

BÖHEIM – BOTE

Tagesstätten-Zeitung



Die Tür steht für jeden offen!

Nr. 18
August 2020

Liebe Leserinnen und Leser!

Wir hoffen, Sie haben die Corona-Krise bis heute gut überstanden und es geht Ihnen gut.

Vieles hat sich in der Tagesstätte im letzten halben Jahr bewegt. So sind wir im März mit Küche und einem Speiseraum von der Fichtelbachstraße in frisch renovierte Räume in die Böheimstr. 3 gezogen. Die Werkhallen der Arbeitstherapie, das Hauptgebäude mit großem Kreativbereich, Cafeteria-Betrieb und einem Gruppenraum sind nun binnen einer halben Minute fußläufig gut erreichbar. Herzlich danken möchten wir an dieser Stelle unseren Vermietern, Regina und Rolf Heim, dass Sie uns die Räume zur Verfügung stellten und für uns so schön und zweckmäßig ausgebaut haben. Das Einweihungsfest wird freilich nur solange verschoben, bis es wieder möglich sein wird, gemeinsam im größeren Rahmen zu feiern.

Zu berichten wissen wir auch, dass das Mitarbeiterteam nun seit Mitte Januar von Elke Hetzl, staatlich anerkannte Arbeitserzieherin, verstärkt wird. Abschiednehmen hieß es Ende Juli hingegen von Angie Hell, Verwaltungsmitarbeiterin. Sie ging (leider!) in den wohlverdienten Ruhestand.

Aufgrund der Corona-Pandemie und einer Empfehlung des Staatsministeriums waren die Tagesstätten-Türen bis Ende April für sechs Wochen geschlossen. Das erste Mal in der 22-jährigen Geschichte der Tagesstätte. Intensiver Kontakt miteinander wurde aber telefonisch gehalten und bei Bedarf waren auch Face-to-Face-Treffen möglich. Dennoch sind wir nun alle froh, uns, wenn auch mit Einschränkungen, wieder persönlich begegnen zu können. Gottlob hatten wir bis jetzt noch keinen einzigen Covid-19 Fall in unseren Reihen.

Weiter finden Sie im folgenden Berichte über das bipolare Störungsbild, geprägt von Depressionen und manischen Phasen, ein Interview mit Ergotherapeut Christoph Mieskes, einem Kochrezept und andere kurzweilige Artikel.

Gott behüte Sie.

Herzlichst Ihre Zeitungsgruppe

Inhaltsverzeichnis

Mitarbeiter im Interview ~ Depression und Manie ~ Gedicht ~ Leben mit Epilepsie ~ Erlebnis im Schwimmbad ~ Neuigkeiten aus der Tagesstätte ~ Kochrezept ~ Eine literarische Epoche

Mitglieder der Zeitungsgruppe

Markus Bestelmeyer, Michael Vetter, Carina Gebele

Mitarbeiter Christoph Mieskes im Gespräch mit Sprecherrätin und Zeitungsmacherin *Claudia Englert*

Claudia Englert: Herr Mieskes, Sie sind seit 1. September 2019 bei uns. Wie haben Sie sich in unserer sozialpsychiatrischen Einrichtung eingelebt?

Christoph Mieskes: Ich finde, ich habe mich sehr gut eingelebt. Da ich schon mein freiwilliges Soziales Jahr im BKH Erlangen absolviert und zuvor bei der Münchner Diakonia, einem Inklusionsbetrieb, gearbeitet habe, sind mir psychisch Erkrankte und die Thematik vertraut.

Gab es ein konkretes Ereignis, das Sie bewegt hat, sich in unserer Tagesstätte zu bewerben?

Vorher arbeitete ich lange Zeit in München, vor einem Jahr zog ich dann mit meiner Frau und unseren zwei kleinen Jungs nach Augsburg. Beim täglichen Pendeln blieb viel Zeit auf der Bahnstrecke und die fehlte mir für die Familie. Als ich dann das Stellengesuch mit den vielfältigen Aufgabenstellungen auf meinestadt.de las, dachte ich mir, das wäre genau das Richtige für mich.



