Bpe

Ehrenvorsitzende: *Dorothea Buck*

www.bpe-online.de

RUNDBRIEF

Nr. 1 / März 2016

Über Mutter wird nicht gesprochen...

Propaganda und ‚Neusprech'(1) in der Psychiatrie

WPA letter of disinvitation (deutsche Fassung)

Antidepressiva absetzen

Rezensionen...

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geschäftsstelle: Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Ehrenvorsitzende: Dorothea Buck
im Internet unter: www.bpe-online.de

Inhaltsverzeichnis

Seite:

Impressum	2
Über Mutter wird nicht gesprochen.....	4
„Im Grunde eine sehr reiche Zeit“	6
Antidepressiva absetzen	8
Rezension: [...]Der Gartenhaus-Briefwechsel	11
‚Hilfe‘, ‚Schutz‘ und ‚Anti-Stigma‘ - Propaganda und ‚Neusprech‘(1) in der Psychiatrie	12
WPA letter of disinvitation (deutsche Fassung)	14
7. Kölner Innovationspreis: Anlaufstelle Rheinland mit dem 2. Platz ausgezeichnet	15
Laudatio BrückenPreis	16
Schaut auf die geschlossenen Heime!	18
25.000 Euro Schmerzensgeld wegen einer Zwangsunterbringung	19
Rezension: Psychiatrische Unterbringungen und Zwangsbehandlungen	20
Die heilende Haltung	21
Die Selbsthilfe ist das Herz und die Seele der Psychiatrie-Reform	22
Rezension: Mit Peers arbeiten [...]	23
Was mich schlaflos macht	24
Rezension: Besser schlafen mit Selbsthypnose [...]	25
Nachfolger des Maison de l‘Espérance	26
Zum Mitmachen	27

Geschäftsführender Vorstand:
vorstand@bpe-online.de
Markus Affeld
Karower Chaussee 215, 13125 Berlin
Kristina Dernbach
Albanusstr.5, 65551 Limburg
Ruth Fricke
Mozartstr. 20b, 32049 Herford
Martin Lindheimer
Graf-Adolf-Str. 77, 51065 Köln
Mirko Ološtiak
Postfach 08 52, 79008 Freiburg
Vicky Pullen c/o Linna Treuheit
Burbankstr. 22, 53757 St. Augustin
Matthias Seibt
Landgrafenstr. 16, 44652 Herne

Erweiterter Vorstand :
N.N.
(BW))
Christine Wismüller
Friedrich-Ebert-Str.26, 93051 Regensburg (BAY)
Jochen Schubert
Friedenstr. 5, 12107 Berlin (B)
Christine Pürschel
Hanns-Eisler-Str. 54 10409 Berlin (NW B.-B.)
Detlef Tintelott
Email: d.tintelott@yahoo.de (HB)
Anke Korsch
Oertzweg 9, 22307 Hamburg (HH))
Sylvia Kornmann
Schuhgasse 7, 35578 Wetzlar (HE)
Anka Meyer-Erfurt
Fliederstr. 6, 27383 Scheessel (NS)
Sabine Wolfrum
Klopstockstr. 16, 45355 Essen (NRW)
N.N.
(RP)
Gangolf Peitz
c/o BKS Saar, Lindenstr. 21, 66359 Bous (S)
Karla Kundisch
Tel.: (0351) 49 76 98 29 (SAX)
Email: selbsthilfedrei@yahoo.de
N.N. (SAN)
Matthias Schuldt,
Email: matthias-schuldt@gmx.de (SH)
Rainer Stötter
Wettinerstraße 32, 04600 Altenburg (TH)

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft, Köln, BLZ: 370 205 00
BIC: BFSWDE33XXX
Konto: 70798-00
IBAN: DE74370205000007079800

Impressum:

Herausgeber: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e. V.
Redaktion: Reinhard Wojke Holsteinische Str. 39, 10717 Berlin (V.i.S.d.P. + Layout)
Fotos: im redaktionellen Teil, wenn keine andere Zuschreibung angegeben ist: Reinhard Wojke.
Anschrift für Post und Fax: BPE-Rundbrief-Redaktion, c/o BPE-Geschäftsstelle, Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Tel.: (0234) 68 70 55 52; (Mo.+Do. 10 – 13 Uhr) Fax: (0234) 64 05 103
Verantwortlichkeit Inhalt: Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder, sondern stehen in persönlicher Verantwortung der einzelnen AutorInnen.
E-Mail: bpe-rundbrief@web.de **Redaktionsschluss:** 5. Mai 2016
Der Rundbrief ist online zu lesen unter: www.bpe-online.de/verband/rundbrief.htm

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V

GESCHÄFTSSTELLE

Anschrift: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
Geschäftsstelle
Wittener Str. 87
44789 Bochum

E-Mail: kontakt-info@bpe-online.de

Tel.: 0234 / 68 70 55 52

Erstkontakt und Beratung für Psychiatrie-Erfahrene, Auskünfte zu Betreuungsrecht, Patientenrechten, Unterbringungsrecht und Vorausverfügungen, Informationen und Beratung zum Umgang mit Krisen und Krisenbegleitung

Montags 10 – 13 Uhr und Donnerstags 10 – 13 Uhr

Geschäftsstelle des BPE e.V.

Kasse und Mitgliederverwaltung, Infomaterial, Pressekontakt

Anne Murnau

Wittener Str. 87, 44 789 Bochum

Sprechzeiten: Do 10 – 13 Uhr

Tel: 0234 / 917 907-31

Fax: 0234 / 917 907-32

Kontakt-info@bpe-online.de

Bei Umzug bitte melden

Liebe Mitglieder, wenn Ihr privat umzieht oder Eure Selbsthilfegruppe einen anderen Tagungsort oder Tagungstermin wählt, so teilt dies bitte der Geschäftsstelle des BPE e.V., Wittener Str. 87, 44789 Bochum mit.

Nur so können wir gewährleisten, dass ihr regelmäßig Informationen des BPE bekommt und dass wir Hilfesuchende an die örtlichen Selbsthilfegruppen weiter vermitteln können.

Telefon: 0234 / 917 907-31

Fax: 0234 / 917 907-32

Email: kontakt-info@bpe-online.de

BPE Rundbrief per Mail bekommen

Liebe Mitglieder,

wenn ihr uns und euch etwas Papier sparen wollt, könnt ihr den Rundbrief auch statt per Post, als PDF-Datei per Mail bekommen.

Bei Interesse einfach in der Geschäftsstelle (0234 / 917 907-31, kontakt-info@bpe-online.de) Bescheid geben.

Über Mutter wird nicht gesprochen..... Euthanasiemorde an Freiburger Menschen

Von Barbara Kaiser-Burkart

Dies ist der Titel der Ausstellung des AK „NS Euthanasie und Ausgrenzung heute“, deren Mitglieder hauptsächlich Psychiatrie-Erfahrene sind. Sie war vom 23,04. bis 15.05.2015 in der „Meckelhalle“ der Sparkasse Freiburg Nördlicher Breisgau zu sehen.

Ende 2010 entstand hier in Freiburg in der „Freiburger Hilfsgemeinschaft e.V“ (www.fghev.de) innerhalb der Begegnungsstätte Club 55 der „AK NS-Euthanasie und Ausgrenzung heute“. Der Anstoß dazu kam durch meine Beteiligung auf einer Podiumsdiskussion zu diesem Thema.

Unterstützt wurden wir von einer unserer Sozialarbeiterinnen (Frau Rißmann-Schleip). Sie war es dann, die finanzielle Mittel organisiert hatte, um 2012 unserer Gruppe und weiteren interessierten Clubbesuchern, die Teilnahme an den Gedenkveranstaltungen in Berlin zu ermöglichen. Diese waren für uns so beeindruckend, dass wir vom AK danach beschlossen hatten für 2015 hier in Freiburg eine Ausstellung zu zeigen. Für dieses „große“ Projekt haben wir uns natürlich dementsprechend Unterstützer gesucht. Natürlich war diese Zeit nicht nur rein arbeitsmäßig sehr anstrengend, sondern auch gefühlsmäßig. Wir hatten das außerordentliche Glück, dass sich uns schon sehr früh eine Zeitzeugin, die damals das Schicksal ihrer Mutter die in Grafeneck ermordet wurde, erlebt hatte, angeschlossen hatte. Dadurch konnten wir eben sehr authentisch, die gesamte Problematik von Hinterbliebenen erfahren.
Unsere Ausstellung bestand im Wesentlichen aus drei Teilen.

