

# Handlungssituationen Erleben von psychischen Krisen – Perspektiven einer jungen Erwachsenen



## 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 .....	4
II. Handlungssituationen .....	5
„Ich wusste, dass irgendwas passieren muss.“ .....	5
„Ich bin relativ gut auf der psychiatrischen Station angekommen. Es gab aber auch viel Leerlauf.“ .....	6
„Es ist ganz wichtig, dass man ernst genommen und halt einfach gesehen wird.“ .....	7
„In diesem Moment hatte ich das Gefühl, dass alle über mir stehen.“ .....	8
„Damals waren mir Diagnosen auch noch ein bisschen wichtiger.“ .....	8
„Ich bin dann in die Erwachsenenpsychiatrie, weil sie mir dort das Medikament geben konnten.“ .....	9
„Eigentlich ging es alles wieder von vorne los, bis wir auf die Idee kamen, dass ich in eine therapeutische Jugendhilfe ziehen kann.“ .....	10

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, als Handlungssituationen für Ihren Unterricht oder für Prüfungssituationen nutzen können. Über Interviews haben wir Erfahrungen von pflegebedürftigen Menschen, ihren Zugehörigen und von Pflegenden erhoben. So konnten wir Eindrücke von unterschiedlichen pflegerischen Handlungsfeldern gewinnen (vgl. Rohde/Bohrer 2022). Wir bedanken uns herzlich bei unseren Interviewpartner:innen für das entgegengebrachte Vertrauen und die tiefen Einblicke in ihr Erleben und ihre Erfahrungen.

## I. Einordnung der Interviewsequenzen

*Sandra Altmeyen und Marie-Luise Junghahn*

### Curriculare Einordnung

Die folgenden Handlungssituationen beruhen auf einem Interview mit einer jungen Frau, die ihre biografischen Erfahrungen mit uns teilt. Sie spricht über ihr Erleben in schweren Krisen, über das Leben in unterschiedlichen psychiatrischen Settings, über Unterstützung, die sie erlebt, aber auch über Erfahrungen von Ohnmacht und erneuten Krisen.

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 komplexen Schilderung empfehlen wir, im letzten Ausbildungsdrittel mit den Situationen zu arbeiten.

Aus dem Interview konnten wir sieben Einzelsituationen entwickeln, die unmittelbar miteinander zusammenhängen.

Sie können die Handlungssituationen auf vielfältige Weise nutzen:

- Wenn Sie mit den Situationen in der angegebenen Reihenfolge arbeiten, können Sie die unterschiedlichen Lebensphasen und die Komplexität der Lebenssituation im Unterricht entfalten.
- Alle Situationen können auch einzeln genutzt werden, um bestimmte Themen in den Blick zu nehmen. Beispielsweise können die Situationen *„Es ist ganz wichtig, dass man ernst genommen und halt einfach gesehen wird“* und *„In diesem Moment hatte ich das Gefühl, dass alle über mir stehen“*, eine kritische Reflexion der pflegerischen Beziehungsgestaltung anstoßen.
- Darüber hinaus können Sie die Erzählungen der jungen Frau mit dem Erleben ihrer Mutter verschränken und so eine weitere Erlebensperspektive in den Unterricht einbinden (siehe CurAP (2022): Handlungssituationen. Erleben von psychischen Krisen – Perspektiven einer Mutter auf die

Begleitung ihrer Tochter). Auf diesen Weg können Sie Fragen der Beziehungsgestaltung zu Angehörigen und lebensweltliche Verflechtungen breit einfangen.

Das reichhaltige Material bietet die Gelegenheit für eine binnendifferenzierte Gestaltung von Lernsituationen. Beispielsweise können Sie über die Anzahl der Einzelsituationen und die Verschränkung mit dem Interview der Mutter unterschiedlich komplexe Auseinandersetzungen anregen. Die tabellarisch aufgeführten Themen und Phänomene der jeweiligen Einzelsituationen geben Ihnen eine erste Orientierung, was im Unterricht thematisiert und reflektiert werden kann.

