

beobachten – beaufsichtigen – kontrollieren



Als Krankenschwester in der Psychiatrie

Auf der letzten Jahrestagung der DGSP (Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) gab es eine Arbeitsgruppe „Frauen in der Psychiatrie“. Die 49 Teilnehmerinnen brachten eine Resolution ein, in der sie darauf aufmerksam machten, daß die soziale und psychische Situation der Frauen als krankmachender Faktor bisher zu wenig berücksichtigt werde und Frauen deshalb oft falsch diagnostiziert und therapiert werden. Die Frauen forderten den Vorstand (1. Vorsitzender ein Arzt!) auf, Beratungsstellen für Frauen zu unterstützen und neu geplante Projekte zu fördern. Dieser Resolution wurde mit großer Mehrheit zugestimmt.

Die Autorin des folgenden Berichtes war Mitglied dieser Arbeitsgruppe.

Seit zwei Jahren arbeite ich als Krankenschwester auf einer psychiatrischen Akutstation mit 16 Betten. Zu uns kommen Patienten in besonderen Krisen, viele nach einem Selbstmordversuch, mit schwersten seelischen Konfliktsituationen, z.B. Depressionen, Versagensgefühlen. Die meisten unserer Patienten sind Frauen. Ich glaube, daß

das nicht zufällig ist und habe im Laufe der Zeit beobachtet, daß es einen direkten Zusammenhang gibt zwischen den sogenannten „Geisteskrankheiten“ und Persönlichkeitsstörungen bei Frauen, und dem, was Frausein in unserer Gesellschaft bedeutet.

Von zahllosen Beispielen möchte ich die Geschichte von Frau Elisabeth K. herausgreifen, die mit der Diagnose „endogene Depression“ auf unsere Station kam. „Endogen“ bedeutet in der Theorie und Praxis der traditionellen Psychiatrie soviel wie „von innen heraus“, „angeboren“ und wird meist als unerklärbar hingestellt. Die Krankheit fällt gewissermaßen vom Himmel und gilt als unvermeidliches Schicksal.

Elisabeth K., 58 Jahre alt, kam zu uns in einem Zustand tiefster Depression und Hoffnungslosigkeit. Dabei äußerte sie immer wieder starke Schuldgefühle und Gedanken einer vernichtenden Selbstverachtung: „Ich bin ein Teufel, ich bin gar nichts wert, in mir ist die Hölle. Ich habe das Gefühl, alles brennt in mir und mein Kopf ist ganz gespalten“. Dieser quälende Zustand hielt über Wochen an, und es war ungeheuer schwierig, diese Gefühle zu durchbrechen und etwas über ihr früheres Leben zu erfahren.

Frau K. hatte mit ihrem Mann während des Krieges lange im Ausland gelebt. Sie selbst war dort Dolmetscherin gewesen und erst nach Kriegsende in die BRD zurückgekehrt. Als ihr Mann aus

der Kriegsgefangenschaft kam, hatten sich ihre Gefühle für ihn zum ersten Mal deutlich verändert. Sie überlegte damals, ob sie sich von ihm trennen solle, blieb aber doch bei ihm und widmete sich von jetzt an nur noch ihm und den drei Söhnen, die sie abgöttisch liebte. Die beruflichen Pläne, wieder als Dolmetscherin zu arbeiten, stellte sie damals zurück, weil sie ihre Hauptaufgabe darin sah, den Haushalt perfekt zu versorgen und für die Kinder da zu sein. Außerdem ließ ihr Mann sie deutlich spüren, daß er „seine Ordnung“ zu Hause brauche und sie es als seine Frau nicht nötig habe zu arbeiten.

Sie selbst schilderte ihn zunächst als sehr liebevoll und fürsorglich. Er tue alles für sie, und sie sei seiner gar nicht wert. Später wurde immer deutlicher, daß sie jahrelang bei jedem sexuellen Zusammensein Ekelgefühle spürte und unter der zunehmenden Isolierung von anderen sozialen Kontakten litt. Es entwickelte sich ein tiefer Groll, den sie sich nicht eingestehen und nur in Schuldgefühlen äußern konnte. Was in ihr „brannte“, war ein ohnmächtiger Appell ihrer, wie sie es selbst deutlich fühlte, gespaltenen Identität.

Ihr Zustand war auch durch Gespräche nur wenig zu beeinflussen. Eine „Besserung“ trat dann sehr plötzlich ein. Ihr Mann bekam einen grippalen Infekt, und gab ihr damit zu verstehen, wo ihre eigentliche Aufgabe war. Ihre Symptomatik trat zurück. Sie wollte entlassen werden, um ihn gesund zu pflegen.

