

Tanya Byron • Das Gehirn meiner Großmutter

Tanya Byron

Das Gehirn meiner Großmutter

Wahre Geschichten aus dem Alltag
einer klinischen Psychologin

*Aus dem Englischen
von Ursula Pesch*

btb

*Für Bruce
und unsere Kinder
Lily und Jack*

Inhalt

Einleitung

Die Frontallappen meiner Großmutter 9

I

Die Augen sind's! 15

II

Auf dem Grund der tiefen blauen See 57

III

Geschichten aus der Arztpraxis 95

IV

Harold und die Nazis 147

V

Die Gerippe-Station 193

VI

Steinen ausweichen 249

Epilog 307

Danksagung 317

Einleitung

Die Frontallappen meiner Großmutter

Frontallappen *m.* (*pl.* Frontallappen)

1. Jeder der beiden Lappen des Gehirns direkt hinter der Stirn, die Bereiche mit einschließen, die für das Verhalten, das Lernen, die Persönlichkeit und die Willkürmotorik zuständig sind.
2. Eine Hirnregion, die höhere geistige, oft mit der Intelligenz assoziierte Funktionen beeinflusst, wie z. B. das Verständnis und die Gemütslage sowie die Fähigkeit, die Folgen des Handelns vorauszusehen und zu planen.

Mein Interesse an den Frontallappen des menschlichen Gehirns wurde erstmals geweckt, als ich die Frontallappen meiner Großmutter auf der Fußleiste im Wohnzimmer ihres dunklen, überladenen Hauses verspritzt sah. Damals war ich fünfzehn.

Eine junge Frau – eine frühere Mieterin meiner Großmutter, die, wie ich viel später herausfand, im achten Monat schwanger und heroinabhängig war – hatte ihr mit einem Schüreisen auf den Kopf geschlagen. Die Frau wusste, dass ihre frühere Vermieterin, eine deutsche Jüdin, die vor den Nazis geflohen und vor Kurzem zum Christentum übergetreten war, in dem Durcheinander ihres großen Hauses, dessen oberste zwei Etagen sie vermietete, Schätze und jede Menge Geld versteckt hatte.

Ein paar Schläge auf den Kopf, ein rasches Durchwühlen von Taschen und Schubladen, und die Frau war auf und da-

von, genug Geld in der Tasche, um ihren Dealer zu bezahlen und sich den nächsten Schuss zu sichern. Meine Großmutter lag auf dem Teppich in ihrem Wohnzimmer und blutete aus einer großen Kopfwunde. Ich weiß nicht, ob sie bei Bewusstsein war oder nicht. Aber ich weiß genau, wie sie starb: Sie erstickte langsam an ihrem eigenen Blut.

Sie erstickte: Das war das Problem. Wenn sie doch nur sofort an ihrem Kopftrauma gestorben wäre, dann hätte das Verbrechen als Mord gegolten. Wenn sie doch nur nicht eine so dickköpfige, eigensinnige Frau gewesen wäre – eine Frau, die, mit meinem Vater schwanger, aus Nazideutschland geflohen war, eine Frau, die viele Familienmitglieder in Konzentrationslagern verloren hatte, eine Frau, die nie etwas widerspruchslos hingenommen hatte, nicht einmal, dass sie mit einem Schüreisen niedergeschlagen wurde.

Sie lag dort und weigerte sich zu sterben, bis sie an ihrem Blut erstickte. Die Frau, die sie geschlagen hatte, wurde wegen fahrlässiger Tötung mit verminderter Schuldfähigkeit zu nur drei Jahren verurteilt. Sie bekam ihr Baby im Gefängnis und war nach 18 Monaten wieder draußen.

Zugegeben, ich bin mir nicht ganz sicher, dass sich Spritzer des Gehirns meiner Großmutter tatsächlich an der Fußleiste befanden, als ich, eine Fünfzehnjährige, an jenem Tag ihr Haus betrat. Ist das tatsächlich eine direkte Erinnerung oder etwas, was ich mir später einredete? Wirklich sicher bin ich mir, wenn ich an diesen Tag denke, nur, was zwei Dinge betrifft: dass sich auf dem Teppich ein riesiger Blutfleck befand und dass mein Vater Geräusche von sich gab wie ein in einer Falle gefangenes Tier.

In diesem Moment war ich es, die anfang, rational zu handeln. Mein geliebter Vater heulte, während ich einfach nur dichtmachte und versuchte zu verstehen, was passiert war, wie und warum.

Hatte meine Großmutter Schmerzen gehabt? Wusste sie, dass sie im Sterben lag, bevor sie starb? Was hatte ihre Mörderin dazu getrieben, ihr den Schädel einzuschlagen? Hatte die Frau es geplant? Wollte sie meine Großmutter töten oder nur zum Krüppel machen, damit sie sie ausrauben konnte?

Viele, zu viele Fragen zur düsteren Seite des Lebens, und das zu einer Zeit, zu der ich das Leben, ohne viel nachzudenken, einfach nur hätte genießen sollen. Mit fünfzehn befanden sich meine Frontallappen in einem postpubertären Stadium der Reorganisation, was bedeutete, dass ich Risiken eingehen und mir verdammt noch mal keine Gedanken über die Folgen hätte machen sollen.

Doch an diesem März Morgen drehte sich alles ausschließlich um Frontallappen: die meiner Großmutter auf der Fußleiste (vielleicht), die ihrer Mörderin – die eindeutig nicht richtig funktionierten – und meine, die mich in einen für mein Alter ungewöhnlichen Zustand ruhiger Vernunft verfallen ließen, was, wie ich jetzt glaube, der Beginn einer Reise war, die mich zu meiner Tätigkeit als klinische Psychologin führte.