Zur Arbeit mit authentischen Fällen finden Sie zahlreiche Anregungen 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](https://www.eh-berlin.de/fileadmin/Redaktion/2_PDF/FORSCHUNG/Projekt_CurAP/Didaktische_Impulse_Handreichungen/Themenspezifische_didaktische_Impulse_fuer_die_neue_Pflegeausbildung_2021.pdf)

## Reflexion zu Widersprüchen und Antinomien, die sich im Material zeigen

Für Auszubildende ist es oft nicht einfach, berufliche Antinomien in ihrer grundsätzlichen Widersprüchlichkeit zu erkennen. Teils erleben sie widersprüchliche oder paradoxe Pflegesituationen als grundsätzliches Scheitern der professionellen Hilfsangebote. Eigene berufliche Handlungsoptionen sind in solchen Pflegesituationen für die Auszubildenden nur noch schwer auszumachen. Wenn sich der Eindruck erhärtet, immer wieder in widersprüchliche Situationen verstrickt zu sein, kann es zu einer beruflichen Desillusionierung der Auszubildenden kommen (vgl. Altmeyen 2022, 311). Biografische Erzählungen, die aus der Perspektive von pflegebedürftigen Menschen, Patient:innen oder Angehörigen geschildert sind, können Auszubildenden helfen, die Antinomien des beruflichen Handelns zu entschlüsseln. Sie ermöglichen, den Blick auf langfristige Verlaufskurven und Wandlungsprozesse zu richten, sie sensibilisieren für das Leben außerhalb der pflegerischen Settings und unterstützen einen Perspektivwechsel.

In den folgenden Schilderungen lässt uns die Erzählerin an ihren krisenhaften Erfahrungen und biografischen Wandlungsprozessen teilhaben. Sie erzählt uns beispielsweise, wie sich ihr Blick auf psychiatrische Diagnosen oder institutionalisierte Expert:innensysteme verändert. Es wird nachvollziehbar, wie spannungsreich und auch widersprüchlich psychiatrische Versorgungssysteme erlebt werden können. Die vorliegenden Situationen ermöglichen, im Unterricht über solche Widersprüche ins Gespräch zu kommen.

Beispielsweise über:

- implizite und explizite Werthaltungen, die sich in psychiatrischen Diagnosen spiegeln
- soziale Konstruktionsprinzipien, die zu Diagnosen führen
- professionelle Standards und situative Entscheidungen, die den Standards entgegenlaufen
- die Balance von Selbst- und Fremdbestimmung und die damit verbundenen Risiken eines Machtmissbrauchs (vgl. auch Fachkommission 2020, 220 ff.).

## 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 psychischer 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

Altmeyen, Sandra (2022): Identität – Beruf – Bildung. Wie Auszubildende den Pflegeberuf biografisch einbetten und berufliche Identitätsarbeit leisten. Eine qualitative Studie. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

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](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]

Fachkommission nach § 53 PflBG (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].

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

## II. Handlungssituationen

„Ich wusste, dass irgendwas passieren muss.“

„Ich wusste, dass irgendwas passieren muss“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs-Drittel	CE (RPL)
zu Hause	Kindheit und Jugend	Junge Erwachsene mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufschichtung eines Verlaufskurvenpotenzials</li> <li>• erste Diagnose und Therapie (Matheschwäche)</li> <li>• Suizidversuch des Cousins</li> <li>• ambulante Therapie</li> <li>• latentes Gleichgewicht</li> <li>• stärker werdender Leidensdruck, nicht mehr aufstehen können, nicht mehr sprechen, nicht mehr zur Schule gehen</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Austausch mit Cousin</li> <li>• Handlungsentschluss, in die Klinik zu gehen</li> <li>• Unterstützung durch die Mutter bei der Suche nach einer guten Einrichtung</li> <li>• Hürden, die genommen werden müssen</li> <li>• weitere Zuspitzung des Verlaufs, klinische Aufnahme</li> </ul>		

