöglichen bis zu 8 Kindern, an einer Gruppensitzung zur Psychotherapie teilzunehmen.



250 €

reichen aus, um 150 Kinder zwei Monate lang in einem Kinderschutz-Zentrum zu betreuen.

Spendenkonto

Frankfurter Volksbank
IBAN: DE99 5019 0000 0000 0020 20
BIC: FFVBDEFF

Verwendungszweck: „Nothilfe Irak“

Online spenden: worldvision.de/irak



World Vision
ZUKUNFT FÜR KINDER

World Vision Deutschland e. V.
Am Zollstock 2-4 • 61381 Friedrichsdorf
info@worldvision.de

Kostenlose Hotline: 0800 – 0 10 20 22
worldvision.de



Mein Psychiatrie-Aufenthalt in Äthiopien

Warum ich die deutsche Psychiatrie schätze

Ich stamme aus Äthiopien, was bis zu meinem 15. Lebensjahr mein Heimatland war. Äthiopien hat über 100 Millionen Einwohner, mehr als 80 verschiedene Ethnien und ist das zehntgrößte Land Afrikas. Dort eignete ich mir selbst handwerkliche Fähigkeiten an und arbeitete als „Elektromechaniker“. Die Situation in meiner alten Heimat wurde aufgrund der Schreckensherrschaft des Diktators Mengistu Haile Mariam immer schlimmer, sodass meine Schwester, mein Bruder, seine Frau und auch meine Freundin und ich politisches Asyl in Deutschland (Berlin) suchten.

Die erste Krankheitsepisode

1997 erkrankte ich erstmals an Schizophrenie, nachdem ich LSD und Marihuana konsumierte. Unter LSD hatte ich einen richtigen Horrortrip und habe u.a. ein Raumschiff gesehen. Später zog ich dann nach Frankfurt am Main zu meiner Schwester. 1999 war meine Mutter bei uns in Deutschland zu Besuch, da meine Schwester heiratete. Anschließend überredete mich meine Mutter, mit nach Äthiopien zu gehen, um mich dort mit heiligem Wasser behandeln zu lassen. Ich willigte ein. Danach kam ich nach Addis Abeba in das Amanuel Mental Hospital. Es war dort alles strikt nach Frauen und Männern getrennt. In der Halle, in der ich mich wiederfand, waren insgesamt 28 Männer. Es gab keine anderen Räume, nur diese eine Halle. Am Ende des Raumes gab es zwei Toiletten. Duschen gab es keine. Wir erhielten vom Personal bunte Blumenpyjamas. Das Essen war fast jeden Tag gleich. Es gab meist ein äthiopisches, sauerartigähnliches Fladenbrot mit wechselnden Saucen, Reis oder auch eine Art Gulaschsuppe.



Täglich grüßt das Murmeltier

Der Alltag in der Psychiatrie sah immer gleich aus: Aufstehen um 6 Uhr, Frühstück um 7, danach Medikamente einnehmen, anschließend ständig in der Halle hin und her laufen, dann Mittagessen, danach wieder Medikamente, nachmittags wieder hin und her laufen, Abendessen, wieder Medikamente und nachdem die Sonne untergegangen war, gab es Nachtruhe. Es gab keinen Garten und keinen Ausgang. Aufgrund des Personalmangels gab es keine Therapien. Auch Psychotherapie gab es dort natürlich nicht. Immerhin war ein Fernsehgerät vorhanden. Man durfte allerdings nur am Wochenende fernsehen und es gab auch nur ein Programm.

Katastrophales Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem und die Infrastruktur in Äthiopien sind katastrophal. Es gibt kaum psychiatrische Kliniken und wenn, dann erreichen die Menschen diese oft nur sehr schlecht. Krankenkassen gibt es dort auch nicht. Meine Mutter musste meinen Klinikaufenthalt selbst bezahlen. Im Monat musste sie 400 Birr (umgerechnet etwa 12 Euro) bezahlen, was dem Lebensunterhalt für reiche Leute entspricht. Meine Mutter konnte den Aufenthalt nur bezahlen, da meine Schwester aus Deutschland immer Geld schickte. Zum Vergleich: Mein (mittlerweile verstorbener) Vater hatte damals als Rente 85 Birr (ca. 2,5 Euro) monatlich bezogen.

Krankheitsverständnis und Behandlung

Ausgebildete Ärzte mit Psychiatriekenntnis gibt es in Äthiopien kaum. An sich gibt es nur wenige stationäre Betten in Äthiopien und somit auch lange Wartezeiten für Patienten. Wenn Menschen psychotisch werden, heißt das oft, dass sie einen „bösen Blick“ haben. In Äthiopien glaubt man, dass dieser Blick ansteckend sein könnte und so werden Betroffene häufig einfach weggesperrt. Man glaubt auch, dass Dämonen oder böse Geister dies hervorrufen. Als Heilmittel hierfür gibt es dann bei einem Heiler oder auch in Kliniken „heiliges Wasser“, entweder auf den Körper geträufelt, oder man trinkt es. Ist man in einer Klinik und zeigt aggressives Verhalten oder verweigert die Medikamente, die man zusätzlich zum heiligen Wasser einnehmen soll, wird man mit einem Gummiknüppel geschlagen. Manchmal wird man auch mit Handschellen an Händen und Füßen gefesselt und in dem Raum, in dem die anderen auch sind, liegen gelassen. Wenn man versucht, sein Verhalten zu erklären, bekommt man manchmal auch einfach „nur“ eine Spritze gegen seinen Willen.