Dieses Buch erzählt die Geschichte meiner Ausbildung zur klinischen Psychologin. Sie begann, als ich Anfang zwanzig war, und dauerte drei Jahre, von 1989 bis 1992. In dieser Zeit machte ich eine Reihe von Praktika in verschiedenen Einrichtungen für psychisch Kranke und arbeitete mit unterschiedlichen Patientengruppen: mit verhaltensauffälligen Kindern, mit Familien, die eine Krise durchlebten, mit Männern und Frauen, die mit den Folgen der Demenz fertigwerden mussten, mit Menschen, die mit Drogenabhängigkeit, Essstörungen, sexuellen Funktionsstörungen und unheilbaren Krankheiten zu kämpfen hatten, und in einem Fall mit einem Soziopathen.

Nachdem ich meinen Bachelor in Psychologie an der University of York im Norden Englands gemacht hatte, war ich zurück nach London gezogen, die Stadt, in der ich aufwuchs. Ich

hatte dort eine bewegte, aufregende Kindheit verbracht. Mein Vater war ein erfolgreicher Fernseh-, Film- und Theaterregisseur – ein brillanter, hochemotionaler und inspirierender Mann. Meine Mutter war OP-Schwester und gelegentlich als Model tätig. Meine nur 15 Monate jüngere Schwester Katrina und ich wuchsen umgeben von Kunst und Kultur auf – was ich liebte – und besuchten ein reines Mädchengymnasium – das ich hasste. Bei uns zu Hause gingen viele interessante Menschen ein und aus. Die Unterhaltungen bei Tisch waren lebhaft und leidenschaftlich. Meine Mutter war der ruhende Pol in der geschäftigen, zuweilen manischen Welt der kreativen Menschen, mit denen mein Vater arbeitete.

Ich hatte nie vorgehabt, mit psychisch Kranken zu arbeiten. Eigentlich wollte ich im Film und Fernsehen tätig werden, wollte Dokumentarfilme über soziale Probleme drehen. Ziemlich unerwartet ergatterte ich einen Platz in einem Ausbildungskurs für klinische Psychologen und sagte zu, weil ich überzeugt war, dass drei weitere Jahre es mir ermöglichen würden, authentische Filme und Fernsehprogramme über psychische Erkrankungen zu machen. Ich wollte diese Krankheiten demystifizieren und entstigmatisieren.

Jetzt, fast 25 Jahre später, arbeite ich immer noch als klinische Psychologin, aber auch als Autorin, Journalistin, Politikberaterin und beim Rundfunk. Doch das Beste ist: Ich bin Mutter von zwei fantastischen Teenagern, Lily und Jack.

Ich habe zwar Bücher über die kindliche Entwicklung und Erziehung geschrieben, fühlte mich bislang jedoch nie in der Lage, ausführlicher über die Arbeit mit psychisch Kranken zu berichten. Erst jetzt ist es mir gelungen, einige der Erfahrungen aufzuzeichnen, die ich mit den erstaunlichsten Menschen gemacht habe, mit denen ich arbeiten durfte – Menschen, die genügend Vertrauen in mich hatten, um mir von ihrem Leben zu erzählen.

Ich werde am Anfang beginnen und die Geschichten meiner Ausbildung erzählen, damals war ich eine wohlmeinende, aber unerfahrene junge Frau. Es war Learning on the Job: Eine Wochenhälfte bestand aus Vorlesungen und Seminaren über Modelle und Methoden der Arbeit mit psychisch Kranken am University College London, dem Schreiben von Referaten und Fallberichten, einer Dissertation und Prüfungen, die andere Hälfte aus einer Reihe sechsmonatiger Praktika, um das Gelernte, unter regelmäßiger Supervision, anzuwenden.

Die Praktika fanden im Rahmen des National Health Service statt und ich verbrachte Zeit in Krankenhäusern, Kliniken, Einrichtungen für psychisch Kranke und Praxen von Hausärzten. Dort arbeitete ich mit Menschen, die von unterschiedlichen Spezialisten für physische und psychische Gesundheit an mich überwiesen wurden – Menschen, die mit akuten, chronischen und manchmal zutiefst schwächenden psychischen Problemen zu kämpfen hatten. Gelegentlich gab es Patienten, die ein so hohes Risiko für sich selbst und andere darstellten, dass sie gemäß dem Mental Health Act (Gesetz für psychisch Kranke) zwangseingewiesen werden mussten.

Im Verlauf meiner dreijährigen Ausbildung absolvierte ich sechs sechsmonatige Praktika, die alle Altersbereiche und das gesamte Spektrum psychischer Probleme abdeckten.

Ich sehe keine andere Möglichkeit, von der Ausbildung einer klinischen Psychologin zu berichten, als die Geschichten jener zu erzählen, denen ich begegnete. Dieses Buch ist inspiriert von den Fällen, mit denen ich zu tun hatte, und erzählt, wie es ist, als neue und naive psychologische Betreuerin Menschen zu behandeln. Da Verschwiegenheit ein Grundprinzip meines Berufs ist, haben die Charaktere, die ich beschreibe – auch wenn alles, worüber ich schreibe, meinen Erfahrungen in der klinischen Praxis entstammt –, keine real existierenden Individuen zum Vorbild. Sie sind vielmehr Konstrukte, beeinflusst durch

die vielen unglaublichen Menschen, die ich während meiner
Ausbildung kennenlernen durfte.

Ihnen widme ich dieses Buch.

Tanya Byron

London im April 2014

I

Die Augen sind's!

