

STEPHAN DEBUS (HG.)

Atmosphären im Alltag

Über ihre Erzeugung und Wirkung



STEPHAN DEBUS (HG.)

Atmosphären im Alltag

Über ihre Erzeugung und Wirkung

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

Stephan Debus (Hg.). Atmosphären im Alltag. Über ihre Erzeugung und Wirkung.
ISBN 978-3-88414-???-?

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2007

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiana, Fröndenberg

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Unser Reden über Atmosphären	7
STEPHAN DEBUS	
Soteria – Atmosphäre als Heilmittel in der Schizophreniebehandlung	15
HOLGER HOFFMANN	
Atmosphärische Gestaltungsmöglichkeiten auf einer psychiatrischen Station	42
UWE KÖNEMANN	
Gestimmte Räume	
Ein atmosphärischer Rundgang durch ein Kinderkrankenhaus	53
CLAUDIA LORENZ UND JOACHIM PENZEL	
»Pavillon der Sinne«	
Gesundheitsförderung durch Kunst, Kultur und soziale Kontakte an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)	66
ANKE BERTRAM, ANIKA BERTRAM UND ANDINE MOSA	
Die ›Atmo‹ – Tondramaturgische Gestaltung durch Geräuschatmosphären im Film und im Hörspiel	76
ASTRID MOLL	
Grauen aus dem Baukasten	
Die Herstellung von Atmosphäre in Stephen Kings Roman Friedhof der Kuscheltiere	89
DAGMAR SCHMAUKS	
Kunst und Atmosphäre	124
VOLKMAR MÜHLEIS	
Kairos, Actionality und Flow – Wie, wozu und warum in Jugendkulturen Atmosphäre hergestellt wird	141
EVA KIMMINICH	

Spirituelle Atmosphären	157
MICHAEL HUPPERTZ	
»Eine spezielle Sprachanwendung, zu speziellen Zwecken« – Der Begriff der Atmosphäre und die Wortbedeutung bei Wittgenstein	186
STEFFI HOBUSS	
Stimmung, Atmosphäre, Milieu Eine ethnomethodologische Analyse ihrer Konstruktion und Reproduktion	196
WERNER J. PATZELT	
Problemaspekte des Stationsklimas im psychiatrischen Maßregelvollzug und Entwicklung eines Beurteilungsbogens	233
NORBERT SCHALAST	
Das Zwischen als Grundlage der phänomenologischen Methode in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis	248
BIN KIMURA	
Gefühle als Atmosphären	260
HERMANN SCHMITZ	
Atmosphären in zwischenmenschlicher Kommunikation	281
GERNOT BÖHME	

Unser Reden über Atmosphären

»In meinem Bild vom Nachtcafé habe ich auszudrücken versucht, dass das Café ein Ort ist, wo man sich ruinieren, wo man verrückt werden und Verbrechen begehen kann. Durch die Gegensätze von zartem Rosa und Blutrot und Dunkelrot, von mildem Louis-XV- und Veroneser Grün gegen die gelbgrünen und harten blaugrünen Töne – das alles in einer Atmosphäre von höllischer Bachofenglut und blassem Schwefelgelb – habe ich die finstere Macht einer Kneipe ausdrücken wollen.«

Vincent van Gogh

Liebe Leserin, lieber Leser,
gerade beginnen Sie die Anfangszeilen des Buches »Atmosphären im Alltag« (bzw. »Wirkung und Erzeugung von Atmosphären«) in sich aufzunehmen. Besinnen Sie sich bitte kurz für einen Moment: In welcher Atmosphäre tun Sie das gerade? In der häuslichen Atmosphäre Ihrer Wohnung, in der Hektik einer Bahnhofshalle, im Großraumabteil eines rasenden Zuges, auf der Bank in einer Waldlichtung, in Ihrem geschäftigen Büro, in einer quirligen Badeanstalt oder in der Ruhe einer Bibliothek? Ich kann diese Bitte äußern, weil wir ungefähr schon wissen, was gemeint ist, wenn jemand von einer heiteren, bedrückenden, düsteren, freundlichen, gelösten, angespannten, beschwingten, aufgekratzen oder ruhigen Atmosphäre spricht.

Wir – genauer Sie, die Autoren und die Herausgeber – erleichtern uns das Reden über Atmosphären, wenn wir davon ausgehen, dass sich ein gewisser Grundkonsens über die Bedeutung des Wortes »Atmosphäre« eingestellt hat: Sie verstehen meine obige Bitte vermutlich dahingehend, dass ich Sie zur Einstimmung auf das Thema ermuntern möchte, sich auf die fühlbare Atmosphäre im Alltag Ihrer unmittelbaren Umgebung zu konzentrieren und nicht auf die meteorologische Dunsthülle rund um den Erdball. Die hohe Unschärfe einer solchen ersten Festlegung wird deutlich, wenn ich Sie nun frage: Werden Sie gerade von dieser fühlbaren Atmosphäre umhüllt oder können Sie sich ihrem Einfluss entziehen? Haben Sie die Wahl? Etwas in Ihrer Umgebung wirkt auf Ihr Gemütsleben ein, aber dieser Einfluss ist nicht zwingend. Wie spüren Sie die Qualität Ihrer Atmosphäre auf? Vielleicht richten Sie Ihre Aufmerksamkeit zuerst nach außen, dann wieder nach innen, dann noch einmal wie zur Überprüfung

nach außen. Wie würden Sie dieses Nachspüren beschreiben? Wohin spüren Sie nach, um den Charakter der Atmosphäre zu erfassen? Nach außen? Wo ist sie, die Atmosphäre? Kann man sie messen? Hat sie Intensitätsgrade? Ist sie also ein Ding der Außenwelt? Oder ist sie eher ein die Dingwelt umgebender Raum, ein Erfahrungsraum oder ein Möglichkeitsraum? Wo fängt die Atmosphäre an, und wo hört sie auf? Hat sie räumliche Ausdehnung? Dann wird man zögern. Denn man kann von der heiteren Atmosphäre eines Kiezes an einem Sommertag vielleicht nicht behaupten, sie fange in der Goethestraße an, höre in der Müllerstraße auf und sei an der Ecke Goethestraße/Wundtstraße am stärksten. Oder doch, wenn es erlaubt ist, die Ortsangaben nicht allzu präzise angeben zu müssen? Oder ist die Atmosphäre die qualitative Eigenschaft eines ausgedehnten Dings, wie die Klangqualität eines Orchesters oder die Ausstrahlungskraft eines Bildes? Oder ist sie ein »Halbding«, also etwas ohne Substanz, aber mit Wirkung, oder vielleicht gar kein Ding, sondern einfach eine affektive Assoziation in Erinnerung mit einer schon einmal erlebten Situation?

Wenn wir den Charakter von Atmosphären erfassen, so ist die Aufgabe, diesen Charakter zu beschreiben, nicht trivial. Die Unschärfe im Nachfragen weist zunächst einmal auf die Unschärfe des Atmosphärenbegriffs selbst hin. Die Unschärfe zeigt sich darin, dass wir schon in den Fragen wie in den Antworten auf Metaphern zurückgreifen. Wie gerade eben: Wir »spüren« nach, folgen also im übertragenen Sinne einer Spur (doch welcher?), wir »tauchen« in Atmosphären »ein«, sind von ihnen »umhüllt«, wir befinden uns »in« ihnen wie in einem weit ausgedehnten Meer oder im Wasser einer engen Badewanne. Diese speziellen Metaphern des »Eintauchens« und »Umhüllens« betonen die Räumlichkeit von Atmosphären und objektivieren ihre Existenz. Aber sind Atmosphären im wörtlichen Sinne wirklich räumlich und objektiv außerhalb von uns? Wenn wir davon überzeugt wären, bräuchten wir dann noch Metaphern zu benutzen?

Wenn wir versuchen, den Atmosphärenbegriff zu entmetaphorisieren, um den wörtlichen Sinn zu bestimmen, können wir die Bedeutungsvielfalt des Begriffs analysieren und zu zeigen versuchen, welche Bedeutung des Wortes »Atmosphäre« in welchem Kontext gebraucht wird, d. h. in welchem Kontext wir uns auf welche Arten von Gegenständen beziehen. Wir könnten dann feststellen, dass es »die eine Atmosphäre« gar nicht gibt, sondern nur ein mehrdeutiges Wort in einem Sprachspiel mit ganz verschiedenartigen Bezugsgegenständen.

So wird der Ausdruck »heitere Atmosphäre einer Abendgesellschaft« gebraucht, um die soziale Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen zu charakterisieren. Dagegen bezieht sich die »heitere Atmosphäre« in Anschauung eines sonnendurchfluteten Alpentals auf die angeschaute Landschaft. Manche Menschen kennen die Atmosphäre von Stadtteilen, Gebäuden, Wohnungen, Theaterbühnen, Lichtinstallationen, Bildern, Worten, Träumen, Geräuschen etc. Da wundert die Divergenz von Realitätszuschreibungen kaum und auch nicht

der unterschiedliche Gebrauch des Wortes »Atmosphäre« mit Bedeutungen, die sich nicht unter einem gemeinsamen Überbegriff versammeln lassen.

Oder ist diese Einschätzung zu pessimistisch? Es scheint doch einigermaßen evident, dass Atmosphären etwas mit Gefühlen zu tun haben, aber es ist auch klar, dass sie etwas ganz anderes sind als Gefühle. Es wäre sinnlos von einer gelösten Atmosphäre zu sprechen, wenn alle Anwesenden angespannt sind, und es hätte keinen Sinn von einer bedrückenden Atmosphäre zu reden, die niemanden bedrückt. In unserer Rede weist das Wort »Atmosphäre« nicht nur auf das Bedrückende in unserem Gefühlserleben hin, sondern auch auf das Bedrückende außerhalb von uns. Wir meinen damit, dass wir etwas außerhalb von uns fühlen. Dieses »außerhalb« ist nicht zu verwechseln mit der Gerichtetheit unserer Gefühle auf etwas Äußeres: Wir erleben Furcht *vor* etwas und sind traurig *über* etwas. Aber die Gerichtetheit unserer Gefühle – wie Phänomenologen es ausdrücken würden –, die umgangssprachlich in den Präpositionen »vor« und »über« zum Ausdruck kommt, darf weder mit der Qualität des erlebten Gefühls noch mit dem Objekt, auf das sich das Gefühl richtet, verwechselt werden.

Mit dieser Unterscheidung wird deutlich: Ein Gefühl richtet sich auf ein Objekt, und das Gefühl wird innen als »mein Gefühl« erlebt und das Objekt erleben wir außerhalb von uns. Diese Charakterisierung gilt jedoch nicht für Atmosphären. Wir können wohl kaum sagen: Eine Atmosphäre richtet sich auf ein Objekt und die Atmosphäre erleben wir innen als »mein Gefühl« und das Objekt erleben wir außerhalb von uns. Von Atmosphären können wir gefühlsmäßig umstimmt werden, wenn wir in sie »eintauchen« oder »eintreten« oder wenn wir uns auf sie einlassen. Wir verlegen ihren Ort nach außen, wenn wir sagen, dass uns eine heitere Abendgesellschaft heiter gestimmt hat. Wir können uns sogar von ihr distanzieren, denn die Umstimmung erfolgt nicht zwangsläufig. So können wir auf die heitere Atmosphäre der Abendgesellschaft erheitert, aber auch genervt oder angeekelt reagieren. Die Heiterkeit haben wir dann zwar wahrgenommen, aber nicht mitempfunden; sie ist die Heiterkeit der anderen, nicht die eigene. Man kann sogar mit seiner Traurigkeit oder seinem Gemäkel unpassend in die Atmosphäre einer Party »hineinplatzen« und damit eine andere Atmosphäre erzeugen.

Im Atmosphärenbegriff wird ein grundlegendes Problem deutlich: Einerseits wird man die Abhängigkeit einer Atmosphäre von Gefühlen des Subjekts nicht leugnen können. Andererseits offenbart das Sprechen darüber eine – wenigstens metaphorische – »Objektivierung« und eine Verlagerung der Atmosphären nach außen. Wenn wir nun aber über Atmosphären reden wie über äußere Gegenstände, ohne ihnen eine Realität in dem Sinne zuschreiben zu wollen, in dem das Glas Wasser vor meinen Augen existiert, dann kann man verschiedene philosophische Zuweisungen eines ontologischen Status oder sprachwissenschaftliche Beschreibungen von Metaphorisierung vornehmen. Philosophisch sind zwei

Extreme denkbar: Das eine ist eine assoziationsistische Erklärung des Erlebens von Atmosphäre, der gemäß Typen von Gefühlen mit Typen von Umgebungen assoziiert sind, weil wir Umgebungen jenes Typs jeweils mit Gefühlen jenes Typs gemeinsam erfahren haben. Das andere Extrem ist die »Verortung« von Atmosphären in einer Art Parallelraum zu demjenigen, in dem sich physikalische Prozesse abspielen.

Über diese begrifflichen und ontologischen Fragen ist die praktische Erfahrung mit Atmosphären und die mehr oder weniger bewusste Erzeugung von Atmosphäre erhaben: Manche Berufe sind u. a. darauf spezialisiert, Atmosphäre zu erzeugen oder wenigstens zu nutzen. Dies sind die Berufe der »Atmosphärenarbeiter« (BÖHME G. Atmosphäre. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1995). Dazu gehören zum Beispiel Architekten, Raumgestalter, Lichtdesigner, Künstler, Toningenieure, Bühnenbildner, Regisseure, Musiker, Restaurantbetreiber sowie Krankenpfleger, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten und Psychiater. Dass atmosphärisches Erleben krank machen oder heilsam wirken kann, steht intuitiv außer Frage. Es war ein Psychiater, der die neuere Erforschung von Atmosphäre anregte: Hubert Tellenbach (vgl. TELLENBACH H. Geschmack und Atmosphäre. Salzburg: Otto Müller Verlag; 1968). Die Psychiatrie hat mit dem Konzept einer »Milieuthera- pie« einen Begriff von Milieu, der mit Vorstellungen von Atmosphäre verwandt ist, aufgegriffen. Für Tellenbach spielte Atmosphäre eine Rolle in der Ätiologie psychischer Erkrankungen. Und was zu deren Entstehung beiträgt, dürfte auch eine Rolle in ihrer Heilung spielen. Auf jeden Fall wäre es wünschenswert, das implizite Wissen, das Atmosphärenarbeiter gesammelt haben, zu beleuchten. Denn es könnte von Nutzen sein, wenn es darum geht, menschliches Befinden positiv zu beeinflussen.

Übersicht über die Beiträge

Der vorliegende Band gliedert sich in einen Teil, in dem Vertreter verschiedener Berufe ihr Erleben von, ihr Wissen über und ihre Arbeit mit Atmosphäre darlegen, und einen Teil, der den Begriff von Atmosphäre behandelt.

Holger Hoffmann (Universität Bern) beschreibt, wie sich die Soteria Bern die heilsame Wirkung von Atmosphären zunutze macht, ausgehend von der Erfahrung, dass entspannende Atmosphäre und Sicherheit vermittelnde Grundstimmung in der Akutphase von Schizophrenie therapeutisch wirksam sind. Die Atmosphäre von Soteria wirke neuroleptikaartig, sodass Medikamente zurückhaltender eingesetzt werden können. Hoffmann unterscheidet den therapeutischen Nutzen Geborgenheit vermittelnder, reizgeschützter, entspannender, angstlösender, vertrauensfördernder, kommunikativer, authentischer, partnerschaftlicher, familiärer und entmedikalisierten Atmosphäre.

Es ist das Anliegen Uwe Könemanns (Medizinische Hochschule Hannover), atmosphärische Gestaltungsarbeit auf einer psychiatrischen Station überhaupt zum Thema zu machen. Schwerpunkte setzt er bei dem Einfluss mitmenschlicher Stimmungen, dem Einfluss einer geschlossenen Stationstür, dem Einfluss von Einrichtungsgegenständen und der Tages- und Wochenplanung (Beispiel Morgenrunde) sowie dem Einfluss menschlicher Abhängigkeiten. Es gelte, sich in der Station um ein »angenehm tragendes Klima« zu bemühen, damit dem Patienten durch seine Mitwirkung ermöglicht werde, »mitzuschwingen und selbst etwas zu bewegen«.

Claudia Lorenz (Kindermuseum, FEZ Berlin) und Joachim Penzel (Hochschule für Kunst und Design, Halle) beschreiben ihre atmosphärischen Eindrücke in dem Kinderkrankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara in Halle, das von Ulrich Reimkasten und seinen Studenten gestaltet wurde: »Ein Krankenhaus, das den Menschen und sein Befinden ins Zentrum der Wahrnehmung rückt.«

Anke und Anika Bertram sowie Andine Mosa (Fachhochschule Hannover) stellen ein Entwurfsprojekt an der FH Hannover vor, das den »Pavillon der Sinne« betrifft, die Planung eines Gebäudes auf dem Gelände der MHH, wo therapeutische Gruppen u. a. verbesserte atmosphärische Bedingungen vorfinden sollen. Die Spannung zwischen Offenheit und Verslossenheit »in einem gesunden Wesen« wird auf das Gelände übertragen.

Katrin Moll (Universität Potsdam) macht uns mit der »Atmo« bekannt, der Aufnahme der – umgangssprachlich so bezeichneten – »Geräuschkulisse« einer abgedrehten Szene, die bei der Montage eines Films zu verschiedenen Zwecken benötigt wird – sei es der räumlichen Zuordnung von Szenen durch den Zuschauer, sei es der Darstellung »innerer Realität«, sei es der Ankündigung drohenden Unheils durch Stille. Selbst im einfachsten Fall sei der Selektivität der Wahrnehmung Rechnung zu tragen.