Wie war Ihr erster Eindruck bei den beiden Hospitationstagen vor Ihrer endgültigen Entscheidung. Sie haben ja auch gleich fleißig im Küchenteam mitangepackt.

Ja, ich koche auch privat sehr gerne. Das Hospitieren hat mir gefallen und mich in meiner Bewerbung bestärkt. Die Besucher*innen und auch Mitarbeitenden waren sehr freundlich und begegneten mir offen. Ich fühlte mich trotz der kurzen Zeit gleich zugehörig und das Mittagessen hier, das muss ich schon sagen, ist immer sehr lecker.

Hat sich das Kennenlernen von uns bestätigt oder hatten Sie ein ganz anders Bild vom Tagesstätten-Leben?

Erwartungen hatte ich überhaupt keine. Zwar kannte ich eine Tagesstätte per se nicht, aber tagesstrukturierende Maßnahmen aus meiner vorangegangenen Tätigkeit. Besonders überrascht war ich aber über die positive Motivation der Klienten*innen. Jede/r bringt hier seine Fähigkeiten gerne ein.

Sie sind hier als Ergotherapeut tätig. Haben Sie vorher einen anderen Beruf erlernt?

Ja, ich bin gelernter Zimmermann, Fachwirt für Güterverkehr und Logistik und Ergotherapeut. Alles kann ich hier gut gebrauchen.

Sie sind die stellvertretende Leitung und hier überwiegend für unsere Arbeitstherapie mit den zwei großen Werkhallen zuständig, wie sehen Sie die Serienarbeit?

Serielle Arbeiten sind ein äußerst effektives Mittel, um Struktur zu schaffen oder sich in Ausdauer und Durchhalten zu üben. Man kann nur einen kleinen Teil bearbeiten, z.B. etwas Zählen, Etikettieren, Kuvertieren... oder auch den ganzen Prozess von der „Qualitätskontrolle bis zur Verpackung“ mitmachen. Auch wenn sich jemand weniger zutraut, kann er/sie durch die einzelnen Tätigkeiten Selbstvertrauen schöpfen und somit im täglichen Leben mehr Selbstvertrauen gewinnen. Die Teilhabe am Leben ist das A und O für die Gesundheit. Es geht hier nicht darum, ein gewisses Pensum zu schaffen bzw. abzuarbeiten, sondern es geht um Beteiligung und um Sozialkontakte.

Wie könnte ich mir die Arbeitstherapie, wäre ich neu hier, vorstellen?

Wir haben hier vier externe Auftraggeber, die uns Arbeiten geben. So kann man sich im Metallbereich ebenso versuchen wie bei der Qualitätskontrolle, etwas Etikettieren oder Verpacken, kurzum, es handelt sich um serielle Arbeiten in der Leichtmontage und Fertigung. Die Arbeitstherapie beginnt um 8 Uhr und endet um 16 Uhr, freitags um 14 Uhr. In diesem Zeitraum gibt es keinen Zwang zwei oder mindestens fünf Stunden mit Pausen „arbeiten“ zu müssen, sondern nur so lange wie es einem gut tut. D. h. man kann damit sich, seine Leistungs-, Belastungs- und Konzentrationsfähigkeit ausprobieren, einschätzen lernen und trainieren. Arbeitstugenden wie Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit sind ein weiterer Effekt: es wartet jemand auf mich, ich beteilige mich an etwas Sinnvollen, kann mich einbringen, muss mich einfügen Die Arbeitsaufträge sind klar und transparent. Es gibt Einzelarbeiten wie auch Aufträge, die in der Gruppe, im Miteinander oder durch ein Hand in Hand arbeiten gut bewältigbar sind.