Ich saß in meinem Sprechzimmer, dem ersten Sprechzimmer meines Lebens. Wobei das Wort »Sprechzimmer« eine Übertreibung ist. George, der freundliche ältere Pförtner, der mich in der psychiatrischen Ambulanz willkommen hieß – »Willkommen in unserem glücklichen Heim« –, hatte mich darauf hingewiesen, dass das Kabuff, in dem ich saß, bis vor fünf Monaten noch ein Abstellraum gewesen war.

»Ein Abstellraum, für was?«, fragte ich. Ich dachte an Asbest.

»Für alles Mögliche: Verbandsmittel, Toilettenstühle, den alten Medikamentenwagen. Erst, als die Abteilung mehr junges Blut einstellen musste, haben wir ihn umfunktioniert – irgendeine Verordnung, glaube ich.«

»Welche Verordnung erlaubt ein fensterloses Sprechzimmer?«

George lächelte. »Der Frischling sieht die Springer.«

»Springer?«

»Diejenigen, die schnurstracks auf die Fenster zusteuern.«

Wie um alles in der Welt war ich nur auf die Idee gekommen, ich sei für diesen Job geeignet?

Allein in meinem Büro stützte ich den Kopf in die Hände – vielleicht war es ja noch nicht zu spät, die Stelle als Recherchiererin bei dieser Fernsehproduktionsfirma anzunehmen. Herrgott, ich war zweiundzwanzig, hatte meine eigene Wohnung und lebte in der wohl attraktivsten Hauptstadt der Welt.

In meinem Leben gäbe es mehr Glamour, ich hätte ein besseres Gehalt, weniger Verantwortung. Was zum Teufel wollte ich mir hier nur beweisen?

Die anderen Leute in meinem Ausbildungskurs schienen viel kompetenter zu sein. Ich war nicht nur die Jüngste unserer 20-köpfigen Gruppe. Die meisten anderen kamen aus der Forschung oder hatten einen klinischen Background, und ich fühlte mich eingeschüchtert, obwohl ich sie gerade erst kennengelernt hatte. Sie schienen sich in der Materie auszukennen. Ich freute mich nicht auf unsere gemeinsame Zeit an der Uni. Ich würde sicherlich die Niete sein, so wie früher in der Schule.

Mist. Ich wusste überhaupt nichts.

Voller Selbstmitleid sah ich mich in meinem Kabuff um. Es roch muffig, ein völliger Gegensatz zu der Vorhalle aus Glas, Marmor und Chrom, durch die ich vor weniger als einer Stunde unten hereingekommen war. Dies war ein Vorzeigekrankenhaus. Es war, als hätte ich eine andere Welt betreten – ruhig und sauber. Selbst die Schilder, die davor warnten, das Personal körperlich anzugreifen, waren in ansprechender serifenloser Schrift gedruckt – zurückhaltend, fast so, als würden sie sich für ihre krasse Botschaft entschuldigen.

Auch das Personal unten beim Empfang war freundlich – und händigte lächelnd Broschüren über Patientenrechte und Beschwerdeverfahren aus. Es war kein Krankenhaus. Es war eine Trusthouse-Forte-Hotellobby.

Zusammen mit einigen Belegschaftsmitgliedern, die unter Druck zu stehen schienen, hatte ich den Aufzug in den achten Stock genommen. Keinen interessierte es auch nur im Entferntesten, dass ich gerade dem Team beigetreten war. Ich betrachtete meinen neuen Mitarbeiterausweis und stellte sicher, dass er nach außen zeigte. »Klinische Psychologin in Ausbildung.« Niemand bemerkte ihn. Er war ihnen völlig gleichgül-

tig. Schlagartig fühlte ich mich wie die Neue am ersten Schultag.

Ich war fünf Minuten lang im achten Stock herumgeirrt, bevor ich die Tür zur psychiatrischen Ambulanz entdeckt hatte – bei Rundgang eins bis drei war ich daran vorbeigegangen, weil sie aussah wie der Eingang zu einer Art Vorratskammer. Nichts hier oben spiegelte den Pomp des unteren Krankenhausbereichs wider.

Die mürrische, rundgesichtige Frau, die mich begrüßt hatte, als ich schließlich zum Empfang der psychiatrischen Ambulanz kam, schob mir den Schlüssel zu meinem Zimmer zu, deutete auf die Tür des Kabuffs und sagte: »Sie empfangen sie dort drinnen«, ohne auch nur einmal den Blick vom *Woman's Own*-Magazin zu nehmen.

»Alles in Ordnung?«

Als ich bemerkte, dass Chris mir über die Schulter schaute und direkt hinter ihr ein Mann stand, landete ich wieder unsanft auf dem Boden der Realität.

»Ja, klar. Hi. Meine Güte. Tut mir leid.« Ich hatte in mich zusammengesunken und in Gedanken verloren an meinem Schreibtisch gesessen.

Ich erhob mich.

Dr. Chris Moorhead war dafür bekannt, eine brillante Supervisorin, gleichzeitig aber auch eine knallharte, unglaublich intelligente und nüchterne Frau zu sein. Ich erinnerte mich an sie aus meinem Vorstellungsgespräch für den Ausbildungskurs. Sie hatte nicht gelächelt. Hatte keinen Small Talk geführt. Hatte mir die allerschwierigste Frage gestellt: »Warum verdienen Sie mehr als all die anderen Bewerber einen Platz in diesem Ausbildungslehrgang?« Als man uns sagte, wer unsere Supervisoren sein würden, fiel mir auf, dass eine Reihe der anderen Praktikanten erleichtert seufzte, als ich Chris zugeteilt wurde. Ein paar von denen, die bereits im zweiten und dritten Aus-

bildungsjahr waren, lachten und tätschelten mir den Rücken.
»Viel Glück!«, sagte eine von ihnen.

Chris, eine groß gewachsene, schlanke, linkische Frau, die die nervtötende Angewohnheit hatte, ununterbrochenen Blickkontakt zu halten, deutete auf den Mann hinter sich.

