

Handlungssituationen

Erleben von psychischen Krisen – Perspektiven einer Mutter auf die Begleitung ihrer Tochter



Inhaltsverzeichnis

I. Einordnung der Interviewsequenzen	2
Curriculare Einordnung	2
Reflexion zu Widersprüchen und Antinomien, die sich im Material zeigen	3
Hinweise zur Fallarbeit	4
Literatur	5
II. Handlungssituationen	6
„In dieser Zeit der Erkrankung habe ich beobachtet, dass sich wie so ein Film oder Schleier über meine Tochter gelegt hat“	6
„Es war ein langer Weg, bis mein Kind in die stationäre Psychiatrie aufgenommen wurde“	7
„Sie wurde nicht erhört und in ihren Bedürfnissen auch nicht ernst genommen“	8
„Das Medikament kann auch dazu führen, dass die Suizidalität noch höher wird“	9
„Sie hatte soziale Unterstützung und wurde auch so ein bisschen verwöhnt“	10
„Es gibt im Prinzip keine Angebote für Angehörige“	12

Liebe Lehrer:innen und Interessierte,

im Folgenden stellen wir Ihnen Ergebnisse aus den Berufsfeldanalysen des Projekts CurAP (Curriculare Arbeit der Pflegeschulen in Berlin unterstützen) vor, die Sie für die Entwicklung von Lernsituationen und als Handlungssituationen für Ihren Unterricht oder Prüfungssituationen nutzen können. Mit Hilfe von Interviews wurden Erfahrungen von Pflegenden wie auch das Erleben von z. B. Angehörigen und Betroffenen erhoben, um unterschiedliche pflegerische Handlungsfelder zu erschließen (vgl. Rohde/Bohrer 2022). Wir bedanken uns herzlich bei unseren Interviewpartner:innen für das entgegengebrachte Vertrauen und die Einblicke in ihr individuelles Erleben und ihre Erfahrungen.

I. Einordnung der Interviewsequenzen

Marie-Luise Junghahn und Sandra Altmeyen

Curriculare Einordnung

Die folgenden Handlungssituationen beruhen auf einem Interview mit einer Mutter, die ihre individuellen Erfahrungen mit uns teilt. Sie spricht über ihr Erleben hinsichtlich der Begleitung ihrer Tochter in schweren Krisen. Zudem teilt sie ihre Perspektive auf das Erleben ihrer Tochter. Diese Differenzierung haben wir bei der didaktischen Analyse mit aufgenommen, um den Blick dafür zu schärfen, was Gegenstand der Erzählung ist. Sie finden dazu Hinweise in der tabellarischen Auflistung der Themen und Phänomene, die für Sie als erste Orientierung dienen kann, was im Unterricht thematisiert und reflektiert werden kann.

Zudem finden Sie zahlreiche Anregungen zur Arbeit mit authentischen Fällen in der Publikation „Themenspezifische didaktische Impulse für die neue Pflegeausbildung – eine Handreichung aus dem Berliner Projekt CurAP“ (Bohrer/Altmeyen/Junghahn 2021).

Link zur Handreichung:

https://www.eh-berlin.de/fileadmin/Redaktion/2_PDF/FORSCHUNG/Projekt_CurAP/Didaktische_Impulse_Handreichungen/Themenspezifische_didaktische_Impulse_fuer_die_neue_Pflegeausbildung_2021.pdf

Die Situationen sind der CE 11 „Menschen mit psychiatrischen Gesundheitsproblemen und kognitiven Beeinträchtigungen personenzentriert und lebensweltbezogen unterstützen“ des Rahmenlehrplans (Fachkommission nach § 53 PflBG 2020) zugeordnet. Aufgrund der Komplexität der Schilderung empfehlen wir, im letzten Ausbildungsdrittel mit den Situationen zu arbeiten.

Aus dem Interview konnten wir sechs Einzelsituationen entwickeln, die unmittelbar miteinander zusammenhängen. Die folgenden Handlungssituationen aus der Perspektive der Mutter sind eng mit den Handlungssituationen aus der Perspektive der Tochter (siehe CurAP (2022): Handlungssituationen.