Dagmar Schmauks (TU Berlin) untersucht, wie Stephen King gezielt eine Atmosphäre von Angst und Grauen erzeugt und steigert. Sie greift auf eine Unterscheidung biologischer, sozialer und metaphysischer Ängste zurück, um zu zeigen, wie King diese »unterschwellig stets vorhandenen« Ängste aktualisiert, als »phobische Druckpunkte« nutzt – was voraussetzt, dass es ihm gelingt, beim Leser entsprechende Empathie zu bewirken. Die Raumstruktur des Romans trage in besonderer Weise dazu bei, eine Atmosphäre von Angst herzustellen.

Volkmar Mühleis (Hogeschool voor Wetenschap & Kunst Sint-Lucas Gent) hat im Rahmen eines Forschungsprojekts mit Blinden und Sehgeschädigten Bilder besprochen und fragt: Was wollen Blinde in einer Gemäldegalerie? Er verweist auf den Unterschied zu einer Audioführung auf CD: die Möglichkeit des Gesprächs und die Erfahrung des Raumes. An beidem sei die Frage der Atmosphäre festzumachen. Mühleis stellt eine produktive Werkuntreue als Alternative zur von der visuellen Wahrnehmung abhängigen Bestimmung des

Kunstwerks zur Disposition und erläutert dies anhand der Installation »Noma« von Ilya Kabakov.

Ausgehend von einer Übereinstimmung mit Gernot Böhmes Konzept einer neuen Ästhetik, die sich von der Fixierung auf elitäre Kunst löst, stellt Eva Kimminich (Universität Freiburg) fest, dass in Jugendkulturen der letzten Jahrzehnte Songs und Gruppen der Atmosphäre wegen, die sie erzeugen, gehört werden. Dabei greift sie auf die Begriffe von Kairos, Actuality und Flow zurück und erläutert erweitertes Wahrnehmungsvermögen wie gesteigertes Raumerleben am Beispiel der erstaunlichen Koordination von Bewegungen im Breakdance.

Nach Michael Huppertz (Freie Praxis, Darmstadt) führt die »Analyse von Atmosphäre ins Herz der Spiritualität: die Motivation, das existenzielle Engagement, die Gefühle, die das Leben von Menschen und Gesellschaft grundlegend verändern können«. Er fragt nach dem Begriff von spiritueller Atmosphäre, nach deren Bedeutung für die Spiritualität, dem Verhältnis spiritueller zu religiösen Atmosphären und nach dem Wert der Analyse für das Verständnis von Atmosphären im Allgemeinen.

Die neuere Diskussion über Atmosphäre hat Äußerungen Wittgensteins, die das Sprechen über Atmosphäre betreffen, nicht zur Kenntnis genommen. Wittgenstein geht besonders auf die Rede von der Atmosphäre eines Wortes ein. Diese könne einerseits dessen Bedeutung nicht festlegen, werde von Wittgenstein – so Steffi Hobuß (Universität Lüneburg) – andererseits nicht als bloße Fantasterei erachtet. Als Kern der Kritik Wittgensteins stellt Hobuß fest, dass die »scheinbare Untrennbarkeit einer Atmosphäre vom zugehörigen Wort, Raum, Gegenstand, Namen oder sonst einer Sache fälschlich als Assoziation zweier Sachen gedacht wird, wo es doch nur eine Sache gibt, die im Rahmen eingeführter kultureller Praktiken eine bekannte Rolle spielt«. Wenn einer Sache eine Atmosphäre zugeschrieben werde, könne man diese Redeweise – in vielen, nicht allen, Fällen – demnach getrost ersetzen durch die Untersuchung kultureller Praktiken.

Mit dem Begriff der Atmosphäre will Werner J. Patzelt (TU Dresden) jene Deutungszuschreibungen erfassen, mit denen Menschen ihre Deutungsgewohnheiten und Wissensbestände sowie einen Raum und sein Milieu belegen, wobei er unter Milieu eine Rollen- und Verhaltensstruktur versteht, die sich, bezogen auf spezifische Räume, wie selbstverständlich immer wieder herstellt. Patzelt empfiehlt als Analyse- und Forschungsinstrument bzgl. Stimmung, Atmosphäre und Milieu den Ansatz der Ethnomethodologie, die Aussagen über Konstruktion, Reproduktion, Tradition, Modifikation und Destruktion sozialer Wirklichkeit formuliert.

Da Stationen des Maßregelvollzuges nach wie vor eine repressive Aufgabe erfüllen, müsse man – so Norbert Schalast (Universität Duisburg-Essen) – hier mit einem schwierigen Institutionsklima rechnen. Über viele Jahre war die Ward Atmosphere Scale, die der Beschreibung einer Station hinsichtlich Eigenschaften dient, deren Ausprägungen »so etwas wie eine Persönlichkeit der Station«

darstellen, der Standard für die Erfassung des Stationsklimas. »Die mit dem Fragebogen SK-M erfassten Merkmale [...] resultierten aus dem Bemühen, Klimadimensionen zu erfassen, die im Kontext der jeweiligen Fragestellungen offensichtlich relevant erschienen und die sich statistisch als »robust« [...] erwiesen.« Merkmale des Fragebogens sind »Sicherheit«, »Zusammenhalt der Patienten« und »Therapeutischer Halt«.

Bin Kimura (Kyoto) unterscheidet von der Erforschung des Selbst bzw. Ich durch die empirische Psychologie die Frage nach Wesen und Grund des Selbstseins, nach dem, was es Menschen ermöglicht, »sich als Selbst zu sich selbst zu verhalten« und behält dessen Erforschung der phänomenologischen Methode vor. Er stellt fest, dass der Psychiater einen Vorgang »im Inneren« eines anderen phänomenologisch anzuschauen« hat. Das klingt nach einem Widerspruch. Doch er verweist auf die Anschauung der Person etwa im Sinne eines »Zwischen-oder-unter-den-Menschen-Seins«, einer »atmosphärischen Zwischenhaftigkeit«, die bei einem schizophrenen Menschen besonders gefährdet sei.

Hermann Schmitz (Kiel) macht um 400 v. Chr. eine radikale Umstellung des menschlichen Weltverständnisses aus, die psychologistisch-reduktionistisch-introjektionistische Vergegenständlichung. Deren Triebfeder sei das Streben des Menschen nach Selbstermächtigung gegen die eigenen unwillkürlichen Regungen, und mit ihr sei der Raum nivelliert worden durch eine Raumvorstellung, die »flächenlose Räume« aus dem Blick verliere, in denen Halbdinge zu verorten seien. Zu diesen gehörten der Leib und die Gefühle, die wie das Wetter Atmosphären seien. Schmitz stellt einen Begriff von Atmosphäre als einer Gemeinsamkeit von Gefühl und Wetter vor.

Gernot Böhme (Darmstadt) unterscheidet von Atmosphären, die »draußen« begegnen, die zwischenmenschlichen Atmosphären, die von den beteiligten Subjekten ständig mitproduziert werden. Unter Bezugnahme auf den Beziehungsaspekt sprachlicher Äußerungen betont er: Da auch illokutionäre Handlungen atmosphärische Veränderungen bewirken, haben sie per se schon etwas Perlokutionäres – eine Wirkung auf das Gesprächsklima. Daher konzentriert er sich auf die Frage, wie Atmosphären durch Verhalten verändert werden können und fragt, ob kommunikative Atmosphären etwas Vorsprachliches, Voraussetzungen von Kommunikation, sind.

Gernot Böhme fragt in seinem Beitrag, was man tun kann, damit Atmosphären gesund, beruhigend und gastlich sind, und stellt fest, dass dazu gehört, dem Zwischenmenschlichen als solchem Aufmerksamkeit zuzuwenden. Stephan Debus (Medizinische Hochschule Hannover) beklagt genau den Verlust dieser Aufmerksamkeit, wenn er eine Verdrängung der Sprache der Intersubjektivität durch eine ökonomisierende Sprache ausmacht: Nur wenn wir diese nicht sprechen, seien wir in der Lage, uns in Handlungsspielräumen zu bewegen, in denen wir zur Verteidigung des Sozialen beitragen.

Danksagung

Dieses Buch geht hervor aus einer Vorlesungsreihe unter dem Titel »Stimmung, Atmosphäre, Milieu – holistische Ansätze in der Zeichentheorie«, die 2004 in Kooperation zwischen dem Berliner Arbeitskreis für Kultursemiotik (BAKS), der Arbeitsstelle für Semiotik der TU-Berlin und der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover veranstaltet wurde. Einige Autoren der damaligen Vorlesung sind in diesem Buch versammelt, andere Autoren konnten hinzugewonnen werden. Den oben genannten Autoren gilt in erster Linie mein Dank. Besonders freuen sich die Herausgeber darüber, dass in diesem Buch auch Praktiker zu Wort kommen, also Autoren, die professionell damit beschäftigt sind Atmosphären herzustellen und ihr Tun in den Beiträgen reflektieren.

Ich danke

- der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse für die Genehmigung zum Abdruck von Bin Kimuras Vortrag »Das Zwischen als Grundlage der phänomenologischen Methode in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis«,
- dem Carl Hanser Verlag für das Einverständnis mit dem Abdruck der Abbildungen aus »Die Kunst der Installation« von Boris Groys und Ilja Kabakow (München: Carl Hanser Verlag; 1996; aus dem Russischen von Gabriele Leupold) in Volkmar Mühleis' Beitrag »Kunst und Atmosphäre«,
- dem Wilhelm Fink Verlag für die Genehmigung des Abdrucks von Gernot Böhmes Beitrag »Atmosphären in zwischenmenschlicher Kommunikation«, erstmals erschienen in Gernot Böhme, »Architektur und Atmosphäre«, München: Wilhelm Fink Verlag; 2006; S. 32–43).

Außerordentlich dankbar bin ich Prof. Dr. Roland Posner für die vielen Anregungen zum Thema. Claus Schlaberg möchte ich für die sorgfältige Manuskriptbearbeitung danken, ebenso den Mitarbeitern des Psychiatrie-Verlages Ute Hüper für die Umschlagsgestaltung und York Bieger für die zügige Realisierung dieses Buchprojektes.

Allen danke ich für die gute Zusammenarbeit und die freundliche Arbeitsatmosphäre.

Stephan Debus

Soteria – Atmosphäre als Therapeutikum in der Schizophreniebehandlung

HOLGER HOFFMANN

*»Atmosphären sind etwas zwischen Subjekt und Objekt.
Sie sind nicht etwas Relationales, sondern die Relation selbst.«
Böhme 2002 a, S. 33*

Dieser Beitrag will darstellen, dass Atmosphäre in der Schizophreniebehandlung therapeutisch wirksam sein kann. Soteria ist ein Behandlungsansatz, in dem – wie Sie im Folgenden sehen werden – das Atmosphärische eine besonders große Bedeutung einnimmt. Die nachhaltige emotionale Entspannung und Angstlösung, die in Soteria mit atmosphärischen Mitteln befördert wird, erscheint uns als der entscheidende gemeinsame therapeutische Faktor hinter sämtlichen günstigen milieu-, psycho- wie auch pharmakotherapeutischen Einflüssen.

Bevor ich ausführlich darstellen werde, welche Atmosphären mit welchen Mitteln in der Soteria erzeugt werden und warum diese therapeutisch wirksam sein können, möchte ich Sie zum besseren Verständnis zunächst mit der Schizophrenie etwas vertrauter machen, Ihnen die Soteria vorstellen und schließlich mein Verständnis von Atmosphäre darlegen.

Schizophrenie

Schizophrenie ist eine der häufigsten schweren psychischen Erkrankungen. Weltweit erkrankt ein Prozent der Bevölkerung daran. Trotz intensiver Forschung seit über hundert Jahren kennt man deren Ursache bis heute noch nicht. Eine gezielte Pharmakotherapie besteht deshalb nicht. Die heute allgemein eingesetzten Neuroleptika wirken lediglich symptomatisch, d.h. sie können die Symptome (wie z.B. Wahnvorstellungen oder Halluzinationen) reduzieren, die Krankheit jedoch nicht heilen.

Es sind mittlerweile zahlreiche biologische und psychosoziale Faktoren bekannt, die eine mehr oder minder große Rolle bei der Entstehung und im weiteren Verlauf der Krankheit eine Rolle spielen können, aber nicht immer müssen. Entsprechend gibt es eine ganze Reihe von Modellvorstellungen, die für die Praxis mehr oder minder nützlich sind. Das am weitesten akzeptierte ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (ZUBIN 1977, CIOMPI 1982). Dem zufolge sind es bestimmte Belastungssituationen, die in Zusammenwirken mit anderen un-

günstigen Faktoren bei Menschen mit einer biologisch und lebensgeschichtlich bedingten »Verletzlichkeit« für psychische Erkrankungen zum Ausbruch einer schizophrenen Psychose führen können.

Basierend auf Ciompis integrativem Konzept der Affektlogik (CIOMPI 1982, 2002), nach dem alles Denken und Verhalten wesentlich von grundlegenden emotionalen Befindlichkeiten bestimmt wird, verstehen wir die akute schizophrene Psychose als gravierende Lebenskrise verängstigter verletzlicher Menschen, die emotional überfordert und kognitiv verwirrt sind. Menschen, die zu psychotischen Störungen neigen, sind in besonderer Weise verletzlich. Sie geraten durch Belastungen aller Art leichter als andere Menschen aus dem Gleichgewicht. Ihre psychotische Krise lässt sich als Überforderung eines bereits vorher labilen affektiv-kognitiven Verarbeitungs- und Bezugssystems auffassen. Allgemeinmenschliche Erscheinungen wie heftige Gefühle, Spannung, Verwirrung und Unsicherheit, Angst oder großer Leistungsdruck vermögen bei Menschen, die aufgrund ihrer Disposition oder Lebensgeschichte besonders verletzlich sind, die inneren Fühl-Denk-Muster so zu destabilisieren, dass die normalen und gewohnten Verhaltensweisen verloren gehen.

Für die Entstehung einer solchen krisenhaften Störung ist keine einzelne dominierende Ursache auszumachen. Verschiedene Faktoren, die individuell unterschiedlich zusammenwirken, sind dafür verantwortlich: Erbfaktoren, angeborene oder erworbene Hirnschäden, schwere frühkindliche Ungeborgenheit oder traumatische Erlebnisse, Familieneinflüsse, Berufs- oder Beziehungsprobleme sowie andere längerdauernde Belastungen. Destabilisierend wirken namentlich auch Drogen (z. B. Cannabis) und eine aufgeregte, unklar widersprüchliche und ständig kritisierende Umgebung.

Der akut psychotische Mensch erscheint somit als ein fragiler und verwirrter, nach außen abwehrender, dahinter jedoch meist ausgesprochen feinfühlig und dünnhäutiger Mensch. Aus der ihn überfordernden Verwirrung versucht er sich in neue Verhaltensweisen zu retten, die ihm letztlich allerdings nur noch mehr Schwierigkeiten schaffen. Im sich zuspitzenden Wechselspiel zwischen der eigenen Unsicherheit und den Reaktionen der Mitmenschen kippen schließlich der Realitätsbezug und das Selbst-Erleben in eine andersartig strukturierte und von der Umwelt (namentlich Angehörige) vorerst nicht nachvollziehbare Fühl-Denk-Funktionsweise. Dieser Prozess kann plötzlich innert weniger Wochen ablaufen oder sich über Monate und sogar Jahre erstrecken und wird in seiner unspezifischen Vorphase meist nicht als beginnende schizophrene Psychose erkannt.

Eine Psychose kann als tiefgehende Veränderung des Selbst-Erlebens und des Bezugs zur Realität verstanden werden. Die Betroffenen nehmen sich selbst, die Mitmenschen und die Umgebung anders wahr. Sie können das, was sie erleben, meist auch nicht in ihr bisheriges Leben einordnen.

Entsprechend zielt man heute in der Therapie und Rehabilitation an Schizophrenie Erkrankter darauf, Belastungssituationen resp. Stressfaktoren zu reduzieren oder den Betroffenen zu ermöglichen, einen besseren Umgang damit zu finden. Eine angstlösende Umgebung wirkt vorbeugend, bessernd und auch heilend. Besonders in der akuten Psychose ist eine verständig stützende, tolerante und entspannende Atmosphäre therapeutisch wirksam. Die Sicherheit vermittelnde Grundstimmung wird mit einer klaren, der ausufernden psychotischen Verwirrung Grenzen setzenden Haltung verbunden. Große Wichtigkeit kommt der Reizabschirmung zu. Der sehr weitgehende Schutz vor Außenreizen, möglichste Vertrautheit und Normalität im Umgangsstil sowie transparente Kleinräumigkeit des therapeutischen Milieus vermitteln emotionale Konstanz und Klarheit. Dadurch wird die psychotisch gestörte Informationsverarbeitung erleichtert.

Soteria

Das griechische Wort Soteria bedeutet u. a. Geborgenheit und wurde in den Siebzigerjahren vom amerikanischen Psychiater Loren Mosher als Name für ein erstes »Soteria-House« in San Francisco gewählt, in dem junge, akut an Schizophrenie erkrankte Menschen statt in einer psychiatrischen Klinik im möglichst normalen, reizarmen, entspannenden und familienartigen Milieu eines Wohnhauses mittels kontinuierlicher Begleitung (»being with«) und verständnisvoller mitmenschlicher Präsenz möglichst ohne Einsatz dämpfender neuroleptischer Medikamente behandelt wurden (siehe MOSHER 2001).