»Dies ist Professor Horace Winters, der Leiter der psychiatrischen Ambulanz. Professor Winters, dies ist meine Auszubildende. Sie wird in den nächsten sechs Monaten zweieinhalb Tage pro Woche hier sein.«

Der Prof reichte mir die Hand, ohne mir dabei in die Augen zu sehen. Seine Worte klangen abgedroschen.

»Willkommen in der Abteilung. Ich hoffe, Sie genießen Ihre Zeit hier. Ich stehe Ihnen jederzeit zur Verfügung. Ich freue mich auf Ihre wertvolle Mitwirkung in meinem Team.«

Mit einer überschwänglichen Geste spazierte der Prof davon. Ich hätte am liebsten gekichert, doch Chris hatte eindeutig noch etwas zu sagen.

»Sie nehmen in dieser Abteilung nur sehr selten Unqualifizierte. Aber ich habe ihnen gesagt, dass Sie Ihre Sache gut machen werden.«

»Chris, das ist sehr, sehr nett von Ihnen. Danke.«

»Danken Sie mir nicht. Enttäuschen Sie mich einfach nur nicht.«

Nachdem Chris gegangen war, klemmte ich ein paar alte und leicht feuchte Rezeptblöcke unter den Kippmechanismus meines Stuhls, damit er nicht umkippte. Willkommen beim NHS.

Während ich mein kleines Sprechzimmer einrichtete, hörte ich jemanden singen – eine leise Stimme, die lauter und gerade, als ich die Melodie erkannte, wieder leiser wurde. Ich hätte schwören können, dass es sich um ein Lied aus *The Sound of Music* handelte.

Vielleicht halluzinierte ich. Nein – die Stimme wurde wieder lauter:

*»Ist es zu lösen
Das Problem »Maria?
Halt eine Wolke fest
Mit dickem Tau
Wer definiert mit einem Wort »Maria?
Ein flatternder Irrwisch
Ein Nimm-mich-nicht-Ernst
Ein Clown.«*

Es war unglaublich – eine leise Stimme, aber eine so reine, klare, dass sie die lauter werdenden Geräusche im geschäftigen Empfangsbereich der Ambulanz draußen vor meiner Tür übertönte.

Warum hörte dies sonst niemand?

Ich verließ mein Zimmer und sah mich um. Mir blieben noch zwei Stunden vor meinem ersten Termin, ich war allein, und ich wollte wissen, wer dieses Lied sang. Doch als ich den Wartebereich betrat, war ich überwältigt von dem, was ich dort sah, und das Lied – das im Hintergrund zwar immer noch zu hören war – wurde nebensächlich.

Wäre meine Mutter dort gewesen, hätte sie gesagt, ich solle nicht so starren.

Als George mit zwei Tassen Tee auftauchte, schaffte ich es, den Blick loszureißen.

»Geschlechtsidentitäts-Klinik.«

Er setzte sich auf einen Stuhl im Warteraum und bedeutete mir, mich zu ihm zu gesellen, was ich auch tat. Das zuckerhaltige Gebräu beruhigte mich. Die Devise lautet Unvoreingenommenheit, erinnerte ich mich selbst.

»Geschlechtsidentitäts-Klinik?«, fragte ich.

»Ja. Die Jungs kommen hierher, weil sie Mädchen sein wollen. Prof. Winters ist ihr Mann. Er nimmt eine Beurteilung vor, und wenn sie es schaffen, fünf Jahre lang als das Geschlecht

ihrer Wahl zu leben, kriegen sie die OP, die Verhaltenskurse, das ganze Zeugs.«

»Das ganze Zeugs?«

»Der Adamsapfel wird rasiert, Make-up-Unterricht, wie man sich entsprechend seiner Figur kleiden soll – man kann jemandem den Penis abschneiden, aber man kann keine zarte Frau aus ihm machen, wenn er wie ein Kleiderschrank gebaut ist.«

Ich schaute mich um und musste George zustimmen, auch wenn mir seine taktlose Sprache missfiel. Einige ließen sich nur als Pantomimen beschreiben, die in eine Frauenrolle geschlüpft waren. Doch es gab auch ein paar unglaublich gut aussehende Männer/Frauen.

Da war zum Beispiel eine faszinierend schöne, orientalisches aussehende Frau. Sie war schlank und zart und hatte unglaublich glatte, glänzende Haare, die ihr bis zur Taille hinabfielen. Sie wusste zweifellos, wie sie sich entsprechend ihrer Figur kleiden musste – »elegant, nicht ordinär«, wie meine Mädels, meine drei besten Freundinnen, sagen würden. Sie gestikulierte trotz der leicht übertriebenen Bewegungen und dem Augengeklimpere sogar auf eine glaubwürdige Art, eine irgendwie hyperfeminine Art.

Ich fühlte mich herausgefordert. Mit meiner Kleidung – einem Männeranzug mit einem adretten weißen Hemd aus einem Second-Hand-Laden, einem engen klassischen Dior-Gürtel und Doc-Martens-Schuhen – kam ich mir altbacken vor.

Wie konnte ein Mann fraulicher aussehen als ich?