Ich hatte mit zehn meine erste Therapie. Das war eine ambulante Therapie, weil eine Matheschwäche festgestellt wurde. Mir ging es damit in der Schule ganz schlecht, weil das da nicht akzeptiert wurde. Vier Jahre später hat mein Cousin versucht, sich das Leben zu nehmen. Das war so ein Punkt, wo ich dann wieder in die Therapie gegangen bin, weil es mir damit auch sehr schlecht ging. Ich war tendenziell so, dass ich gesagt habe, „mir geht es gut, alles in Ordnung“. Aber eigentlich ging es mir nicht wirklich gut. Und die Therapie hat zwar was gebracht, aber ich habe mich trotzdem nicht gut gefühlt. Das zog sich dann so zwei Jahre hin, bis es mir dann immer schlechter ging. Ich bin dann gar nicht mehr aufgestanden und habe nicht mehr geredet – weder mit meiner Familie noch mit meinen Freunden. Ich bin auch nicht mehr zur Schule gegangen. Meine Mama war natürlich besorgt. Dann habe ich irgendwann mit meinem Cousin, der den Suizid-Versuch überlebt hat, gesprochen. Er hat mir von seiner Erfahrung berichtet und dann sind wir so ein bisschen auf die Idee gekommen, wie es denn wäre, wenn ich in eine Klinik gehen würde. Das konnte ich mir zu dem Zeitpunkt zwar nicht so richtig vorstellen, ich wusste aber, dass irgendwas passieren muss, weil es ja nicht normal und gesund ist und mir nicht guttut. Und dann hat die Reise begonnen, dass wir uns dann umgehört haben und meine Mama sich vor allem gekümmert hat, wo man hingehen kann, wo es irgendwie gut ist.

Dann war da so eine Art Vorfrau, zu der man dann geht, bevor man in die Klinik geht. Ich weiß nicht, wie sie sich nennt, aber da bin ich regelmäßig zu Gesprächen gegangen. Sie hat das dann eingeschätzt und dann irgendwann wurde es sehr, sehr dringlich, sodass ich stationär aufgenommen wurde.

„Ich bin relativ gut auf der psychiatrischen Station angekommen. Es gab aber auch viel Leerlauf.“

„Ich bin relativ gut auf der psychiatrischen Station angekommen. Es gab aber auch viel Leerlauf.“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs-Drittel	CE (RPL)
Klinik (Jugendpsychiatrie)	Jugend	Junge Erwachsene mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ankommen in der Jugendpsychiatrie</li> <li>beim Ankommen unterstützt werden</li> <li>Jugendliche mit ähnlichen Problemen treffen</li> <li>Gemeinschaft mit Mitpatient:innen als großes Gut erleben</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>von den Pflegenden alleine gelassen werden (Pfleger:innen in der „Kanzel“)</li> <li>Wunsch nach mehr Struktur</li> <li>Tagesstrukturierende Angebote und problematisch erlebte Langeweile</li> </ul>		

Ich bin eigentlich relativ gut auf der psychiatrischen Station angekommen. Also man braucht natürlich eine Weile, um irgendwie aufzutauen, gerade, wenn man in einer starken Krise ist. Man wird eigentlich gut aufgenommen, ich bin aber auch relativ offen. Am Anfang haben wir so eine Runde gemacht, wie heiße ich, wer ist das alles. Ich würde im Großen und Ganzen sagen, dass das schöne auf Station ist, viele Jugendliche zu treffen, die ähnliche Problematiken haben. Das ist die schönste Erinnerung eigentlich daran, diese Gemeinschaft, die man da irgendwie hatte oder die Leute, die man da getroffen hat. Meiner Meinung nach ist die Gemeinschaft ein großes Gut, weil dadurch ganz viel Heilung entstehen kann. Obwohl natürlich alle mit ihren eigenen Rucksäcken, wie ich es ganz gerne nenne, beschäftigt sind. Trotzdem würde ich sagen, dass man eigentlich relativ viel alleine gelassen wurde. In meinem Kopf sehe ich die Pflegenden eigentlich alle in dieser Kanzel sitzen und quatschen. Das ist nicht so ein schönes Bild, weil es eigentlich so viele Möglichkeiten gibt, die man mit Jugendlichen machen kann. Es gab zwar eine Tagesstruktur. Zum Beispiel erinnere mich noch, dass die Pflegenden Essensbegleitung gemacht haben, weil das Essen für Menschen mit Essstörungen sehr schwer ist. Dann wurden wir zur Klinikschule gebracht und wir hatten ein paar Stunden Unterricht. Beim Spazieren waren die Pflegenden auch mit dabei.