Die Entwicklung einer Alternative zu den damals in den USA vorherrschenden unruhigen und unpersönlichen traditionellen Großkliniken, in denen exorbitante Neuroleptikadosen verabreicht wurden, drängte sich geradezu auf. Die zu jener Zeit in den Kliniken herrschenden Zustände einer »totalen Institution«¹ wurden bereits 1961 von Erving Goffman in seinem eine sozialpsychiatrische Reformwelle auslösenden Buch »Asyle« kritisiert und in Ken Kesey's 1975 verfilmten Roman von 1962 »One flew over the Cuckoo's Nest« eindrücklich dargestellt.

1 Eine totale Institution weist nach Goffman folgende Merkmale auf:

- Totale Institutionen sind allumfassend. Das Leben aller Mitglieder findet nur an dieser einzigen Stelle statt und sie sind einer einzigen zentralen Autorität unterworfen.
- Die Mitglieder der Institution führen ihre alltägliche Arbeit in unmittelbarer (formeller) Gesellschaft und (informaler) Gemeinschaft ihrer Schicksalsgefährten aus.
- Alle Tätigkeiten und sonstigen Lebensäußerungen sind exakt geplant und ihre Abfolge wird durch explizite Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.
- Die verschiedenen Tätigkeiten und Lebensäußerungen sind in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.

Mehrere von Mosher und später auch von Ciompi durchgeführte Studien konnten zeigen, dass psychotische Störungen sich in einem Milieu wie dem der Soteria mit vergleichsweise sehr viel weniger Medikamenten ebenso gut zurückzubilden vermögen als unter einer traditionellen Klinikbehandlung (siehe HOFFMANN 2001).

Aufgrund dieser und anderer Erkenntnisse gründete Luc Ciompi, damaliger Direktor der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern, 1984 die *Soteria Bern* als milieutherapeutische Institution zur Behandlung akuter Psychosen. Konzeptuell wurde das US-amerikanische Vorbild zum Teil übernommen, zum Teil aber auch durch neuere Ansätze ergänzt und aufgrund der Erfahrungen im Lauf der Jahre weiterentwickelt. Ciompis Soteria-Konzept unterschied sich von Anfang an in einigen wesentlichen Punkten vom radikaleren Ansatz Moshers. Für Ciompi stand eine medikamentenfreie Behandlung nicht im Zentrum. Vielmehr wollte er die in seinem 1982 erschienen Buch ›Affektlogik‹ formulierten Hypothesen in der alltäglichen Schizophreniebehandlung umsetzen und überprüfen.

In der Soteria bemüht man sich, kognitiv-affektive Beruhigung und Ausgeglichenheit zu schaffen. Die Betreuer und Bewohner² gestalten ihre Beziehung gleichwertig, es gibt wenig Rollendifferenzierung und wenig Hierarchie. Es gibt nebst dem milieutherapeutischen Ansatz keine formale Therapie, die Betreuer stützen oder fordern je nach aktueller Befindlichkeit der Bewohner. Es soll eine Ersatzfamilie auf Zeit geschaffen werden. Eine personelle und konzeptuelle Kontinuität ist für die Bewohner und ihre Angehörigen wichtig, da dies in einer meist angstbesetzten Psychose mehr zur Beruhigung beiträgt als beispielsweise ein Aufenthalt auf Akutstationen mit häufig wechselnden Bezugspersonen und Behandlungsvorstellungen. Wesentlich sind die gemeinsame Entwicklung konkreter Behandlungsziele und das alltagsorientierte Leben und Lernen in der tätigen Gemeinschaft. Die enge Zusammenarbeit mit Angehörigen, weiteren Bezugspersonen und Betreuern ist ein weiterer wichtiger Aspekt des Ansatzes. Ein vorsichtiger Einsatz von Psychopharmaka hat sich als vorteilhaft erwiesen, um die Verarbeitung der Psychose zu ermöglichen, aber nicht zu verhindern.

Die therapeutische Haltung der *Soteria Bern* kann in folgenden Grundsätzen zusammengefasst werden:

- kleines, möglichst normales, transparentes, entspannendes und reizgeschütztes Milieu
- behutsame und kontinuierliche mitmenschliche Stützung
- konzeptuelle und personelle Kontinuität von der Begleitung während der akuten Phase bis zum Austritt und zur Nachbetreuung
- klare und gleichartige Informationen für Bewohner, Angehörige sowie Betreuer über Verletzlichkeit, psychotische Krise, Behandlung und Prognose

2 In der Soteria werden die Patienten »Bewohner« genannt.



Abbildung 1: Soteria Bern

- enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen wichtigen Personen aus dem Umfeld der Bewohner
- gemeinsames Erarbeiten von konkreten Zielen und Prioritäten im Wohn- und Arbeits- bzw. Beschäftigungs- oder Ausbildungsbereich aufgrund realistischer, vorsichtig positiver Zukunftserwartungen, verbunden mit angemessenem Gefährdungs- und Risikobewusstsein, insbesondere bei aktuellen Belastungen
- zurückhaltender und individuell abgestimmter Einsatz von Medikamenten
- Rückfallprophylaxe aufgrund der Analyse der individuellen Krisenanzeichen und Belastungssituationen sowie Erarbeiten von Bewältigungsmöglichkeiten
- individuell gestaltete Nachbetreuung mit spezifischen Vereinbarungen

Soteria Bern bietet acht jungen (< 40 Jahre), akut an Schizophrenie erkrankten Bewohnern Platz. Soteria hat zwar den rechtlichen Status einer öffentlich subventionierten psychiatrischen Klinik, befindet sich aber in einem 14-Zimmer-Wohnhaus, umgeben von einem großen Garten und ist mitten in einem Wohnquartier gelegen.

Milieuthherapie und therapeutische Gemeinschaft

Die Begriffe »Milieuthherapie« und »therapeutische Gemeinschaft« werden immer wieder mit Soteria in Verbindung gebracht – durchaus zu Recht, stellen sie doch wichtige Bestandteile des Soteria-Konzeptes dar, erklären dieses jedoch nicht vollständig.

Obwohl SULLIVAN bereits 1931 auf die Bedeutung des sozialen Umfeldes für den Genesungsprozess schizophrener Patienten hingewiesen hat, gelten CUMMING & CUMMING mit ihrem Buch »Ego and Milieu« (1962) als die eigentlichen Begründer der heutigen Milieuthherapie. Ihr Grundkonzept geht davon aus, dass der Patient alles machen soll, wozu er in der Lage ist, da sie Handeln an und für sich und nicht das Erlangen von Einsicht als das wesentliche therapeutische Agens betrachteten. Gerade bei psychotisch Erkrankten führe dies zur Stärkung der Identität und zum »Ich-Wachstum«. GUNDERSON (1980) unterscheidet zwei Typen von Milieuthherapie: die therapeutische Gemeinschaft³ im Sinne von JONES (1953) und das verhaltenstherapeutisch orientierte Milieu (z. B. Token Economy-Ansatz, AYLLON 1968). Nach ihm sind drei qualitative Aspekte für den Erfolg der Milieuthherapie maßgebend:

- Verteilung der Verantwortlichkeiten und der Entscheidungsbefugnisse;
- Klarheit der Behandlungsprogramme, der Rollen und der Führung;
- hohes Maß an Betreuer-Patienteninteraktion.

TUCKER (1983) versteht das Milieu sowohl als Ausdruck der Haltung als auch der organisatorischen Struktur einer therapeutischen Institution. Einer der wichtigsten Aspekte der therapeutischen Gemeinschaft ist der Versuch, den Patienten die Möglichkeit zu geben, Verantwortung für ihre eigene Behandlung und diejenige von Mitpatienten zu übernehmen, während für das verhaltenstherapeutisch orientierte Milieu die konsequente Anwendung lerntheoretischer Prinzipien bezüglich der Rahmenbedingungen und der individuellen Behandlungsgestaltung kennzeichnend ist.

Je nach Ausprägung von Kontrolle, Unterstützung, Struktur, Engagement und Wertschätzung unterscheiden sich die therapeutischen Milieus erheblich. Es gibt somit eine Vielzahl von »Milieus« und praktisch jede psychiatrische Institution nimmt heute für sich in Anspruch, Milieuthherapie anzubieten. Beides hat dazu geführt, dass der Begriff der Milieuthherapie an Klarheit verloren und viel von seiner ursprünglichen Bedeutung eingebüßt hat. Auch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft hat manchen Wandel durchgemacht. Jones selbst fand in

3 In der therapeutischen Gemeinschaft soll durch die Zusammenarbeit von Patienten, Pflegepersonal und Ärzten dem Patienten die eher passive Rolle genommen und eine aktive Partnerschaftsrolle zugewiesen werden.

späteren Jahren eine Unterscheidung zwischen therapeutischer Gemeinschaft und Milieuthérapie müßig und propagierte den übergeordneten Begriff des »Lernens als sozialer Prozess« (JONES 1983).

Entgegen dem von VAN PUTTEN & MAY (1976) vertretenen pessimistischen Standpunkt, dass Milieuthérapie nur einen geringen zusätzlichen Effekt zu einer adäquaten Pharmakotherapie zeitigt, kamen sowohl GUNDERSON (1980) als auch ELLSWORTH (1983) in ihren Literaturübersichten zum Schluss, dass Milieuthérapie sowohl bei akuten wie auch bei chronischen schizophrenen Erkrankungen zu einer signifikanten Verbesserung der Symptomatik als auch des sozialen Funktionsniveaus führt. So konnten PAUL & LENTZ (1977) in ihrer richtungsweisenden Studie belegen, dass Milieuthérapie und soziales Lernen unabhängig von der medikamentösen Behandlung bei chronisch psychisch Kranken einer Behandlung in einem kustodialen Milieu überlegen sind. Sie beeinflussten mit ihrer Arbeit stark die Weiterentwicklung psychotherapeutischer und psychosozialer Therapieprogramme für schizophrene Patienten.

Grundlage der meisten soziotherapeutischen Maßnahmen ist die Milieugestaltung. Damit ist die Schaffung einer Umgebung gemeint, die sich möglichst wenig von den Gegebenheiten außerhalb der Klinik unterscheiden soll.

Die wichtigsten Aspekte der Milieugestaltung sind:

- Lage der Einrichtung
- Schaffung einer wohnlichen Atmosphäre
- gemeinsame Stationen für Männer und Frauen
- Möglichkeiten der Selbstgestaltung des Umfeldes

Atmosphäre

Was unter Atmosphäre⁴ zu verstehen sei, wird in diesem Buch von berufener Seite dargestellt. Deshalb möchte ich lediglich nur kurz mein Verständnis von Atmosphäre skizzieren und auf die Rolle der Atmosphäre in der Kommunikation, die Zusammenhänge mit der Affektlogik sowie auf die Rolle der Architektur für die Atmosphäre namentlich im Krankenhaus eingehen.

Betreten wir einen Raum⁵, so ist das Primäre unserer bewussten oder unbewussten Wahrnehmung die in ihm herrschende Atmosphäre. Wir haben den Eindruck, als sei der (Wahrnehmungs-)Raum, so wie er sich uns darstellt, von einer Atmosphäre erfüllt oder atmosphärisch gestimmt. Wahrnehmung ist immer

4 Die verschiedenen Aspekte und Dimensionen der Atmosphäre werden umfassend von DIRMOSE (2001) skizziert.

5 Gemeint ist hier nicht in erster Linie ein durch die Architektur oder die Natur geschaffener Raum, sondern ein Wahrnehmungsraum.

affektiv gefärbt. Atmosphären sind keine Gefühle, sondern erregen diese. Die Antwort des Wahrnehmungssubjekts auf den Wahrnehmungscharakter seines atmosphärischen Raumes ist ein Gefühl (HAUSKELLER 1995, S. 48 f.). Dieses ist die Resultante zahlreicher in diesem Moment reaktiverter Erinnerungen an früher ähnlich affektiv gefärbte Wahrnehmungen. Wir benennen deshalb Atmosphären in den emotionalen Kategorien von Stimmungen (wie z. B. heiter, ernst, bedrückend, festlich, gespannt, gelassen ...). Unsere Gefühle – oder, besser gesagt, unsere inneren Gestimmtheiten – können, müssen aber nicht, mit der Atmosphäre des wahrgenommenen Raumes qualitativ übereinstimmen, beide stehen jedoch miteinander ständig in Relation und Interaktion.

HAUSKELLER (1995, S. 13 ff.) unterscheidet drei Relationsformen von Atmosphäre:

1. Atmosphäre ist allein die durch einen Wahrnehmungsgegenstand ausgelöste emotionale Betroffenheit des Wahrnehmungssubjekts, ohne dass der Wahrnehmungsgegenstand selbst das Gefühl unterhalten würde oder müsste.
2. Atmosphäre wird als ein lediglich vom Objekt der Wahrnehmung unterhaltenes Gefühl wahrgenommen, ohne aber vom Subjekt der Wahrnehmung geteilt zu werden.
3. Atmosphäre wird zugleich als gegenständlich gegebenes Gefühl wahrgenommen *und* subjektiv geteilt.

Atmosphärisch setzt sich der Mensch in ein Verhältnis zur Welt oder umgekehrt die Welt sich in ein Verhältnis zu ihm. Keine Seite ist für sich allein bestimmend, das Verhältnis ist wechselseitig, die resultierende Wirklichkeit eine gemeinsame. Atmosphäre ist also weder ein Gefühlszustand des Subjektes noch die Ausstrahlung⁶ des Objektes, sondern die Anregung eines *gemeinsamen Zustandes zwischen Subjekt und Objekt*, wobei alle beteiligten Subjekte und Objekte diesen mitproduzieren (BÖHME 2002 a). Atmosphäre ist für BÖHME (1998) der Prototyp eines Zwischen-Phänomens.

Atmosphäre findet also in einem Zwischen- oder Übergangsraum statt oder, in der Terminologie des Psychoanalytikers WINNICOTT (1973), in einem »*intermediären Raum*«. Dies ist ein Ort, der zwischen der inneren, psychischen und der äußeren Realität vermittelt, ein Ort der Fantasie, Kreativität und Symbolbildung.

Atmosphäre ist dasjenige, »wodurch Umgebungsqualitäten und Befinden aufeinander bezogen« seien, also gleichsam das *Medium*, das die Beziehung zwischen Subjekt und Objekt überhaupt erst ermöglicht (BÖHME 1992, S. 248 f.). Als Medium umgibt uns die Atmosphäre ständig. Solange wir wahrnehmen, können wir uns ihrer nicht entziehen, sondern stehen mit ihr in ständiger Interaktion.

6 Ausstrahlung im Sinne der Inbesitznahme eines bestimmten Wahrnehmungsraumes.

Atmosphären sind deshalb nie stabil, sondern flüchtig wie Gas und immer wieder neu, anders und einzigartig. Alles, was sich im Dunstkreis von etwas anderem befindet, unterliegt dessen Einfluss, d. h. es wäre anders, wenn dieses nicht da wäre. Die Atmosphäre eines Dinges reicht dann genau so weit, wie seine Anwesenheit einen Unterschied macht (HAUSKELLER 1995, S. 32).

In der zwischenmenschlichen Kommunikation hat Atmosphäre die Funktion eines *Mediators*. In der Kommunikationswissenschaft spricht man von einem Mediator als Sonderrolle für einen Kommunikator, wenn er sich auf einen anderen Kommunikator bezieht und dessen Botschaft an den Rezipienten vermittelt. Durch die zwischenmenschliche Atmosphäre ist man mit dem Kommunikationspartner verbunden, bevor man ihn anredet. Sie gibt einem die Sicherheit, dass man sich in irgendeiner Weise schon auf gemeinsamem Grund bewegt. Menschen sind ferner angewiesen auf die zwischenmenschliche Atmosphäre als eine Art Resonanzboden für das eigene Empfinden. Dadurch, dass die eigene Stimmung die zwischenmenschliche Atmosphäre modifiziert, teilt man sie mit anderen.

Die zwischenmenschliche Atmosphäre kann gestört werden, z. B. durch einen Verdacht, Schreck, die Erfahrung der Entfremdung, Verlust der gemeinsamen Verzauberung oder den falschen Ton. Durch den Ton, in dem eine Äußerung vorgebracht wird, wird die zwischenmenschliche Atmosphäre modifiziert. Der Ton, die Mimik und Gestik wie alle anderen nonverbalen Kommunikationsmittel sind geprägt durch die affektive Gestimmtheit der Person. Affekte sind für CIOMPI nicht nur Energielieferanten und Organisatoren des sozialen Raumes, sondern primär Organisatoren unserer Kognition (1997).