Erleben von psychischen Krisen – Perspektive einer jungen Erwachsenen) verwoben. Das bedeutet, es werden die gleichen Situationen aus zwei unterschiedlichen Perspektiven betrachtet.

Sie können die Handlungssituationen auf vielfältige Weise nutzen z. B.:

- Mit den Situationen in der hier vorgeschlagenen Reihenfolge arbeiten, um Begleitungsprozesse durch die Angehörigen und die Notwendigkeit, Angehörige in dieser Begleitung professionell zu unterstützen, aufzuzeigen.
- Einzelne Situationen auswählen, um bestimmte Themen in den Blick zu nehmen.
- Die Erzählungen der Mutter mit dem Erleben ihrer Tochter verschränken und so eine weitere Erlebensperspektive einbinden. Durch die mehrperspektivische Betrachtung kann verdeutlicht werden, dass „das jeweilige Handeln von den an der Pflege beteiligten Subjekten, ihren biografischen Erfahrungen, ihrem Erleben, ihren Emotionen und lebensgeschichtlichen erworbenen Deutungsmustern bestimmt“ wird (Ertl-Schmuck 2010, 70). Zum Beispiel zeigt sich im Material, dass einzelne Situationen auch unterschiedlich wahrgenommen werden.

In der folgenden Tabelle erhalten Sie einen Überblick, welche Situationen jeweils aus der Perspektive der Mutter und der Perspektive der Tochter betrachtet werden:

Situationen	Perspektive der Mutter	Perspektive der Tochter
<i>Leidensdruck und Entschluss, in die Klinik zu gehen</i>	„Es war ein langer Weg, bis mein Kind in die stationäre Psychiatrie aufgenommen wurde“	„Ich wusste, dass irgendwas passieren muss“
<i>Erfahrungen mit der stationären Psychiatrie</i>	„Sie wurde nicht erhört und in ihren Bedürfnissen auch nicht ernst genommen.“	„Es ist ganz wichtig, dass man erst genommen und halt einfach gesehen wird.“
	„Das Medikament kann auch dazu führen, dass die Suizidalität noch höher wird“	
<i>Erfahrungen mit Medikamentengabe in der Erwachsenenpsychiatrie</i>	„Sie hatte soziale Unterstützung und wurde auch so ein bisschen verwöhnt“	„Ich bin dann in die Erwachsenenpsychiatrie, weil sie mir dort das Medikament geben konnten.“

Das reichhaltige Material bietet die Gelegenheit für eine binnendifferenzierte Gestaltung von Lernsituationen. So können Sie über die Anzahl der Einzelsituationen und die Verschränkung mit dem Interview der Tochter unterschiedlich komplexe Auseinandersetzungen anregen.

Reflexion zu Widersprüchen und Antinomien, die sich im Material zeigen

In den Erzählungen der Mutter wird an mehreren Stellen deutlich, dass sie sich als Angehörige kaum in den Behandlungsprozess mit eingebunden fühlte. Das zeigt sich beispielsweise in den folgenden Phänomenen, die in unterschiedlichen Handlungssituationen (z. B. Situation 1, 3 & 5) immer wieder aufscheinen:

- nicht ausreichend informiert werden
- selbst aktiv werden müssen und Informationen einfordern
- sich als Angehörige Gehör verschaffen und sich anwaltschaftlich für das Kind einsetzen
- als Angehörige nicht ernst genommen werden
- fehlende Einbindung der familiären Ressourcen und des Erfahrungs- und Expertenwissens der Angehörigen.

Über die Arbeit mit den Handlungssituationen kann insbesondere die „Unterstützung und Einbindung von sozialen Bezugspersonen“ (Fachkommission nach § 53 PflBG 2020, 187) in den Fokus rücken und kritisch reflektiert werden. Die Einbindung von Angehörigen in eine psychiatrische Behandlung ist in Deutschland bisher kaum untersucht. Aktuelle Beiträge weisen jedoch darauf hin, dass die Angehörigen nicht hinreichend in die Behandlung einbezogen werden sowie Überlastungen durch Informationsmangel, Hilflosigkeit und Ohnmacht erleben (Lampert 2021). Dabei kann die Angehörigenbeziehung einen positiven Einfluss auf den Behandlungsverlauf nehmen und das Wohlbefinden der Angehörigen selbst steigern (Schuster et al. 2021). Durch einen Perspektivwechsel kann nachgespürt werden, was Angehörigen in diesen herausfordernden Situationen hilft. Es geht daher auch darum, als professionell Handelnde:r eine wertschätzende Haltung den Angehörigen entgegenzubringen (Lampert 2021).