Ich wurde von diesem Gedanken erlöst, als zwei andere Personen aus der Damentoilette auftauchten. Die kleinere der beiden war aufsehenerregend. Ihr Kleid erinnerte an die Garderobe meiner verstorbenen Großmutter bei Familienfeiern: gutes Material, großzügig geschnitten, tiefer Ausschnitt, aber in spießigem Dunkelblau. Dazu trug sie einen schmalen ro-

ten Gürtel und ein kesses, blau-weiß gestreiftes T-Shirt, das das Dekolleté bedeckte. Sie hielt eine winzige rote Clutch in ihrer riesigen Männerhand und stöckelte auf blauen Schuhen mit Keilabsätzen und aus einem Material herum, das entzündete Fußballen begünstigt – die Art von Schuhen, die man aus der Sonntagsbeilage bestellen kann, in der auch Rasenbelüfter-Sandalen, Damenturbane und Schongarer angeboten werden. Ihre in Dauerwellen gelegte Perücke war leuchtend gelb – sie war Bette Midler, die bei einer Bar-Mizwa Ende der 1970er-Jahre einen Mann in Frauenkleidern spielte.

Die andere Frau war verführerischer – bei Weitem nicht so hinreißend wie der wunderschöne orientalische Ladyboy, aber mit viel mehr Sexappeal. Wie war das möglich? Sie war weit über 1,80 m groß, breit gebaut, mit Waden von der Dicke von Baumstämmen und unwiderstehlich muskulösen Armen. Zu ihrem engen, schwarzen Kleid trug sie Lapdance-Schuhe mit Plexiglas-Absatz und eine glatte, braune Mary-Quant-Perücke mit honiggelben Strähnen.

Sie war die Adam/Felicia-Figur in *Priscilla, Königin der Wüste*, oder Tony Curtis als Josephine in *Manche mögen's heiß*. Die kleinere Frau konnte es hingegen nur mit Terence Stamp und Jack Lemmon aufnehmen – mit Bernadette und Daphne.

Ich war fasziniert von »Josephine«. Sie sah mich an, klimperte mit ihren riesigen Wimpern, streckte die Zungenspitze zwischen den roten, glänzenden Lippen heraus und lächelte. Mir wurde ganz heiß und ich schaute weg.

Jemand rauschte singend an mir vorbei und verschwand dann hinter dem Fahrstuhlschacht.

»Ist es zu lösen
Das Problem ›Maria‹?
Halt eine Wolke fest
Mit dickem Tau.«

»Das ist Edith«, erklärte George. »Sie ist eine DTP.«

»Eine was?«

»Eine Drehtürpatientin.«

»Und das ist was?«

»Sie kommt hier rein und wird zur stationären Behandlung auf die andere Seite dieses Flurs gebracht. Sie wird stabilisiert. Sie nimmt ihre Medikamente eigenverantwortlich. Sie wird entlassen. Dann übernimmt das Gemeinwesen die Fürsorge. Das Gemeinwesen leistet keine Fürsorge. Sie setzt ihre Medikamente ab, versetzt ihre Nachbarn in Angst und Schrecken und kommt wieder. Drehtür.«

Nachdenklich betrachtete ich George.

Er war in den Siebzigern, schätzte ich, und vielleicht früher beim Militär gewesen. Seine weißen Manschetten schauten in exakt gleichem Abstand unter einem tadellosen schwarzen Pullover hervor.

»Hallo, Edith«, sagte George und schaute hoch zu der Person, deren wunderschöne Stimme ich gehört hatte.

»Oh, hallo George. Und wer ist diese hübsche Lady?«

Edith war in die Ambulanz hineinspaziert, und ich nahm die Hand, die mir von der kleinsten, dunkelhäutigsten Frau, die ich je gesehen hatte, entgegengestreckt wurde.

»Edith Granville, bitte sag unserem Frischling ›Guten Tag‹.«

»Hallo, meine Liebe. Wie geht es Ihnen heute an diesem gesegneten Tag?«

Edith war so klein, so freundlich und hatte so funkelnde Augen, dass ich fast zu verzaubert war, um ihr zu antworten. Diese winzige, gedrungene schwarze Frau hatte auf dem Kopf einen frischen weißen Kissenbezug befestigt. Der Kissenbezug sollte, wie mir bald klar wurde, den Brustschleier einer Nonne darstellen. Edith war Mutter Oberin.

»Ich weiß, was du denkst, Mädchen, und du irrst dich.«

»Was denke ich denn, Edith?«

»Du denkst, ich sei Julie Andrews!« Edith kicherte. »Oh, Georgie Porgie! Sie denkt, ich sei Julie Andrews!«

George keuchte, beugte sich tief hinunter und hustete viele Jahre Player's Navy Cut ab.

»Oh, Edith, nein. Ich denke nicht, dass Sie Julie Andrews sind. Nein, überhaupt nicht.«

»Gut für dich, Kleine, denn:

*Und bin ich mit ihr allein
Komme ich in Seelenpein
Völlig durcheinander
Wirft sie mein Programm
Sie ist wechselnd wie das Wetter
Flüchtig wie verwehte Blätter
Sie ist reizend
Ist ein Dämon ...«*

»*Ist ein Lamm!*«, sang ich, so laut ich konnte. Scheiß auf die klinische Ausbildung – es gab nichts, worauf eine gesamte Kindheit mit Weihnachtsaufführungen von *The Sound of Music* mich nicht hatte vorbereiten können.

Edith klatschte in die Hände, während George strahlte und ich mich verbeugte.

»Ist heute dein erster Tag hier, Kleine?«

»Ja, Edith, so ist es.«

»Und was denkst du?«

»Ich glaube, ich weiß nicht, was ich denken soll.«

»George, du sagst, sie sei ein Frischling?«

»Ja, Edith, so würde ich es nennen.«

Edith schlang die Arme um mich und hielt mich fest. »Oh, Süße, du bist gerade erst gekommen. So neu. Lass dir von Edith helfen.« Edith nahm mich an der Hand, hakte sich bei George unter und tänzelte mit uns in mein Kabuff.