Ein zentraler Begriff in CIOMPIs Konzept der Affektlogik (1982) ist der des »affektiv-kognitiven Bezugssystems« als des eigentlichen »Bausteins der Psyche«. Emotion und Kognition (bzw. Fühlen und Denken, Affekt und Logik) kommen dabei nie isoliert vor, sondern immerzu in regelhafter Weise zusammenwirkend. Sie bilden die funktionelle Matrix aller Wahrnehmung und Kommunikation. Affekte sind umfassende qualitative (bzw. qualifizierende) psychodynamische Gestimmtheiten von sowohl kurzer (Emotionen) wie auch längerer Dauer (Stimmungen), welche die kognitiven Funktionen auf vielfältige Weise beeinflussen: Unter anderem verleihen sie allen affektiv-kognitiven Bezugssystemen eine spezifische qualitative Färbung und motivationale Richtung, sind an der Mobilisierung und Fixierung spezifischer kognitiver Gedächtnisinhalte beteiligt und verbinden synchron und diachron zusammengehörige kognitive Inhalte funktional miteinander. Affekte spielen also im psycho-sozio-biologischen Funktionsmodell der Psyche eine zentrale Rolle als Organisatoren und Integratoren von kognitiven Leistungen. Da Atmosphären in uns Affekte auslösen, organisieren und beeinflussen diese im Sinne der Affektlogik auch unser Denken und Handeln.

Atmosphären können jedoch nicht nur wahrgenommen, sondern auch erzeugt werden. Eine Atmosphäre kann durch unterschiedliche Elemente hervorgerufen

werden. So lassen sich beliebig Atmosphären schaffen, um dem Ziel der Einflussnahme und Steuerung von Affektivität (in der Kunst, der Werbung, der Politik, der Religion) zu dienen. Das beste Beispiel im positiven Sinne ist die Bühnenbildnerie. Sie schafft Räume, die gestimmte Räume sind, Atmosphären. Dazu dienen ihr nicht nur Gegenstände, Wände und Massen, sondern immer auch Licht, Ton, Farbe, Wind- und Nebelmaschinen, Symbole, Bilder, Texte und zunehmend auch Videoprojektionen. All dies ist für sie relevant, nicht nur zur Schaffung eines realen Raumes mit seinen physikalischen Eigenschaften, sondern auch eines Wahrnehmungsraumes, der eine Atmosphäre ausstrahlt und dadurch unsere Fantasie anregt und Assoziationen weckt. Je besser dies gelingt, desto gelungener erleben wir das Bühnenbild und damit einen wichtigen Teil der Inszenierung. Im Film werden zusätzlich Kameraführung, Schnitt und der Einsatz von Musik zur Erzeugung einer Atmosphäre eingesetzt. Problematisch wird es aber, wenn die Inszenierung von Atmosphäre überladen und unecht wirkt wie – aus der heutigen Sicht – die barocke Kirchenarchitektur oder in neuerer Zeit die der postmodernen Architektur. Als negative Beispiele seien der Einsatz von Zitronenduft und Popmusik in Kaufhäusern zur Stimulation von Impulskäufen genannt oder die zur Perfektion gebrachte Propaganda im Nationalsozialismus, also wenn Atmosphäre manipulativen Zwecken dienen soll. An dieser Stelle sei nochmals BÖHME (1995, S. 39) zitiert: »[...] das Wissen darum, wie man Atmosphäre macht, legt zugleich den Gedanken nahe, dass mit diesem Wissen eine bedeutende Macht gegeben ist. [...] Sie greift bei der Befindlichkeit des Menschen an, sie wirkt aufs Gemüt, sie manipuliert die Stimmung, sie evoziert die Emotionen. Diese Macht tritt nicht als solche auf, sie greift an beim Unbewussten.«

Architektur und Atmosphäre

Das Erzeugen von Atmosphären ist in der Architektur spätestens seit dem Barock ein zentrales Anliegen (siehe BUCHANAN 1998). Namhafte Architekten wie WIGLEY (1998), HERZOG & DE MERON (2002) und ZUMTHOR (2006), aber auch BÖHME (1995, 2002 b, 2006) beschäftigen sich theoretisch mit dem Thema der Atmosphäre in der Architektur.

Für Zumthor ist es wichtig, dass ein Gebäude, das an einem Ort entsteht, dort etwas in Bewegung setzt, etwas ausstrahlt, den Ort verändert, etwas, was schon da ist, neu erscheinen lässt. Und noch interessanter ist für Zumthor der Innenraum, das Innere dieses Gegenstandes, einen Raum zu schaffen, in dem man sich gerne aufhält (ZUMTHOR 1998). In der Architektur geht es also einmal um die Atmosphäre im Außenraum, die sich in der Interaktion des Bauwerkes mit der Umgebung an seinem Standort bildet oder in den Worten von WIGLEY (1998): »Atmosphäre definiert den Raum zwischen Bauwerk und seinem Kontext.« Auf

der anderen Seite interessiert die Atmosphäre, die einem entgegenkommt, wenn man einen Innenraum betritt. In diesem Moment erfährt man den Charakter der Räume durch die Befindlichkeit, die sie einem vermitteln. Es fragt sich aber auch, inwiefern architektonische Atmosphäre durch die Form und die Bauweise geschaffen wird und inwiefern sie aus den Aktivitäten und Ritualen resultiert, die das Bauwerk beherbergt und die es ihrerseits formen (BUCHANAN 1998).

Für ZUMTHOR (2006) spielen zwölf Aspekte eine Rolle zur Schaffung von Atmosphäre in der Architektur: (1) der Körper der Architektur; (2) der Zusammenklang der Materialien; (3) der Klang des Raumes; (4) die Temperatur des Raumes; (5) die Dinge, die die Leute um sich herum haben; (6) zwischen Gelassenheit und Verführung; (7) die Spannung zwischen innen und außen; (8) Stufen der Intimität: Nähe – Distanz; (9) das Licht auf den Dingen; (10) Architektur als Umgebung; (11) Stimmigkeit und (12) die schöne Gestalt.

In der *Krankenhausplanung* muss sich der Architekt neben den Aspekten der Funktionalität überlegen, welche architektonischen Elemente für die Patienten, deren Angehörige, aber auch für das Personal wichtig sind, damit sie sich darin wohlfühlen und zurechtfinden. Dies sind neben der Ästhetik, Großzügigkeit und Übersichtlichkeit Aspekte wie Lärmschutz, Wandfarbe, Gewährleistung von Privatsphäre in der Raumgestaltung, Zimmereinrichtung inkl. Bilder und Pflanzen sowie der Blick ins Grüne. So konnte ULRICH (1984) in seiner viel zitierten Untersuchung zeigen, dass die Genesung von Patienten nach einer Cholecystectomy-Operation bei jenen Patienten mit Blick aus dem Fenster auf Bäume deutlich besser verlief als bei jenen, die auf eine gegenüberliegende Hauswand blickten. Ihr Aufenthalt war kürzer, die Schwestern notierten weniger Klagen und sie benötigten weniger Schmerzmittel. Die Untersuchung ist deshalb so bedeutsam, weil mit ihr erstmals nachgewiesen werden konnte, dass Architektur heilsam sein kann. Aber die Erkenntnis ist so neu nun auch nicht. Bereits 1859 betonte Florence NIGHTINGALE in ihren *Notes on Nursing* die Wichtigkeit der Umgebungsfaktoren, wie natürliches Licht, frische Luft, wenig Lärm, gutes Essen auf den Heilungsprozess. Herrscht im Krankenhaus eine Atmosphäre ähnlich wie zu Hause, führt dies beim Patienten zur Stressreduktion und Linderung vom Leiden. Zu diesem Schluss kommt MOOS (1974), der eine Theorie entwickelt hat, dass räumliche wie soziale Umgebungsfaktoren menschliches Verhalten beeinflussen können. Bei der sozialen Umgebung unterscheidet er die Interaktion unter den Patienten wie auch deren Erscheinung und Aktivitäten und die des Personals mit den Patienten, untereinander oder bezüglich der Organisation der Station. Wie Patienten, Angehörige, Besucher und Personal die Station wahrnehmen, beeinflusst deren Verhalten auf der Station. In der heutigen evidenzbasierten, sich an den Naturwissenschaften orientierenden Versorgungspolitik werden Umgebungsfaktoren und milieutherapeutische Erkenntnisse jedoch meist vernachlässigt (DAY 2007).

Welche Architektur brauchen psychisch Kranke?

Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden in Europa die großen psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten, der damaligen Psychiatrie-Ideologie entsprechend, weitab vom Stadtkern oder in ländlicher Umgebung, die für heilsam gehalten wurde. Die Entfernung von der Stadt ist gleichzeitig auch ein architektonisches Zeugnis für die Einstellung gegenüber psychisch Kranken: ausgegrenzt weitab von der Kenntnisnahme durch die Gesellschaft. Entsprechend groß ist die bis heute bestehende Stigmatisierung (GOFFMAN 1968, ANGERMEYER 2003) für die in diesen, mittlerweile modernisierten, Kliniken hospitalisierten Patienten. Auch wenn dank der Einführung der Neuroleptika und des in den 1970er-Jahren eingeleiteten Aufbaus sozial- und gemeindepsychiatrischer Einrichtungen die Aufenthaltsdauer massiv zurückgegangen ist und entsprechend die Bettenzahl stark hat reduziert werden können, dominieren diese Großkliniken immer noch die Versorgungslandschaft. Unter dem atmosphärischen Blickwinkel bleibt einzig der Vorteil, dass die psychiatrischen Kliniken oft von einer parkähnlichen Grünanlage umgeben sind.

Mittlerweile gibt es entsprechend der Empfehlungen der Expertenkommission der deutschen Bundesregierung (1988) immer mehr kleinere, dezentrale Einrichtungen; diese sind vorzugsweise als Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern integriert (WERNER 1998). Hauptsächlich Argumente für diese Veränderung sind: Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken, häufige Untrennbarkeit von psychischen und körperlichen Störungen und Entstigmatisierung der Psychiatrie. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Angst und Ablehnung gegenüber der Psychiatrie – und deren Patienten – abnehmen, je weniger sie ausgegrenzt ist (SCHRETER 1997). Die Versorgung erfolgt idealerweise gemeinde- und wohnortsnah. Entsprechend haben sich auch das architektonische Bild und die Atmosphäre gewandelt. Obwohl die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern alle einen Pflichtversorgungsauftrag haben, werden sie in zunehmendem Maße mit offenen Türen geführt (PFANNKUCH 1997). Die Einrichtungen, die diesen Schritt vollzogen haben, berichten über eine Abnahme der Suizide, eine Verminderung von Gewalt und Aggressivität und eine eindruckliche Verringerung der Zwangseinweisungen (KRISOR 1997, WERNER 1999). In den meisten Einrichtungen mit offener Behandlung liegt die Rate der Zwangseinweisungen zwischen zwei und fünf Prozent, d.h. bis um den Faktor 10 niedriger als in Kliniken mit geschlossenen Akut-Abteilungen. Dies ist umso bedeutsamer, da sich die Hinweise mehreren, dass Zwangseinweisung und Einschließung psychische Traumatisierungen mit jahrelangen Nachwirkungen verursachen können (BRUNS 1997). Hier wird deutlich, welchen Unterschied es macht, ob eine Stationstür offen oder geschlossen ist, nicht nur für die Atmosphäre auf der Station, sondern für den weiteren Behandlungsverlauf. Damit eine Station ohne größeren Personalaufwand offen

geführt werden kann, sollte das Stationsbüro analog einer Hotelrezeption an den Eingang zur Station gelegt werden. Ein solcher relativ kleiner architektonischer Eingriff in die Krankenhausarchitektur reflektiert die Wertschätzung psychisch Kranken gegenüber in ähnlicher Weise wie dies bei der Aufhebung der Wachsäle und damit Schaffung von mehr Privatsphäre der Fall war.

Welche Behandlungsatmosphäre brauchen an einer Psychose Erkrankte?

In der Psychiatrie hat die Qualität der Atmosphäre, der therapeutischen Beziehungen und des Lebens auf einer Station einen noch direkteren Einfluss auf den Genesungsverlauf als im somatischen Krankenhaus.

Psychotische Patienten scheinen gemäß der Untersuchung von FRIIS (1986 a) auf einer psychiatrischen Akutstation in erster Linie von einem stark supportiven Milieu mit einer praktischen Ausrichtung, klarer Organisationsform mit einem gewissen Raum für Spontaneität sowie von einem geringen Angst- und Aggressionsniveau zu profitieren. Weitere Merkmale der von MOOS (1974) entwickelten »Ward Atmosphere Scale« (WAS) wie Engagement, Autonomie, Orientierung an den persönlichen Problemen der Patienten und Klarheit des Programms haben einen vergleichsweise geringen Einfluss. Negativ wirkt sich ein kontrollierender Stil des Betreuungsteams aus. Eine hohe Betruerrate geht einher mit der Zunahme von Spontaneität und Unterstützung, gleichzeitig jedoch mit einer Abnahme von Autonomie sowie Ordnung und Organisation (FRIIS 1986 b). Nicht ganz überraschend fand Friis, dass eine hohe Mitarbeiterkonstanz Ausdruck einer guten Stationsatmosphäre ist. In einer weiteren Untersuchung konnte er zeigen, dass eine Veränderung der Stationsatmosphäre in Richtung stärkerer Unterstützung, klarerer Strukturen und geringerem Aggressionsniveau den Genesungsprozess beschleunigen (MELLE 1996).

Die fünf von Jerome FRANK (1972) beschriebenen unspezifischen Faktoren, die gemäß ihm jeder erfolgreichen Psychotherapie eigen sind, lassen sich ohne Weiteres auf die institutionelle Arbeit mit an einer Psychose erkrankten Menschen übertragen und machen deutlich, wie wichtig die Schaffung eines atmosphärisch positiv erlebten Wahrnehmungsraumes für einen erfolgreichen Therapieverlauf sind:

1. das Vorhandensein eines als heilend betrachteten Umfeldes;
2. die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zu einem Helfer;
3. die sukzessive Entwicklung einer plausiblen kausalen Erklärung für das Entstehen des vorliegenden Problems;
4. das Erzeugen einer positiven Erwartungshaltung aufgrund der persönlichen Qualitäten des Therapeuten;
5. das Schaffen von Gelegenheiten für erfolgreiche Erfahrungen im therapeutischen Prozess.

Mosher vertritt die Auffassung, dass das Soteria-Milieu praktisch sämtliche von Frank als »heilend« identifizierten fünf unspezifischen Faktoren enthalte. Darauf möchte ich im nächsten Abschnitt ausführlicher eingehen.

Atmosphären in Soteria und was an ihnen heilsam sein könnte

Die therapeutische Arbeit in der Soteria bedeutet in erster Linie, Atmosphären zu schaffen, die für den Genesungsprozess förderlich wirken. Die in der Soteria vorherrschenden Atmosphären können mit folgenden Attributen beschrieben werden: Geborgenheit vermittelnde, reizgeschützte, entspannende, angstlösende, vertrauensfördernde, kommunikative, authentische, partnerschaftliche, familiäre und entmedikalisierte. Im Folgenden soll jede dieser Atmosphären und ihr therapeutischer Nutzen vertieft dargestellt werden.

Geborgenheit vermittelnde und reizgeschützte Atmosphäre

Das therapeutische Milieu der Soteria wird entscheidend durch eine tragende, Geborgenheit vermittelnde und reizgeschützte Atmosphäre geprägt. Schutz vor überfordernden Außenreizen und aus dem Inneren aufsteigenden verwirrenden und bedrohlichen Bildern, Gedanken und Wahrnehmungen und damit Beruhigung und Angstlinderung in der akuten Phase der Psychose – und in der Folge die Normalisierung von Denken, Fühlen und Handeln – werden in der *Soteria Bern* zu einem großen Teil durch die spezifische Atmosphäre im *Weichen Zimmer* und die tragende 1:1-Begleitung (*»being with«*) erreicht. Mosher kannte das Element des *Weichen Zimmers* noch nicht, es war Ciompi, der dieses einführte und damit zu einem der zentralen Behandlungsinstrumente der Soteria machte.

Das *Weiche Zimmer* ist ein großer, heller und in beruhigenden Farben gehaltener Raum im Erdgeschoss des Hauses. Es ist ausgestattet mit Matratzen (mit Bettzeug), Kissen und einem Teppich. Je nach Situation kann diese spärliche Einrichtung durch weitere Möbelstücke ergänzt werden. Die besondere Farbgebung und sparsame Einrichtung des *Weichen Zimmers* sollen eine reizarme und beruhigende, entspannende Atmosphäre schaffen.

Wichtiger noch als die Einrichtung ist das haltende Dabei-Sein (*»being with«*) einer Betreuungsperson – wenn angezeigt – rund um die Uhr. Ihre primäre Aufgabe ist es, den je nachdem verunsicherten, verängstigten, von Halluzinationen und/oder Wahnideen geplagten oder unruhigen Bewohner zu beruhigen und Geborgenheit zu vermitteln, weniger durch psychotherapeutische Techniken, sondern allein durch ihre konzentriert emotionale Präsenz (AEBI 1993). In der akuten Phase gehen die Betreuer in den Gesprächen mit den Betroffenen zwar



Abbildung 2: Das Weiche Zimmer in der Soteria Bern

offen auf deren Anliegen und Nöte ein, ohne jedoch Erklärungen oder Theorien zum Entstehen der Psychose zu vermitteln. Das Konzept des »*being with*« im *Weichen Zimmer* wird von KROLL (1998, S. 62) unter psychoanalytischen Gesichtspunkten wie folgt charakterisiert:

»Die Soteria-Elemente eines intuitiven, anteilnehmenden Da-Seins, kontinuierlicher mitmenschlicher Anwesenheit und grundlegender Fürsorge sowie der Bereitstellung eines Schutzraumes, in dem die Betreuer sich wie eine ›gute Mutter‹ auf die Bedürfnisse der Bewohner einstellen, stimmen weitgehend mit den der britischen Objektbeziehungstheorie verpflichteten Modellen der Psychoanalytiker Balint und Winnicott überein. [...] Die Psychose wird von beiden als tiefgehende Regression aufgefasst. Für eine erfolgreiche Bewältigung der psychotischen Regression bedarf es nach Balint einer ›angemessenen Atmosphäre‹.« (BALINT 1970, S. 154) Analog zu der ursprünglichen Bindung zwischen Mutter und Neugeborenen empfiehlt er für die therapeutische Hilfe akut psychotischer Menschen, dass der Analytiker sich in »primitiver« Weise benutzen lasse, um so ein Klima bzw. eine primäre Umwelt zu schaffen, in der sich der Patient averbal verstanden und selbstverständlich getragen fühlen kann. Das unaufdringliche *Da-sein* des Analytikers im richtigen Abstand – also nicht zu nah und nicht zu fern –, bei dem die Sprache zunehmend die Funktion des hauptsächlichen Kommunikationsmittels verliert, sowie das Zulassen einer gewissen gegenseitigen Vermischung, bei der der Analytiker das tue und das sei, was der Patient brauche, ermögliche im besten Fall Phasen des echten »Neubeginns«.