Hinweise zur Fallarbeit

Bei der Arbeit mit authentischen Fällen sollte nicht übersehen werden, dass durch die didaktische Aufbereitung die Schilderungen zum Unterrichtsgegenstand werden. Dabei kommt es zu einer Objektivierung des subjektiven Erlebens. Die Schilderungen der Fallgeberin stehen nicht für sich, sie werden gemeinsam mit den Auszubildenden gedeutet, es werden Hypothesen zum Geschehen aufgeworfen und es wird über Handlungsoptionen diskutiert. Diese pädagogischen Auseinandersetzungen dienen allerdings nicht der Fallgeberin, sondern sollen Lern- und Bildungsprozesse anregen. Solche Objektivierungsprozesse treten grundsätzlich auf, wenn das Erleben einer Person zum Unterrichtsgegenstand gemacht wird. Im Kontext psychiatrischer Krisen und Erkrankungen können Stigmatisierungs-, Ausgrenzungs- und Ohnmachtserfahrungen hinzukommen, die einen sensiblen Umgang mit dem authentischen Material im Unterricht erfordern. Es geht darum, vielfältige Deutungen zu zulassen, sich dem Erleben der jungen Frau und ihrer Mutter anzunähern und vorschnelle Schlüsse oder Wertungen zu vermeiden.

Literatur

Bohrer, Annerose; Altmeyen, Sandra; Junghahn, Marie-Luise (Hrsg.) (2021): Themenspezifische didaktische Impulse für die neue Pflegeausbildung – eine Handreichung aus dem Berliner Projekt CurAP. Online: https://www.eh-berlin.de/fileadmin/Redaktion/2_PDF/FORSCHUNG/Projekt_CurAP/Didaktische_Impulse_Handreichungen/Themenspezifische_didaktische_Impulse_fuer_die_neue_Pflegeausbildung_2021.pdf [07.07.2022]

Ertl-Schmuck, Roswitha (2010): Subjektorientierte Pflegedidaktik In: Ertl-Schmuck, Roswitha / Fichtmülle, Franziska (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa: 55-90.

Fachkommission nach § 53 PfIBG (2020): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz.2. überarbeitete Auflage. Online unter: <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560> [07.07.22].

Lampert, Thomas (2021): Angehörige in der Psychiatrie. In: Pflege Professionell. Online unter: <https://pflege-professionell.at/angehoerige-in-der-psychiatrie>

Rohde, Katrin S.; Bohrer, Annerose (2022): Pflege von Kindern und Jugendlichen neu denken? In: JUKIP; 11:71-85.

Schuster, Florian; Holzhüter, Fabian; Heres, Stephan; Kamin, Johannes (2021): Einbeziehung von Bezugspersonen im Rahmen eines psychiatrischen-stationären Behandlungsverlauf. In: Nervenheilkunde; 40 (06), 406-418 Online unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1389-6534>
(Link zur Dissertation: <https://mediatum.ub.tum.de/doc/1601571/1601571.pdf>)

II. Handlungssituationen

„In dieser Zeit der Erkrankung habe ich beobachtet, dass sich wie so ein Film oder Schleier über meine Tochter gelegt hat“

„In dieser Zeit der Erkrankung habe ich beobachtet, dass sich wie so ein Film oder Schleier über meine Tochter gelegt hat“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Zu Hause	Jugendliche und ihre Angehörige	Mutter einer Jugendlichen mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<i>Eigenes Erleben der Mutter</i> <ul style="list-style-type: none"> • sich Vorwürfe machen, Warnsignale in ihrer Tragweise nicht richtig erkannt zu haben • Schwierigkeiten in der Pubertät, Verhaltensänderung einzuschätzen • Erfahrung machen, wie die Tochter einen Weg aus der Krankheit findet • Leiderleben von Mutter und Tochter • Beobachten, wie sich das Wesen der Tochter verändert (Wesensveränderung) • soziale Isolation der Tochter • Antriebsschwäche der Tochter • einschleichender Prozess • Selbstverletzung als Warnschrei 				