»Ah, wir nannten es ›das Drecksloch‹. Nachtstühle, Medikamente – der ganze Mist war hier. Ja, in der Tat, ich glaube, es wäre besser, wenn es ein Abstellraum geblieben wäre.«

In den nächsten vierzig Minuten führte Edith mich, während ich vorsichtig auf meinem Stuhl hockte und George uns allen noch einen Tee brachte, in die Realität meiner Ausbildung ein, indem sie mir ihre Lebensgeschichte erzählte.

Edith, die in einem kleinen Dorf im Karibikstaat Trinidad und Tobago zur Welt gekommen war, war das zweitjüngste Kind und die jüngste Tochter von neun Kindern. Ihr Vater, ein Baptistenpfarrer, war voller Mitgefühl für seine Gemeinde, doch nicht, wie es schien, für seine Kinder.

Der Pfarrer bereiste die ganze Insel von Plymouth bis zur Hauptstadt Scarborough und von Charlotteville bis nach Sandy Point. Er hielt Bibelstunden in Roxborough und Parlatuvier am Strand ab und vollbrachte Wunder in Moriah und auf dem Cinnamon Hill.

Er rettete Leben, und wenn er unterwegs war, hatte auch die Familie ihren Frieden.

Wenn er nicht auf Reisen war, kämpfte er darum, sein Haus von Sünden frei zu halten. Edith erzählte von den Prügeln und Schlägen, die ein fester Bestandteil ihrer Kindheit waren. Vor allem für ein junges Mädchen, das sich gern ihren Tagträumen hingab – eine Sünde, sagte der Pfarrer, wenn sie es in der Kirche tat – und gerne sang – eine Sünde, sagte der Pfarrer, wenn es keine Hymne war.

Die arme Edith – der Liebling ihrer Mutter – wurde als Erste fortgeschickt, um bei der Schwester ihres Vaters, Tante Charisma, in Shepherd's Bush zu leben. Dort begriff Edith erst richtig, wie unerwünscht sie war. An diesem Punkt der Geschichte begann Edith wieder zu singen:

*»Sie erbittet und erpresst
Treibt Hornissen aus dem Nest
Und dann kann sie so verdreht sein
Wie der Wind
Sie ist artig, sie ist fein
Und sie kann ein Rätsel sein
Sie ist schrecklich!«*

Plötzlich hörte Edith auf zu singen, und als ihr Kopf zurückfiel, verdrehte sie die Augen so nach hinten, dass ich nur noch das Weiße sah. Das schien bedenklich zu sein. Ich versuchte, nicht in Panik zu geraten.

»Wer ist schrecklich, Edith? Erzählen Sie es mir.«

Edith schloss die Augen, kniff sie zusammen, und Tränen kullerten ihr die Wangen hinab. Sie öffnete den Mund und gab ein leises Stöhnen von sich, bevor sie wieder zu singen begann:

*»Sie ist artig, sie ist fein
Und sie kann ein Rätsel sein
Sie ist schrecklich!
Sie ist artig, sie ist fein
Und sie kann ein Rätsel sein
Sie ist schrecklich!
Sie ist artig, sie ist fein
Und sie kann ein Rätsel sein
Sie ist schrecklich!«*

Zwischen den Singanfällen erzählte Edith zusammenhanglose Geschichten. Ein Schlüsselwort war »stechend«. »Stechend« und »dort unten«. Die »Abteilung im Erdgeschoss«. Tante Charisma und schrubb, schrubb, schrubb. Kein Träumen. Träumen ist schlecht. Kein Singen. Singen ist schlecht. Nur schrubb und stechen und Lysol.

»Du lügst, du Lysol. Du lügst, du Lysol.«

Ich versuchte, im Kopf weiterzusingen, mich an die Worte zu erinnern, während Edith ständig den Text wiederholte, weil ihre Platte einen Sprung hatte:

*»Sie ist artig, sie ist fein
Und sie kann ein Rätsel sein
Sie ist schrecklich!
Sie ist artig, sie ist fein
Und sie kann ein Rätsel sein
Sie ist schrecklich!
Sie ist artig, sie ist fein
Und sie kann ein Rätsel sein
Sie ist schrecklich!«*

Da fiel es mir ein, und ich schmetterte:

*»Nein, ein Engel
Sie ist ein Kind...«*

Dann ein völliger Stillstand. Keine Pause, sondern ein Stillstand. Schweigen. Kein Lied. Kein Stöhnen. Keine Lügen und kein Lysol.

Die kleine Frau stand würdevoll da und zog den Kissenbezug auf ihrem Kopf zurecht. Sie sah mir direkt in die Augen und streckte mir, trotz der Tränen, die ihr noch immer die mahagonifarbenen Wangen hinabströmten, die Hand entgegen.

»Es war mir ein Vergnügen, mit dir zu reden.«

»Und ein Vergnügen, Sie kennenzulernen, Edith.«

»Bitte nenn mich Maria.«

Und Maria verließ das Kabuff und ging hinüber zur anderen Seite des Aufzugsschachts, wo die stationäre psychiatrische Abteilung sie mit der vertrauten Drehtür willkommen hieß.

Als ich sie gehen sah, war ich richtig traurig. Ich dachte an einige vor Kurzem gehörte Vorlesungen über Diagnosen und Ethnizität. Es hatte mich schockiert, zu erfahren, dass es bei schwarzen und ethnischen Minderheiten, die in Großbritannien lebten, im Vergleich mit der Bevölkerung in ihren Heimatländern einen unverhältnismäßig hohen Anteil psychiatrischer Diagnosen und Einweisungen in Krankenhäuser gab, wobei die Wahrscheinlichkeit, dass eine Schizophrenie diagnostiziert wurde, bei Afrokariben fünfmal so hoch war. Armut, Rassismus und kulturell rigide Definitionen psychischer Erkrankungen waren Faktoren, die hierbei eine wichtige Rolle spielten, und ich fragte mich, ob auch Edith zu deren Opfern gehörte und ob ihre diagnostizierte Krankheit nach so vielen Jahren als Drehtürpatientin nicht zu einer Selffulfilling Prophecy geworden war.