Aber sonst hatte man viel Langeweile. Das ist auf jeden Fall ein Kritikpunkt, weil das meiner Meinung nach in so einer Krise nicht gut ist, dass es so viel Leerraum, also viel Freizeit gibt. Wir haben zwar auch mit den Pflegenden Karten gespielt oder man hat gelesen oder geschlafen, aber das ist bei einer Depression eigentlich auch nicht so gut.

„Es ist ganz wichtig, dass man ernst genommen und halt einfach gesehen wird.“

„Es ist ganz wichtig, dass man ernst genommen und halt einfach gesehen wird.“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Klinik (Jugendpsychiatrie)	Jugend	Junge Erwachsene mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leiderleben am Beginn des stationären Aufenthalts</li> <li>• Therapeut:innen und Bezugspersonen zugewiesen bekommen</li> <li>• schwieriges Passungsverhältnis zur Therapeutin, nicht richtig gesehen werden</li> <li>• Erschütterung der Beziehung zum Bezugspflegernden durch Zuschreibungsprozesse</li> <li>• divergierende Wahrnehmungen zum Leiderleben</li> <li>• Wünsche an Bezugspersonen</li> <li>• die kleinen Situationen, in denen man gesehen wird</li> </ul>				

Als ich auf der psychiatrischen Station angekommen bin, ging es mir gar nicht gut. Ich hatte eine Therapeutin, mit der ich mich nicht gut verstanden habe. Wir haben irgendwie nicht funktioniert. Und das ist natürlich ungünstig. Es gab aber auch nicht die Möglichkeit, irgendwie zu wechseln oder so. Ich glaube, sie hat das auch nicht richtig ernst genommen oder mich nicht ernst genommen. Ich habe mich auf jeden Fall nicht ernst genommen gefühlt. Und so ähnlich ging es mir auch mit dem Mitarbeiter. Ich bin ein Mensch, der nach außen hin sehr tough wirken kann, sehr reif und sehr stark. Und das war das, was dort gesehen wurde. Und weniger die kleine verletzte Seite. Es gab zum Beispiel eine Situation, da habe ich mit anderen Mitpatientinnen getanzt und am Abend hatte meine Mama mit meinem Bezugsbetreuer oder wie auch immer man das da nennt, telefoniert und er hat meiner Mama gesagt, dass ich ja keine Depression habe, weil es mir heute Vormittag gut ging. Er sagte: „Also Sie hätten das mal sehen müssen“ und ich habe getanzt und mir ging es gut und so. Da habe ich mich auf jeden Fall nicht gut gesehen gefühlt. Eigentlich mochte ich ihn sehr gerne, weil er irgendwie locker und entspannt war und ich das Gefühl hatte, mit ihm ganz gut reden zu können. Bis dann halt diese Situation mit meiner Mutter kam, wo ich mich dann nicht mehr gesehen gefühlt habe, weil er halt auch nur noch dieses Starke gesehen hat. Aber an sich war das schon einer der coolsten Mitarbeiter.