WINNICOTT (1960) charakterisiert in der Akutbehandlung Schizophrener das »Holding environment« (haltendes, stützendes, Vertrauen und Geborgenheit

vermittelndes Milieu) durch die fünf essenziellen Elemente: *Sicherheit, Struktur, Unterstützung, Sozialisation* und *Selbstverständnis*. Auch die Befunde der Bindungstheorie zeigen, dass die Fähigkeit zur Affektregulation und Selbstberuhigung in hohem Maße von der Qualität der Interaktionsgestaltung abhängig sind (SCHORE 2007).

In Anlehnung an Ciompi lässt sich also sagen, dass durch das Zusammenwirken von psycho- und milieuthérapeutischen sowie atmosphärischen Einzelaspekten ein Faktor der »nachhaltigen emotionalen Entspannung« entsteht, die einen antipsychotischen Effekt hat, wie eine Studie von COHEN & KHAN (1990) zeigen konnte. Dies gilt im Speziellen für das *Weiche Zimmer*, aber auch für die gesamte Soteria, wie ich im Folgenden darzustellen versuche.

Entspannende und vertrauensfördernde Atmosphäre

Während der akuten Phase nehmen die Bewohner am Alltag nur soweit teil, als es ihnen möglich ist und keine Reizüberflutung bedeutet. Beginnt die akute Phase abzuklingen, nutzen wir einfache Tätigkeiten in Haushalt und Garten, um die schrittweise Wiederherstellung des Bezugs zur gemeinsamen Realität zu unterstützen. Einfache, konkrete und überschaubare Aufgaben vermeiden äußere Reizüberflutung und fördern dabei die Konzentrationsfähigkeit. Der unmittelbar nachvollziehbare Sinn solcher realitätsnahen Tätigkeiten schafft ein Gegengewicht zum oft chaotischen psychotischen Erleben. Gemeinsames Tun festigt die Beziehung zu den Mitmenschen, welche in der Krise mehr oder weniger abgerissen ist. Bei unruhigen und angespannten Bewohnern kann die Begleitung auf das ganze Haus und allenfalls auch den Garten geöffnet werden, wobei das *Weiche Zimmer* Rückzugsmöglichkeit bleibt. Die Betreuer sind dabei jederzeit für die Sicherheit der Betroffenen verantwortlich.

Nach der akuten Phase wechseln die Bewohner in eines der anderen sieben modern, sparsam aber liebevoll eingerichteten Einzelzimmer und nehmen nun in zunehmendem Maße an den alltäglichen Aktivitäten der tätigen Gemeinschaft teil. In das überschaubare und entspannende Milieu der Soteria sind Elemente von sozialem Üben eingebettet. Die Beschränkung auf eine einfache und klare Tagesstruktur schafft Raum, auf die individuellen Bedürfnisse und die besondere Situation der einzelnen Bewohner einzugehen und soll ihnen behilflich sein, Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Die Umgebung, die Mitbewohner, die Betreuer sowie die alltäglichen Tätigkeiten im Haushalt stellen dabei das unmittelbare therapeutische Milieu dar. Die Anforderungen des Alltags und der Gruppe stärken den Bezug zur Realität und sind Übungsfeld, um neue Erfahrungen zu machen, Zusammenarbeit zu üben und sich den belastenden Herausforderungen in der Zeit nach der akuten Krise zu stellen.

Mit der Zeit erhöhen sich die Anforderungen an die Betroffenen. Ziel ist nun, auch längere und komplexere Tätigkeiten zuerst mithilfe der Betreuer, dann selbstständig planen und umsetzen zu können. Die Tätigkeiten sind in den Bedürfnissen der Soteria verankert und stehen damit in engem Bezug zu den Mitbewohnern. Das Üben von Fertigkeiten ist immer auch soziales Üben.

Die *Soteria Bern* bietet sowohl interne wie externe Beschäftigungsmöglichkeiten an. Neben Einkaufen, Kochen, Putzen und Gartenarbeit werden durch geeignete Tätigkeiten gezielt Konzentration und Ausdauer geübt. Kreative Aktivitäten ergänzen dieses Angebot. Dank der Zusammenarbeit mit Läden im Quartier können einzelne Bewohner halbtags auch extern erste Arbeitsversuche durchführen. Auch Bewegung und Sport, Musizieren, Spielen sowie der Umgang mit Kommunikationsmitteln und Medien sind wichtige Bestandteile des Zusammenlebens. Pingpong-Tisch, Klavier und andere Instrumente sowie ein PC stehen allen zur Verfügung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass nicht die Therapie den Alltag der Soteria bestimmt, sondern die gemeinsame Bewältigung des Alltages.

Entscheidend ist die Atmosphäre, in der sich dieser Prozess abspielt: Werden die ausgeführten Tätigkeiten in ein Beziehungsnetz sowie unmittelbare Sinnhaftigkeit integriert, vermögen sie den ganzen Menschen zu motivieren, herauszufordern oder auch zu verändern. Werden sie hingegen nur mit wenig innerer Beteiligung ausgeführt, bleiben sie für die Entwicklung und Festigung der Persönlichkeit von beschränktem Nutzen. Durch diese Form des Zusammenlebens zwischen Bewohnern und Betreuern und die gemeinsame Bewältigung des Alltages entsteht eine Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens.

Eine akute Psychose ist eine Erfahrung, die mit äußerst heftigen Gefühlen, Störungen des Denkens, tiefster Verunsicherung und großer Angst verbunden ist. In einer solchen Grenzerfahrung ist ein Mensch hoch empfindlich, er braucht Schutz, mitmenschliche Unterstützung und genügend Zeit, um wieder Vertrauen in sich selbst zu finden. Die Aufenthaltsdauer in Soteria muss deshalb lang genug bemessen sein, um die Entwicklung von tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen zu ermöglichen, auslösende Ereignisse einer Krise zu erkennen und verdrängte schmerzhaft Gefühle erleben, ausdrücken und in die Kontinuität der persönlichen Lebensgeschichte einordnen zu können. Ein hoher »Patienten-Turnover«, wie er zunehmend von den Kostenträgern gefordert wird, verhindert die Entwicklung einer derartigen therapeutischen Atmosphäre.

Das Risiko, dass die weiterhin verletzlichen Menschen nach dem Austritt aus der *Soteria Bern* früher oder später wieder in schwierige Lebenssituationen oder sogar erneut in eine psychotische Krise geraten, ist wie nach jedem Klinikaustritt erheblich. Deshalb legen wir großes Gewicht auf die Vorbereitung des Austritts der Bewohner und der Zeit nach dem Aufenthalt. Die Bezugspersonen sind für die Information über die Rückfallrisiken und eine ausführliche Bespre-

chung vorbeugender Maßnahmen verantwortlich. Die Angehörigen werden in die Rückfallprophylaxe mit einbezogen. Weil die tragende Atmosphäre der Soteria nach dem Austritt wegfällt, sind Medikamente in der Nachbehandlung zur Rückfallprophylaxe oft angezeigt.

Betreuer als kommunikative und authentische Atmosphären-Spezialisten

Das Betreuerenteam der *Soteria Bern* besteht hälftig aus psychiatrisch geschulten Pflegefachkräften und speziell ausgewählten »Laien«. Mosher hingegen arbeitete in Kalifornien ausschließlich mit Laien. Die Idee dahinter war, dass die Mitarbeiter »unverbildet« von der Psychiatrie und den gängigen Schizophreniekonzepten den Patienten begegnen können. Die sogenannten »Laienkräfte« rekrutieren sich heute meist aus den Berufsgruppen der allgemeinen Krankenpflege, Sozialarbeit, Ergotherapie, Psychologie und Pädagogik. Bei der Auswahl der neuen Teammitglieder legen wir nicht primär auf die berufliche Qualifikation und die Berufserfahrung Wert, sondern auf die Persönlichkeit und Lebenserfahrung der Kandidaten. Idealerweise sind sie authentisch, empathisch, respektvoll, klar, kommunikativ, initiativ, praktisch, das richtige Maß von Nähe und Distanz findend, eigenverantwortlich, mit der nötigen Gelassenheit reagierend und frei von ideologischen Überzeugungen, weisen also nicht nur eine soziale, sondern auch eine atmosphärische Kompetenz auf.

HIRSCHFELD et al. (1977) fanden, dass die Soteria-Betreuer sich in Bezug auf Selbstsicherheit, emotionale Reife, Unabhängigkeit und Autonomie, Herzlichkeit, Feinfühligkeit, Empathie nicht von den Mitarbeitenden in der Klinik und gemeindepsychiatrischen Einrichtungen unterscheiden, jedoch bezüglich Intuition, Introspektionsfähigkeit, Flexibilität sowie Toleranz gegenüber anderen Bewusstseinszuständen überlegen seien.

Die soziale Struktur der Soteria soll dank flacher Hierarchie, minimaler Rollendifferenzierung zwischen Betreuern und Bewohnern in der tätigen Gemeinschaft die persönliche Entscheidungsfreiheit, Selbstständigkeit und normale Alltagsfertigkeiten erhalten, alle unnötigen Abhängigkeiten vermeiden und Rollenflexibilität und zwischenmenschliche Kontakte fördern.

Die wesentliche Aufgabe der Betreuer in Soteria ist aber die Schaffung einer Atmosphäre von Vertrauen, Geborgenheit, Wärme, Empathie, Verständnis und mitmenschlicher Nähe mit gleichzeitig immer sehr sorgfältiger Aufrechterhaltung und Regulierung einer nichtinvasiven Distanz.

Die Qualität der zwischenmenschlichen Atmosphäre ist von zentraler Bedeutung für das Gelingen des Soteria-Konzepts. Sie wird gefördert durch Betreuer, die der Psychose mit offenem Geist gegenüber stehen, positive Erwartungen vermitteln und das subjektive psychotische Erleben als real bewerten im Licht

des Verständnisses, das sich durch »Mitsein« und »Mittun« mit den Bewohnern entwickelt.

Das Aufrechterhalten eines therapeutischen Milieus für die Bewohner und eine gesunde Arbeitsumgebung für das Team sind eng miteinander verbunden. Das Team kann eine positive Atmosphäre generieren mittels Etablierung klarer Ziele, Beschaffung adäquater Ressourcen, Klärung der Verantwortlichkeiten und Aufrechterhaltung einer guten Kommunikation. Emotionale Stimmigkeit und Unstimmigkeit entscheiden wesentlich über den Erfolg von Kollaboration und Kommunikation in Alltagssituationen aller Art (CIOMPI 1997).

Partnerschaftliche Atmosphäre

Durch die geringe Bettenzahl in der Soteria bleibt die Größe der Gruppe überschaubar. Durch die obere Alterslimite von 40 Jahren entsteht unter den Bewohnern eine Peergruppe mit altersbedingt weitgehend übereinstimmenden Interessen und krankheitsbedingt ähnlichen Erlebnissen und Erfahrungen. Bewohner und Betreuer duzen sich von Beginn an untereinander. Die Beziehung zwischen Bewohnern und Betreuern entspricht weder der klaren professionellen Unterscheidung, wie sie in der ambulanten Psychotherapie zu finden ist, noch der eher hierarchischen Rollenzuweisung im Klinikkontext. All dies führt zu einer ungezwungenen, partnerschaftlich integrierenden Atmosphäre. Man gehört sehr schnell mit dazu.

Das Leben in der Gruppe beinhaltet viele Lernmöglichkeiten. Darüber hinaus ist das ungezwungene Miteinander ein wichtiges Element, um sich auch und wieder im Alltag zurechtzufinden. Der Austausch unter gleichermaßen Betroffenen ergänzt die Gespräche mit den Betreuern und kann ein Gefühl der Solidarität schaffen. Gemeinsame Freizeitaktivitäten helfen mit, die Einsamkeit zu durchbrechen, die die Bewohner oftmals nach einer Krise erleben.

Die tätige Gemeinschaft fördert die Auseinandersetzung zwischen Bewohnern und Betreuern über die Verbindlichkeit der Tagesstruktur oder über Selbstverantwortung und Selbstständigkeit. Dabei stoßen die Bewohner immer auch auf grundsätzliche Schwierigkeiten, die sie meist bereits vor der akuten Krise beschäftigt haben. Damit konfrontiert können in der gemeinsamen Bewältigung des Alltags neue Verhaltensmuster geübt werden.

Mit dem Austritt aus Soteria brechen die Kontakte nicht ab. Während der Nachbetreuungsphase erleichtern die persönlichen Beziehungen zwischen Betreuern und Bewohnern die Rückkehr ins normale Leben. Die Bewohner werden eingeladen, sich nach dem Austritt – sei es in einer Krise oder wenn ihnen danach ist – in der Soteria zu melden. Von diesem Angebot wurde all die Jahre rege Gebrauch gemacht. Dies ermutigte uns, 2004 mit einer Gruppe für Ehemalige zu

starten, die sich zunehmender Beliebtheit erfreut. Es entsteht somit ein lockeres soziales Netzwerk.

Familiäre Atmosphäre

Die Alltäglichkeit der Interaktion und Kommunikation in der Soteria stimmt weitgehend mit der in der Familie überein. Die Funktion der Betreuer ist mit der von Eltern oder älteren Geschwistern zu vergleichen. Die Betreuer können sich jedoch emotional leichter distanzieren und besser abgrenzen. Soteria eröffnet durch ihre Familienähnlichkeit die Möglichkeit, kompensatorisch Prozesse nachzuholen und zu simulieren, wie sie auch in der Familie durchlaufen werden könnten, ohne die reale Familie zu benötigen. Es wird damit in der Soteria Raum für korrigierende Erfahrungen bzw. therapeutische Nachsozialisation eröffnet (SIMON 2001).

Für viele Bewohner sind das elterliche Zuhause und die Beziehung zu den Eltern wichtig und neben Ausbildung bzw. Arbeit und Freundeskreis zentral. Die Ablösung von den Eltern ist aber nicht selten ein aktuelles Thema. Vieles hängt nun davon ab, ob es in der Auseinandersetzung mit den Betreuern wie auch Mitbewohnern gelingt, von der familienähnlichen Atmosphäre der Soteria zu profitieren und neue Lösungswege entwickeln zu können.

Schizophrenie verursacht viel Stress bei den Angehörigen. Spannungen innerhalb der Familie werden oft mit einem erhöhten Rückfallrisiko in Verbindung gebracht. In der Vergangenheit wurde nicht selten die Familie verantwortlich für den Ausbruch der Krankheit gemacht und in der Folge eine Minimierung des Kontakts angestrebt. Immer noch werden Angehörige häufig aus dem Behandlungsgeschehen ausgegrenzt. Dies lässt eine Atmosphäre des gegenseitigen Misstrauens entstehen und entspricht nicht der Haltung der Soteria. Die Familie wird von Anfang an sehr stark in die Behandlung mit einbezogen, sei dies beim Abklärungsgespräch, einer sehr liberalen Besuchspolitik, in der Rückfallprophylaxe, in der Planung und Organisation der Zeit nach der Soteria. Eine der beiden Bezugspersonen nimmt rasch nach Eintritt mit den Angehörigen Kontakt auf und lädt sie zu regelmäßig stattfindenden Familiengesprächen ein. In diesen Gesprächen geht es einmal um gegenseitigen Informationsaustausch, Wissensvermittlung der Familie bezüglich des Krankheitsbildes der Schizophrenie, der Behandlungsmöglichkeiten, der Prognose sowie Früherkennung von Anzeichen einer neuen Krankheitsepisode. Es kommen aber auch die Sorgen, Schuldgefühle und Erwartungen der Eltern zur Sprache. So kann sich eine Atmosphäre des Vertrauens entwickeln. Diese bildet die Voraussetzung dafür, die Familie zur Zusammenarbeit zu gewinnen. Umgekehrt erfahren wir in diesen Gesprächen viel über den Interaktionsstil der Familie, die Familiendynamik und darüber, welchen Einfluss die Krankheit auf diese ausübt.

Die Familiengespräche stellen hohe Ansprüche an die Betreuer. Wir bieten ihnen deshalb regelmäßig Supervision an. Zusätzlich zu den Familiengesprächen findet einmal pro Monat ein Angehörigenabend statt, der zur generellen Informationsvermittlung und zum gegenseitigen Austausch dient. Die Angehörigen erleben hier erstmals, dass sie mit ihren Sorgen und Problemen nicht alleine sind. Die Angehörigen sind danach in der Regel deutlich entlastet, fühlen sich weniger hilflos und die emotionale Spannung innerhalb der Familie sinkt.