1. die Tafeln der offiziellen Wanderausstellung von Grafeneck, der ersten Tötungsanstalt
2. Tafeln zu Rolle der Gesundheitsämter, der Geschichte der „ Kreispflegeanstalt“ (erste Einrichtung zur „Versorgung“ und „Verwahrung“ von Menschen die auf irgendeine Art und Weise als „minderwertig“ galten in Freiburg), der Psychiatrischen Universitätsklinik, der damaligen „ Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen „ (unser heutiges ZfP), zur Kindereuthanasie, über die Rolle der „Wohlfahrtsämter, zum Thema „Ausgrenzung heute“ (die Texte wurden hauptsächlich von den PE‘s des AK erarbeitet; mit der Unterstützung vonstudentischen Praktikanten).
3. Biografien von Freiburger Bürgern, die durch die T4-Aktion ermordet wurden; darunter auch as kurze Leben der kleinen Erika, einem „Opfer der Kindereuthanasie“ (diese Tafeln wurden von den Initiatorinnen der „Freiburger Stolperstein Initiative“ erarbeitet).

Zusätzlich haben wir einen Film: „ Virtuelle Stadtführung zu Orten des Gedenkens und der Euthanasie“ erarbeitet unmittelbar Hilfe eines Freiburger Filmemachers gedreht. Dieser Film sollte eine Alternative für die Interessenten sein, die nun nicht unbedingt so viel Text lesen wollen. Auch hier haben die überwiegend Psychiatrie-Erfahrenen „ Akteure“ an den Texten mitgearbeitet.

Ich möchte hier aber ausdrücklich betonen, dass ich nur einen kleinen Teil derer erwähnt habe, die uns auf vielfältige Art und Weise tatkräftig für das Gelingen dieses gesamten Projekts unterstützt haben.

Natürlich haben wir mit diesem gesamten Projekt nich überall „offene Türen eingerannt“. Es gab schon manche Situationen, in denen man uns zumindest Unverständnis spüren ließ. Letzendes haben wir uns aber davon nicht wirklich beeindrucken lassen. Es war uns von Anfang
an wichtig einen möglichst engen Bezug zu Freiburg darzustellen. Der Korrektheit wegen möchte ich sagen, dass dies keine Arbeit in geschichtswissenschaftlicher Hinsicht war. Wir haben in der Regel Texte, die wir empfohlenen oder selbst gefunden haben, verwendet. Als nächstes soll auch eine Dokumentation fertig gestellt werden. Es war für mich nun nicht ganz einfach möglichst knapp über unser irgendwie „ehrgeizige“ Projekt zu berichten, das hier in Freiburg sehr gut angenommen wurde, und für das wir viel Anerkennung erfahren haben. Ob nun durch die örtliche Presse, oder auch in Radio-Interviews sowie von vielen persönlichen Rückmeldungen von Besuchern. Und das auch für das von uns erarbeitetet und angebotene Begleitprogramm.

Die beigefügte Ansprache, die ich zur offiziellen Eröffnung gehalten habe, lässt vielleicht auch etwas von der gefühlsmäßigen Seite erahnen.
Der AK wird auch weiterhin öffentliche Veranstaltungen -wie Filmabende oder entsprechende Vorträge mit Diskussionsmöglichkeit- anbieten, was er von Anfang an auch angeboten hat.

Unsere DVD: „Über Mutter wird nicht gesprochen; Virtuelle Stadtführung“ kann auf Spendenbasis erworben werden. Da diese DVD hauptsächlich auf Nachfrage vervielfältigt wird, und unser AK..... selbst nicht die notwendige Technik besitzt, wird dies von unserem „Filmprofi“ erledigt. Dadurch entstehen uns Kosten von etwa 10,--€ pro DVD. Leider verfügt der AK..... selbst über kein eigenes finanzielles Budget, weshalb wir darauf angewiesen sind, dass z. B. Kosten wie für die Vervielfältigung unserer DVD durch Spenden gedeckt werden. Eine Spendenbescheinigung auf Wunsch ist kein Problem.
Die DVD hat eine Länge von 55 Minuten und besteht aus 10 Szenen. Für Informationen stehe ich grundsätzlich zur Verfügung: Barbara Kaiser-Burkart, Dürleberg 3A in 79 112 Freiburg; oder direkt: Freiburger Hilfsgemeinschaft für psychisch kranke und behinderte Menschen e.V./Club 55. Schwarzwaldstr. 9 in 79 117 Freiburg, Tel.Nr. 0761/70 48 119 (eventuell auch AB).

Sehr geehrte.....

die Tatsache, dass sich gerade Menschen mit verschiedenen psychiatrischen Diagnosen und den daraus folgenden Problemen, intensiv mit der NS-Euthanasie und auch der Ausgrenzung heute auseinandersetzen, mag etwas verwundern. Auf einer unserer Tafeln haben wir unsere Gründe dafür formuliert. Es gibt aber einen gemeinsamen Grund, der uns letztlich zu dieser Auseinandersetzung bewogen hat: Außer unserer Betroffenheit haben wir noch eine Gemeinsamkeit: Wir sind alle irgendwann aus dem Arbeitsleben herausgefallen, d.h., dass wir der Gesellschaft in irgendeiner Form „auf der Tasche“ liegen“. Deshalb ist uns bewusst, dass wir damals z.B. als Balastexistenzen gegolten hätten und somit der Ermordung preisgegeben worden wären.

Eine ganz besondere Bereicherung ist für uns die Mitarbeit von Irene Schäuble, einer Zeitzeugin. Durch sie konnten wir sehr authentisch erfahren, wie die Tatsache, dass ihre Mutter auf Grundlage der T4 Aktion in Grafeneck ermordet wurde, ihr gesamtes Leben geprägt und mit welchen Widerständen sie bei ihren Nachforschungen auch heute noch zu kämpfen hat.

Für uns war die Zeit, die wir an der Realisierung dieser Ausstellung und des Begleitprogramms gearbeitet haben, nicht nur eine äußerst arbeitsreiche und arbeitsintensive Zeit, in der jeder das gegeben hat, was für ihn persönlich möglich war. Es war auch eine recht emotionale Zeit. Mit Fassungslosigkeit, Wut und Abscheu über diese absolut perfide organisierte Menschenverachtung und Vernichtung. Mich selbst hat immer wieder die Frage beschäftigt: Inwieweit wäre ich damals fähig gewesen in irgendeiner Form Zivilcourage zu zeigen? Wenn ich ehrlich bin, kann ich mir selbst diese Frage nicht wirklich beantworten. Ich empfinde aber eine große Hochachtung für all jene Menschen, die es geschafft haben, sich in dieser Zeit auch unter Lebensbedrohung, Menschlichkeit zu bewahren. Ich denke dabei nun nicht nur an die Hitlerattentäter oder die Weise Rose, die uns im Zusammenhang mit der Bezeichnung „Widerstand“ bekannt sind. Ich denke auch an die eher unbekannten Menschen, die z.B. geholfen hatten Papiere zu fälschen und dadurch zumindest die Möglichkeit geschaffen hatten dass so manches Leben gerettet werden konnte. Oder aber auch einfach nur an den jüdisch/polnischen Kinderarzt Janusz Korzcak, der im „Warschauer Getto“ mit seinem Waisenhaus sich um die schwächsten - den Kindern- gekümmert hatte und sich letzten Endes entschieden hatte seine Kinder auch auf ihrem letzten Weg in den Tod zu begleiten. Obwohl ihm Freunde Papiere besorgt und seine Flucht organisiert hatten. Auch Freiburg hatte in Gertrud Luckner diesbezüglich eine sehr mutige Frau.