Hilfreich für die Beziehung zu den Bezugsbetreuern ist, glaube ich, eine gewisse Lockerheit, eine gewisse Entspanntheit, ein gewisses Verständnis für Bedürfnisse, die man als Jugendlicher hat. Es gab eine Zeit, da durfte ich nicht rausgehen, weil ich suizidgefährdet war, und ich wollte Rauchen gehen. Dann meinte mein Betreuer so: „Ja, komm, dann gehen wir jetzt zusammen eine rauchen“. Das sind einfach so Momente, wo ich das Gefühl habe, okay, er geht auf mich ein. Also das, würde ich sagen, ist ganz wichtig, dass man halt einfach gesehen wird und nicht nur als eine Patientin, sondern als eine Person, die auch ihre Bedürfnisse hat.

„In diesem Moment hatte ich das Gefühl, dass alle über mir stehen.“

„In diesem Moment hatte ich das Gefühl, dass alle über mir stehen.“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Klinik (Jugendpsychiatrie)	Jugend	Junge Erwachsene mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<ul style="list-style-type: none"> <li>schwerer Konflikt mit einem Pflegenden</li> <li>Versuch der Klärung</li> <li>Eskalation des Konflikts</li> <li>sich ausgeliefert fühlen</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesunde Distanz, Macht und Ohnmacht</li> <li>Pflegende sollten wissen, was sie triggert</li> </ul>		

Es gab eine Situation mit einem Pfleger: Ich weiß nicht mehr genau wie es war. Wahrscheinlich habe ich ihn beleidigt und daraufhin hat er mich auch beleidigt und gesagt: „Ja, dann geh dich doch umbringen.“ und „Du bist einfach jung.“. Ich bin dann anschließend weinend zu ihm gegangen und habe ihm gesagt, dass mich das verletzt hat und daraufhin hat er gesagt: „Ja, ist mir doch egal.“ und „selber schuld“. In diesem Moment hatte ich das Gefühl, dass eigentlich alle über mir stehen. Ich finde eine gesunde Distanz und ein gesunder Unterschied, der ja natürlich gegeben ist, weil ich Bewohnerin bin und sie die Betreuerinnen sind, ohne irgendwie Macht zu haben, ist in Ordnung. Das war auf jeden Fall auch ein Ausrutscher. Aber ich finde es einfach wichtig, dass man als Pflegender selber Bescheid weiß, was einen triggert und wie ich angemessen in so einer Konfliktsituation reagieren kann.

„Damals waren mir Diagnosen auch noch ein bisschen wichtiger.“

„Damals waren mir Diagnosen auch noch ein bisschen wichtiger.“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Klinik (Jugendpsychiatrie)	Jugend	Junge Erwachsene mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<ul style="list-style-type: none"> <li>lernen mit Gefühlen und Selbstverletzungen umzugehen</li> <li>Orientierung an Diagnosen zu Beginn als hilfreich erleben</li> <li>Lösung von diagnostischen Prozessen</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vertrauen in die eigene Einschätzung haben</li> <li>Stigmatisierungspotenzial psychiatrischer Diagnosen</li> </ul>		

Wenn ich daran zurückdenke, was mir dabei geholfen hat, über mich und meinen aktuellen Stand zu sprechen, dann erinnere ich mich an eine DBT-Gruppe – das ist eine spezielle Therapieform – und die ist eigentlich sehr hilfreich für Menschen mit Selbstverletzungsproblematiken, was ich auch hatte. Aber es war nur zweimal und daher sehr wenig. Für mich war es eigentlich das Lernen mit den Gefühlen

umzugehen. Also dass man darüber spricht, was sind die Emotionen und wie kann man damit umgehen. Man wird da sozusagen ein bisschen durchgeführt, darüber nachzudenken, was eigentlich bei einem selbst abgeht. Und man lernt, die Gefühle einzugrenzen und einzusortieren. Ich finde es auch hilfreich, Fähigkeiten zu erarbeiten, die ich machen kann, wenn es mir nicht gut geht, anstatt mich selbst zu verletzen. Und dabei zu unterstützen ist, meiner Meinung nach, auch Aufgabe von einem Bezugsbetreuer oder einer Bezugsbetreuerin oder Pflegeperson. Ich glaube ich hatte ab und zu so Reflexionsgespräche: wie geht es mir, was läuft, was nicht.