Finden Sie, dass Serienarbeit mehr „Arbeit“ ist als z.B. die Beschäftigung in der Cafeteria, im Küchenteam oder unserem schönen Ton- und Kreativbereich?

Nein, alle Tätigkeiten sind gleich viel wert. Zur Arbeitstherapie zählen ja streng genommen auch das Zubereiten des frischen Mittagstisches, der Cafeteria-Dienst - eben lebenspraktische Trainings - auch die im hauswirtschaftlichen Bereich und nicht zu vergessen die Botengänge und Hausmeistertätigkeiten. Egal ob Töpfern, Seidenmalen, Malen, Handarbeiten, Blumen gießen. Jeder bringt sich, seine Fähigkeiten und sein Können ein, lernt etwas dazu und das finde ich, verdient immer Wertschätzung.

Gibt es Erkrankungen, bei der Sie speziell Arbeitstherapie empfehlen würden?

Serienarbeit ist gut, um die Ausdauer zu steigern und sich zu testen. Gerade wenn z.B. jemand zum Ausüfern, Verzetteln neigt, würde ich Serienarbeit empfehlen, weil die Prozesse klar sind und Struktur beinhalten. Wie etwas auszuschauen hat, gibt der Kunde vor, z.B. in die Flasche kommt nur ein Liter Farbe hinein, nicht mehr und nicht weniger. Körbe flechten im Kreativbereich und andere strukturierte Vorgaben können freilich auch dazu beitragen. Es gibt in der Tagesstätte, finde ich, eine große Bandbreite an Möglichkeiten, sich auszuprobieren.

Kann in der Arbeitstherapie nicht Druck entstehen, weil z.B. der Auftrag heute unbedingt noch raus muss?

Ja, manchmal kann es schon eilen. Aber wie in allen therapeutisch-orientierten Beschäftigungsbereichen der Tagesstätte, haben die Therapeuten gut im Blick, was wann wie fertig werden sollte und somit entfällt der Druck für die Besucher*innen. Auch finde ich es schön, dass es Zeiten gibt, indem Leute anpacken und mithelfen, auch wenn sie es sonst nicht so gerne machen. Das macht auch das Tagesstätten-Leben aus: man hilft bei Großaufträgen, bei unseren großen Festen oder als Gastgeber beim Tagesstätten-Kicker-Turnier zusammen, damit es für alle schön wird.

Herr Mieskes zum Schluss eine Gewissenfrage: Wie Sie wissen, befinden wir uns mitten in der 5. Jahreszeit*, sind Sie ein Faschingsfan so wie ich?

Dazu muss ich leider sagen, nicht allzu sehr.

Sie würden unsere traditionelle Faschingsfeier aber tatkräftig unterstützen?

Normalerweise gerne, aber dieses Jahr kann ich leider nicht, da ich Urlaub habe. Wir fliegen nach Kolumbien.

Da gibt es aber auch Karneval, noch viel bunter und feuriger als hier.

Ja genau, ganz anders und eben drum!

Lieber Herr Mieskes, vielen herzlichen Dank für Ihre Antworten auf die zahlreichen Fragen und noch viele wunderschöne Jahre in unserer Tagesstätten-„Familie“!

**Das Interview fand Ende Januar 2020 statt.*

„Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“

Von Michael Vetter

Die ersten Beschreibungen der manisch-depressiven Erkrankung, auch bipolare Störung genannt, reichen bis ins Altertum zurück. Zu jener Zeit wurde von einem Ungleichgewicht der Körpersäfte gesprochen. Und von welchen Ursachen geht man heute aus? Nach heutigem Stand der Forschung treffen bei der bipolaren Störung (Oberbegriff affektive Störung) zwei Komponenten aufeinander: ein anlagebedingter / genetischer Faktor sowie Stress mit einem im weitesten Sinne einer Lebenslage verbundenen Trigger, der dann die Veranlagung auslöst. Die genetische Komponente ist wohl bei bipolaren Störungen besonders stark ausgeprägt.