Ich kann als Mutter sagen, dass ich froh bin, wenn Menschen, die an dieser Erkrankung leiden, aus dem Loch rauskommen. Mein Kind ist ein ganz aufgeweckter und fröhlicher Mensch und sehr strahlend. Sie ist wirklich ein liebevoller Zeitgenosse, lacht gerne und auch viel. Und in dieser Zeit der Erkrankung habe ich beobachtet, dass sich wie so ein Film oder Schleier über meine Tochter gelegt hat. Und man guckt zu und erkennt das Wesen des Menschen gar nicht wieder, auch im Vergleich zu dem, wie er vorher war. Die Augen wurden fahl und strahlten nicht mehr. Sie guckte durch mich hindurch. Sie nahm nicht den Blick auf. Und sie war blass und antriebslos. Und sie schleppt sich wie so ein Säckchen durch die Gegend und weiß nicht, wohin mit sich.

Und diese Wesensveränderung das war für mich auch der Ausdruck des Leides, das sie da erlebt habt. Diese Krankheit schleicht sich ein, so habe ich es zumindest erlebt. Man hätte schon viel früher die Warnsignale wahrnehmen können. Dieses Zurückziehen: sich aus den Gesprächen zurückziehen, sich aus dem sozialen Kreis zurückziehen, nicht mehr zur Schule gehen wollen und viel zu schlafen. Da waren schon Botschaften da, die wir hätten wahrnehmen können. Und das ist auch etwas, was ich mir als Mutter vorwerfe. Nun sind wir ja keine Detektive und man kann das natürlich auch alles überbewerten. Es war auch gerade in der Phase der Pubertät. Und das hat unseren Prozess, die Krankheit wahrzunehmen, verlangsamt. Letztendlich war die Selbstverletzung der Warnschrei, also es war dann ein Stadium erreicht, wo es nicht mehr aushaltbar war. Es ist schön die Erfahrung zu machen, dass man aus diesem Tunnel, aus dem man vermeintlich nie wieder rauskommt, rauskommen kann.

„Es war ein langer Weg, bis mein Kind in die stationäre Psychiatrie aufgenommen wurde“

„Es war ein langer Weg, bis mein Kind in die stationäre Psychiatrie aufgenommen wurde“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
zu Hause/Klinik	Jugendliche und ihre Angehörige	Mutter einer Jugendlichen mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<i>Eigenes Erleben der Mutter:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Depression und Suizidgedanken des eigenen Kindes miterleben • Sorge, dass sich das eigene Kind etwas antut • Herausforderung den (beruflichen) Alltag zu meistern und für das Kind da zu sein • Warten auf einen freien Platz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie • Stigmatisierung der Angehörigen, für die Erkrankung mit verantwortlich zu sein 		<ul style="list-style-type: none"> • Zweifel darüber, inwieweit die Einrichtung für die Genesung geeignet ist und eine professionelle Bearbeitung der Probleme stattfindet • Irritation über den stark reglementierten stationären Aufenthalt • fehlende Einbindung der Mutter in die Prozesse / keine Bezugsperson • selbst aktiv werden müssen, um an Informationen zu kommen 		

Es war ein langer Weg, bis es überhaupt dazu gekommen ist, dass mein Kind in die stationäre Psychiatrie aufgenommen wurde. Das war ein ziemlicher Balanceakt, die Zeit in der Häuslichkeit zu bewältigen mit einem schwer depressiven Kind, was nicht mehr zur Schule gehen möchte, sich nicht mehr aktivieren lässt, selbstverletzende Tätigkeiten vornimmt und dann auch noch von Suizid redet. In den drei Monaten, die zu überbrücken waren, stand ich persönlich im Spagat als Mutter, die natürlich irgendwie arbeiten gehen musste und gleichzeitig Sorge hatte, dass das Kind, was eben nicht zur Schule geht, sondern zu Hause wartet, sich dann nicht vielleicht irgendwas antut. Ich habe auch beobachtet, dass es nicht besser ging, es wurde immer schlechter oder blieb gleichbleibend schlecht. Das war also eine sorgenvolle Zeit. Und die Mühlen mahlten sehr langsam. Man wartet im Prinzip auf den freiwerdenden Platz in der Klinik.