Das ganze musste ich geschlagene 9 Monate über mich ergehen lassen. Zusätzlich zu der „Behandlung“ mit heiligem Wasser erhielt ich viele alte Psychopharmaka. In Äthiopien haben sie geglaubt, mich von bösen Geistern zu befreien.

In Deutschland konnte ich endlich richtig behandelt werden. Die „Behandlung“ in Äthiopien hat es alles nur noch schlimmer gemacht. Es kam mir so vor, als würde ich nur noch verrückter werden. Es war ein einziges Missverständnis, was ich den Menschen zu erklären versuchte, aber was nichts half...

Deutsche Psychiatrie im Vergleich

Ich wollte wieder zurück nach Deutschland. Irgendwann schwieg ich einfach nur und meine Mutter holte mich aus der Psychiatrie. Ich flog dann nach Italien und von dort aus fuhr ich mit der Bahn wieder nach Deutschland. In Frankfurt kam ich in die Uniklinik, wo die Medikamente umgestellt wurden und es mir schnell wieder besser ging. Die deutsche Psychiatrie ist viel besser und man kann sie absolut nicht mit der in Äthiopien vergleichen. Die medizinische Versorgung, die hygienischen Zustände, der Umgang mit psychisch kranken Menschen, die unterschiedlichen Therapien (Ergotherapie, Bewegungstherapie,...) oder auch die Gespräche und die Psychotherapie sind wichtige Dinge, die in Deutschland zur Genesung beitragen. Ich glaube, Deutschland ist für psychisch kranke Menschen das beste Land.

Asseged Bedane
(ehemaliger Patient)



5 Fragen an Prof. Dr. Markus Steffens



Prof. Dr. Markus Steffens
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie, Sozialmedizin

zische Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung war ich gutachterlich und beratend tätig. In Nordhausen am Südharz lehrte und forschte ich als Professor für Sozialmedizin. Seit September letzten Jahres bekleide ich an der Katholischen Hochschule Mainz eine Stiftungsprofessur. Derzeit bin ich noch Chefarzt der Abteilung 2 für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Rheinhesen-Fachklinik in Alzey und freue mich, ab Juni mit Ihnen zusammenarbeiten zu dürfen.

Sie haben an der Klinikweihnachtsfeier der Mitarbeiter bereits einige Einblicke in Ihr Leben gegeben. Wie beeinflussten Krieg, Gefangenschaft, Flucht und Neuanfang in der Pfalz Ihrer Eltern Ihr Leben?

In meiner Kindheit erzählten meine Eltern und weitere Verwandte aus deren Ursprungsfamilien häufiger von besonderen und belastenden Erlebnissen aus dieser Zeit. Dies beeindruckte mich immer wieder und hat sicherlich an einigen Ecken meine persönliche und berufliche Entwicklung beeinflusst. Heute denke ich, dass diese Themen meiner Eltern, und damit auch meiner Kindheit und Jugend, mir helfen, ein größeres Einfühlungsvermögen für Menschen zu entwickeln, welche existenzbedrohende, potentiell traumatisierende oder einschneidende lebensverändernde Erfahrungen sammeln mussten, Fremdsein und vielleicht auch Ungewolltsein erleben.



5 Fragen...



Einer Ihrer Schwerpunkte ist transkulturelle psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Vor welchen Herausforderungen steht die Psychiatrie im Umgang mit Menschen, die einen Migrationshintergrund besitzen und wie kann die Psychiatrie diesen Herausforderungen gerecht werden?

Vermutlich müssen wir in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung etwas unterscheiden zwischen Menschen mit einem weiter zurückliegenden biographischen, und solchen mit einem aktuellen Migrationshintergrund. Eine besondere Herausforderung stellt derzeit in Deutschland sicherlich die hohe Zahl geflüchteter Menschen mit unklarer Bleibeperspektive dar. Diese Menschen leiden häufiger an Traumafolgestörungen – mit Traumatisierungen im Herkunftsland, traumatischen Erfahrungen während der Flucht und Retraumatisierungen bzw. Post-Migrationsstress in Deutschland. Eine Reihe der Betroffenen haben aber auch vorbestehende psychische Erkrankungen. Fehlende oder unzureichende Integration in Deutschland geht mit dem Risiko weiterer psychischer Erkrankungen oder ungünstigen Krankheitsverläufen einher. Die Migration kann einen Risikofaktor für psychische Erkrankungen darstellen. Sowohl in zurückliegenden als auch in aktuellen nationalen

und internationalen Flüchtlingskrisen zeigt sich ein sehr hoher Bedarf an psychiatrischer, und darüber hinaus an psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfe. Leider erfolgt der erste professionelle Kontakt häufig sehr spät, öfter erst bei zugespitzter psychischer Belastung. Diese späte erste Kontaktnahme lässt die Gefahr ansteigen, dass gerade die psychischen Erkrankungen mittel- und langfristig wesentliche Hindernisse beim Zugang zu Bildung und Erwerbstätigkeit bilden und mit einer geringen Integration einhergehen. Für geflüchtete Menschen ergeben sich häufig durch die Migration Veränderungen in der Rolle innerhalb ihrer Familie oder ihres sozialen Gefüges, welches ebenfalls bedeutsam für die Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung sein kann.