Entmedikalisierte Atmosphäre

Moshers Soteria war klar geprägt von einer Auflehnung gegen die damals in den Vereinigten Staaten nach dem Prinzip der »totalen Institution« funktionierenden psychiatrischen Großkliniken und von einer antipsychiatrischen Haltung nach dem Vorbild von Laings Kingsley Hall in London (KOTOWICZ 1997). Dieser Rahmen sollte es dem Betroffenen ermöglichen, die Psychose ohne übermäßig pathologisierende Einflüsse zu durchleben. Deshalb auch die Wahl von »Laien« als Mitarbeitenden, die im Umgang mit den Bewohnern keinen psychiatrischen Jargon verwenden.

Auch die Architektur sollte keinerlei Assoziationen an eine psychiatrische Institution aufkommen lassen, sondern so viel Normalität ausstrahlen wie die umliegenden Wohnhäuser. Die Lage ist wie bei der *Soteria Bern* inmitten eines Wohnquartiers umgeben von einem Garten. Die Türe ist immer offen und die klare und überschaubare Raumaufteilung mit Küche, Wohn-, Ess- und Schlafzimmern erinnert an eine größere Wohngemeinschaft⁷. Entsprechend ist auch die Möblierung.

Ebenfalls zur antipsychiatrischen Haltung Moshers gehörte, wenn immer möglich, auf den Einsatz von Neuroleptika zu verzichten. Deshalb haftet heute noch dem Namen Soteria der Mythos der Medikamentenfreiheit an und wird in allen Diskussionen zu diesem Behandlungsprinzip weiter mitgeführt. Für Ciompi bedeutete die Soteria keine antipsychiatrische Einrichtung, sondern ein in die Sozialpsychiatrie eingebettetes, auf den in seiner Affektlogik formulierten Grundsätzen basierendes Reformmodell zur stationären Behandlung schizophrener Psychosen (CIOMPI 2004). Neuroleptika wurden in *Soteria Bern* von Beginn an eingesetzt, anfangs noch zurückhaltender als heute. Der zurückhaltende Einsatz von Medikamenten hatte sehr lange Aufenthaltszeiten zur Folge, meist über mehrere Monate, was heute in erster Linie unter ökonomischen Aspekten kaum noch vertretbar ist. Eine Entlassung ohne Medikamente erhöhte wegen der stärkeren Stressbelastung außerhalb der Soteria zudem das Rückfallrisiko enorm.

7 In der *Soteria Bern* für acht Bewohner und zwei Betreuer.

Beim Entscheid über den Einsatz von Medikamenten werden die Bewohner weitgehend mit einbezogen. Ziel ist letztlich, dass die Bewohner einen auf Selbstwahrnehmung und -einschätzung basierenden und individuell angepassten Umgang mit Medikamenten lernen. In der klassischen Psychiatrie hingegen nehmen Ordnungsfunktionen eine wichtigere Rolle ein. Im Zweifelsfall wird über den Patienten bestimmt. Der Raum für Aushandlungsprozesse von Freiheiten und ihre Eingrenzung ist dem medizinischen Krankheitsmodell entsprechend enger begrenzt. Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zwischen Arzt und Patient sind klarer abgegrenzt und vorgegeben (SIMON 2001).

Die Rolle der Ärzte unterscheidet sich von konventionellen psychiatrischen Kliniken v. a. dadurch, dass sie in der Soteria viel weniger präsent sind. Sie haben ihr Büro außerhalb der Soteria, machen keine Arztvisiten und übertragen möglichst viel Verantwortung den Betreuern. Diese kennen jedoch ihre Grenzen sehr gut und können sich darauf verlassen, dass die Ärzte, wenn sie sie brauchen, ihnen zur Seite stehen. Dies stärkt das gegenseitige Vertrauen.

In einer Untersuchung von CIOMPI et al. (1993) unterscheidet sich die therapeutische Atmosphäre der *Soteria Bern* von den vier als Kontrollinstitutionen beigezogenen Akutstationen signifikant durch engagiertere, spontanere und stärker praxisbezogene Beziehungen zwischen Betreuern und Bewohnern bei gleichzeitig partnerschaftlichen Teamstrukturen, weniger straffer Ordnung und Organisation und geringerer Kontrolle. Soteria erfüllt also alle der weiter oben genannten Charakteristika einer guten Stationsatmosphäre mit Ausnahme bezüglich Ordnung und Organisation. Letzteres wird sehr gut kompensiert durch die innere Strukturiertheit der Betreuer.

Zusammenfassend kann man sagen, Soteria war weder in ihren Anfängen noch ist sie heute gänzlich entmedikalisiert, dafür weitgehend ihre Atmosphäre! Gerade dadurch wirkt sie therapeutisch.

Chancen und Grenzen des Soteria-Ansatzes

Der Behandlungserfolg von Soteria basiert auf dem Zusammenwirken von psycho- und milieuthérapeutischen Einzelaspekten zum Faktor der »nachhaltigen emotionalen Entspannung«. Die angstlösende Atmosphäre wirkt vorbeugend, bessernd und auch heilend. Besonders in der akuten Psychose ist eine verständlich stützende, tolerante und entspannende Atmosphäre therapeutisch wirksam. Die Sicherheit vermittelnde Grundstimmung wird mit einer klaren, der ausufernden psychotischen Verwirrung Grenzen setzenden Haltung verbunden. Große Wichtigkeit kommt der Reizabschirmung zu. Der sehr weitgehende Schutz vor Außenreizen, möglichst große Vertrautheit und Normalität im Umgangsstil sowie transparente Kleinräumigkeit des therapeutischen Milieus vermitteln emotio-

nale Konstanz und Klarheit. Dadurch wird die psychotisch gestörte Informationsverarbeitung erleichtert. Dies ist der Grund, wieso unter Verwendung von weniger Neuroleptika der gleiche Behandlungserfolg bei gleichen oder geringeren Behandlungskosten erzielt werden kann (HOFFMANN 2006). »Soteria wirkt neuroleptikaartig, freilich ohne die entsprechenden Nebenwirkungen«, sagt Luc CIOMPI (2001) treffend. Etwas präziser müsste man vielleicht sagen, dass nicht die Soteria an sich neuroleptikaartig wirkt, sondern ihre Atmosphäre, sie hat die Funktion eines Heilmittels und führt dazu, dass Medikamente zurückhaltender eingesetzt werden können als sonst üblich.

Die Alltäglichkeit der Interaktion und Kommunikation in Soteria widerspiegelt die therapeutische und tätige Gemeinschaft und verdeutlicht bisherige familiäre Muster. Verstärkt wird dies durch die Tatsache, dass die Betreuer ohne Unterbruch 49 Stunden in der Soteria arbeiten und in dieser Zeit gemeinsam mit den Bewohnern den Alltag bewältigen. Ihre Funktion ist mit der von Eltern oder älteren Geschwistern zu vergleichen, jedoch können sie sich stärker emotional distanzieren und abgrenzen. Soteria eröffnet durch ihre familienähnliche Atmosphäre die Möglichkeit, kompensatorisch Prozesse nachzuholen und zu simulieren, wie sie auch in der Familie durchlaufen werden könnten.

Emotionale Stimmungen und Haltungen wirken bekanntlich hochgradig ansteckend. Jede Entspannung vermag in einem Einzelsektor zudem in zirkulärem Wechselspiel die Entwicklung eines insgesamt bergenden und beruhigenden Gesamtmilieus zu fördern. In einer solchen Atmosphäre werden Vertrauen und tiefe zwischenmenschliche Begegnungen möglich.

Der milieutheraeutische Ansatz der Soteria hat aber auch klar erkennbare Grenzen. So beruht die Behandlung auf Freiwilligkeit und ist insbesondere ungeeignet für die im Zunehmen begriffene Gruppe von jungen chronisch schizophrenen Patienten, die krankheitsuneinsichtig sind und aggressives Verhalten zeigen. Für diese Gruppe braucht es ein deutlich strukturierteres Milieu, wie es in der Klinik eher anzutreffen ist. Entsprechend kommt es auf den Klinikstationen öfter zu einer Ansammlung schwieriger Patienten.

Kritiker vermuten, dass die Therapieerfolge der Soteria teilweise von dem hohen Engagement der Betreuer abhängen, welches auf Idealen und Wertvorstellungen beruht, die von einem charismatischen Leiter vertreten werden und so zu einer romantischen Idealisierung der angebotenen Therapie führen können.

Die Soteria-Idee ist jedoch keineswegs nur ein romantisches Relikt aus der angestrebten »menschlicheren« Psychiatrie bzw. »Antipsychiatrie« der Sechziger- und Siebzigerjahre, sondern vielmehr – vermutlich in abgewandelter, aber nicht ihres Kerns entfremdeter Form – eine gute Lösung für eine Psychosebehandlung der Zukunft. Denn wenn tatsächlich, wie die Ergebnisse neuerer Hirnforschung zeigen, die Umwelt- und subjektive Beziehungssituation einen tiefen Einfluss auf die ganze Hirnfunktion hat, so bietet keine andere uns bekannte Atmosphäre

als die der Soteria optimale Bedingungen, um psychotisch verstörte Hirnfunktionen zu verbessern. Therapeutische Wohngemeinschaften vom Typ der Soteria dürfen deshalb als Hoffnungsträger und attraktives Schrittmacher-Modell für die Schizophreniebehandlung des 21. Jahrhunderts gesehen werden. Soteria hat nicht starr an seinem ursprünglichen Konzept festgehalten, sondern einerseits auf die sich wandelnden Verhältnisse erfolgreich reagiert, andererseits mit innovativen Konzeptanpassungen ihre Schrittmacherfunktion immer wieder von Neuem unter Beweis gestellt, mit der 1:1-Begleitung, der Konzeptualisierung des *Weichen Zimmers*, dem intensiven Einbezug der Angehörigen, dem normalisierten, entstigmatisierenden, gemeindeintegrierten Setting, dem Aufbau eines Cannabisabstinenzprogrammes und eines integrierten Versorgungsangebotes für an Schizophrenie erkrankte Personen (HOFFMANN 2006).

Mittlerweile gibt es auch in Deutschland in Zwiefalten (seit 1999) und München (seit 2003) Soteria-Einrichtungen. Mit der Einführung von Soteria-Elementen auf den Akutstationen mehrerer deutscher psychiatrischer Kliniken konnte eine deutlich gewaltärmere therapeutische Atmosphäre geschaffen werden (JIKO 1997). Es hat sich gezeigt, dass eine sanftere Psychiatrie ohne größere Kosten realisierbar ist, wenn Wechselwirkungen zwischen Fühlen, Denken und Verhalten besser verstanden und beachtet werden. Jedoch macht nicht jede beliebige Milieuthherapie oder punktuelle Verbesserung der Stationsatmosphäre durch Einführung sogenannter Soteria-Elemente unter Beibehaltung der typischen Klinikatmosphäre aus einer Akutstation eine Soteria (CIOMPI 2005). Erst das konsistente Gesamtkonzept zur Behandlung akut psychotischer Zustände, verbunden mit einer Atmosphäre, wie ich sie hier versucht habe darzustellen, macht den Geist und die Wirksamkeit der Soteria aus.

Literatur

- AEBI E, CIOMPI L, HANSEN H. Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophreniebehandlung. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1993
- ANGERMEYER MC, BECK M, MATSCHINGER H. Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 663–668
- AYLLON T, AZRIN NH. *The Token Economy*. New York: Apoleton-Century-Crofts; 1968
- BALINT M. *Regression. Therapeutische Aspekte und die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1970
- BÖHME G. *Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1995
- BÖHME G. Atmosphäre als Begriff der Ästhetik. *Daidalos* 1998; 68: 112–115
- BÖHME G. Wahrnehmung von Atmosphären. In: BASFELD M, KRACHT Th. (Hg). *Subjekt und Wahrnehmung: Beiträge zu einer Anthropologie der Sinneserfahrung*. Basel: Schwabe; 2002 a; 19–30

- BÖHME G. Atmosphären als Gegenstand der Architektur. In: HERZOG J, DE MEURON P, URSPRUNG P (Hg). *Naturgeschichte*. Baden: Lars Müller Publishers; 2002 b; 410–417
- BÖHME G. *Architektur und Atmosphäre*. München: Wilhelm Fink Verlag; 2006
- BRUNS G. Die psychiatrische Zwangseinweisung. In: EINK M (Hg). *Gewalttätige Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1997; 56–70
- BUCHANAN P. Gedanken über Atmosphäre und Moderne. *Daidalos* 1998; 68: 80–88
- BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT DER BRD (Hg). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich*. Bonn: Aktion Psychisch Kranke; 1988
- CIOMPI L. *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1982
- CIOMPI L. *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1997
- CIOMPI L. *Gefühle, Affekte, Affektlogik. Ihr Stellenwert in unserem Menschen- und Weltverständnis. Wiener Vorlesungen*. Wien: Picus; 2002
- CIOMPI L, KUPPER Z, AEBI E, DAUWALDER HP, HUBSCHMID T, TRÜTSCH K, RUTISHAUSER C. Das Pilotprojekt »Soteria Bern« zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. *Nervenarzt* 1993; 64: 440–450
- CIOMPI L, HOFFMANN H, BROCCARD M (Hg). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern: Verlag Hans Huber; 2001
- CIOMPI L, HOFFMANN H. Soteria Berne – an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry* 2004; 3: 140–146
- CIOMPI L, HOFFMANN H, LEISINGER S. »Soteria-Station«? – Zur Frage des Namens von psychiatrischen Krankenhausstationen mit sog. Soteria-Elementen. *Krankenhauspsychiatrie* 2005; 16: 120–124
- COHEN S, KHAN A. Antipsychotic effect of milieu in the acute treatment of schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: 248–251
- CUMMING J, CUMMING E. *Ich und Milieu – Theorie und Praxis der Milieuthérapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1979 [orig.: *Ego and Milieu*. New York Arherton Press; 1962]
- DAY L. Healing Environments and the Limits of Empirical Evidence. *Am J Crit Care* 2007; 16: 86–89
- DIRMOSER G. *Die Welt der Atmosphären. Emotionale Wahrnehmung sinnlicher Ereignisse*. www.servus.at/kontext/ausstellungskunst/art_in_context.htm; 2001
- ELLSWORTH RB. Characteristics of effective treatment milieus. In: GUNDERSON JG, WILL OA, MOSHER LR (Hg). *Principles and Practice of Milieu Therapy*. New York, London: Jason Aronson; 1983
- FRANK JD. *Persuasion and Healing*. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1972
- FRIIS S. Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatr Scand* 1986 a; 74: 469–473

- FRIIS S. Factors influencing the ward atmosphere. *Acta Psychiatr Scand* 1986 b; 73: 600–606
- GOFFMAN E. Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp; 18. Auflage; 2001 [orig.: Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Harmondsworth: Pelican Books; 1968]
- GOFFMAN E. Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp; 1972 [orig.: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates. New York: Doubleday; 1961]
- GUNDERSON JG. A reevaluation of milieu therapy for nonchronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 1980; 6: 64–69
- HAUSKELLER M. Atmosphären erleben. Philosophische Untersuchungen zur Sinneswahrnehmung. Berlin: Akademie Verlag; 1995
- HERZOG J, DE MEURON P, URSPRUNG P (Hg). Naturgeschichte. Baden: Lars Müller Publishers; 2002
- HIRSCHFELD RM, MATTHEWS SM, MOSHER LR, MENN AZ. Being with madness: Personality characteristics of three treatment staffs. *Hosp Com Psychiatry* 1977; 28: 267–273
- HOFFMANN H. Empirische Untersuchungen zu Soteria aus den USA und Europa – Eine kritische Würdigung. In: CIOMPI L, HOFFMANN H, BROCCARD M (Hg). Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet. Bern: Verlag Hans Huber; 2001; 69–102
- HOFFMANN H, LEISINGER S. *Soteria Bern* – Ein Schrittmacher in der Schizophreniebehandlung. *Schweizerische Ärztezeitung* 2006; 87: 1859–1863
- JIKO I. Praktische Wege zur Gewaltvermeidung auf psychiatrischen Stationen. *Brückenschlag* 1997; 13: 146–150
- JONES M. The Therapeutic Community. New York: Jason Aronson; 1953
- JONES M. Therapeutic community as a system for change. In: GUNDERSON JG, WILL OA, MOSHER LR (Hg). Principles and Practice of Milieu Therapy. New York, London: Jason Aronson; 1983; 177–184
- KOTOWICZ Z. RD. Laing and the Paths of Anti-Psychiatry. London: Taylor & Francis; 1997
- KRISOR M, PFANNKUCH H. (Hg). Was du nicht willst, das man dir tut ... Gemeindepesychiatrie unter ethischen Aspekten. Regensburg: Roderer; 1997
- KROLL B. Mit Soteria auf Reformkurs. Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis; 1998
- MELLE I, FRIIS S, HAUFF E, ISLAND TK, LORENTZEN S, VAGUM P. The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units. *Psychiatric Services* 1996; 47: 721–726
- MOOS RH. Evaluating Treatment Environments: A Social Ecological Approach. New York: John Wiley & Sons; 1974
- MOSHER LR. Soteria California und ihre amerikanischen Nachfolgeprojekte – Die therapeutischen Elemente. In: CIOMPI L, HOFFMANN H, BROCCARD M (Hg). Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet. Bern: Verlag Hans Huber; 2001; 13–41

- PAUL GL, LENTZ RJ. Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patient. Milieu versus social-learning programs. Cambridge: Harvard University Press; 1977
- PFANNKUCH H. Offene Türen überall. Über die Selbstverständlichkeit des Herner Modells. In EINK M (Hg). Gewalttätige Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1997
- SCHORE AN. Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta; 2007
- SCHRETER RK. Psychiatric Care for the 21st Century. Psychiatric Services 1997; 48: 1245–1246
- SIMON FB. Soteria eine Ersatzfamilie? In: CIOMPI L, HOFFMANN H, BROCCARD M (Hg). Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet. Bern: Verlag Hans Huber; 2001; 135–158
- SULLIVAN HS. Socio-psychiatric research: Its implications for the schizophrenia problem and for mental hygiene. Am J Psychiatry 1931; 10: 977–991
- TUCKER GJ. Therapeutic communities. In: GUNDERSON JG, WILL OA, MOSHER LR (Hg). Principles and Practice of Milieu Therapy. New York, London: Jason Aronson; 1983
- ULRICH RS. View through a window may influence recovery from surgery. Science 1984; 224: 420–424
- VAN PUTTEN T, MAY PRA. Milieu therapies of the schizophrenias. In: WEST LJ, FLINN DE (Hg). Treatment of Schizophrenia. Progress and Prospects. New York: Grune & Stratton; 1976; 217–243
- WERNER W. Je normaler die Lebensbedingungen, umso normaler benimmt sich der Mensch. Psychologie heute 1999; 62–65
- WERNER W. Auflösung ist machbar. Vom Großkrankenhaus zur Dezentralisierung. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1998
- WIGLEY M. The Architecture of Atmosphere. Daidalos 1998; 68: 18–27
- WINNICOTT, DW. The theory of the parent-child relationship. Int J Psychoanal 1960; 41: 585–595
- WINNICOTT DW. Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta; 1973
- ZUBIN J, SPRING B. Vulnerability – a new view on schizophrenia. J Abnorm Psychology 1977; 86: 103–126
- ZUMTHOR P. Atmosphären – Architektonische Umgebungen – Die Dinge um mich herum. Basel: Birkhäuser Verlag; 2006

Atmosphärische Gestaltungsmöglichkeiten auf einer psychiatrischen Station

UWE KÖNEMANN

Warum dieses Thema?