Und dann ging es in den stationären Aufenthalt. Ich hatte aber das Gefühl, dass es eigentlich nicht darum geht, dass da jemand gesund werden soll, sondern, mein Gefühl war: Es wurde dort eigentlich erzogen! Das war aber eine Kinder- und Jugendpsychiatrie und es war sehr schwer zu erkennen, dass da ein wohlwollender Blick auf die kranke junge Frau geworfen wurde. Es war in der Klinik selbst dann sehr stark defizitorientiert. Und das hat mich sehr erschrocken, sowohl von der medizinischen Profession als auch von der Pflegeprofession. In den Gesprächen, die man sich als Angehörige mehr oder weniger einfordern musste, war häufig der Blick: Was ist da in der Familie passiert?

Zudem wurden eigentlich nur Regelwerke an mich herantransportiert. Also: "Hier darf das nicht sein, und das nicht sein; und die Sachen werden weggeschlossen. Und das müssen Sie wissen. Das ist dann

so. Und Ihr Kind wird oft zwischendurch nicht trinken dürfen!" Das war wohl so auf der Station, weil da eben auch noch andere Patient:innen sind, die nicht dürfen. Und es gab keine Erkundigung nach: "Wie geht's Ihnen denn jetzt? Wie gehen Sie damit um? Wie läuft's, wenn Ihr Kind zu Hause ist?" Und solche Sachen. Es wurde mit mir eigentlich nicht wirklich gesprochen. Die Gespräche fanden nur mit den Ärzt:innen statt, oder wenn ich auf der Station angerufen habe und nachgefragt habe, wie es ihr geht. Dann hatte ich verschiedenste Pflegefachpersonen am Telefon. Aber ich hatte keinen Bezugspartner oder -partnerin, der da für mein Kind zuständig war. Aus meiner Wahrnehmung war das ein Unterschied zu der Zeit in der ambulanten Betreuung. Wir wurden vorher über ein Sozialpädiatrisches Zentrum relativ engmaschig betreut. Und da war dieser Blick gar nicht so. Und deswegen hatte ich Sorge, ob mein Kind da (im stationären Setting) gesund werden kann, weil dieser Blick dort war einer, den sie aus ihrem Zuhause nicht kannte.

„Sie wurde nicht erhört und in ihren Bedürfnissen auch nicht ernst genommen“

„Sie wurde nicht erhört und in ihren Bedürfnissen auch nicht ernst genommen.“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Klinik (Jugendpsychiatrie)	Jugendliche und ihre Angehörigen	Mutter einer Jugendlichen mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<i>Perspektive der Mutter auf das Erleben ihres Kindes</i> <ul style="list-style-type: none"> Gefühl der Entmündigung und des nicht ernstgenommenen Werdens Wunsch einen Umgang mit eigenen Gefühlen und suizidalen Gedanken zu finden Entmutigt werden, durch das Erleben anderer Jugendliche, die schon öfter in der Klinik waren 		<ul style="list-style-type: none"> sich krank fühlen vs. von Umwelt (Pfleger) nicht als krank wahrgenommen werden Brücken zum „normalen Leben“ bauen Momente der Freude schaffen 		

Mein Kind hat mir auch von seinen Erfahrungen in der Klinik erzählt und dass, was ihr am meisten schwergefallen ist, war diese Entmündigung. Sie wurde nicht erhört und in ihren Bedürfnissen auch nicht ernst genommen. Sie hat mir zum Beispiel gesagt, dass ihr das überhaupt nicht hilft, wenn ihr Ärzt:innen sagen, dass ihre Familie schlecht ist oder Geschichten aus der Vergangenheit ungünstig für ihre psychische Entwicklung waren. Das akut vorhandene selbstverletzende Verhalten und diese schweren suizidalen Gedanken, die kamen nicht wirklich auf den Tisch. Sie hätte gerne gewusst, wie sie damit umgehen kann. Sie hat es auch als Bestrafung empfunden, wenn sie in der großen Gruppe vor allen Jugendlichen Rechenschaft ablegen musste, wenn sie ihre selbst gesteckten Ziele nicht erreicht hat und das dann ausdiskutiert wurde.