Um den Herausforderungen gerecht zu werden, ist neben einer grundsätzlichen Offenheit für die Bedarfe dieser geflüchteten Menschen und entsprechender Hilfsbereitschaft auch eine hohe sprachliche, kulturelle und öfter auch religiöse Kompetenz wichtig – dies gerade bei öfter „fremd“ wirkenden Krankheitskonzepten und Symptomwahrnehmungen sowie bei sich unterscheidender Akzeptanz von Therapiemaßnahmen. Neben sehr hilfreichen persönlichen Sprach- und Kulturkompetenzen auf professioneller Seite werden auch gute Erfahrungen mit Telefon- oder Videodolmetschen gesammelt. Parallel zur Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung und erlittenen traumatischen Ereignissen ist eine gute Vernetzung der Psychiatrie mit Ehrenamtlichen sowie weiteren Interventionsangeboten anderer Institutionen bei der Bewältigung der neuen und unvertrauten Lebensumstände hilfreich. Um die Zusammenhänge zwischen der psychischen Erkrankung und einem laufenden Asylverfahren besser zu verstehen, müssen die Professionellen der psychiatrischen Versorgung kontinuierlich ihre Haltung reflektieren und immer wieder neu eine Balance zwischen einer gewissen Distanz und bedingungsloser Wertschätzung innerhalb der therapeutischen Beziehung herstellen.

Sie sind ebenfalls Fachmann, was das Thema Resilienz angeht. Was bedeutet Resilienz eigentlich genau und wie kann diese gefördert und gestärkt werden?

Resilienz könnte übersetzt werden mit Spannkraft, Widerstandsfähigkeit oder Elastizität. Sie ist eine Art Schutzschirm des Menschen, der sie weitgehend krisenfest macht. Der Kern der Resilienz ist das unerschütterliche Vertrauen in die Fähigkeit, das eigene Leben gestalten zu können. Hierbei geht es um eine Verbindung von Krisenbewusstsein und dem Potential für Lösungsmöglichkeiten. Resilienz beinhaltet beispielsweise die Fähigkeit Emotionen einzuschätzen und zu regulieren, oder die Fähigkeit an Herausforderungen zu wachsen. Eine wichtige Bedeutung kommt hier neben persönlichen Schutzfaktoren auch einem tragfähigen Beziehungsnetz zu. Die Resilienz kann beispielsweise durch eine Förderung und Aktivierung sozialer Unterstützung und familiärer Beziehungsqualität sowie Einbindung in prosoziale Gruppen gestärkt werden. Auf der persönlichen Ebene kann z.B. neben besonderen Begabungen und positiver Lebenseinstellung auch gelebter Glaube förderlich sein. Stärkung setzt nicht nur an persönlichen und familiären Faktoren, sondern z.B. auch an Möglichkeiten im Ausbildungs- oder Arbeitsumfeld und an gesellschaftlich-kommunalen Kompetenzen an.

Welchen Stellenwert ordnen Sie der Sozialen Psychiatrie zu?

Als Sozialmediziner und Sozialpsychiater schlägt mein Herz natürlich für die sozialen Ursachen und die sozialen Folgen von psychischer Gesundheit bzw. Krankheit. Früher wurde im Sinne eines Münzenmodells ja gerne von den zwei Seiten beispielsweise einer Depression gesprochen: der körperlichen und der psychischen Seite. Dabei finden Genetik, Hirntätigkeit, körperliche Auslöser, Entwicklungen in Kindheit und Jugend, psychische Belastungen und Persönlichkeit zu Recht wichtige Beachtung. Dort setzen auch die wichtigen Behandlungsprinzipien der Psychotherapie und medikamentösen Therapie an. Aber um dem Menschen im bio-psycho-sozialen Sinn gerecht zu werden, muss diesem zweidimensionalen Modell mindestens noch eine weitere Dimension hinzugefügt werden: die soziale Dimension. Dann finden im Sinne von Auslösern und Folgen z.B. auch Verluste von Bezugspersonen, Beziehungskrisen,

Arbeitsüberlastungen oder -verluste, finanzielle Schwierigkeiten, Beeinträchtigungen in der Familie oder Stigmatisierungen eine entsprechende Berücksichtigung in der Therapieplanung und bei Interventionen.

Was und wie können Psychiatrie und Gesellschaft gegen die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen und zur Prävention psychischer Erkrankungen beitragen?