Die Therapeutin hat auch mit mir über mögliche Diagnosen gesprochen, weil ich auch wissen wollte, was irgendwie Stand der Dinge ist. Ich glaube, damals waren mir Diagnosen auch noch ein bisschen wichtiger. Weil das vielleicht auch was ist, woran man sich lang hangeln kann, weil man dann denkt, ich habe ja wirklich was. Jetzt habe ich immer mehr gelernt, dass es Quatsch ist und dass ich darauf vertrauen kann, dass, wenn es mir nicht gut geht, ich dann auch die Berechtigung habe, ohne einen Stempel sozusagen. Weil letztendlich habe ich auch gemerkt, dass diese Stempel einfach so viele Stereotypen oder Klischees und Bilder im Kopf auslösen.

„Ich bin dann in die Erwachsenenpsychiatrie, weil sie mir dort das Medikament geben konnten.“

„Ich bin dann in die Erwachsenenpsychiatrie, weil sie mir dort das Medikament geben konnten.“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Klinik (Erwachsenen- psychiatrie)	Jugend	Junge Erwachsene mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrere Medikamente ausprobieren, die wenig helfen</li> <li>• Intervention der Mutter, Wunsch nach einem Medikamentenwechsel</li> <li>• Wechsel des stationären Settings</li> <li>• neue Rolle zu den Mitpatient:innen, die Kleine sein</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mehr Kontakt zum therapeutischen Team</li> <li>• Angebote für die Tagesstruktur zu schätzen wissen</li> <li>• Hoffnungen auf das neue Medikament setzen</li> <li>• engmaschige Blutkontrollen</li> <li>• Ekel vor Blutentnahmen</li> </ul>		

Ich habe die Einrichtung gewechselt, weil bei meinem Cousin damals ein bestimmtes Medikament sehr gut angeschlagen hat und meine Mama wollte, dass es auch bei mir ausprobiert wird. Ich habe vier oder fünf verschiedene Medikamente in der Zeit ausprobiert, die nicht geholfen haben. Also teilweise ein bisschen, dass Aktivität da war, aber mein Kopf quasi nicht hinterherkam oder dass die Suizidgedanken verstärkt wurden. Die Medikamente haben alle nicht richtig angeschlagen und das lässt einen natürlich auch noch mehr verzweifeln.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wollte das neue Medikament nicht einstellen, weil sie halt gesagt haben, dass man das bei Kindern und Jugendlichen nicht macht. Nach mehreren Gesprächen bin ich dann in die Erwachsenenpsychiatrie, weil sie mir dort das Medikament geben konnten. Und dann bin ich gegangen. Das war für mich auch okay, weil ich am Ende nur noch sauer und nicht zufrieden war. Der Wechsel war an sich eigentlich echt schön, weil ich da halt die Kleine war. Dort waren mit mir Leute, die vierzig bis siebzig Jahre alt waren. Ich hatte das Gefühl, dass die Mitarbeiter mehr auf mich eingegangen sind und mich mehr als Person gesehen haben. Es gab eine Tagesstruktur aus verschiedenen Angeboten, die ich auch wirklich super fand. Zum Beispiel Sport und Psychoedukationsgruppen. Und in diesen einzelnen Bereichen gab es dann auch Ergotherapeuten und so. Insgesamt habe ich mich auf das Medikament gefreut, weil ich so große Hoffnungen darauf hatte. Mir wurde alle zwei Tage oder jeden Tag Blut abgenommen, um zu gucken, wie der Spiegel im Blut ist. Das war ein bisschen lästig, weil ich das eklig finde, aber an sich haben die das da gut gemacht. Und ich habe dann auch relativ schnell gemerkt, dass es mir deutlich besser ging – im Körper und Geist, auch wenn es nicht so lange gehalten hat, wie erwartet.