Gegenwärtig geht man davon aus, dass die bipolare Störung durch einen bestimmten Stoffwechsel entsteht. Oft sind hierbei Störungen der sogenannten *Neurotransmitter* ursächlich auszumachen. Diese werden als *Botenstoffe* bezeichnet. Man kann nachweisen, dass bei bipolaren Patienten Veränderungen einzelner Neurotransmitter in den Krankheitsintervallen auftreten. In den depressiven Phasen zeigt sich ein Mangel an Noradrenalin und Serotonin, in den manischen Episoden wird eine Erhöhung von Dopamin und Noradrenalin vermutet. Alle diese Substanzen sind Botenstoffe.

Abseitig der neurologischen Biochemie bergen bipolare Störungen wohl verschiedene Risiken. Bipolare Patienten können häufiger an Herz-Kreislaufkrankungen erkranken und früher versterben als die Normalbevölkerung. Wesentlicher Kernpunkt der Diagnosefindung ist die intensive Befragung des Erkrankten. Im Mittelpunkt steht hier die Lebensgeschichte. Trotz intensiver Anamnese dauert es in problematischen Fällen oft bis zu 15 Jahre bevor die psychische Erkrankung diagnostiziert werden kann. In der Regel 7-9 Jahre.

Von einer manisch-depressiven Erkrankung kann im weitesten Sinne jeder betroffen sein. In der Gesamtbevölkerung wird die Häufigkeit, im Leben an einer bipolaren Störung zu erkranken, auf 1-3 % geschätzt. Es ist daher notwendig, dem Erkrankten und seinem Umfeld zu verdeutlichen, dass die Erkrankung weder mit einer schwachen Persönlichkeit noch aus eigener Schuld resultiert.

Welche Symptomatik und Verlaufsformen treten bei einer bipolaren Störung auf?

Charakteristisch sind bei der **Bipolaren Störung I** langanhaltende depressive und manische Episoden; dies sind die klassischen Verlaufsformen, aber bei weitesten nicht die einzigen. Bei der **Bipolaren Störung II** werden tiefe Depressionen von kurzen Momenten subjektiven Wohlbefindens unterbrochen. Diese Symptomatik wird als Hypomanie bezeichnet. Die Dauer der einzelnen Intervalle kann zwischen Tagen, Wochen, aber auch viele Monate andauern. Bei nicht behandelten Patienten kann es 4-12 Monate dauern. Im Langzeitverlauf überwiegen die depressiven Episoden.

Wie zeigen sich einzelne Episoden bzw. Phasen?

Die **Manie** lässt sich durch eine ganze Reihe von Verhaltensweisen beschreiben. Ein intensives Hochgefühl und das Gefühl subjektiv erhöhter Leistungsfähigkeit. Damit geht ein stark reduziertes Schlafbedürfnis einher. Auch besteht von Seiten des Patienten keinerlei

Krankheitseinsicht, dies hat zur Folge, dass die Hochstimmung in Gereiztheit umschlagen kann. Weiter kann Distanzlosigkeit und ein Rededrang gegenüber anderen Menschen auftreten und / oder Gedankenrasen, das zur Folge hat, dass dem Monolog bzw. Gespräch kaum zu folgen ist; Enthemmung in verschiedenen Bereichen, z.B. Kaufrausch jenseits der eigenen finanziellen Möglichkeiten bis hin zu sexuell unangepassten Handlungen, was beim Abklingen der Episode häufig zu Scham- und Schuldgefühlen führt.

Die **Hypomanie** ist eine abgeschwächte Form der Manie, man spricht von einer hypomanen Episode, wenn diese einen Verlauf von 4 Tagen erreicht. Während einer solchen Episode fühlt sich der Patient deutlich wohler als üblich. Kreativ und voller Lebensfreude. Er neigt aber nicht zu den unvernünftigen und persönlichkeitsfremden Verhaltensweisen wie der Maniker.