Hilfreich sind sicherlich sachlich-hilfreiche Darstellungen psychischer Erkrankungen und derer Behandlungsmöglichkeiten in der Öffentlichkeit, Proteste gegen öffentliche stigmatisierende Vorurteile oder Darstellungen sowie psychoedukative Angebote in Form von Vorträgen, Büchern, Videos und Präventionsveranstaltungen im öffentlichen Raum. Psychische Erkrankungen können jeden Menschen treffen – unabhängig von Alter, Herkunft, Religion, sozialem Status, Familienstand, Berufstätigkeit ..., auch denjenigen Menschen, der bisher noch nicht davon betroffen war. Die gute Botschaft ist, dass die psychische Erkrankung behandelbar ist. Aber sehr wahrscheinlich am hilfreichsten gegen öffentliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung – mit entsprechenden bewertenden Gedanken, emotionalen Bewertungen und Verhaltensreaktionen – ist die Herstellung von Kontaktmöglichkeiten von Allgemeinbevölkerung und Betroffenen. In der Prävention – sowohl in der primären, als auch in der sekundären, wenn also schon erste Symptome aufgetreten sind, und tertiären Prävention im Sinne der Rückfallvorbeugung – spielt die vorhin schon erwähnte Stärkung von Resilienz- oder Schutzfaktoren auf persönlicher, familiärer, sozialer, organisational-betrieblicher und kommunaler Ebene eine sehr wichtige Rolle.

Vielen Dank für das Gespräch. Wir wünschen Ihnen einen guten Einstieg als neuer Chefarzt und freuen uns schon sehr, Ihre Bekanntschaft zu machen.

Ganz herzlichen Dank. Ich freue mich ebenfalls sehr auf Sie und unsere gemeinsame Arbeit.



Dein Christus ist ein Jude
Dein Auto ist ein Japaner
Deine Pizza ist italienisch
Dein Mittagmahl ist chinesisch
Dein Champagner ist französisch
Deine Demokratie ist griechisch
Dein Kaffee ist brasilianisch
Dein Urlaub ist türkisch
Deine Schrift ist lateinisch

Und Dein Nachbar ist nur ein Ausländer?

(unbekannter Autor)



An Kultursensibilität führt kein Weg vorbei!

Für mich als Bewegungstherapeut beginnt Kultursensibilität meistens mit dem Lernen eines neuen Namens, der meiner fränkischen Zunge alles abverlangt. Oft übe ich einige Wochen, um den richtigen Sound zu erwischen. Vielen Menschen in einer fremden Kultur ist es irgendwann egal, wie falsch ihr Name ausgesprochen wird, weil sie in der neuen Kultur einfach nicht den Anspruch aufrechterhalten können, heimische Töne zu hören.

Kulturen und Bewegung

Bei der Bewegung ist es dann leichter – denkt man. Der Ball ist rund – auf der ganzen Welt ist das so. Weltmeisterschaften und Olympische Spiele lassen darauf schließen, dass sportliche Bewegung multikulti ist. Und gleichzeitig wird deutlich, welche bevorzugten Sport-/Bewegungsarten sich in unterschiedlichen Kulturen vorzugsweise entwickelt haben. Wer in den Bergen groß wird bringt eine andere Erfahrung für Bewegung mit als derjenige, der am Meer, oder in der Wüste aufwächst. Klima und Landschaft prägen unsere Kultur, prägen uns.

Wenn Menschen in Bewegung geraten, ist das individuell und gleichzeitig kulturgeprägt. Wenn sie nicht in Bewegung geraten gilt das gleiche. Je mehr wir uns wie ein Fisch im Wasser fühlen, desto natürlicher bewegen wir uns. Kultursensibilität hat dann etwas mit der folgenden Frage zu tun: Wann bewegt sich ein Mensch in seiner Komfortzone, in seinem kulturellen Selbstverständnis und ab wann betritt er fremdes, eher unsicheres Land?

Musik in der Bewegungstherapie

Eindrücklich ist das, wenn sich eine Gruppe zu Musik bewegt. Jeder hat seine eigene Art auf diese gemeinsame Vorlage zu reagieren. Und wenn die Musik ein verschüttetes „kulturelles Erbe“ wach küsst, verwandelt sich ein gerade noch tief trauriger Zeitgenosse in eine Quelle von Begeisterung und Bewegtheit. Ein anderer wird still und steif, weil Scham und Unsicherheit überwiegen.

Kultur im Kleinen entsteht ja oft auf die Weise, wie es eine bekannte Weisheit formuliert:

Sähe einen Gedanken – und du erntest eine Tat.

Sähe eine Tat – und du erntest eine Gewohnheit.

Sähe eine Gewohnheit – und du erntest einen Charakter.

Sensibilität für die unterschiedlichsten „Beweggründe“ zu entwickeln ist nicht immer einfach, aber sehr aufschlussreich.

Sicherheit ist individuell

Ein Modul in der Körpertherapie heißt: „Baue dir einen angenehmen, sicheren Ort im Raum“. Jeder der Teilnehmenden entwickelt in kürzester Zeit eine klare Vorstellung, was Sicherheit bietet. Nicht selten sind es Menschen aus anderen Kulturen, die dann meine eigene Vorstellung von Sicherheit hinterfragen und meinen Horizont erweitern. Aber auch meine engsten Mitmenschen verhalten sich bei diesem Thema höchst unterschiedlich. Ist es in der Ecke sicher, oder doch eher mitten im Raum?