»Wie gesagt«, unterbrach George meine Gedanken, »willkommen in unserem glücklichen Heim.«

Als ich wieder allein in meinem Kabuff war, schloss ich die Tür und versuchte, dort Ordnung zu schaffen, damit es mehr Ähnlichkeit mit einem Sprechzimmer hatte. Ich befürchtete nämlich, dass es in seinem jetzigen Zustand ein wenig beleidigend auf meine Patienten wirken könnte:

»Willkommen in der psychiatrischen Ambulanz. Wir haben Ihre Behandlungsumgebung so entworfen, dass sie Ihrem Selbstgefühl entspricht.«

Ich räumte auf: alte Rezeptblöcke, seit rund 15 Jahren überholte Patientenbroschüren, ein Handbuch über Elektrokrampftherapie. Bei dem Gedanken lief es mir kalt den Rücken hinunter. Ich öffnete einen kleinen Schrank neben meinem Schreibtisch und verstaute das ganze Zeug darin.

Es mussten andere Stühle her, also lief ich in der Abteilung umher, um zu sehen, was ich ergattern könnte. In einem leeren

Vortragsraum fand ich ein paar niedrige Stühle. Die würden ihren Zweck erfüllen: Mein Patient und ich würden auf gleicher Höhe sitzen. Ich schleppte sie am Empfangstresen vorbei, ohne dass jemand aufschaute oder fragte, was ich da tat. Wahrscheinlich hätte ich hier alles ausräumen und Stück für Stück mit nach Hause nehmen können, und keiner hätte es bemerkt.

Mit den Stühlen, aufgestellt im Winkel von 45 Grad, sah die Sache schon besser aus. Ich wischte mit ein paar feuchten Tüchern einen Teil des sichtbaren Staubs weg und machte mich dann auf die Suche nach einer Topfpflanze, was sich als schwieriger erwies. Ich überlegte, ob ich nicht eine aus einem der vornehmeren Ärztesprechzimmer stehlen sollte, fand schließlich jedoch in der Damentoilette einen Strauß Plastikblumen in einer kleinen Vase. Nachdem ich auch sie mit einem feuchten Tuch abgewischt hatte, sahen sie richtig hübsch aus. Ich organisierte auch einen Couchtisch und stand dann, zufrieden mit meinem Werk, mitten in meinem Sprechzimmer.

Jetzt hieß es nur noch, auf meinen ersten Patienten zu warten.

Nach abgeschlossenem dreijährigen Psychologie-Grundstudium, dem harten Wettbewerb darum, einen Ausbildungsplatz für klinische Psychologie zu ergattern, dem Stress, zurück nach London zu ziehen, eine Wohnung im Norden der Stadt zu mieten und mich dort einzurichten, war dies der Moment, auf den ich gewartet hatte. Doch am liebsten wäre ich wegge laufen.

Das Praktikum im Krankenhaus fand an zweieinhalb Tagen der Woche statt. Den Rest der Woche hieß es, die Kurse an der Uni und die gelegentlichen abendlichen Vorlesungen zu besuchen. Im Prinzip arbeitete ich mit Patienten, ohne wirklich zu wissen, weshalb sie zu mir kamen: Die Vorlesungen, in denen das Wissen vermittelt wurde, das ich zur Behandlung dieser

Patienten brauchte, fanden parallel zu der praktischen Arbeit statt. Erging es den noch in der Ausbildung befindlichen Medizinern genauso? Was für eine Vorstellung, von jemandem operiert zu werden, der noch nie zuvor bei einem lebenden Menschen einen Hautschnitt mit dem Skalpell vorgenommen hatte!

George brachte mir noch eine Tasse Tee: Orangenblüten, stark, süß und mit Milch – perfekt. Er warf auch einen Stapel von Patientenakten auf meinen Schreibtisch.

»Bitte schön – Ihre ersten Patientenakten. Sehen Sie sie mal durch.«

Ich saß da und betrachtete die Akten. Langsam fühlte sich alles real an.

In meiner Ausbildungsgruppe hatte es eine langwierige Diskussion darüber gegeben, ob man »sie« als »Patienten« bezeichnen sollte. Die Anhänger der Psychodynamik waren dagegen: Der Begriff erniedrige das Individuum, reduziere es auf ein medizinisches Stereotyp, spiele dem begrenzten, aber vorherrschenden medizinischen Modell der psychischen Gesundheit in die Hände. Ihrer Ansicht nach war es besser, den Begriff »Klienten« zu verwenden. Die Behavioristen sprachen sich entschieden dafür aus: Sie seien hier, damit wir sie behandelten. Sie benötigten unsere Intervention. Sie brauchten die Klarheit fest umrissener Parameter der Beziehung zwischen ihnen und uns. Die Psychoanalytiker bezogen wie üblich keine klare Position: Warum wollten wir sie »Patienten« nennen? Wovor schützte es uns in Bezug auf unsere eigene uneingestandene Pathologie? Und weiter: Welche Projektion repräsentierte das Etikett »Patient« in Bezug auf unsere *überidentifizierte* Pathologie?

Oh, verdammt, dachte ich. Sie sind ganz und gar nicht meine Klienten – ich bin weder Anwältin noch Prostituierte. Sie sind Patienten, und mochte Sigmund mich auch mit dem ganzen Gewicht meiner uneingestandenen Verkorkstheit nieder machen: Sie waren *Patienten!*

Als ich mich in den nächsten Wochen in meine Ausbildung stürzte, wurde mir jedoch schon bald klar, dass sie weder Patienten noch Klienten waren. Sie waren Menschen, Menschen mit einem Leben und mit Geschichten – verletzte, manchmal zutiefst unglückliche, interessante Menschen.