Inzwischen leben wir hier in Deutschland in einem recht gesicherten freiheitlichen demokratischen Staat. Für mich ist damit aber für jeden Bürger unabdingbar die Verpflichtung der Verantwortung zur Erhaltung dieser Freiheit verbunden. Der Satz meines Geschichtslehrers „wehret den Anfängen“ ist da ein ganz wichtiger Grundsatz. Es ist auch ganz wichtig, dass dieses abscheuliche Kapitel unserer Geschichte nicht in Vergessenheit gerät. Der Satz: das darf nie wieder geschehen ist für mich heute ein Schlüsselsatz. Die Medizin ist heute so weit, dass man bestimmte mögliche Behinderungen eines Menschenkindes während einer Schwangerschaft feststellen kann, die dann einen Schwangerschaftsabbruch vollkommen legal ermöglicht. Im Grunde ist dies eine neue Art der Selektion von „lebenswerten/ lebensunwertem Leben. Denn ein Schwangerschaftsabbruch, der auf Grund eines solchen Ergebnisses stattfindet ist immer ein Spätabbruch!!!, da solche Tests in der Regel erst nach der Zeit, in der ein „legaler Abbruch“ möglich ist, gemacht werden können. Mir ist durchaus bewusst, dass dies ein äußerst problematisches Thema ist. Dass es z.B. Ärzte gibt, die klar sagen, dass es Tabu‘s gibt, die in dieser Hinsicht absolut tabu bleiben müssen! Die Frage ist doch: darf alles was möglich ist auch irgendwann vollkommen normal und selbstverständlich werden?

Barbara Kaiser-Burkart

http://www.taz.de/Erfahrungsprotokoll/!5244414/
27.10.2015
Erfahrungsprotokoll von Frederike Gräff

„Im Grunde eine sehr reiche Zeit“

Die Bildhauerin Dorothea Buck kennt Psychosen aus eigener Erfahrung. Damit sie für Außenstehende ihre Bedrohlichkeit verlieren, schildert sie ihr eigenes Erleben.

Hat ihre Psychose in eine produktive Erfahrung verwandelt: die Hamburger Bildhauerin und Lehrerin Dorothea Buck. Foto: Miguel Ferraz

HAMBURG taz | Ich war am 2. März 1936 gerade bei der Wäsche, es war frühmorgens und mich überfielen drei Sätze, die mich so erschreckten, dass ich laut aufheulte und ich fühlte mich wie zu Boden gedrückt. Es war nicht so, dass ich Stimmen hörte, es war eine Gewissheit. Ich stürzte zu meinen Eltern, die total erschrocken waren. Natürlich, eine Psychose bricht nicht aus heiterem Himmel auf, es waren fünf Wochen einer Lebenskrise vorausgegangen, von der sie aber nichts bemerkt hatten.

Der erste Satz war, dass ein ungeheuerlicher Krieg kommen würde, der zweite war, dass ich Braut Christi sei, der dritte Satz war, dass ich einmal etwas zu sagen haben würde, die Worte dazu von selbst kommen würden. Und nun die Braut Christi: Ich habe mich fünf Wochen lang um einen Zugang zu Jesus bemüht, es war mir zu schwierig, einen Gott zu haben und dazu noch einen Jesus. Ich fand auch, Jesus hatte wenig vom Humor seines Vaters und ich fand es auch nicht in Ordnung, dass er am Ende der Welt die Menschen, die schließlich seine Brüder und Schwestern waren, richten und sogar in die Hölle werfen wollte. Und nun sollte der mein Bräutigam werden – das wollte ich gar nicht so gerne.

Ich sagte mir: Wie Jesus sich mit mir langweilen würde, wenn ich ihm nachzueifern versuchte. Ich hatte den Schluss gezogen, dass ich nur meine eigene Natur entwickeln sollte. Und das war wiederum eine Befreiung. Ich wollte ja Kindergärtnerin werden und machte damals das praktische Jahr, das dazu erforderlich war, zu Hause.

Meine Mutter sagte nun als Reaktion, ich sollte nun von ganzem Herzen die Hausarbeit tun. Aber das war ein schlechter Rat, wenn das Kind so erschüttert ist. Da hätten meine Eltern erst einmal fragen müssen: Was ist denn vorausgegangen? Mein Vater als Pfarrer wälzte gleich die Konkordanz, in der die biblischen Symbole erklärt sind, die Braut Christi war da die Gemeinschaft der Heiligen. Er wollte mich widerlegen, dass nicht ich als Einzelperson gemeint sein könnte, sondern die Gemeinschaft der Heiligen. Dann habe ich mich erst einmal ins Bett gelegt, weil ich so erschöpft war, und überlegte, was ich als Braut Christi mal tun könnte. Jesus hatte ja weniger den Spaß im Kopf als die Freude und ich dachte, ich übernehme die Kinder als zukünftige Kindergärtnerin und er die Erwachsenen.

Genügend durchgespielt

Es ist immer wichtig, dass man mit so einer aufgebrochenen Vorstellung spielt, wenn man es genügend durchgespielt hat, dann hat die Vorstellung nicht mehr einen solchen Reiz. Ich habe diese Erfahrung lange nicht als Psychose verstanden, gerade wegen dieses Überwältigt-Seins konnte ich mir nicht vorstellen, dass es

aus mir selber kam. Das ist typisch für die Schizophrenie: es ist ein ganz anderes Erleben und deshalb bewerten wir es nicht als von uns selbst kommend, sondern als von außen, von Gott oder anderen Mächten eingegeben. Und dadurch hat es viel mehr Glaubwürdigkeit. Wenn wir es von vorneherein als von uns, aus dem eigenen Unbewussten aufgebrochen, erkennen würden, wären wir ja viel kritischer, dann würden wir das alles mehr hinterfragen. So nehmen wir es so folgsam hin.

Ich erlebte dann, dass die Impulse aufbrachen, gerade die Schizophrenie lebt ja von diesen Impulsen. Ich konnte plötzlich besser kochen, vorher hatte ich immer ins Kochbuch gucken müssen und nun überließ ich einfach meinen Händen, was sie an Zutaten griffen und es schmeckte besser als sonst. Ich habe diese Impulse als positiv gewertet und nahm mir vor, nur noch nach ihnen zu handeln. Das ist der Unterschied zu vielen anderen Schizophrenen, die große Angst haben, die Kontrolle zu verlieren. Im Unbewussten sind die Emotionen drin, das Künstlerische, das sind ja immer Impulse und Eingebungen.

Ich habe fünf Psychosen gehabt in der Zeitspanne von 1936 bis 1959. Auf der einen Seite bleibt es immer gleich, dieser Aufbruch des Unbewussten – das habe ich aber auch erst in meinem letzten Schub erkannt. Das Wesentliche ist eigentlich das veränderte Welterleben, man spürt überall Sinnzusammenhänge, ohne sie näher benennen zu können. Gäbe es das nicht, würde man diese Erfahrungen wahrscheinlich nach dem Aufwachen wie einen Traum bewerten.

Wenn ein Patient später Beziehungs- und Bedeutungsideen äußert, sagen unsere Psychiater sofort: Das ist eine Schizophrenie. Aber er fragt nicht, aus welchem Grunde das so ist. Ich habe die völlig gesprächslose Psychiatrie erlebt und bei den Biologisten gibt es sie immer noch, sie sehen das Ganze ja nur als Hirnstoffwechselstörung und lassen sich gar nicht erzählen, was der Patient erlebt und wie es ausgebrochen ist.

Es wird keine Psychose ausbrechen ohne eine vorausgegangene Lebenskrise, ebenso wie bei den Körperkrankheiten, die ja eigentlich Heilungsversuche sind, ist es auch bei der Psychose. Nur wird das nicht verstanden, häufig von den Betroffenen selbst nicht, ich war auch total ratlos damals.

Die Psychose aus mir selbst kommend zu erkennen, ist mir erst bei meinem fünften und letzten Schub deutlich geworden. Da teilte ich das Zimmer mit einer anderen Patientin, die aus einem nächtlichen Traum mit einer schweren Psychose aufwachte und eine andere Sprache sprach. Sie betonte die zweite Silbe, statt wie im Deutschen die erste, und die Sprache klang wie Französisch, ohne es der Wortbildung nach zu sein. Nun wusste ich von ihr, dass sie aus einer Hugenottenfamilie stammte. Sie war Hauptschülerin, die Eltern waren Hauptschüler, sie hatte nie Französisch gelernt. Ich schloss daraus, dass sich dieser französische Sprachrhythmus in ihrem Unbewussten niedergeschlagen und dann in ihrer Psychose aufgebrochen war. Und daran wurde mir klar, dass die Psychose aus uns selber kommt.