Einer der behandelnden Psychiater meinte dazu: „Sie soll doch froh sein, daß sie so einen netten Mann hat. Ein anderer hätte sie längst zum Teufel gejagt.“

Frau K.'s Nöte und Ängste gelten als uneinfühlbar, schicksalhaft und letztlich „inadäquat“ (unangemessen). Die einzige Therapie ist, ihr das Leben mit Antidepressiva (Stimmungsaufhellern) wieder freundlicher zu machen. Als Therapieerfolg gilt meistens, wenn die Patientin ihre alte Situation mit neuen Augen sieht und Unterdrückung, Anpassung und Identitätsverlust fröhlicher akzeptiert. Männliche Psychiater sind dabei gern geneigt, sich mit unzufriedenen Ehemännern gegen ihre „verrückten“ Frauen zu verbünden.

Diese Arbeit heißt für mich als Krankenschwester:

- Stunden des Tages mit Menschen zu verbringen, die in der Institution Psychiatrie zu psychiatrischen Patienten werden,
- diese Menschen beaufsichtigen, beobachten, kontrollieren und beurteilen zu müssen,
- zu versuchen, mit ihnen neue Lebensalternativen zu finden und zu planen,

- mit denen sie in unserer Gesellschaft besser funktionieren,
 - sie zu Verhaltensänderungen zu ermutigen, die den gesellschaftlichen Normen angemessen sind,
 - ihnen Medikamente zu verabreichen, die von Ärzten viel zu oft und in zu hohen Dosen angeordnet werden, und dabei zu wissen, daß das immer ein Eingriff in die Persönlichkeit bedeutet,
 - mit ihnen umzugehen und zu sprechen, ohne eine Kontrolle darüber zu haben, ob dies oder jene Verhalten dem „Patienten“ schadet oder nützt,
 - sie in eine Umwelt zu entlassen, in der sie oft in kürzester Zeit aufs neue scheitern,
 - mich selbst den „therapeutischen“ Anordnungen und Ärzten unterwerfen, und sie ausführen zu müssen, bei denen ich mich fragen muß, wer deren Auswirkungen und Qualität eigentlich kontrolliert (z.B. Therapieplanung und Verordnung von Medikamenten),
 - nicht selten festzustellen, daß Ärzte Patienten dazu benutzen, ihre unkontrollierten Machtimpulse, Größenwahn und Allmachtsansprüche, kurz ihre massive Eigenproblematik auszuleben, mit dem Vergeben diagnostischer Etiketten an „Patienten“ zu kompensieren,
 - mit Repressionen vor allem von Seiten der männlichen Psychiater rechnen zu müssen, wenn man durch mühsam erkämpfte Fortbildungsmöglichkeiten seine Arbeit verbessern will und dann ironisch als „überqualifiziert“ auf seinen Platz (ganz unten) verwiesen wird,
 - daß einem letztlich klar wird, daß bestehende Verhältnisse aufrecht erhalten werden sollen, und daß gut ausgebildete Schwestern und Pfleger zu einer Bedrohung für wenig veränderungsfreudige Psychiater werden,
 - Handlanger von Machthabern einer Gesellschaftsordnung zu sein, denen bisher noch nichts Besseres einfiel, als Menschen, die sich anders verhalten als die meisten, auszugrenzen, einzusperren und im besten Fall an bestehende Verhältnisse anzupassen.
- Es gibt während der Arbeitszeit kaum Möglichkeiten, auftauchende Konflikte mit Kollegen, Ärzten oder Patienten zu bearbeiten. Die Supervision (Kontrolle) durch eine(n) speziell ausgebildete(n) Therapeuten(in) ist nicht gegeben. Finanzielle Mittel dafür werden nicht bewilligt. Sehr oft habe ich das Gefühl, daß wir in unseren Gesprächen mit den Patienten in die verschiedensten Richtungen steuern. Eigene Ängste und Probleme, die in Zusammenhang mit den Konflikten der Patienten auftauchen, müssen verdrängt oder abgewehrt werden. Das führt zu

einem Anstauen von Aggressionen, die auch das Verhalten gegenüber den Patienten negativ beeinflussen. Unstimmigkeiten im Team, z.B. zwischen Kollegen (innen), die Aufsicht und Kontrolle für ihre wichtigste Funktion halten und anderen, die Veränderung und Demokratisierung in der Psychiatrischen Klinik vorantreiben möchten, erschweren oft die Zusammenarbeit.