Eine **Depression** ist weit mehr als Traurigkeit und Trauer. Der depressive Patient ist oft nicht traurig im eigentlichen Sinn; er spricht häufig vom Erlöschen der Gefühle. Depressive Menschen beschreiben sich oft als versteinert, es ist ihnen jede Fähigkeit zu empfinden abhandengekommen. Sie ist eine Erkrankung, die nicht nur unsere Gefühle betrifft, sondern auch unser Denken und Handeln. Sie kann selbst die körperlichen Funktionen beeinflussen. Der zeitliche Verlauf einer Depression kann innerhalb eines Tages durchaus fluktuieren; es wird oft von einem Morgentief berichtet sowie von einem Aufklaren der Stimmung zum Abend hin. Wichtige Symptome der Depression beinhalten u.a.:

- den Verlust, Gefühle wie Freude und Trauer zu empfinden
- Antriebs- und Interesselosigkeit an Dingen, die sonst Freude bereitet haben
- Verlust der Libido
- Schlafstörungen
- Grübelzwang und negatives Denken
- Schuldgefühle und Verlust des Selbstwertgefühls
- Todessehnsucht bis hin zu Suizidversuchen

Bei einer so genannten **gemischten Episode** fühlen sich die Betroffenen oft aktiv und schlaflos, aber auch gereizt und irritierbar. Die Gedanken rasen, aber zumeist mit depressiven Inhalten. Die Mischzustände sind nicht nur für den Betroffenen die unangenehmste Manifestation bipolarer Störungen, sie beinhalten auch ein hohes Suizidrisiko aufgrund der Kombination von gesteigertem Antrieb und depressiven Inhalten.

Wie können Patienten und Angehörige mit der Erkrankung umgehen?

Das Wichtigste für alle Beteiligten ist das Anerkennen, nämlich, dass die bipolare Störung eine ernstzunehmende Erkrankung ist. Das Stigma vom *Irresein* muss abgelegt werden. Die Akzeptanz des Betroffenen erkrankt zu sein, fördert nicht nur die Krankheitseinsicht, sondern auch die zumeist ein Leben lang andauernde medikamentöse Therapie zur Vorbeugung neuer Phasen. Mit einer zuverlässigen Medikamenteneinnahme und begleitenden Therapien, z.B. Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, kann man dann in der Regel auch mit einer bipolaren Störung ein normales Leben führen.

Es sei zum Schluss auf die **DGBS**, die deutsche Gesellschaft für Bipolare Störung verwiesen. Auf deren Foren kann man sich austauschen und von eigenen Erfahrungen berichten.

WIE FREU'ICH MICH DER SOMMERWONNE!

WIE FREU'ICH MICH DER SOMMERWONNE,
DES FRISCHEN GRÜENS IN FELD UND WALD,
WENN'S LEBT UND WEBT IM GLANZ DER SONNE
UND WENN'S VON ALLEN ZWEIGEN SCHALLT!
ICH MÖCHTE JEDES BLÜEMCHEN FRAGEN:
HAST DU NICHT EINEN GRUSS FÜR MICH?
ICH MÖCHTE JEDEM VOGEL SAGEN:
SING, VÖGELCHEN, SING UND FREUE DICH!
DIE WELT IST MEIN, ICH FÜHLES WIEDER:
WER WOLLTE SICH NICHT IHRER FREU'N,
WENN ER DURCH FROHE FRÜHLINGSLIEDER
SICH SEINE JUGEND KANN ERNEU'N?
KEIN SEHNEN ZIEHT MICH IN DIE FERNE,
KEIN HOFFEN LOHNET MICH MIT SCHMERZ;
DA WO ICH BIN, DA BIN ICH GERNE,
DENN MEINE HEIMAT IST MEIN HERZ.