Ich sagte mir: durch das Aufbrechen dieser Kraft, dieses Instinktive stauen sich die Gefühle nicht – ich will aus diesen inneren Impulsen leben. Das tun die meisten nicht, sie leben aus dem Verstand heraus. Im Grunde ist es eine sehr reiche Zeit und es ist nichts verkehrter als die Psychiater, die die Patienten erst reduzieren durch ihre Neuroleptika. Sie werden stillgelegt.

Symbol-Ebene verstehen

Für einige ist die Erfahrung einer Psychose durchaus beängstigend, das Erleben ist dadurch gekennzeichnet, dass sie davon überwältigt werden, sie können sich nicht dagegen wehren – und wenn man die Symbol-Ebene nicht versteht, ist es erschreckend.

Meine Eltern sahen es als nur krank, es hieß von den Fachleuten, man darf mit den Betroffenen nicht über ihr Erleben sprechen, weil es dann wieder aufbrechen würde – das ist natürlich verkehrt. Nun haben meine Eltern die ganzen Jahre nie mit mir darüber gesprochen, was ich unverständlich fand. Sie kannten mich doch nun, als meine Psychose aufbrach, seit 19 Jahren, nun gaben sie die Verantwortung an die Psychiater in Bethel ab, wo ich in einem dreiviertel Jahr kein einziges ärztliches Gespräch erlebt habe. Der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers hat das seelendumm genannt und das kann man wohl sagen, diese Art Ärzte sind Seelendummköpfe. Es sind so wichtige und unvergessliche Erfahrungen, es wäre wichtig, man spräche darüber, um sie sich selbst erklären zu können. Aber die Beteiligung der Ärzte an den Patienten-Morden unter den Nazis zeigt ja, wie wenig sie sich in ihre Patienten hineinversetzt haben.

Mit den Neuroleptika hat man nur eine Symptom-Verdrängung, keine Heilung. In der Ex-In-Ausbildung werden diese Menschen mit Schizophrenie-, Borderline oder Depressionserfahrung als Erfahrungsschatz gesehen. Sie glauben gar nicht, wie diese Menschen, die an der Ex-In-Ausbildung teilnehmen, aufblühen. Immer wurden sie nur als defizitär und unheilbar krank gesehen, wenn sie die Medikamente nicht bis an ihr Lebensende nehmen. Ihnen wurde gesagt, dass sie ihr Studium besser abbrechen sollen, weil sie es doch nicht schaffen. Die Psychiater verursachen das aber durch ihre abwertende, nur defizitäre Sichtweise selbst. Man ist zutiefst verunsichert und das bereitet den Boden für neue Schübe, wenn die Psychose als Erleichterung erlebt wird – und ich habe sie jedes Mal als Erleichterung erlebt.

Eine Schizophrenie ist für einen Normalen nicht zu verstehen, er erlebt die veränderte Welterfahrung nicht, es ist ihm völlig entglitten. Früher war das anders, im Mittelalter war das religiöse Erleben sehr verbreitet, im alten Griechentum wurden die sogenannten Verrückten als den Göttern besonders nahestehend verehrt. Bei uns ist jedoch die Norm der Maßstab.

Peter Lehmann

Antidepressiva absetzen

Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen

Antidepressiva, auch »Thymoleptika« genannt, sind Wirkstoffe, die Depressionen lindern sollen oder das Empfindungsvermögen dämpfen, eine niedergedrückte Stimmung, innere Erregung oder Ängste wahrzunehmen. So gelten sie als aktivierende Stimmungsaufheller. In der Medizin, Psychiatrie inklusive, setzt man seit Mitte der 1950er Jahre synthetische Antidepressiva ein.

Standardkriterien für die Zuordnung einzelner Psychopharmaka zu speziellen Wirkstoffgruppen gibt es nicht. In manchen Ländern werden spezielle Wirkstoffe den Antidepressiva zugeordnet, in anderen Ländern den Neuroleptika. Die Klassifikation kann sich auf die pharmakologische Struktur der Substanz beziehen, ihren biochemischen Wirkmechanismus, ihre Auswirkungen oder die subjektive Intention des Verabreichers.

Entsprechend ihren chemischen Strukturgemeinsamkeiten teilt man Antidepressiva in Gruppen auf, hierzu zählen – unter anderem – trizyklische Antidepressiva (wie z. B. Amitryptylin, Saroten, Aponal, Insidon), tetrazyklische Antidepressiva (wie z. B. Tolvin, Ludiomil), MAO-Hemmer (wie z. B. Jatrosom, Parnate), Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI – wie z. B. Cipralex, Paroxetin, Prozac) oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI – wie z. B. Cymbalta, Trevilor).

Antidepressiva wirken primär auf den Hirnstoffwechsel. Haupteffekt ist ein künstliches Überangebot an Transmittern bzw. die Hemmung ihres Abbaus nach verrichteter Übermittlung von Nervenreizen, so dass es zu einem funktionellen Transmitterüberschuss und dadurch zu einer vorübergehenden flachen Euphorie oder ungesteuerten Aufstachelung der Gefühlslage kommt (»Stimmungsaufhellung«), sofern diese Gefühlsveränderung nicht einen Placebo-Effekt darstellt. Und oft genug verbessert sich die Stimmung überhaupt nicht.

Antidepressiva werden eingesetzt bei Diagnosen wie reaktive, neurotische oder hirnorganische Depression, Angst- oder Zwangssyndrom, Nachtangst, Panikattacken, Phobien (z. B. Schulangst bei Kindern), chronischer Schmerzzustand, Bettnässen, vorzeitige Ejakulation, Teilnahmslosigkeit, Schlaflosigkeit, psychosomatische Störung, funktionelle Organbeschwerden, Neurose, Schizophrenie, Entzugssymptom bei Medikamenten-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Manie.

Der Münchner Arzt und Psychotherapeut Josef Zehentbauer (2010, S. 136-196, 402-410) warnt: Antidepressiva vermehren oft die innere Unruhe, was dann als sehr quälend empfunden werde. Antriebssteigerung und Aktivierung können einen depressiven Menschen zur Selbsttötung bringen oder dazu treiben, in ihrer Verzweiflung gegen andere gewalttätig zu werden.

Informieren Sie sich gründlich, bevor Sie sich zur Einnahme überreden lassen. Insbesondere die Gefahr der Chronifizierung von Depressionen sollte beachtet werden, wenn man sich entschließt, Antidepressiva längerfristig einzunehmen. Wer Klarheit über die Risiken will, muss sich mit deren Wirkungsweise und Auswirkungen auseinandersetzen, erst recht, wenn ärztlicherseits das Interesse an einer umfassenden Aufklärung zu wünschen übrig lässt.

Aufgrund von möglichen Entzugsproblemen sollte nicht nur die Einnahme, sondern auch der Entschluss zum Absetzen und dessen Prozess gut durchdacht sein.

Entzugsprobleme unter Antidepressiva

Antidepressiva können massive Entzugsprobleme bereiten. Seit einem halben Jahrhundert ist diese Problematik bekannt. Rudolf Degkwitz, ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, schrieb 1967:

> »Das Reduzieren oder Absetzen der Psycholeptika führt (...) zu erheblichen Entziehungserscheinungen, die sich in nichts von den Entziehungserscheinungen nach dem Absetzen von Alkaloiden und Schlafmitteln unterscheiden.« (S. 161)

Mit Psycholeptika sind Antidepressiva und Antipsychotika (Neuroleptika) gemeint. Zur Wirkstoffgruppe von Alkaloiden gehört zum Beispiel Morphium. Zu den Symptomen des Morphium-Entzugssyndroms zählen Zittern, Durchfälle, Erbrechen, Übelkeit, Unruhe, Angst, Krampfanfälle, Schlaflosigkeit, Delire, Dämmer- oder Verstimmungszustände, vor allem aber auch lebensbedrohliche Kreislaufstörungen (Schockzustände). Schlafmittel gelten ebenfalls als abhängigmachend, und es ist bekannt, dass auch ihr Entzug mit großen Problemen bis hin zu lebensgefährlichen Krampf¬anfällen verbunden sein kann.