Bei meinen ersten klinischen Sitzungen, bei denen ich lediglich hospitiert hatte, war es um Angstmanagement gegangen, was mir vor allem auch half, mit meiner eigenen Angst umzugehen. Ich begann dann, mit einer unter Emetophobie leidenden Frau zu arbeiten, die versuchte, schwanger zu werden, und panische Angst davor hatte, sich aufgrund von Schwangerschaftsübelkeit erbrechen zu müssen, einem jungen Mann, der nach einem schweren Unfall mit einer Depression kämpfte, einer Frau, die in der U-Bahn und in beengten Räumen Panikattacken bekam, und einem älteren Mann, der seine Frau jahrelang allein gepflegt und vor Kurzem verloren hatte. Mir gefiel meine Arbeit. Ich hatte das Gefühl, zu helfen.

Ein paar Monate vergingen. Ich entließ meine klaustrophobische Patientin, die jetzt wieder U-Bahn fahren konnte. Eines Morgens saß ich in meinem Kabuff und blätterte die Akte eines Mannes durch, mit dem ich es gleich zum ersten Mal zu tun haben würde. Der Fall schien ziemlich klar zu sein: Angst und Panikattacken. Darüber hatte ich schon einige Vorlesungen gehört, sodass ich nicht völlig unwissend an die Sache heranging. Dennoch: Ein paar Vorlesungen, einige ziemlich gehemmte Rollenspiele mit anderen Praktikanten und meine entlassene Patientin gaben mir noch nicht das Gefühl, der Aufgabe völlig gewachsen zu sein. Was, wenn ich einen Fehler machte und es ihm anschließend schlechter ging? Was, wenn ich selbst eine Panikattacke bekam?

Es klopfte an meiner Tür und da war er: Ray Robards.

»Guten Tag, Mr Robards.«

»Ich bin Ray.«

Wir setzten uns auf die niedrigen Stühle, gaben uns die Hand und nahmen eine gute Spiegelposition ein. Bis jetzt war ich mit dem Verlauf der Sitzung zufrieden.

»Die Sache ist die«, sagte Ray. »Es macht mir ein bisschen Angst, hier bei Ihnen zu sein – einem Klapsendoktor. Also, ich bin kein Irrer. Das ist das Erste, was wir hier klarstellen müssen. Ich bin nicht verrückt.«

»Warum sollte ich das denken?«

»Als ich hier reinkam, saß ich nicht nur zwischen einem Haufen von Transen mit Perücken, sondern ich habe auch eine schwarze Tussi gesehen, die etwas aus dem verdammten *Sound of Music* sang. Sie ist völlig geisteskrank. Ich nicht. Das wollen wir mal klarstellen.«

»Ich urteile nicht, Ray.«

»Das ist nicht das, was ich hören will.«

»Mr Robards – Ray. Tut mir leid, Ray. Mir ist klar, dass Sie nicht verrückt sind.«

Eins zu null für den Patienten.

»Okay, wenn Ihnen das klar ist, dann ist ja alles in Ordnung. Also, was soll ich Ihnen erzählen?«

»Was *wollen* Sie mir erzählen, Ray?«

Er sah verwirrt aus.

Okay. So kommen wir nicht weiter. Zu viel hin und her – reiß dich zusammen und komm in die Gänge.

»Nun, Ray, warum fangen wir nicht am Anfang an? Ich erzähle Ihnen, was ich weiß, und dann sehen wir weiter?«

»Klingt gut. Hat Ihnen übrigens schon mal jemand gesagt, dass Sie wunderschöne blaue Augen haben?«

Zwei zu null für den Patienten. Bloß nicht rot werden. Mist, zu spät. Konzentrier dich. Mach weiter. Halt den Blickkontakt aufrecht.

Als ich das vertraute Gefühl spürte, dass Hitze und Röte von



Tanya Byron

Das Gehirn meiner Großmutter

Wahre Geschichten aus dem Alltag einer klinischen Psychologin

DEUTSCHE ERSTAUSGABE

Gebundenes Buch mit Schutzumschlag, 320 Seiten, 13,5 x 21,5 cm
ISBN: 978-3-442-75480-9

btb

Erscheinungstermin: August 2015

Eine faszinierende Reise an die brüchige Grenze zwischen Normalität und Wahnsinn.

»Mein Interesse am Gehirn wurde geweckt, als ich die Frontallappen meiner Großmutter auf dem Fußboden ihres Wohnzimmers verspritzt sah.« Tanya Byron, heute renommierte Professorin für Klinische Psychologie, war 15, als ihre Großmutter von einer heroinabhängigen schwangeren jungen Frau erschlagen wurde. Das Bild der Sterbenden hat sich der Enkelin für immer eingebrannt. Mit 20 begann Tanya Byron 1989 ihre Ausbildung zur klinischen Psychologin – weil sie verstehen wollte. Sie arbeitete mit Kindern, die sich selbst oder anderen Unfassbares zuleide taten, mit Familien, die so dunkle Geheimnisse hüteten, dass es fast unerträglich schien, darüber nachzudenken, mit Menschen, die mit Drogenabhängigkeit oder Suizidabsichten zu kämpfen hatten.

Ihre brillant erzählten Fallgeschichten aus ihren Anfangsjahren als Psychologin führen uns an die Grenze zwischen Normalität und Wahnsinn – und lassen uns begreifen, dass sie nicht existiert. Die verletzlichsten Menschen können Kraft geben, wer stabil erscheint kann eine zerrüttete Innenwelt verbergen.



Der Titel im Katalog