Brauche ich eine Waffe, oder löst das eher Feindseligkeit in meiner Umgebung aus und dient nicht meiner Sicherheit? Brauche ich eine Art von Grenzen, um mich sicher zu fühlen? Und was passiert mit meiner Umgebung, wenn ich keine habe? Suche ich mir bewusst bestimmte Nachbarn für diesen Ort, oder achte ich darauf möglichst weit von allen anderen zu bauen? Guck ich, was die anderen machen, damit ich das gleiche mache? Fühle ich mich am sichersten, wenn mich keiner sieht, oder gerade umgekehrt?.....

Von „Artgerechtigkeit“ und „Mischkultur“

Aufgrund der Vielfalt der verschiedenen „Sicherheitskonzepte“ wird schnell klar, dass die „artgerechte Haltung“ beim Menschen eine besondere Herausforderung ist. Klar wird auch, dass es keinen Weg an mehr Kultursensibilität vorbei gibt, um nicht der Vorstellung einer „Einheits-Monokultur“ zu erliegen, in der es zwar vielleicht bequem, aber sicher nicht „artgerecht“ zugehen würde.





Der Glaube kann Berge versetzen

Nach einer tiefen Krise zurück ins Leben

Im September 2017 hab ich mich entschlossen, nein so ganz richtig wäre diese Aussage nicht, meine Lebenssituation hat es mir unmöglich gemacht, ohne professionelle Hilfe den Alltag zu bewältigen. Und somit hat mich eine liebe Person in die Hohe Mark gefahren. Zuvor im Februar hat sich mein Bruder selbst getötet. Davor wurde mir ein schwerer Bandscheibenvorfall diagnostiziert. Ich bin Krankenschwester und habe viele Jahre auf einer Intensivstation gearbeitet. Mit diesem Befund war mir recht schnell klar, dass das in Zukunft nicht mehr mein Arbeitsplatz sein kann. Als ich dann am 21.9. erfahren habe, dass mein bester Freund sich ebenfalls das Leben genommen hat, ist mir der Boden unter den Füßen verloren gegangen. All meine nachvollziehbaren, aber auch zum Teil ungesunden Mechanismen, den Tod meines so sehr geliebten Bruders zu verkraften, waren nun dahin bzw. haben nicht mehr gegriffen. Recht rasch war klar, dass ich das alleine nicht schaffen kann.



Die erste Erleichterung

In der Hohen Mark angekommen, fühlte ich mich direkt erleichtert. Hier waren sie, die Profis, die mir nun helfen konnten Stück für Stück wieder zu mir zu finden. Ich bin ja Krankenschwester, mein Bruder hat mich sehr selten „meine kranke Schwester“ genannt. Und da war ich nun auf der Akutaufnahmestation einer psychiatrischen Klinik. Nachdem ich von zwei tollen Pflegekräften aufgenommen wurde und danach das Aufnahmegespräch mit der diensthabenden Ärztin stattgefunden hatte, war es schon Zeit eben die Tasche im Zimmer abzustellen und mich in den Aufenthaltsraum zu begeben. Dort herrschte schon Betrieb. Die Tische wurden gedeckt und in der Küche waren einige Mitpatienten am Wuseln.

Der Stellenwert der Mitpatienten

Da kam ein Mann auf mich zu, reckte mir die Hand entgegen und meinte: *„Hallo, Sie sind sicher eine neue Pflegekraft.“* Ich sagte nur knapp: *„Schwester bin ich ja, aber ich bin Patientin hier“*, und gedacht hab ich mir: *„Klar, mit dem stimmt was nicht, er muss doch sehen, dass meine Tränensäcke bis zur Mitte meiner Wangen gehen.“* Dieser Mann wurde mir zum liebsten Mitpatienten auf Station.

Insgesamt muss ich sagen, dass die Mitpatienten eine ganz wichtige Rolle für mich hatten. Verbringt man doch auf einmal sehr viel Zeit gemeinsam, obwohl man sich nicht kennt, und doch lernt man sich rasch besser kennen. Schneller als man „draußen“ im „normalen“ Leben jemanden kennenlernt. Alle sitzen wir in einem Boot. Für mich gab es keine Sekunde den Gedanken „mich verbindet nichts mit den anderen.“ – Nein! Ich hatte im Verlauf der Zeit sogar das Gefühl uns verbindet so vieles... am allermeisten das feine Gespür für das Gegenüber. Außerdem waren wir uns sicher häufig unbewusst Co-Therapeuten, haben aufeinander achtgegeben und uns, soweit das eben der jeweiligen Person möglich war, gegenseitig unterstützt.