HOFFMANN VON FALLERSLEBEN

Epilepsie – ein Gewitter im Gehirn

Ich leide Epilepsie, genauso wie etwa eine andere halbe Million Menschen in Deutschland. Medikamentös bin ich gut eingestellt und kann deshalb weitgehend anfallsfrei und gut damit leben.

Ein epileptischer Anfall kann ganz plötzlich auftreten. Es handelt sich dabei um eine unwillkürliche Funktionsstörungen im Gehirn, währenddessen ist dort die Kommunikation der Nervenzellen untereinander gestört. Dies hat zur Folge, dass auch die Funktionen, für die diese Nervenzellen zuständig sind (z.B. Sprache, Motorik, Bewusstsein), während des Anfalls gestört sind.

Von Epilepsie spricht man allerdings erst, wenn wiederholt epileptische Anfälle auftreten oder wenn Untersuchungsbefunde darauf hindeuten, dass es ein erhöhtes Risiko weiterer Anfälle gibt. Tritt das „Gewitter im Gehirn“ (das plötzlich gleichzeitige Abfeuern von Impulsen und elektrische Entladen von Nervenzellen) nur einmal auf, z.B. wegen übermäßigem Alkoholkonsum, bei hohem Fieber oder bei völliger Übermüdung, spricht man von einem Gelegenheitsanfall. Es wird geschätzt, dass ca 5% aller Menschen einmal in ihrem Leben einen epileptischen Anfall bekommen.

Epilepsie kann man in jedem Alter bekommen. Besonders gefährdet sind Kinder unter fünf Jahren und Personen ab 60. Die meisten Neuerkrankungen treten bis zum 20. Lebensjahr auf. Auch Menschen, die z.B. einen Schlaganfall, hirnorganische Verletzungen, einen Tumor haben/hatten, können epileptische Anfälle bekommen.

Es gibt viele verschiedenen Arten von Anfällen.

Die klassische Anfallsart ist der **Grand mal** [ausgesprochen Gro: Mahl]. Bei dieser Art fallen die Betroffenen zu Boden, krampfen und haben Zuckungen. Es ist auch möglich, dass die Personen leicht bläulich anlaufen und sich einnässen. Oft beißen sie sich auf die Zunge.

In diesem Fall gibt es eine einfache Art, den Betroffenen zu helfen: nicht versuchen, sie von den Zuckungen abzuhalten oder festzuhalten. Bitte nur versuchen, dass sie sich nicht an Gegenständen wie Tischen, Regalen, Fahrräder usw. weiter verletzen.

Auf keinen Fall sollte versucht werden,

- den Mund zu öffnen und dabei gewaltsam etwas zwischen die Zähne zu schieben, dabei können den Betroffenen schwere Verletzungen (bis hin zu Kieferbrüchen) zugefügt werden.
- festgehaltene Gegenstände gewaltsam zu entfernen. Eher sollten diese ungefährlich gemacht werden, z.B. durch Umwickeln der in der Hand gehaltenen Schere mit einem Tuch.
- die krampfartigen Bewegungen gewaltsam zu unterbinden. Knochenbrüche könnten die Folge sein. Sollte der Anfall länger als 5 Minuten dauern oder sich die Person durch einen Sturz verletzt haben, ruft den Rettungsdienst (112).

Eine weitaus unauffälliger Art sind die **Absencen**, auch Petit-mal-Anfälle genannt. Außenstehende bekommen fast nichts davon mit. Der Betroffene verhält sich ruhig, er ist aber nicht ansprechbar und hat eine Bewusstseinspause. Die Absence kommt abrupt und geht auch genauso wieder.

Andere Betroffene zeigen bei einem Anfall keinerlei Zuckungen, stattdessen verhalten sie sich auffällig: sie laufen unruhig umher, machen seltsam wirkende Bewegungen (z.B. Klatschen, ein Buch immer wieder auf und zuklappen, mit den Händen nesteln ...). Oder sie zeigen ein Verhalten, was eindeutig nicht der Situation angemessen ist.