Es hat sie auch nicht mutig gestimmt, zu sehen, dass viele Jugendliche schon das zweite oder dritte Mal dort waren und mit mehr oder weniger Erfolg aus den ersten Malen wieder dort gelandet sind. Ich weiß, dass ein Pfleger zu ihr gesagt hat: "Also, wenn du Tanzen gehst, kannst du nicht krank sein." Und da war sie sehr erschüttert und verletzt. Zumal sie sich über eine sehr lange Zeit gar nicht getraut hat, zu sagen, dass sie das Gefühl hat, krank zu sein, weil es vermeintlich viel schlimmere Fälle geben könnte. Und das hat genau dieses Gefühl nochmal einmal verstärkt. Und die Situation war insofern auch ungünstig, als dass wir über das Tanzen versucht haben, ihr eine Brücke zum normalen Leben zu bauen. Sie ist auch in einen Tanzkreis gegangen. Tanzen war eine ganze Zeit lang ihr Leben. Und wir haben versucht darüber wieder so ein bisschen Freude und auch Aktivität und Antrieb zu erreichen. Zunächst waren sie vom Tanzkreis sehr zurückhaltend, weil sie nicht wussten, wie gefährlich ist das, wenn sie da jetzt hinkommt und inwiefern sie noch suizidgefährdet ist. Aber wir haben das alles ganz fein abgesprochen und abgestimmt und auch die Klinik hat dem zugestimmt.

„Das Medikament kann auch dazu führen, dass die Suizidalität noch höher wird“

„Das Medikament kann auch dazu führen, dass die Suizidalität noch höher wird“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Klinik (Jugendpsychiatrie)	Jugendliche und ihre Angehörigen	Mutter einer Jugendlichen mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<i>Eigenes Erleben der Mutter:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Wechselwirkung zwischen diagnostischen und therapeutischen Prozessen • Suche nach hilfreichen Medikament / damit verbundene Hoffnung und Enttäuschung • Entscheidungsmacht der professionell Handelnden über Medikamentengabe und Diagnosestellung • Erfahrungs- und Expertenwissen der Mutter vs. Perspektive der professionell Handelnden 		<ul style="list-style-type: none"> • Versuch, sich als Angehörige Gehör zu verschaffen und anwaltschaftliches Einsetzen für das Kind • als Angehörige nicht ernst genommen und nicht mit einbezogen werden • wenig/keine Kommunikationsprozesse zwischen Mutter und professionell Handelnden 		

Ich habe die Diagnosestellung sehr starr erlebt. Man musste jetzt erstmal die Arbeitsdiagnose finden. Und die war relativ schnell da, weil die Diagnose schon im Sozialpsychiatrischen Dienst gestellt und in der Klinik dann im Prinzip mit den Untersuchungen nochmal erhärtet wurde. Und es wurde als mittelschwere bis schwere Depression bzw. depressive Episode ausgedrückt.

Dann ist es eine übliche Prozedur, nach Medikamenten zu gucken: Was kann medikamentös gegeben werden? Und da begann eigentlich schon ein Kampf, weil dieses Medikament, was schon Wochen zuvor ambulant eingesetzt wurde, zeigte überhaupt keine Wirkung.

Im Gespräch mit den Ärzt:innen habe ich vorgeschlagen, das Medikament Lithium in Kombination mit einem Antidepressivum auszuprobieren, weil ich von meinem Neffen weiß, dass es bei ihm gut funktioniert hat. Aber es führte wirklich kein Weg dahin und das überlagerte eigentlich den ganzen Kommunikationsprozess mit den Ärzt:innen. Man hat sich geweigert, das Lithium einzusetzen. Es ging sogar so weit, dass ihr dann nochmal eine andere Diagnose übergeben wurde, die das dann auch gar nicht mehr ermöglicht, das Lithium zu geben. Es wäre dann im Prinzip eigentlich gar nicht das zielführende Medikament. Und das war wirklich sehr schwierig.