Pharmahersteller und Schulmediziner verleugnen das Risiko einer körperlichen Abhängigkeit von Antidepressiva und Antipsychotika. Bei Benzodiazepinen war dies lange Zeit auch der Fall, bis schließlich Gerichte Hersteller und Anwender zu Schadenersatzzahlungen verurteilten, da sie die Geschädigten nicht rechtzeitig vor dem bekannten Risiko gewarnt hatten.

Da Benzodiazepine seit Mitte der 1980er Jahre in Deutschland die Verordnungen wegen des Abhängigkeitsrisikos nur noch begrenzt verabreicht werden dürfen, nehmen ihre Verordnungszahlen kontinuierlich ab, dafür diejenigen von Antipsychotika und Antidepressiva kontinuierlich zu. Deren Verabreichung ist verbunden mit der unwahren Information, es bestünde kein Abhängigkeitsrisiko. Dieses einzugestehen würde bedeuten, dass die Verkaufszahlen und damit Gewinne der Pharmaindustrie zurückgingen und die Betroffenen Anspruch auf therapeutische und stationären Hilfe beim Absetzen und auf Rehamaßnahmen hätten.

Dies alles ist nicht der Fall. Es gibt noch nicht einmal die Diag-

nose der Abhängigkeit von Antipsychotika oder Antidepressiva. Die Betroffenen erhalten keine sachgerechten Informationen. Körperliche Abhängigkeit kann sich entwickeln, verbunden mit Toleranzbildung. Beim Absetzen können je nach individueller Disposition, Dauer der Einnahme, Begleitumständen und Geschwindigkeit der Reduzierung gravierende Entzugssymptome auftreten. Und oft werden die Betroffenen mit dem Verdacht eines Rückfalls einer erneuten, intensivierten Behandlung unterzogen, oft genug noch zusätzlichen hirnschädigenden Elektroschocks. Die Katastrophe ist programmiert.

Unabhängige Profis haben sich mittlerweile ansatzweise der Absetzproblematik bei Antipsychotika angenommen, jedoch noch nicht der von Antidepressiva. Im Interesse der Betroffenen ist ein Umdenken dringender denn je. Auch die Gesellschaft insgesamt würde davon profitieren. Aufgrund der Zahl sich chronifizierender Depressionen und mit den Antidepressiva verbundenen Folgeerkrankungen steigen die Kosten für die Krankenversicherung, Arbeitsausfälle und Frühberentung unentwegt.

Entzugserscheinungen bei Antidepressiva

Beim Absetzen von Antidepressiva sind massive Entzugserscheinungen einzukalkulieren, die gewöhnlich nach ein bis zwei Tagen eintreten. Je länger ein Antidepressivum eingenommen wurde und je kürzer seine Halbwertzeit ist, desto eher ist mit Entzugserscheinungen zu rechnen: beispielsweise Magen-Darm-Störungen mit oder ohne begleitende Angstzustände, Schlafstörungen, Parkinson-ähnliche Symptome, paradoxe Aktivierung, Aggressivität oder Verschlechterung der ursprünglichen Depression. Das »British National Formulary«, das offizielle britische Medikamentenverzeichnis, listete 2008 noch weitere Entzugserscheinungen auf. Nach schon zweimonatiger Einnahme sei bei raschem Absetzen mit Übelkeit zu rechnen, mit Erbrechen und Appetitlosigkeit, verbunden mit Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schüttelfrost und Schlaflosigkeit und gelegentlich mit Hypomanie (leicht gehobene Stimmung), panikartiger Angst und extremer motorischer Unruhe. 2012 fügte es Bewegungsstörungen, Muskelschmerzen und Manien hinzu und teilte mit:

> »Entzugserscheinungen können innerhalb von fünf Tagen nach Ende einer Behandlung mit Antidepressiva auftreten; normalerweise sind sie mild und klingen von alleine wieder ab, aber in einigen Fällen können sie heftig sein. Medikamente mit kürzerer Halbwertzeit wie Paroxetin und Venlafaxin sind mit einem höheren Risiko von Entzugserscheinungen verbunden.« (S. 243)

Bei neueren Antidepressiva wie den SSRI und SNRI muss mit einem spezifischen Entzugssyndrom gerechnet werden:

> »Magen-Darm-Störungen, Kopfschmerz, Angst, Schwindel, Parästhesie (Fehlempfindung in Form von Kribbeln, Pelzigsein, Ameisenlaufen etc.), Empfindungen als würde der Kopf, Nacken oder Rücken von einem elektrischen Schlag durchzuckt, Tinnitus, Schlafstörungen, Müdigkeit, grippeartige Symptome und Schweißabsonderung sind bei einem SSRI die verbreitetsten Charakteristika nach abruptem Absetzen oder einer merklichen Dosisreduzierung.« (ebd., S. 250)

Seit langem wissen Ärzte, dass Antidepressiva zur Toleranzbildung führen. Die Dosis muss ständig erhöht werden, um – sofern sie sich überhaupt einstellt – eine kontinuierliche Wirkung zu erzielen, was ein deutlicher Hinweis auf das Abhängigkeitspotenzial einer Substanz ist. Schon 1966, ein Jahr vor Degkwitz' Warnung, betonte Raymond Battegay von der Universitätsklinik Basel die Notwendigkeit, den Abhängigkeitsbegriff um einen neuen Typ zu erweitern, um dem Problem der Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika gerecht zu werden. Im Vergleich mit den Entzugserscheinungen von Tranquilizern würden neuroleptische Substanzen bzw. deren Entzug zwar kein unstillbares Verlangen (»craving«) auslösen, dennoch würden die Entzugserscheinungen auf eine körperliche Abhängigkeit hinweisen, so dass von einem »Neuroleptica/Antidepressiva-Typ der Drogenabhängigkeit« gesprochen werden könnte.

Im selben Jahr fragte der Psychiater Chaim Shatan anhand der Diskussion eines Fallbeispiels mit dem Antidepressiva-Prototyp Imipramin im Canadian Psychiatric Association Journal, ob die Definition der Weltgesundheitsorganisation für Drogenabhängigkeit aus dem Jahre 1950 auch für Antidepressiva anzuwenden sei, schließlich lägen Toleranzentwicklung, psychische und schließlich körperliche Abhängigkeit sowie charakteristische Entzugssymptome vor. Es sei bemerkenswert, so Shatan, dass die Entzugsreaktionen in Abfolge und Symptomatik nahezu ununterscheidbar seien von denen, die mittlerer Opiatabhängigkeit folgen.

Anfang der 1970er Jahre äußerten Ärzte den Verdacht, dass Antidepressiva zur Chronifizierung von Depressionen führen. Nun zeigte die Studie eines Teams um Paul Andrews von der Abteilung für Psychologie, Neuro- und Verhaltenswissenschaften an der McMaster-Universität von Hamilton in Ontario (Kanada), dass synthetische Antidepressiva die natürliche Selbstregulation des Serotoninhaushalts oder anderer Transmitter im Gehirn stören und dazu führen können, dass das Gehirn überreagiert, wenn die Antidepressiva abgesetzt werden. Hierdurch würden neue Depressionen hervorgerufen, erläutert Andrews:

> »Wir fanden heraus, dass je stärker diese Medikamente im Gehirn auf Serotonin und andere Neurotransmitter einwirken – und diese Wirkung schreibt man ihnen zu –, desto größer das Rückfallrisiko ist, wenn man sie absetzt. (...) All diese Medikamente verringern Symptome wahrscheinlich bis zu einem bestimmten Grad und kurzfristig. Aber was passiert auf lange Sicht? Unsere Resultate legen nahe, dass die Depression wieder da ist, wenn man versucht, diese Medikamente wegzulassen. Dies kann Leute in einem Kreislauf festhalten, wo sie weiterhin Antidepressiva nehmen müssen, um der Wiederkehr der Symptome vorzubeugen.« (zit. n. »Patients«, 2011)