„Eigentlich ging es alles wieder von vorne los, bis wir auf die Idee kamen, dass ich in eine therapeutische Jugendhilfe ziehen kann.“

„Eigentlich ging es alles wieder von vorne los, bis wir auf die Idee kamen, dass ich in eine therapeutische Jugendhilfe ziehen kann.“				
Setting	Altersgruppe	Perspektive	Ausbildungs- drittel	CE (RPL)
Zu Hause und in einer therapeutischen Wohngruppe leben	Jugend	Junge Erwachsene mit Krisenerfahrungen	3. AD	11
Themen/Phänomene				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entlassung und Hoffnung auf einen Neustart</li> <li>sich eine Therapeutin suchen</li> <li>Schulduweisungen der Therapeutin an die Familie</li> <li>erneut in eine Krise geraten</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>sich für eine therapeutische Wohngemeinschaft entscheiden Unterstützung erfahren, aufgefangen werden</li> <li>ganzheitliches Konzept, interprofessionelles Team, sensible Begleitung</li> <li>Lernen sich selbst zu helfen, konkrete Techniken</li> </ul>		

Irgendwann wurde ich aus der Erwachsenenpsychiatrie entlassen, weil es mir gut ging und ich dachte, die Welt ist in Ordnung und alles ist wieder okay und nächstes Jahr starte ich wieder mit der Schule und alles ist gut. Ich habe mir dann eine ambulante Therapeutin gesucht. Die war aber leider auch wieder nicht so gut, weil ich mich irgendwie in so eine Richtung gedrängt gefühlt habe, dass meine Familie schuld ist und so. Ich hatte das Gefühl, dass alles nicht so richtig funktionierte. Ich bin wieder in das alte Umfeld gegangen, was natürlich ein bisschen schwierig ist, weil ich da irgendwie krank geworden oder in die Krise gekommen bin. Dann bin ich nicht mehr zur Schule gegangen.

Eigentlich ging es alles wieder von vorne los, bis wir auf die Idee kamen, dass ich in eine therapeutische Jugendhilfe ziehen kann. Und das habe ich dann gemacht und das ist das Beste, was mir passiert ist, tatsächlich. Dort hatte ich einen Therapeuten, den ich einmal die Woche gesehen habe oder auch öfter, wenn ich in einer Krise war. Dann hatte ich eine Bezugsbetreuerin, die sich anfangs auch regelmäßig mit mir getroffen hat. Sie hat dort gearbeitet und war fast jeden Tag da.

Ab und zu haben wir einen Ausflug zusammen gemacht und abends haben wir eine Abendreflektion gemacht. Dann gibt es natürlich auch ganz normale, sage ich mal, Betreuer:innen, also Heilpädagog:innen, Sozialarbeiter:innen und Erzieher:innen. Ich habe vier Jahre dort gelebt und das ist wirklich für mich so die beste Erinnerung, die ich an diese ganze schlechte Zeit habe. So wie ich dort aufgefangen wurde, war dort auf jeden Fall am besten, weil es ein ganzheitliches Konzept ist. Also man arbeitet in der Arbeitstherapie, ist den ganzen Tag beschäftigt, hat dann Psychotherapie und es sind super tolle Mitarbeiterinnen, die einen irgendwie sehen und die genau diese Problematiken erkennen. Also einfach fitte Leute.

Ich habe eigentlich durch die Therapie hier am meisten gelernt, wie ich mir selber helfen kann, was ja irgendwie auch das Ziel von einer Therapie ist. Und ich bin da wirklich sehr froh, an so einen guten Therapeuten gekommen zu sein, weil er mir halt einfach wirklich super geholfen hat. Wenn es mir jetzt nicht gut geht, dann verschließe ich mich nicht, sondern spreche darüber. Und dann mache ich tatsächlich auch körperliche Übungen wie Yoga oder Heileurythmie.