Persönliche Beweggründe

Zu meiner Person: Ich bin 55 Jahre alt und arbeite seit 26 Jahren in der Medizinischen Hochschule Hannover als Krankenpfleger. Mein Arbeitsbereich ist die Klinische Psychiatrie. Dort arbeite ich auf einer allgemeinpsychiatrischen Station der Psychiatrischen Klinik, und bin für die Versorgung der Menschen mitzuständig, die sich hilfeschend an unsere Klinik wenden. Meine eigenen Beweggründe, mich mit dem Thema zu beschäftigen, sind: überhaupt einmal die atmosphärische Milieugestaltung auf einer psychiatrischen Station zum Thema zu machen. Der Stellenwert, der atmosphärischer Arbeit zugemessen wird, ist in der Regel eine nicht benannte Größe, und bleibt deshalb unbekannt. Meiner Meinung nach wird leider der atmosphärischen Gestaltungsarbeit, die tagtäglich von Mitarbeitern auf unserer psychiatrischen Station geleistet wird, eine zu geringe Bedeutung beigemessen. Beziehungsarbeit wird als normal und von der Natur gegeben einfach vorausgesetzt. Bei uns im Team wird »die Atmosphäre« fast nie zum Gesprächsthema gemacht, obwohl wir alle versuchen, automatisch zu einem guten Stationsklima beizutragen. Ich habe die Hoffnung, dass meine Kollegen gegenseitig über ihre wichtige Funktion im Team sprechen und ein Austausch über dieses Thema stattfindet und ein Bewusstseins-Prozess in Gang kommen kann. Dieser Prozess muss immer wieder erneut von allen Teammitgliedern erarbeitet werden.

Der normale Alltag auf der psychiatrischen Station wird durch die Methoden Gruppenarbeit, Teamarbeit, Milieugestaltung und das Medium Kunst, in der Medizinischen Hochschule auch durch den Kunstverein, das Projekt »Pavillon der Sinne«, eine Theatergruppe und Malerei abwechslungsreich gestaltet.

Das Zentrum Psychologische Medizin in der Medizinischen Hochschule Hannover

Ostern 1972 wurden die Gebäude der Psychologischen Medizin in Betrieb genommen. Zum Zentrum Psychologische Medizin der Med. Hochschule Hannover gehören die Abteilung für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Abteilung für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie.¹ Beide Abteilungen verfügen zusammen über 117 Betten, 20 Tagesklinikplätze, eine Poliklinik sowie eine psychosoziale Beratungsstelle.

Durch die innerstädtische Lage ist der Versorgungssektor überwiegend städtisch strukturiert. Jede Abteilung ist einem festgeschriebenen Einzugsgebiet zugeordnet.

Mein Arbeitsplatz befindet sich auf einer Akutstation, die Platz für zwölf Patienten hat. Hier können die Patienten von ihrer Aufnahme bis zur Entlassung bleiben. Unsere Stationstür ist meistens geschlossen, sie kann im Bedarfsfall aber geöffnet und als offener Bereich geführt werden. Voraussetzung dafür ist, dass keine akut gefährdeten Patienten aufgenommen worden sind. Wir arbeiten nach dem Sektorprinzip, das bedeutet, dass Patienten vorrangig aus dem Sektor aufgenommen werden. Der Anteil der Nicht-Sektor-Patienten beträgt zurzeit etwa 30 %. Unser Stationsteam ist multiprofessionell ausgerichtet und die Betreuungskontinuität wird über das Bezugstherapeutesystem sichergestellt. Auf eine umfangreichere Beschreibung meines Arbeitsplatzes verzichte ich, da mein Thema im Mittelpunkt meines Erfahrungsberichtes stehen soll.

Ein bestimmtes atmosphärisches Klima ist von vielen verschiedenen Faktoren abhängig, die sich gegenseitig beeinflussen. Jeder dieser Faktoren kann auf seine eigene Weise als Verstärker auf die Atmosphäre des Stationslebens und auf das gemeinsame Tun einwirken.

Der Einfluss mitmenschlicher Stimmungen: Vor allen Dingen sind es die Menschen mit ihren Stimmungen, die eine Atmosphäre im psychiatrischen Alltag prägen. Es sind zum Teil Menschen, die sich in Therapie befinden. Gleichermäßen hinterlässt auch das Personal durch Stimmungen Spuren, die sich auf die Atmosphäre auswirken. Seien nun Stimmungen freundlich, traurig oder angespannt, sie beeinflussen oft auch das Befinden ihrer Mitmenschen.

Der Einfluss geschlossener Räume: Natürlich spielt es eine gewichtige Rolle, ob sich die Menschen der Station jederzeit, wann immer sie wollen, frei im Raum bewegen können. Ist die Stationstür einer psychiatrischen Station dagegen geschlossen, und müssen alle Patienten erst beim Personal um ihren Ausgang anfragen, bedeutet dieses Hindernis, welches durch Regeln und Beschlüsse vom

1 Im Oktober 2007 – kurz vor Drucklegung – wurden beide Abteilungen zu einer Abteilung Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie zusammengeführt.

Personal auferlegt wird, für viele Patienten eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer persönlichen Freiräume. Eine geschlossene Stationstür kann sich negativ auf das Freiheitsempfinden jedes einzelnen Menschen, der sich auf dieser geschlossenen Station befindet, auswirken und als Begrenzung der eigenen Autonomie empfunden werden. In der Folge beeinflusst eine geschlossene Tür somit auch das Verhalten der auf der Station anwesenden Menschen im Miteinander und prägt somit die gesamte Atmosphäre auf der Station.

Einrichtungsgegenstände und die Tages- und Wochenplanung: Einrichtungsgegenstände und deren Design sowie der vorhandene Platz, also die Größe der Station, wirken atmosphärisch auf Menschen ein.

Im Stationsalltag begegnet man vielen Regeln, mit denen jeder Patient konfrontiert wird und denen Beachtung geschenkt werden muss, ob nun freiwillig oder durch Anpassung. Der Stationsalltag ist durch die Tagesstruktur, die teilweise auch institutionellen Zwängen unterliegt, geprägt. Es gibt hier zum Beispiel einen festgeschriebenen Wochenplan für unsere Patienten, von denen in der Regel erwartet wird, dass er eingehalten oder zumindest beachtet wird.

Menschlich gegenseitige Abhängigkeiten: Die Berufszufriedenheit des professionellen Teams ist abhängig von der Bereitschaft der ihnen anvertrauten Patienten, zu ihnen Kontakt aufzunehmen und ein gemeinsames Arbeitsbündnis zu schließen. Die Mitarbeit der Patienten hängt dabei maßgeblich davon ab, inwieweit der einzelne Patient Vertrauen zu den Menschen im Team und der übrigen Patientengruppe entwickeln kann.

Atmosphäre herzustellen ist einfach eine Realität im psychiatrischen Arbeitsalltag. Oft stellen wir Bezüge zwischen einzelnen Patienten her, sind für Kommunikation und Stimmungen zuständig, ohne uns dessen immer bewusst zu sein, weil unser Tun uns allzu geläufig geworden ist. »Atmosphärisches Arbeiten« sollte sich positiv auf die Genesung und das innere Wachstum der auf der Station befindlichen Patienten auswirken. Für die Beschreibung der Beispiele aus meinem Arbeitsalltag verwende ich bewusst eine bildhafte Sprache in der Hoffnung, auf diese Weise die atmosphärische Milieugestaltung etwas plastischer beschreiben zu können.

Aus meiner Berufspraxis: Mein Handwerkszeug als Krankenpfleger besteht darin, Stimmungen aufzuspüren, ebenso Stimmungen auszuhalten, Stimmungen zu steuern, und vor allem, bestimmte Stimmungen zu gestalten. Die jeweiligen Patienten stehen dabei im Fokus des Geschehens.

Ehe ich selbst anfangs mit der atmosphärischen Arbeit »richte ich mir erst einmal meinen Arbeitsplatz ein«. Das bedeutet, dass ich eine Aufspürposition einnehme und meine Eindrücke zuerst einmal aufnehme und auf mich einwirken lasse. Ein eigenes gedanklich räumliches Positionieren innerhalb dieser jetzigen bestimmten Atmosphäre ist meiner Ansicht nach die Grundlage für ein eigenes atmosphärisches Gestalten. Dazu bedarf es außerdem noch Neugier und der

Lust an Kreativität. Eine nötige Distanz verschafft erst die Freiheit im Tun und Denken.

Ein ganz wichtiger Aufgabenbereich in meiner täglichen Arbeit ist die Gestaltung eines entspannten Klimas auf der Station. Oft gilt es, einzelne Patienten zu beruhigen. Wir als Team versuchen in unserer täglichen Arbeit auf der Station ein angenehm tragendes Klima zu schaffen. Hier soll dem Patienten durch seine Mitwirkung ermöglicht werden, mitzuschwingen und selbst etwas zu bewegen. Gemeinsamkeiten und Kommunikation können ebenso in Form eines spielerischen Umgangs miteinander erfolgen. Atmosphäre kann sich hier in künstlerisch-kreativen, bislang unbekanntem Potenzialen ausdrücken und bildhaft zeigen, was zum Beispiel in der Ergotherapie tagtäglich geschieht.

Nachfolgende Fragen verdeutlichen, welche Dinge zu der atmosphärischen Arbeit gehören, wobei die letzten zwei Fragen von mir gemeinsam behandelt werden.

1. Welche unterschiedlichen Atmosphären gibt es auf meiner psychiatrischen Station?
2. Woran erkenne ich Atmosphären, wenn ich in eine atmosphärische Stimmung eintauche?
3. Wie stelle ich oder wie stellt mein Team Atmosphären her?

Hier nun einige Beispiele aus meinem Arbeitsalltag:

Meine Arbeit beginnt meistens um 8.30 Uhr. Zu diesem Zeitpunkt sind die anwesenden Kollegen damit beschäftigt, den Tag gemeinsam vorzubereiten und zu planen. Sie konzentrieren sich auf die Morgenroutine. Die Patienten, bei denen keine Termine und Untersuchungen anliegen, frühstücken zu dieser Zeit. Sie tun die gleichen Dinge, die sie von zu Hause zu tun gewohnt sind. Ihr Tagesablauf auf der Station unterscheidet sich zu diesem Zeitpunkt nicht vom Alltag zu Hause. Sobald ich das Gelände der Klinik betrete und auch auf dem Weg zu meiner Abteilung und Station begegne ich oft schon einigen Kollegen und Patienten meiner Station. Hier an dieser Stelle fängt meine Arbeit eigentlich schon an! Es wird von mir Offenheit und Interesse für die Belange meiner Mitmenschen erwartet.

Manche Smalltalks auf den Klinikfluren dienen mir schon der Einstimmung auf den bevorstehenden Arbeitstag. »Um dahin zu gelangen, wo ich hin möchte, brauche ich diese ersten Takte, bis ich dann meine eigene Musik für den Tag gefunden habe.« Schon auf dem Weg zu meiner eigentlichen Arbeitsstätte, meiner Station, ist für mich zu spüren, welche Situationen und Stimmungen ich dort vorfinden werde. Ist die Atmosphäre aufgeladen? Schlechte Stimmungen machen viele spätere Situationen sichtbar. Indizien hierfür sind zum Beispiel: Die Stationstür ist geschlossen, Patienten halten sich in der Nähe der Tür auf, vor der Station stehen keine abgestellten freien Betten, also sind alle Betten belegt oder die Station ist überbelegt, Mitarbeiter meiner Station sind schon bei der

ersten gemeinsamen Begegnung ernster und zurückhaltender im Kontakt zu mir. Viele Vorboten zeigen mir also schon im Vorfeld an, wie die Stimmung auf der Station voraussichtlich werden wird.

In unserem Team arbeiten zwölf Krankenschwestern/Krankenpfleger im Wechselschichtsystem, außerdem eine Ergotherapeutin und eine Krankengymnastin, Ärzte und Psychologen sowie eine Sozialarbeiterin, die genau wie die oben genannten nichtakademischen Mitarbeiter fest angestellt ist. Dazu kommen Praktikanten und Auszubildende verschiedener Berufsgruppen, die das Klima der Station entscheidend mitprägen.

Haben wir »akute Patienten« im Team zu betreuen, so bekommen die Gespräche der Teammitglieder untereinander sogleich einen anderen Akzent. Im Team wird dann wesentlich mehr besprochen als sonst und die Tür zum Dienstzimmer ist für Patienten oft verschlossen. Ist die Atmosphäre andererseits entspannt, merke ich es auch sogleich daran, dass der gemeinsame Austausch im Team persönlicher wird. Bei einigen meiner Arbeitskollegen erkenne ich schon am Klang ihrer Stimmen, wie der Tag werden wird. Wir alle gemeinsam leisten im Team einen wichtigen Beitrag für eine unverstellte Haltung, in der wir uns um Offenheit bemühen. Das Team und die gemeinsamen Reflexionen und Gespräche sind für uns alle eine wichtige Grundlage, um einen freien Blick für unsere Arbeit zu behalten. Patienten gehen in einer guten freien Atmosphäre leichter auf uns Mitarbeiter zu und suchen selbst aktiv das Gespräch. Neue Mitarbeiter sowie Auszubildende werden von Patienten dabei gerne als Gesprächspartner gesucht. Der Grund ist vielleicht darin zu finden, dass sie unbefangener nach neuen eigenen Erfahrungen suchen und offener für Neues sind.

Die Morgenrunde

Als nächster Schritt am Tag ist die Morgenrunde als wichtiger gemeinschaftlicher Faktor zu beschreiben, weil hier wichtige Atmosphärenarbeit von allen anwesenden Menschen gemeinschaftlich geleistet wird. Die Morgenrunde hat eine lange Tradition in unserer Klinik. Deshalb und weil sie auch deutlich hervorhebt, wie der Stand der Dinge ist, möchte ich anhand von Beispielen versuchen zu beschreiben, welche Bedeutung Atmosphärenarbeit in der Morgenrunde hat. An der Morgenrunde nimmt der größte Teil unserer Patienten und Mitarbeiter teil. An manchen Tagen nimmt die gesamte Station daran teil. Sie findet im Tagesraum, einem Aufenthalts- und Arbeitsraum unserer Patienten der Station 54, statt. Unser Tagesraum strahlt eine gemütliche Atmosphäre aus. Der Raum ist sehr lichtdurchflutet. Es gibt hier viele Pflanzen auf der Fensterbank und in den Ecken. Einige Sessel und ein Sofa laden zum Verweilen ein. Der Raum ist in zwei Hälften geteilt. Im Eingangsbereich befinden sich mehrere Esstische, die zusammengestellt

werden können und im hinteren Teil kann man gemütlich zusammensitzen, klönen oder auch fernsehen. Die Sitzordnung in der Morgenrunde ist kreisförmig und jeder sucht sich seinen Platz, auf dem er sitzen möchte, jeden Tag wieder aufs Neue aus. Aus dem Kreis der Morgenrunde moderiert ein Mitarbeiter die Runde. Das Moderieren und Leiten der Morgenrunde hängt nun maßgeblich von diesem Mitarbeiter ab. Er hat es in der Hand, welche Atmosphäre für die Morgenrunde, dieses wichtige Treffen aller, geschaffen wird.