> »Es ist ein Prinzip der evolutionären Medizin, dass die Störung entstandener Anpassungsprozesse biologische Funktionen schwächt. Da Serotonin viele Anpassungsprozesse reguliert, könnten Antidepressiva viele unerwünschte gesundheitliche Wirkungen haben. Während Antidepressiva in bescheidener Weise depressive Symptome reduzieren, steigern sie beispielsweise nach dem Absetzen die Empfänglichkeit des Gehirns für zukünftige

Episoden.« (Andrews et al., 2012)

Es sei wichtig, so Andrews und Kollegen, die Betroffenen vor der Erstverabreichung über das Abhängigkeitsrisiko aufzuklären:

> »Medikamente, die das Risiko eines Rückfalls oder Entzugserscheinungen beim Absetzen fördern, können Medikamentenabhängigkeit verursachen, die darin besteht, die Rückkehr von Symptomen zu verhindern. Folglich muss man mit solchen Medikamenten sorgfältig umgehen, und die Patienten müssen für ihre Anwendung eine informierte Zustimmung geben. ADMs (antidepressive Medikamente) werden manchmal bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit verschrieben, denn man glaubt, dass der Einsatz solcher Substanzen bei der Abhängigkeit eine Rolle spielt, wenn es um die Medikation von Angstgefühlen und Depressionen geht. Ironischerweise könnte der Einsatz von ADMs bei der Hilfe zur Entwöhnung von solchen Substanzen lediglich dazu führen, dass die eine Abhängigkeit durch eine andere ersetzt wird.« (S. 15)

Ursache der Abhängigkeit ist die Downregulation der Serotonin- und Noradrenalinrezeptoren als Reaktion auf den durch die Antidepressiva künstlich erhöhten Transmittergehalt in den Nervenverbindungen; die Rezeptoren werden unempfindlicher und degenerieren. In Bezug auf SSRI warnte der Schweizer Arzt und Psychotherapeut Marc Rufer:

> »Auf die Dauer kommt es demnach zu einer verminderten Serotoninwirkung. Wenn die Serotoninmangel-Hypothese der Depression richtig wäre, müssten die SSRI schwerste Depressionen bewirken.« (1995, S. 144)

Chronifizierung der Leiden oder Eigeninitiative

Viele Betroffene sind überzeugt, zum Absetzen bräuchten sie unbedingt die Zustimmung eines Arztes. Doch ob man Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzt, spielt im Prinzip keine Rolle. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgschancen wie derjenige, dessen Arzt seine Entscheidung unterstützt. Dies ist das ermutigende Ergebnis bei zwei Drittel aller Befragungen im Rahmen des ›Coping with Coming Off‹-Projekts in England und Wales, bei dem Erfahrungen mit dem Absetzen von Psychopharmaka erforscht wurden. Finanziert vom britischen Gesundheitsministerium hatte 2003 und 2004 ein Team psychiatriebetroffener Forscher 250 Interviews im Auftrag der Sozialpsychiatriestiftung MIND (vergleichbar der deutschen DGSP) durchgeführt. Als hilfreich galten der Beistand von Beratern oder einer Selbsthilfegruppe, ergänzende Psychotherapie, gegenseitige Unterstützung, Informationen aus dem Internet oder aus Büchern, Aktivitäten wie Entspannung, Meditation oder Bewegung. Es stellte sich heraus, dass Ärzte nicht voraussagen konnten, welche Patienten erfolgreich Psychopharmaka absetzen würden. Sie wurden als die am wenigsten hilfreiche Gruppe beim Absetzen genannt. Als Konsequenz dieser Studie änderte MIND seinen Standardratschlag. War vorher – wenn überhaupt – geraten worden, Psychopharmaka nur mit ärztlichem Einverständnis abzusetzen, wies man jetzt auf die Indoktrination von Ärzten durch die Pharmaindustrie hin und legte nahe, sich ausgewogen zu informieren.

Hierzulande finden Interessierte Informationen zum Thema »Absetzen von Psychopharmaka« in Büchern wie »Psychopharmaka absetzen« oder im Internet unter www.peter-lehmann.de/absetzen. Empfehlenswert ist auch das 2003 gegründete Antidepressiva Forum Deutschland (www.adfd.org), eine private Initiative von Betroffenen und Angehörigen mit unabhängiger Information und Austausch über unerwünschte Wirkungen und Entzugserscheinungen von Psychopharmaka.

Dass die Unterstützung durch einen kompetenten Arzt hilfreich ist, steht außer Frage. Bei neueren SSRI wird Ärzten inzwischen geraten, sich an Experten zu wenden, sollten Entzugssymptome nicht nachlassen. Das britische Medikamentenverzeichnis warnte 2012 beispielsweise vor SSRI-Entzugssymptomen:

> »Um diese Wirkungen vermeiden, sollte die Dosis über mindestens vier Wochen ausgeschlichen werden. Bei einigen Patienten kann es nötig sein, über einen längeren Zeitraum hinweg abzusetzen; ziehen Sie in Erwägung, einen Spezialisten zu Rate zu ziehen, wenn die Symptome anhalten.« (S. 250)

Doch wo findet man hierzulande Spezialisten für Entzugssymptome bei Antidepressiva und insbesondere bei SSRI und SNRI, und weshalb sollten Ärzte sich überhaupt über das Problem der Antidepressiva-Abhängigkeit Gedanken machen, wenn sie ungestört von jedweden Arzneimittelüberwachungs- und Strafverfolgungsbehörden von Seiten der Pharmaindustrie fehlinformiert werden? Wer kann dem dänischen Mediziner Peter Gøtzsche widersprechen, wenn er die Pharmaindustrie als »organisierte Kriminalität« bezeichnet?

Literatur

Andrews, Paul W. / Kornstein, Susan G. / Halberstadt, Lisa J. / Gardner, Charles O. / Neale, Michael C.: »Blue again: Perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression«, in: Frontiers in Psychology, Vol. 2 (2011), Artikel 159; im Internet unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133866/ (Zugriff am 10. März 2012)

Andrews, Paul W. / Thomson, J. Anderson / Amstadter, Ananda / Neale, Michael C.: »Primum non nocere: An evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good«, in: Frontiers in Evolutionary Psychology, Vol. 3 (2012), Artikel 117; doi: 10.3389/fpsyg. 2012.00117. Online-Publikation vom 24. April 2012

Battegay, Raymond: »Entziehungserscheinungen nach abruptem Absetzen von Neuroleptica als Kriterien zu ihrer Differenzierung«, in: Nervenarzt, 37. Jg. (1966), S. 552-556

»BNF – British National Formulary«, 63. Aufl., Basingstoke: Pharmaceutical Press 2012

Degkwitz, Rudolf: »Leitfaden der Psychopharmakologie«, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1967

Gøtzsche, Peter C.: »Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität – Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumpiert«, München: Riva Verlag, 2. Aufl. 2015

Lehmann, Peter (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin

und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktual. Aufl. 2013

»Patients who use anti-depressants can be more likely to suffer relapse, researcher finds«, in: ScienceDaily vom 19. Juli 2011; im Internet unter www.sciencedaily.com/releases/2011/07/110719121354.htm (Zugriff am 24. Januar 2012)

Rufer, Marc: »Glückspillen: Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka«, München: Knaur Verlag 1995

Shatan, Chaim F.: »Withdrawal symptoms after abrupt termination of imipramine«, in: Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 11 (1966), Suppl., S. 150-158

Zehentbauer, Josef: »Chemie für die Seele – Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 11., aktual. Aufl. 2010

© 2016 by Peter Lehmann. Alle Rechte vorbehalten

Rechtlicher Hinweis

Soweit in diesem Artikel Wirkungen von Antidepressiva erwähnt sind, dürfen die Leser darauf vertrauen, dass der Autor sowie der Redakteur des BPE-Rundbriefs große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Artikels entspricht. Die humanistische Antipsychiatrie und das Wissen von den Risiken und Schäden psychiatrischer Psychopharmaka ist jedoch ständigen Entwicklungen unterworfen. Erfahrungen erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was die Beendigung der psychopharmakologischen Behandlung anbelangt.