Der Glaube kann Berge versetzen

Ein ganz wichtiger Moment für einen Teil der Verarbeitung der Ereignisse war mein Gang hinter die Klagemauer auf dem Klinikgelände. Nun, nicht jeder glaubt – ich tue dies aber mit mittlerweile wieder großer Überzeugung. Und so habe ich mich auch in der zweiten Woche meines Aufenthaltes getraut zu klagen. Die aufnehmende Ärztin hatte mich beim Gespräch gefragt, ob ich denn gläubig sei. „Ja“, antwortete ich knapp. Manchmal hatte ich kurzzeitig rechte Wut auf Gott. Was die Logik betrifft war mir aber klar, dass ‚Gott‘ weder etwas für meinen Bandscheibenvorfall konnte, noch für den Selbsttod der beiden. Als ich wieder hinter der Mauer hervorkam fühlte ich mich direkt irgendwie erleichtert. Wenn man das nun so liest, könnte man meinen: „Das klingt ja recht einfach. Man geht hinter eine Mauer, spricht sich seine Gedanken von der Seele und schwupps geht es einem besser“. Ich glaube, bei mir war es ein Prozess. Bei vielen Spaziergängen auf dem wunderschönen Klinikgelände bin ich ja schon an der Klagemauer vorbei gelaufen, aber war eben noch nicht bereit „dahinter“ zu gehen – mich der Tatsache zu stellen, die Schmerzen anzunehmen, wie sie nun mal da waren und vor allem zuerst Martin und im Verlauf auch meinem Bruder zu verzeihen, nicht ohne auch meine Wut zu formulieren, hier unten auf der Welt nun nichts mehr klären zu können. Diese Chance hatte mir Martin, mit dem ich zum Zeitpunkt seines Suizids einen Streit hatte, genommen.



Dankbarkeit

Die verschiedenen Therapien, und vor allem auch wohl die unglaublich schöne Lage der Klinik, haben mir beim Heilwerden geholfen. Allen Menschen die während meines Aufenthalts in der Hohen Mark für mich da waren, sei auch auf diesem Weg nochmal DANKE gesagt. Es lässt sich nicht in Worte fassen, Menschen um sich zu haben, die in einer Zeit ansprechbar sind, wo Familie und Freunde eben alleine nicht ausreichen, um wieder den Blick in die richtige Richtung zu finden. Auch wenn heute mein Leben eben einfach nicht mehr das Gleiche ist, ist es nun doch wieder lebenswert und ich sehe klarer als vor meinem Aufenthalt.

Christine Kilgenstein
(ehemalige Patientin)



„Habe nun, ach! Philosophie, Juristerei und Medizin, und leider auch Theologie! Durchaus studiert, mit heißem Bemühn. Da steh ich nun, ich armer Tor! Und bin so klug als wie zuvor.“

Das sind die Anfangsverse des Gelehrten Faust in Goethes wohl berühmtester Tragödie. Ähnlich wie Faust erging es mir im Sommer 2017 nach meinem bestandenen Abitur. Ich stürzte zwar nicht, wie Faust es tat, in eine tiefe Sinnkrise, jedoch fehlten uns beiden jegliche Zukunftsvisionen vom (akademischen und beruflichen) Leben. Nach 12 Jahren durchlaufener Schulbahn war ich plötzlich an dem Punkt angekommen, jegliche Freiheiten zu besitzen, aber gleichzeitig auch mit diesen überfordert zu sein. Ich entschied mich schlicht und einfach für ein „Orientierungsjahr“, in dem ich echte Lebens- und Arbeitserfahrungen machen, viel für mich mitnehmen und mich in meinen Interessensbereichen ausprobieren durfte. Die Entscheidung ein dreimonatiges Praktikum auf der akutpsychiatrischen Station T1 in der Klinik Hohe Mark zu absolvieren, war wohl eine der bereicherndsten, außergewöhnlichsten und interessantesten Erfahrungen meines 18 Jahren jungen Lebens.

Verschiedene Aufgabenbereiche

Schon von Anfang an fühlte ich mich wohl und gut aufgehoben in meinem Team – wurde herzlich begrüßt und meine Aufgabenbereiche nach und nach ausgeweitet. Meine Tätigkeiten umfassten die stationäre Pflege sowie Betreuung von Patienten/innen. Als ich angefangen habe in der Klinik zu arbeiten, wurde mir erst einmal bewusst, was es wirklich heißt, in der akutpsychiatrischen Pflege tätig zu sein. Natürlich habe ich Aufgaben übernehmen können, die auch in somatischen Kliniken üblich sind (z.B. Hilfestellung bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, Durchführung und Dokumentation der Vitalzeichenkontrolle...). Jedoch fokussierte sich die Arbeit als Pflegepersonal viel mehr darauf, die Kontaktpflege mit den Patienten/innen zu erhalten sowie zu fördern, sie in Aufgaben des eigenständigen Lebens wieder einzuführen und sie in Gruppenaktivitäten einzubinden. Alle 12 Wochen waren klar strukturiert mit Mahlzeiten, Therapien und anderen Aktivitäten, jedoch ähnelte kein Tag dem anderen. Ein gemütlicher Nachmittag, an dem mit Patienten/innen musiziert, Tee getrunken und Gesellschaftsspiele gespielt worden sind, konnte von der einen auf die andere Sekunde sehr spannend und stressig werden.

Auf Akut zu arbeiten wurde nie langweilig!