Ein Problem ist auch, daß unsere Ausbildung rein medizinisch ausgerichtet ist und fast ausschließlich den medizinischen Krankheitsbegriff vermittelt. Solange für „Krankheiten“ wie Schizophrenie und „endogene Depression“ unerklärbare, im Zweifelsfalle organische Ursachen angenommen werden, halten Schwestern und Pfleger es meist für ihre wichtigste Aufgabe, Medikamente zu verteilen und die armen „Verrückten“ zu beaufsichtigen, kontrollieren und zu beobachten. Mit der Diagnose bauen wir eine Mauer zwischen uns und den Patienten auf. Sie vermittelt das Gefühl, rätselhaftes Anderssein zu erfassen und damit auch zu beherrschen. Sie verstellt uns den Blick dafür, wer die (der) andere ist und wie wir sie (ihn) erreichen können.

Da ich innerhalb der Klinik keine Möglichkeit sehe, mich mit fortschrittlichen Konzepten und Methoden vertraut zu machen, versuche ich, in einer Therapiegruppe gemeinsam mit Frauen an meinen persönlichen Problemen zu arbeiten. Das vermittelt mir ein starkes Gefühl von Solidarität mit Frauen, die versuchen, ihre Situation zu reflektieren und gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

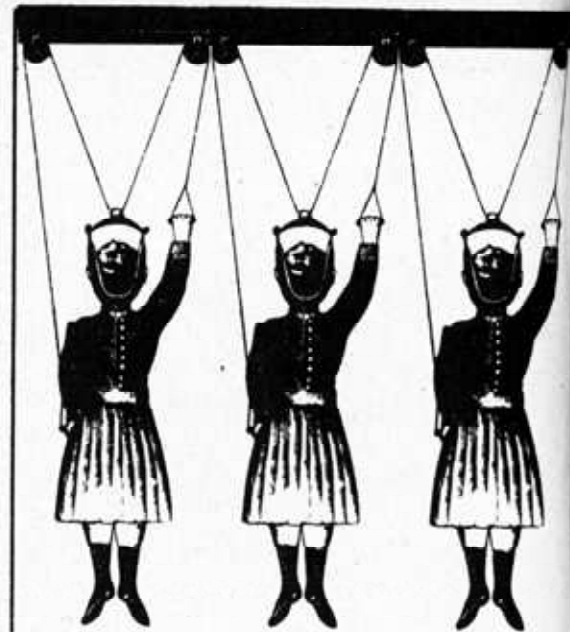
Später möchte ich noch eine therapeutische Zusatzausbildung machen, in der ich mich mit mir kritisch auseinandersetzen und Methoden erlernen möchte, die ich bei meiner Arbeit anwenden kann. Problematisch bleibt jedoch, daß es von den Ärzten abhängen wird, ob ich damit arbeiten darf.

Man kann mich mit Recht fragen, wie ich es mit mir vereinbaren kann, unter derart frustrierenden Verhältnissen weiterzuarbeiten. Diese Frage taucht bei mir nicht selten auf. Inzwischen weiß ich aber, daß es bei uns starke Bestrebungen gibt, die inhumanen Zustände in psychiatrischen Krankenhäusern zu beseitigen, und daß an Konzepten für eine bessere psychosoziale Versorgung intensiv gearbeitet wird.

Wichtig ist für mich, Solidarität zu lernen mit denjenigen, die bei uns heute noch als defekt und psychisch krank diskriminiert sind. Dabei habe ich erfahren, daß wir letztlich alle eine Gratwanderung machen.

Oft ist es nur Zufall oder glücklichere Bedingung, die darüber entscheiden, ob wir „draußen“ oder „drinnen“ sind.

Carola M.



Bericht einer Ärztin

Wer geht schon

Seit drei Jahren arbeite ich als Ärztin in psychiatrischen Krankenhäusern. Als ich meine Ausbildung anfang, nahm ich an, ich könne am besten meine (Selbst-)erfahrungen in therapeutische Arbeit umsetzen. Von den Oberärzten wurde ich sofort abgeblockt und darauf verwiesen, das Wichtigste an unserer Tätigkeit sei die Distanz zum Patienten. Diese hätten eben ein „verrücktes“ Innenleben, das mit unserem nicht vergleichbar sei. Deshalb dürfe man sich auch von noch so verständlich anmutenden Reaktionen nicht beeindrucken lassen. Ich müsse erstmal ein umfassendes Wissen über die vielfältige psychopathologische Beeinflussbarkeit erwerben.

Als bekannt wurde, daß ich mich um eine psychotherapeutische Ausbildung bemühte, wurde das als vermessene Ambition hingestellt. Ironische Bemerkungen über die typisch weibliche