Es war auch schwierig zu sehen, dass ich Symptome an meiner Tochter wahrgenommen habe, die die Professionellen nicht wahrnehmen konnten oder wollten. Wir haben sie täglich besucht. Sie hatte auch Besuch von ihren Freund:innen. Und sie durfte eben auch mal am Wochenende raus. Und ich habe dann immer so meine Eindrücke geschildert, wie ich sie erlebe und es spitzte sich die Suizidalität auch nochmal zu. Und dann habe ich im Prinzip geguckt: Was könnte die Ursache sein? Und habe mir dann nochmal die Studien angeguckt und habe gesehen: Aha! Das Medikament, was sie da gerade kriegt, kann auch dazu führen, dass die Suizidalität noch höher wird. Und genau das war passiert. Dann habe ich das gesagt, aber es wurde nicht ernst angenommen. Das Medikament wurde noch eine Woche weitergegeben und dann langsam runterdosiert. Dann wurde gesagt: "Jetzt machen wir erstmal eine Medikamentenpause von ein, zwei Wochen!" Und ich habe immer nur gedacht: Nee! Ich verstehe das hier alles nicht! Ich verstehe das alles nicht! Und es geht auch keiner mit mir oder mit ihr in Kommunikation. Das war wirklich schwer auszuhalten. Also dieses bei den Patient:innen sein, auf die Bedürfnisse achten, mit dem Patienten gemeinsam einen Plan erschaffen; alles das, was man sich wünscht, was sowohl im medizinischen als auch im pflegerischen Prozess eine wichtige Rolle spielen sollte, konnten wir kaum erleben in der Zeit.

„Sie hatte soziale Unterstützung und wurde auch so ein bisschen verwöhnt“

„Sie hatte soziale Unterstützung und wurde auch so ein bisschen verwöhnt“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Klinik (Erwachsenen- psychiatrie)	Jugendliche und ihre Angehörigen	Mutter einer Jugendlichen mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<i>Perspektive der Mutter auf das Erleben der Tochter:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrasterleben zwischen Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie • mehr Selbstbestimmung erfahren • in der Erwachsenenpsychiatrie als junge Frau ernst genommen werden • der Familie nicht zu Last fallen wollen 		<ul style="list-style-type: none"> • Zuwendung von älteren Mitpatient*innen erfahren • Vielfalt der interprofessionellen therapeutischen Angebote zu schätzen zu wissen • unterschiedliche Angebote ausprobieren und auswählen, was individuell passt 		

Den Klinikwechsel muss man mehrperspektivisch betrachten. Einerseits war es ein Wechsel von einer Kinder- und Jugendpsychiatrie in eine Erwachsenenpsychiatrie. Aus der pflegerischen Perspektive hat man sie in dieser Erwachsenenpsychiatrie als junge Frau ernst genommen. Man hat sie und ihre Wünsche und Bedürfnisse gehört. Man ist mit ihr in Kontakt gegangen, hat eng mit ihr Absprachen getroffen und hat an ihren Symptomen, die sie geschildert hat, gearbeitet und die Medikamentengabe daran ausgerichtet. Und das Entscheidende war: Die haben sich dort nicht geweigert, das Medikament zu geben. Die haben gesagt: "Wir behandeln auch Jugendliche! Wir sind zwar eine Erwachsenenpsychiatrie, aber kommen Sie her; wir machen das!"

Und was dazu kam war, dass sie Mitpatientinnen im Zimmer hatte, die über 50 Jahre alt waren und sie wie so ein kleines Küken mitgenommen und umsorgt haben. Sie hatte damit soziale Unterstützung und wurde auch so ein bisschen verwöhnt. Und das fand sie sehr schön und das tat ihr natürlich auch gut. Zumal sie gerade das in dieser Zeit von ihrer Familie relativ abgelehnt hat, weil sie uns auch nicht zur Last fallen wollte, weil sie auch gesehen hat, wie verzweifelt wir waren. Aber in dieser Art "Peergroup", in der sie das gleiche Leid haben, ging es.