Erfahrungen, die meine Welt veränderten

Die doch sehr neuen, eindringlichen und manchmal sehr traurigen Ereignisse, die ich erfahren habe, konnte ich mit meinem Team gut nachsprechen und nachvollziehen. Ich war nie auf mich allein gestellt. Dies hat mir die Verarbeitung meines Praktikums sehr erleichtert. Ich habe außerdem auch sehr viele schöne Momente und Spaß mit meinem Team und mit den Patienten/innen erleben können, in denen wir viel gelacht, gescherzt und herzliche Gespräche geführt haben. Allerhand habe ich auf Taunus 1 gelernt. Die sehr vielen neuen Eindrücke und Erfahrungen über Menschen, die Welt und mich selbst haben großen Einfluss darauf gehabt, wie ich die Welt nun sehe.

Noch dazu hat die Zeit viele weitere Fragen und Denkanstöße bei mir ausgelöst, mit denen ich mich nach meinem Praktikum weiter beschäftigen möchte:

- Wie kann man mit der Stereotypisierung psychisch kranker Menschen umgehen, wenn sogar auf anderen Stationen der Klinik schon vorurteilsbelastete Vorstellungen über beispielsweise den Akutbereich herrschen?
- Wie kann man chronisch psychisch erkrankte Menschen in unser existierendes Gesundheits- und Sozialwesen integrieren, wenn sie sich gerade davon bewusst versuchen zu entziehen?

- Welche neurologischen Prozesse führen zu bestimmten psychischen Krankheitsbildern, wenn es sich bei dem Auslöser nicht um eine substanzielle Beeinflussung der Botenstofffunktion handelt?

Zum Schluss möchte ich mich bei meinen Kollegen/innen und den Patienten/innen für die Geduld, Mühe und die gute Zeit bedanken.

Fiona Tilghman
(ehemalige Praktikantin)



Eindrücke aus der Kreativabteilung

Diese Kunstwerke sind alle von Patienten im Rahmen der Ergotherapie in der Klinik Hohe Mark entstanden.



Rezept „Lahmacun“



Tanja Martinek und die Teilnehmerinnen der Kochgruppe auf Station Taunus 2



Die Zutaten für die Füllung sehr klein hacken und alles zusammen in einer Schüssel vermischen.
Den Teig zu kleinen Pizzen ausrollen und bis zum Rand mit der Füllung bestreichen.

Backofen auf 180 Grad vorheizen und Lahmacun 10 Minuten backen.

Restliche Petersilie (Koriander) und Zwiebel kleinhacken und die Teigfladen damit belegen, dann aufrollen und es sich schmecken lassen.



Sprichworträtsel von T.W.

Welche Sprichwörter verbergen sich hinter den Karikaturen?



Auflösung:
1) Liebe macht blind.
2) Reden ist Silber, Schweigen ist Gold.



Peter bringt aus seinem Urlaub einen Papagei mit und soll ihn verzollen. Der Zöllner liest laut aus den Bestimmungen vor: „Papagei ausgestopft: zollfrei. Papagei lebendig: 300 Euro.“ Da krächzt der Vogel aus dem Käfig: „Leute, macht jetzt bloß keinen Mist!“

Humorecke

Patient beim Psychiater: „Ich habe jede Nacht den gleichen Traum.“
„Erzählen sie doch mal!“ , ermutigt dieser seinen Patienten.
„Nun, ich stehe vor einem Tor, wo ein Schild hängt. Ich drücke und drücke, aber das Tor geht einfach nicht auf!“
„Interessanter Traum...“, meint der Psychiater, „Was steht denn auf dem Schild?“
„Bitte ziehen!“

Fragt ein Arzt einen Patienten:
„Warum rennen Sie denn jetzt aus dem Operationssaal?“
Patient: „Die Schwester hat gesagt: Regen Sie sich nicht auf, das ist nur eine einfache Blinddarm-Operation. Sie werden das schon schaffen.“
Arzt: „Und was ist daran jetzt so schlimm?“
Patient: „Sie hat es nicht zu mir, sondern zum Chirurgen gesagt.“

Der Arzt sagt vorwurfsvoll zum Privatpatienten: „Ihr Scheck ist zurückgekommen.“ Daraufhin der Patient: „Mein Rheuma auch.“

Sie: „Ich mag Männer mit einer tollen Persönlichkeit.“
Er: „Wirklich? – Ich habe mehrere!“
Sie: „Wie meinst du das jetzt?“
Er: „Ach schon gut. Du brauchst nicht auf ihn zu hören.“

Was steht auf dem Grabstein eines Mathematikers?
„Damit hat er nicht gerechnet.“

Kai: „Du, Max, ich war schon immer ein ganz schön kluges Kind. Ich konnte schon vor meinem ersten Geburtstag laufen.“
Max: „Das nennst du klug? Ich habe mich bis zu meinem sechsten Lebensjahr tragen lassen.“



Neues Redaktionsmitglied

Nachdem Sr. Gerda Schäfer ihren Arbeitsbereich gewechselt hat und nun nicht mehr im Akutbereich der Klinik Hohe Mark tätig ist, haben wir mit dem erfahrenen Gesundheits- und Krankenpfleger Rudolf Wenz einen würdigen Nachfolger für unser Redaktionsteam gefunden. Sie dürfen sich künftig auf seine spannenden und interessanten Beiträge freuen.