Patienten reagieren sehr empfindsam auf direkte Ansprache. Es kommt darauf an, »wie« sie angesprochen werden. Andere Patienten sind zuerst irritiert durch das Zusammensein mit vielen fremden Menschen. So eine Runde fühlt sich dann oft kalt an, weil jeder auf seinem eigenen »Instrument« für sich alleine spielen will, anstatt gemeinsam im Orchester zu musizieren. Es braucht also für den Auftakt der Morgenrunde eine Art Erkennungsmelodie, die alle(s) zusammenführt.

Die Begrüßung der Teilnehmer in der Gruppe durch den Gruppenleiter ist nun der Auftakt für die Atmosphäre, die in der Morgenrunde vorherrscht. Von großer Bedeutung ist dabei: In welchem Rhythmus (wie wir »Professionellen« sprechen), wie wird der richtige, zur Stimmung passende Ton gefunden? An dieser Stelle könnte der Gruppenleiter zum Beispiel eigene Beobachtungen in den Raum stellen. Zum Beispiel könnte er seine eigenen Wahrnehmungen zur Temperatur, zu Außengeräuschen und eventuellen Ablenkbarkeiten mitteilen. Auch wenn zum Beispiel ein Teilnehmer besonders modisch gekleidet zur Morgenrunde erscheint, kann dies aufgegriffen werden, damit eine Gemeinsamkeit und Gesprächsbasis entsteht. Jetzt braucht nur noch ein Mitwirkender bereit sein, mitzuspielen und es entsteht eine Art »eigener Sound«, der alle anderen Mitspieler zum Mitmachen einladen könnte. Für die Gruppenleitung ist es wichtig, dass sie sich auf diesen Moment konzentriert. Und durch eine lockere spontane und unverkrampfte Haltung sollte sie ihre Bereitschaft signalisieren, für alles offen zu sein: »Komme, was da wolle.« Oder: »Es kann kommen, was kommen soll!«

Sehen wir uns im Raum um und sehen wir die Gruppenteilnehmer an, fallen uns immer wieder Gruppenteilnehmer auf, deren Persönlichkeit sich vom Rest der Gruppe durch ihre Ausstrahlung stark abgrenzt. Diesen Patienten ist ihre Autonomie zu bewahren besonders wichtig. Sie betonen diese in der Regel dadurch, dass sie sich ungern auf Kompromisse festlegen. Ihre Aura kann einen sehr starken Einfluss auf die Atmosphäre in der Gruppe haben, häufig stehen sie im Mittelpunkt des Geschehens. Werden diese Patienten dann angesprochen, so äußern sie sich oft bevorzugt in einer Kunstsprache, die sich durch Vieldeutigkeit und viele Anknüpfungsmöglichkeiten, ohne sich festzulegen, auszeichnet.

Die Gruppenleitung kann nun versuchen, mit den vom Patienten selbst in den Raum gestellten Themen zu spielen und sie zu übernehmen. Es kann nun ein gemeinsames Thema formuliert werden, die Gruppe könnte dazu ermuntert werden, eigene Einfälle zu bestimmten Begriffen zu formulieren. Bei unverständ-

lichen Äußerungen eines Teilnehmers kann es sehr hilfreich für alle sein, wenn ein Mitpatient oder der Gruppenleiter als Dolmetscher einspringt und dabei hilft, das auszudrücken, was der Patient ausdrücken wollte. Jeder Einzelne sollte die Möglichkeit erhalten und darin bestärkt werden, sich einzubringen mit seinen speziellen eigenen Gedanken. Alle Teilnehmer sollten verstehen, was ausgedrückt werden sollte. Der Gruppenleiter kann durch die Modulation (Begriff aus Duden: *Übergang von einer Tonart in die andere. Das Abstimmen von Tonstärke und Klangfarbe z. B. beim Gesang in der Musik*) von Affekten Gruppenprozesse in Gang bringen und auf den Weg bringen. Er kann mal einen dramatischen Akzent setzen, sollte aber auch zu der Möglichkeit zurückfinden, seine emotionale Steuerung wieder »runterzufahren«. Für den Gruppenleiter können die oben genannten Beispiele als mögliche Atmosphärenerzeuger von Nutzen sein. Das Ziel, ein positives Gruppenklima zu schaffen, wird oft erreicht durch eine gegenseitige Toleranz, auch von befremdeten Sichtweisen.

Ausgestaltung von atmosphärischer Milieuarbeit in einer Gruppensitzung

Jeder Mensch hat eine unverwechselbare Handschrift, seine ihm ureigene Signatur. Auch Gegenstände haben eine eigene Ausstrahlung. Am Beispiel einer Gruppensitzung wird dies deutlich. An der folgend beschriebenen Gesprächsgruppe nehmen fünf Patienten und zwei Mitarbeiter teil. Fünf Stühle werden kreisförmig zusammengestellt. In der Mitte des Kreises steht ein vergessener Schemel, dieser müsste jetzt vor Beginn der Gruppensitzung eigentlich noch weggeräumt werden. Der Gruppenleiter will dies auch tun, woraufhin eine Teilnehmerin einbringt, dass sie es schade findet, wenn dieser Schemel nicht mehr dort stehe. So bleibt er jetzt in der Mitte des Kreises stehen. Durch das Bild mit dem Schemel verändert sich gleich etwas in der Stimmung der Gruppenatmosphäre. Der Schemel in der Mitte des Kreises hat eine eigene Geschichte zu erzählen. Er ist zum Beispiel immer dabei, wann immer sich die Patienten abends treffen und beispielsweise Karten spielen oder fernsehen. Er gewährt uns einen Einblick in einen ganz anderen Raum. Er verbindet das therapeutische Zusammensein mit dem losgelösten privaten Zusammentreffen der Patienten im gleichen Raum, nur zu einer anderen Zeit.

Der Gruppenleiter fordert alle Teilnehmer dazu auf, sich die Schuhe auszuziehen und die Füße auf den Schemel zu legen. So entsteht nun ein neuer Kreis mit ausgestreckten Beinen. Die Füße der Teilnehmer liegen ganz eng nebeneinander. Man kann den Fuß seines Nachbarn spüren und so entsteht auf ganz natürliche Weise, ohne viel Aufwand ein Gespräch in entspannter Haltung. Zu spüren ist in diesem Moment die Gelöstheit aller Teilnehmer, es entsteht Intimität. Ein Patient erzählt von seiner Trauer um die verlorene Kindheit, seinem Vater, der

ihn früh verlassen hat, und seiner Mutter, für die er immer da sein musste. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie sich durch den spielerischen Umgang mit dem Schemel der ganze Raum verändert hat und dass Gegenstände und ihre Bedeutung für die Gestaltung der Raumatmosphäre wichtig sind. Das eigene räumliche Empfinden wurde für uns Teilnehmer durch das »Schemelerlebnis« größer.

Eine entspannte und gelöste Atmosphäre herzustellen ist besonders wichtig im Umgang mit akut-kranken Menschen. An zwei Beispielen möchte ich erläutern, welche Gestaltungsmöglichkeiten es gibt, um dieses Ziel zu erreichen.

Beispiel 1: Herr Jöhrens², 28 Jahre alt, wird auf der Station mit einer bipolaren Störung aufgenommen. Als ich ihn das erste Mal sehe, bin ich erstaunt, weil er sein Bett mit Zeitungsausschnitten und persönlichen Gegenständen dekoriert hat. Die Nacht über hat er nicht geschlafen, damit sein Kunstwerk nicht zerstört wird. Zu Beginn unseres Gesprächs liegt ein Knistern in der Luft. Falls ich jetzt etwas Falsches sage, könnte es sein, dass Herr J. aus der Haut fährt und das Mindeste, was ich dann tun muss, ist sein Zimmer zu verlassen. Aber ich entdecke noch etwas anderes. Trotz der gereizten Tonlage von Herrn J. ist er mir sympathisch und ich fühle mich durch ihn nicht bedroht. Also begeben wir uns in die Rolle eines Museumsbesuchers und lasse ich Herrn J. erklären, welche Bedeutung die vielen Gegenstände haben, die er auf seinem Bett zusammengestellt hat. Die Situation scheint sich zu entspannen und ich merke, wie wichtig es für Herrn J. ist, sich auf diese Art und Weise darzustellen. Kreativität geht hier vor Nachtruhe. Da Kunstwerke in Ausstellungen auch häufig fotografiert werden, frage ich Herrn J., ob ich sein Bett ablichten dürfe. Denn wenn er ein Foto von seinem Bett hätte, könnte alles, was sich darauf befindet, wieder herunternehmen und nachts auch mal wieder schlafen. Diese neue Wendung unseres Gesprächs sorgt erst mal für eine Verschlechterung des Klimas und eine Atmosphäre des Misstrauens entsteht. Erst als ich ihm versichere, dass sowohl Fotos wie Negative ihm gehören würden, geht es wieder bergauf mit uns. Ich habe seine Arbeit gewürdigt, er kann akzeptieren, dass man als Künstler auch mal eine Pause einlegen muss, und so waren beide Seiten zufrieden gestellt. Die Tatsache, dass ich mich ganz neugierig und unbefangen seinem Kunstwerk widmen konnte, nahm viel Spannung aus dem Raum. Denn Herr J. hatte sich ganz in die Rolle des unverstandenen Künstlers hineinbegeben und war bereit sein Kunstwerk mit allen Mitteln zu verteidigen. Diese Entschlossenheit war spürbar, ohne dass etwas gesagt werden musste. Bei späteren Begegnungen mit Herrn J. blieb immer ein Stück von unserem ersten Aufeinandertreffen im Raum und so konnten wir sehr gelöst miteinander reden.

Beispiel 2: Frau Konrad kommt über die Notfallaufnahme auf die Station. Sie kommt als Verlegung vom LKH-Wunstorf und befindet sich in einer hypomanischen Verfassung. Da ihr vor Kurzem eine Niere transplantiert wurde, ist sie außerdem sehr besorgt um ihren körperlichen Zustand. Nachdem der diensthabende Arzt Frau K. aufgenommen

2 Die Namen in den folgenden Beispielen sind fiktiv.

hat, setzt sie sich noch zu mir ins Dienstzimmer. Da es zu diesem Zeitpunkt sehr ruhig auf der Station ist, bleibt mir genügend Zeit, ihr in Ruhe zuzuhören. Frau K. beginnt damit einiges über ihren Aufenthalt in Wunstorf zu erzählen. Sie hat Angst fixiert zu werden und – wenn ich ehrlich sein soll – diese Angst kann ich gut verstehen. In diesem Moment beginnt die Stimmung zu kippen. Es rutscht etwas nach unten und eine unbeschreibbare Spannung beginnt sich auszubreiten. Da die Umstände der Verlegung für die Patientin als ziemlich stressig erlebt worden waren, schlage ich ihr erst eine Entspannungsübung vor. Zu meinem Erstaunen dreht sie den Spieß um und schlägt vor, sie könne die Entspannung doch bei mir durchführen. Ich könnte das ja auch mal gebrauchen. Nach kurzem Zögern willige ich ein und Frau K. beginnt mit ihrer Einleitung. Wenige Minuten später sitze ich im Garten in einem Liegestuhl und bin sehr entspannt. Dieser Rollentausch macht mir sehr schnell klar, welchen Beitrag ich selbst zu der angespannten Atmosphäre im Dienstzimmer geleistet habe. Nachdem ich mich entspannt habe, werden die Farben im Raum heller und freundlicher und der Handlungsdruck, der über mir schwebte, ist verschwunden. Ich kann mich jetzt revanchieren und der Patientin auch eine Entspannung anbieten. Frau K. kann diese auch gut annehmen, weil klar geworden ist: Manchmal müssen eben Patienten die Mitarbeiter beruhigen, damit es weitergehen kann.

Zusammenfassung

Schwierigkeiten für mich, über das Thema zu schreiben, ergaben sich aus der Tatsache, dass es sehr wenig Literatur und auch keine Informationen zum Beispiel im Internet über das Thema gibt. Ich musste von daher meinen eigenen Weg suchen, um das Thema aufzugreifen. Für mich war es letztendlich interessant, den klinischen Alltag einmal aus diesem speziellen Blickwinkel heraus betrachten und beschreiben zu können. Besondere Situationen, die aus der Alltagsroutine herausfielen, wenn Dinge anders liefen als üblich, oder irgendetwas anders war als sonst, boten mir eine gute Gelegenheit, in Atmosphären einzutauchen. Routine spiegelt ja auch eine bestimmte Atmosphäre wider, aber mir versperrte sie oft die nötige Klarsicht für unmittelbar vor mir liegende Situationen. Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema bin ich zu der Überzeugung gelangt, dass es in der Psychiatrie noch etwas Neues zu entdecken gibt. Sozusagen etwas Unbekanntes, was uns allen aber eigentlich auch schon vertraut ist.

Für die Zukunft würde ich mir einen bewussteren Umgang mit Atmosphärenarbeit wünschen. Dazu müssten Möglichkeiten geschaffen werden, den Arbeitsplatz auf psychiatrischen Abteilungen anders umzugestalten. Das heißt Einfluss nehmen zu können auch aufseiten der Patienten, gestalten können, formen, verändern können, zu erkunden mit den Augen eines Fremden. Als Beispiel möchte ich anführen, dass, wenn ich an einen Ort komme, der mir unbekannt

ist, mir spezielle Details auffallen, die ich routinemäßig bei mir zu Hause gar nicht mehr wahrnehme.

Feldforschung in der Psychiatrie wäre eine denkbare Möglichkeit. Zurzeit sind die Angebote der Station leider schwerpunktmäßig darauf ausgerichtet, die Realitätswahrnehmung der Patienten zu unterstützen. Die Kreativität bleibt dabei leider oft »auf der Strecke«. Kreative Angebote wären tragend, um atmosphärische Arbeit gestalten zu können. Leider werden diese kaum oder viel zu selten angeboten. Zum Beispiel könnte auch im Krankenhaus durch Theaterarbeit eine neue Möglichkeit für Patienten geschaffen werden, ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung zu schulen. Ein spielerischer Umgang und das Einnehmen verschiedenster Rollen könnten für Patienten das Bewusstsein dafür wecken und auch aufzeigen, dass ein spielerischer Umgang mit den Realitäten helfen kann, selbstbewusster zu werden und somit die eigene Erkrankung aus einer anderen Perspektive heraus betrachten zu können. Zurzeit versuchen wir in unserer Abteilung in Zusammenarbeit mit einer Theaterpädagogin des Schauspielhauses, ein Modul für Theaterarbeit in der Psychiatrie zu entwickeln. Räume kreativ gestalten zu dürfen, beteiligt zu sein, Projekte zu entwickeln, Spuren zu hinterlassen, dies alles wären Elemente, die meiner Meinung nach zu einer guten Stationsatmosphäre beitragen könnten. Diesen wird aber leider häufig zu wenig Beachtung geschenkt und somit geht viel kreatives Potenzial verloren. Ich habe versucht zu beschreiben, dass beispielsweise eine winzige Veränderung im Raum in der Lage ist, viele unterschiedliche Gefühle auszulösen, zum Beispiel wenn einzelne Patienten, die in ihrem Zimmer die Wände individuell dekorieren oder auf eine bestimmte Art und Weise ihr Zimmer einrichten, für Gemütlichkeit sorgen und auf diese Weise einen wichtigen kreativen Teil ihrer Persönlichkeit zeigen und ausleben können.

Ebenso kann eine bestimmte Lichtquelle, der jeweiligen Jahreszeit entsprechend intensiv leuchtend, bestimmte Stimmungen bei Menschen hervorbringen und sich vielfältig auf das Verhalten aller im Team auswirken. Ein einzelner Mitarbeiter oder Patient kann das ganze Klima auf der ganzen Station verändern und beeinflussen. Mitarbeiter und Patienten, denen es gut geht, strahlen dies anderen gegenüber auch aus und tragen zu einer positiven Klimaveränderung bei.

Fazit: Für mich ist vieles, was ich erfahren habe, auch deshalb geschehen, weil es in einem bestimmten atmosphärischen Rahmen stattgefunden hat. Diesem Rahmen Beachtung zu schenken war ein Anliegen meines Berichts. Ob es aber in Zukunft neue kreative Entwicklungsmöglichkeiten für eine Arbeit an der atmosphärischen Gestaltung oder andere erweiternde Angebote gibt, bleibt mehr als fraglich. Meiner Meinung nach ist das derzeitige Klima in der Psychiatrie zu sehr von der biologisch ausgerichteten Psychiatrie geprägt.

Die Behandlung mit Medikamenten steht meiner Erfahrung nach zu sehr im Vordergrund. Es gibt wenig Forschungsmöglichkeiten, die unabhängig von

der Pharmaindustrie stattfinden. Ob es in Zukunft überhaupt Räume gibt für Neues außerhalb des »Mainstreams«, bleibt deshalb abzuwarten. Will man dieser Versachlichung des Lebens und Miteinanders auf einer psychiatrischen Station entgegenwirken, braucht es in Zukunft wohl mehr Verantwortung für die Gestaltung des Alltäglichen. Es benötigt Forschungsfelder, die nicht nur auf biochemische Erkenntnisse ausgerichtet sind.

Milieuforschung wäre wichtig. Und warum nicht Atmosphärenarbeit als Weiterbildungsangebot für Psychiatriemitarbeiter? Mit diesen Gedanken möchte ich meinen Erfahrungsbericht abschließen und hoffe, dass er einen Einblick in den Alltag eines »Atmosphärenarbeiters« geben konnte.