Ihr haben auch die sehr vielen psychoedukativen Angebote gutgetan. Das war das, was da in der anderen Einrichtung wirklich gefehlt hat und was sie sich gewünscht hätte. Nach dem Motto: "Ich will Skills lernen!" war sie auch kämpferisch unterwegs. Sie hat wirklich fast alles mitgemacht, was ihr geboten wurde und hat dann abgewählt, was nicht gepasst hat, und hat das genommen, was ihr gepasst hat. Es gab ganz verschiedene Sachen von Sportangeboten bis physiotherapeutische Angebote. Sie hat auch Schwimmen ausprobiert und ich weiß, dass ihr das am Anfang schmerzlich gefallen ist. Durch die Medikamente nahm sie an Gewicht zu und es war mit Scham besetzt, in den Badeanzug zu steigen und ins Schwimmbecken zu gehen. Dennoch hat sie es gemacht, und es hat ihr total gutgetan. Dann gab es eine Skills-Gruppe, wo man eben Skills erlernt, um zu vermeiden, dass so ein Druck entsteht und man sich selbst verletzt. Das fand sie total gut. Dann gab's eine Musikgruppe. Dann ist sie Töpfern gegangen. Teilweise haben das Pflegende aber auch Sozialarbeiter:innen angeboten. Und dann gab es auch eine Gesprächsgruppe. Ich glaube, das waren dann Psycholog:innen. Also, das war von verschiedenen Professionen ein Mix aus, Psychoedukation, Bewegung und Therapieangebote.

„Es gibt im Prinzip keine Angebote für Angehörige“

„Es gibt im Prinzip keine Angebote für Angehörige“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Klinik (Jugendpsychiatrie)	Jugendliche und ihre Angehörige	Mutter einer Jugendlichen mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<i>Eigenes Erleben der Mutter:</i> <ul style="list-style-type: none"> • zu wenig Angebote als Angehörige bekommen • Gespräche beharrlich einfordern müssen • sich von den professionell Handelnden nicht ausreichend informiert fühlen und auch dadurch in Sorge um das Kind geraten 		<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch, dass aktiver auf Angehörige zu gegangen wird • als Angehörige nicht als Expertin für die Lebenswelt der Tochter angesehen werden • Wunsch, die Familie als Ressource wahrzunehmen 		

Also, das ist schon auch eine Erfahrung, die finde ich sehr speziell. Es gibt im Prinzip keine Angebote für Angehörige. Ich habe es nicht erlebt. Das Einzige, was ich als Angehörige erlebe, ist, dass ich Gesprächsangebote erhalte. Aber auch das musste ich einfordern. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war es schon so, dass das vorgesehen war, aber es waren eben auch teilweise wirklich große Abstände. Und wenn man bedenkt, dass man ein Kind hat, was sich wirklich in einer Notsituation befindet, dann sind so große Abstände natürlich auch für Eltern total besorgniserregend. Man weiß ja nicht so wirklich: Was passiert da jetzt in der Klinik? Und ich konnte meine Tochter ja nicht immer löchern.

Was wir gemacht haben: Wir sind relativ proaktiv gewesen. Das heißt, ich habe da angerufen und die auch genervt. Und dann bekam ich auch einen Termin. Und dann hatte ich so das Gefühl, dass der Austausch adäquat ist und wir überschauen konnten, was passiert. Das war teilweise auch wirklich so, dass ich dann von den Ärzt:innen noch andere Sachen gehört habe, die meine Tochter gesagt hat, die sie mir selber gar nicht gesagt hat. Und das ist ja auch wichtig, also da in so einem Austausch zu stehen. Immerhin kenne ich sie schon ihr Leben lang und konnte auch gut beschreiben, was anders ist als das, was ich kenne. Und das ist auch nochmal eine wichtige Erfahrung gewesen, dass die Angehörigen als eigentliche Expert:innen der dort zu pflegenden Personen auch nur bedingt wahrgenommen werden. Das war nicht so ganz einfach auch, zu erleben.