Auszeichnung für das TAUNUS MAGAZIN

Beim letztjährigen Pflegepreis der Bundesfachvereinigung Leitender Pflegekräfte in der Psychiatrie e.V. (BFLK) des Landesverbands Hessen belegte das TAUNUS MAGAZIN den 3. Platz. Der BFLK prämiiert alle zwei Jahre Projekte aus der Psychiatrischen Pflege.

Das Preisgeld von 200 Euro spendete das Redaktionsteam im Namen der Klinik Hohe Mark an ein besonderes Projekt von World Vision. Das Geld wurde in ein Lama investiert, welches einer Familie in Bolivien zugutekam.



Pflegedienstleiter Viktor Maul (2.v.l.) nahm den Preis entgegen (Foto ©BFLK)

Neuer Chefarzt in der Klinik Hohe Mark

Der bisherige Chefarzt Prof. Dr. Arnd Barocka verabschiedet sich im Juni in den Ruhestand. Seine Nachfolge tritt Prof. Dr. Markus Steffens an.



Prof. Dr. Steffens bei der Klinikweihnachtsfeier

Neuer Ärztlicher Direktor wird ab Juni Dr. Martin Grabe, Chefarzt der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik.

Great place to work

Im Rahmen einer bundesweit durchgeführten Mitarbeiterbefragung zum Thema „Beste Arbeitgeber im Gesundheits- und Sozialwesen“ erreichte die Klinik Hohe Mark im Jahr 2017 von 177 Einrichtungen (davon 68 Kliniken) den 5. Platz und darf sich somit als „Great place to work“ bezeichnen. Zudem belegte die Klinik beim Wettbewerb „Beste Arbeitgeber in Hessen“ in der Kategorie „250 – 1000 Mitarbeitende“ den erfolgreichen 3. Platz.



Die Abgeordnetendelegation der Klinik

Fest der Begegnung

Am 16. und 17. Juni findet in der Klinik Hohe Mark das Fest der Begegnung unter dem Motto „Wie ein Baum“ statt. Es startet am Samstag um 19:30 Uhr mit einem Eröffnungskonzert von Arne Kopfermann. Am Sonntag dürfen interessierte Besucher verschiedene Veranstaltungen auf dem Klinikgelände erwarten: u.a. Gottesdienst, Festkonzert von Sefora Nelson, Vorträge, Seminare und ein Kinderprogramm.



Theater im Park

Vom 13. Juli bis 18. August findet auf der Freilichtbühne des Klinikgeländes wieder das Theater im Park statt. In dem Zeitraum wird jeweils freitags und samstags ab 20 Uhr (Einlass ab 19 Uhr) „Don Quijote und Sancho Pansa“ aufgeführt. Der Klassiker wird vom Kultur- und Sportförderverein Oberursel e.V. vorgetragen.

Kartenbestellung ist unter folgender Telefonnummer möglich: 06171 / 502 467

13. Zimmersmühlenlauf in Oberursel

Am 30. August 2018 findet der 13. integrative Zimmersmühlenlauf in Oberursel statt. Veranstaltet wird das Event von den Oberurseler Werkstätten. Der Lauf beginnt mit einem Integrationslauf für Menschen mit Handicap (1,5 km). Im Anschluss daran beginnt der Hauptlauf. Dort kann entschieden werden, ob man 6 km (4 Runden á 1,5 km) im Joggingmodus bestreiten möchte, oder lieber 3 km (2 Runden á 1,5 km) Nordic Walking. Das Startgeld beträgt 8 Euro (für Patienten und Mitarbeiter wird das Startgeld von der Klinik Hohe Mark übernommen). Der Reinerlös geht an die Oberurseler Werkstätten.

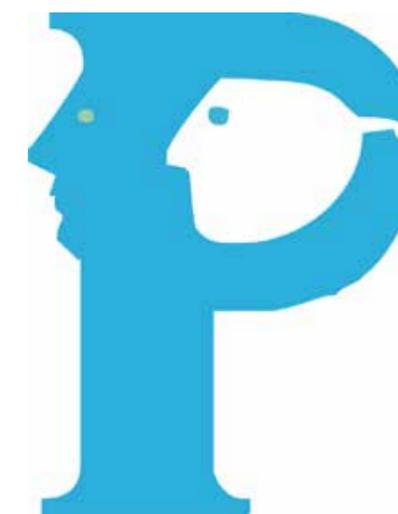
Weitere Informationen finden Sie hier: www.zimmersmuehlenlauf.de



Frankfurter Psychiatrie-Woche

Die 30. Psychiatrie-Woche findet in diesem Jahr vom 6. – 14. September statt. Hier beteiligen sich die verschiedenen Einrichtungen und Träger der psychosozialen Versorgung des Frankfurter Raumes mit verschiedenen Veranstaltungen. Die öffentlichen Veranstaltungen wollen u.a. über die verschiedenen Hilfs- und Unterstützungsangebote informieren.

Weitere Informationen finden Sie auf der Internetseite: www.psychiatrie-frankfurt-am-main.de





KLINIKEN

Klinik Hohe Mark



HOHEMARK.de