Eine Vielfalt individueller Faktoren (körperlicher und psychischer Zustand, soziale Lebensverhältnisse etc.) übt einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf des Absetzprozesses aus. Die Leser sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung ihrer Lebenssituation einschließlich ihres körperlichen und seelischen Zustands und gegebenenfalls nach Konsultation eines geeigneten Spezialisten festzustellen, ob ihre Entscheidung, nach Lektüre des Artikels Antidepressiva auf eine spezielle Weise abzusetzen, in kritischer und verantwortlicher Weise erfolgt. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind.

Infolge dieser Umstände übernehmen der Autor und der Redakteur des BPE-Rundbriefs, beides keine Ärzte, weder die Verantwortung für die Folgen unerwünschter Wirkungen beim Einnehmen von Antidepressiva noch bei deren Absetzen. Der Autor appelliert an alle Betroffenen, Angehörigen, Ärzte und Therapeuten, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten oder Misserfolge beim durchdachten Absetzen von Antidepressiva unter genauer Schilderung der Umstände mitzuteilen.

Rezension

Dorothea Buck u.a.: Mit meinen herzlichen Grüßen! Ihre Dorothea Buck. Der Gartenhaus-Briefwechsel

Das Buch ist eine Dokumentation von Briefwechseln: Briefe an Dorothea Buck, Gründerin und Ehrenvorsitzende des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., als Reaktion unter anderem auf ihr Buch „Auf der Spur des Morgensterns“ sowie auf Fernseh- oder Rundfunkauftritte. Die Herausgeber Hartwig Hansen und Fritz Bremer haben 20 Ordner mit gesammelten Briefen von Betroffenen, Angehörigen und Profis sowie Durchschlägen der Antworten durchforscht und nach Themengebieten geordnet, mit Schwerpunkt auf lebenspraktische Anliegen und eigenem Psychoseverständnis. Mit beeindruckender Klarheit, Ausführlichkeit, Integrität und Geduld geht Dorothea Buck auf eine kaum überschaubare Palette von Themen ein: Deutung von Wahninhalten, familiäre Probleme, Berufs- und Studienwahl, Faschismus, Psychopharmaka, Schlafstörungen, naturheilkundliche Mittel, Fußbäder, Vorausverfügungen, Chaostheorie, Psychoseseminare, Selbstdiskriminierung durch Übernahme psychiatrischer Diagnostik, Vorenthalten von Gesprächen in der Psychiatrie, Soteria, Veränderung der Psychiatrie etc. All ihre Briefe sind getragen von Hoffnung, Zuversicht und Ermutigung zur Selbsthilfe, sie kommentiert, erklärt, macht konkrete Ratschläge. Wenn man sich fragt, wo sie all die Kraft und Zeit hergenommen hat, so ausführlich und individuell auf all die Briefe voller existenzieller Problemen einzugehen, ergibt sich der Großteil der Antwort sicher aus ihrer Einsicht der Gabe und Berufung, andere Psychiatriebetroffene ermutigen zu können, und aus ihrem Gottvertrauen und christlichen Glauben, den sie wohltuend ohne jegliches pastorale Brimborium äußert. Und dann ist da noch die zusätzliche, Kraft gebende Wertschätzung ihrer Einsichten und Äußerungen, die in den Briefen an sie enthalten ist.

Kartoniert, 205 Seiten, ISBN 978-3-940636-37-9. Neumünster: Paranus Verlag 2016. € 19.95

Peter Lehmann

‚Hilfe', ‚Schutz' und ‚Anti-Stigma' - Propaganda und ‚Neusprech'(1) in der Psychiatrie

Teil 1

von Mirko Ološtiak, Februar 2016)

Anstaltspsychiatrie, Zwangsjacken oder Elektroschock sind Begriffe, die einer dunklen, scheinbar überwundenen Vergangenheit der Psychiatrie zugeschrieben werden. Dass der Elektroschock unter der Bezeichnung EKT (Elektrokrampftherapie) seit einigen Jahren zunehmend wieder eingesetzt wird, dass die Zwangsjacken lediglich durch die Verabreichung von Psychopharmaka abgelöst wurden und dass Zwangsmaßnahmen und -Behandlungen weiterhin an der Tagesordnung sind, ist vielen Menschen nicht bewußt. Vor 40 Jahren sollte mit der Psychiatrie-Enquete eine tiefgreifende Reform der Psychiatrie auf den Weg gebracht werden - an den fragwürdigen Grundlagen des psychiatrischen Menschenbildes hat sich jedoch kaum etwas geändert. Das Konzept der „psychischen Erkrankungen" wird kaum hinterfragt.

Dabei werden immer mehr Menschen psychiatrisch behandelt. Die Zahl der Krankschreibungen und Früh-Berentungen aufgrund psychiatrischer Diagnosen und auch die Verschreibung von Psychopharmaka haben Rekordniveau erreicht. Im Geschäft mit der Psyche werden Milliardenumsätze erzielt. Worüber jedoch kaum jemand spricht: Über 10.000 Menschen kommen jährlich allein in Deutschland im Zusammenhang mit psychiatrischer Behandlung ums Leben. Die Langzeitbehandlung mit Neuroleptika (im psychiatrischen Neusprech auch „Antipsychotika" genannt) führt zu einer Verkürzung der Lebenserwartung um durchschnittlich 25 bis 32 Jahre. Zunehmend werden auch Kinder und Jugendliche zu psychiatrischen Patienten - häufig wegen Problemen, die im Zusammenhang mit der Schule entstehen.

Unsere Sprache bestimmt unser Denken. Die Begriffe, die wir verwenden, beeinflussen unsere Einstellung und unsere Gefühle. Es macht einen Unterschied, wie wir die Dinge bezeichnen. Und es ist kein Zufall, dass sich viele Namen und Bezeichnungen in den vergangenen Jahren (zum Teil mehrfach hintereinander) geändert haben. Halt! Die Namen haben sich nicht von alleine geändert – sie wurden geändert. Raider heißt jetzt Twix. Das Arbeitsamt ist von der Agentur für Arbeit zum Jobcenter mutiert. Meine Krankenkasse nennt sich jetzt Gesundheitskasse. So sollen Akzeptanz hergestellt und positive Assoziationen hervorgerufen werden. Das kleine Wörtchen ‚für' kann sehr wirkungsvoll sein für solche Zwecke.

Die ehemaligen Nervenheilanstalten heißen inzwischen „Zentren für Psychiatrie" – oder noch besser: „Zentren für Seelische Gesundheit". Statt auf der ‚Geschlossenen' finden wir uns im ‚geschützten Bereich' wieder. Dort wird uns „die notwendige Hilfe nicht vorenthalten". Das klingt zumindest viel angenehmer, als von „einsperren" und „isolieren" zu sprechen, von „Zwangsbehandeln" oder vom Brechen des Willens. Was in der Psychiatrie mit „Schutz" und „Hilfe" bezeichnet wird, könnten wir aus anderer Perspektive auch „Freiheitsberaubung" und „Folter"(2) nennen. Wir werden ans Bett gefesselt und es werden uns mit Gewalt Substanzen verabreicht, die massive Störungen (nicht nur) im Gehirn verursachen. Natürlich nur zu unserem „Wohl" und weil wir „krankheitsbedingt" nicht in der Lage seien, in die „notwendige Behandlung" einzuwilligen. Wie fragwürdig die Konzepte der psychiatrischen Erkrankungen und deren ‚Behandlung' sind, steht auf einem anderen Blatt. Immerhin: wir werden nicht mehr als „Geisteskranke" bezeichnet. Inzwischen werden wir mit dem Label „Psychisch Kranke" bedacht, das in jüngerer Zeit zunehmend durch den Begriff „Menschen mit psychischen Erkrankungen" ersetzt wird. Das klingt zwar schon viel menschlicher, verschleiert aber den Umstand, dass diese sogenannten „Erkrankungen" keine beweisbaren Tatsachen sondern lediglich willkürliche Zuschreibungen sind.(3) Den Mangel an Beweisen machen die Meinungsbildner in der Psychiatrie wett durch in sich verschachtelte Konstrukte aus Behauptungen und Zirkelschlüssen gepaart mit ausgefeilter Rhetorik. Der ‚Mythos Geisteskrankheit'(4) wird uns tagtäglich quer durch sämtliche Medien als Tatsachenbehauptung untergejubelt. Wir haben uns gewöhnt an die Propaganda. An die Lügen und Halbwahrheiten, an das Verschweigen und Vorenthalten von Information. Manche Märchen werden so oft wiederholt, dass es aussichtslos erscheint, jedes mal von Neuem auf Richtigstellung zu pochen. Die Medienvertreter*innen sind auch nur zu gerne bereit, zu glauben, was sogenannte Fachleute ihnen einreden. Wir wissen, dass es um Geld geht. Um sehr viel Geld. Die Pharma-Industrie macht Milliardenumsätze mit Psychopharmaka. Wir wissen auch, dass z.B. die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychologie und Nervenheilkunde (DGPPN) und auch viele ihrer Mitglieder mehr als dankbar sind für die finanziellen Zuwendungen, die sie von der Industrie erhalten. Sehr ärgerlich ist jedoch, dass für die Finanzierung der Propagandakampagnen der DGPPN das Bundesministerium für Gesundheit aufkommt. Und dass sich über 80 Organisationen dafür hergeben diese Kampagnen mit ihrem Namen mitzutragen. Folgende Sätze lesen sich wie ein geschickt formulierter Werbetext, den eine PR-Agentur im Auftrag von Pharma-Unternehmen verfasst haben könnte:

> *Psychopharmaka wirken aufs Gehirn, aufs Fühlen, Erleben und Handeln. „Doch sie verändern nicht die Persönlichkeit, sondern bekämpfen die Symptome, die bei den Patienten einen hohen Leidensdruck verursachen", erklärt Dr. Iris Hauth, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Sie stellen nicht ruhig, sondern setzen an den biologischen Ursachen der Erkrankung an, indem sie einen Mangel oder Überschuss von bestimmten Botenstoffen im Gehirn (Neurotransmitter) regulieren. Und die meisten Medikamente – allen voran die beiden Hauptgruppen Antidepressiva und Antipsychotika (s. Teil VI) – machen auch nach jahre- oder jahrzehntelanger Einnahme nicht abhängig.*

Tatsächlich stammt dieser Text vom „Aktionsbündnis Seelische Gesundheit", das vor 10 Jahren *„von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)* gemeinsam mit *Open the doors als Partner des internationalen Antistigma-Programms"* initiiert wurde, wie auf der Startseite zu lesen ist. Die Unterseite „fairmedia" gibt Journalist*innen Empfehlungen, wie ***„ein ange-***

messenes Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Medien" entstehen soll. Für die Gestaltung der Seiten ist - wen wundert´s - eine Werbefirma aus Berlin verantwortlich.

Unverantwortlich ist allerdings der Inhalt (nicht nur) dieser hier zitierten Behauptungen. Es ist wahr, dass Psychopharmaka aufs Gehirn, *aufs Fühlen, Erleben und Handeln* wirken. Die Wirkung beschränkt sich jedoch nicht aufs Gehirn. Je nach Substanz müssen wir mit massiven körperlichen ‚Neben'-Wirkungen rechnen. Ob Gewichtszunahme, Diabetes, Libidoverlust und Impotenz, Blutbildveränderungen, Herz- und Kreislaufprobleme, Bewegungsstörungen oder gar plötzlicher Tod: die Liste unerwünschter Wirkungen ist lang. Seit Jahren ist bekannt, dass Antipsychotika (wie die Neuroleptika inzwischen genannt werden) bei Langzeiteinnahme zu einer Verkürzung der Lebenserwartung um 25 bis 32 Jahre führen. Die Wirkung aufs Gehirn, aufs Fühlen, Erleben und Handeln lässt sich im Einzelfall auch kaum vorhersagen. Immerhin handelt es sich um Stoffe, die die Hirnchemie verändern und dadurch in die Persönlichkeit eingreifen. Jedes Gehirn ist anders, und welche Substanz in welcher Dosierung welche Effekte hat, wird von Person zu Person neu durchprobiert. Die Behauptung, dass die Persönlichkeit unverändert bliebe, trotz erheblicher Veränderung von Erleben, Fühlen und Handeln, lässt sich meines Wissens nicht belegen. Wer jedoch in Fachliteratur und Studien nach persönlichkeitsverändernden Wirkungen sowohl von Antidepressiva als auch insbesondere von Neuroleptika sucht, kann an vielen Stellen fündig werden. Psychopharmaka werden in der Tat eingesetzt um Symptome zu bekämpfen. Wie erfolgreich diese Symptombehandlung im Einzelfall ist, lässt sich nicht vorhersagen. Studien mit Antidepressiva vom Typ SSRI haben zum Beispiel gezeigt, dass diese Mittel sich in der Wirksamkeit kaum von Placebos unterscheiden. Im Gegensatz zu Placebos muss mit einer ausgeprägten Absetzsymptomatik gerechnet werden, wenn die Einnahme dieser Mittel beendet wird. Die These, psychische Ausnahmezustände („Störungen", „Erkrankungen") seien auf ein Ungleichgewicht der Botenstoffe im Gehirn zurückzuführen, nutzt vor allem denen, die daran verdienen. Weder der Überschuss noch der Mangel an Botenstoffen lässt sich als Ursache von Störungen nachweisen. Bezeichnend ist, dass vor allem jene Behandlungsformen nachhaltige Ergebnisse erzielen, die ohne oder mit möglichst wenig Psychopharmaka-Einsatz auskommen.

Die dreisteste Lüge ist hier jedoch die Behauptung, dass Psychopharmaka nicht abhängig machen. „Jedes Psychopharmakon kann Entzugssymptome produzieren. Dies geschieht zum Teil, weil das Gehirn sich an das Psychopharmakon anpasst und es in einem abnormal kompensierten Zustand zurückgelassen wird, wenn die Dosis eines Medikaments reduziert wird oder das Medikament abgesetzt wird." schreibt der amerikanische Psychiater Peter Breggin(5). Ist es nicht naheliegend, von Abhängigkeit zu sprechen, wenn wir davon ausgehen müssen, dass beim Absetzen einer Substanz Probleme auftreten, die zuvor nicht vorhanden waren? Die Verharmloser*innen der Psychopharmaka können natürlich einwenden, dass bei einem Großteil der sogenannten Medikamente nicht sämtliche Kriterien der WHO-Definition von „Abhängigkeit" zutreffen, und dass vor diesem Hintergrund die Behauptung „die meisten Medikamente machen auch nach jahre- oder jahrzehntelanger Einnahme nicht abhängig" zwar als irreführend und missverständlich, jedoch nicht als Lüge gewertet werden sollte. Der Vollständigkeit halber sollten wir dann aber auch anfügen, dass diese Definition im Jahre 1987 den Erfordernissen des Marktes angepasst wurde – in Zeiten in denen die Genehmigungsverfahren für die neuen SSRI von der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA) bearbeitet wurden. Was sollen all diejenigen dazu sagen, die mit ansehen müssen, oder gar am eigenen Leib erleben, welche Probleme das Absetzen von Psychopharmaka auslösen kann und welchen Auswirkungen das verbunden ist? Wer warnt verantwortungsvolle Journalist*innen davor, bei dieser Werbekampagne gegen die „Stigmatisierung von Medikamenten" unhinterfragt abzuschreiben?(6)

Es ist an der Zeit, genauer hinzusehen und zu die Behauptungen zu hinterfragen, die uns von denjenigen, die an „Behandlung" und „Hilfe" verdienen, als „Tatsachen" aufgetischt werden. Risiken, Neben-Wirkungen und Alternativen müssen offen diskutiert werden und die Gefahren dürfen nicht verharmlost werden. Es ist ein Irrtum, zu glauben, dass für alle Formen ungewöhnlichen Verhaltens oder Erlebens die Psychiatrie zuständig sei, oder dass wir die Verantwortung über unser Leben an Ärzte, Apotheker oder Pharmaproduzenten abtreten könnten. Wir brauchen keine sozialpsychiatrischen Propagandaschriften, sondern vielfältige unterstützende Strukturen in unserer Gesellschaft. Das bisherige „Hilfe-" und „Versorgungs"system gehört dringend auf den Prüfstand. Ein Beginn wäre eine wirklich „faire" Diskussion, in der alle – auch die unbequemen – Tatsachen offen zur Sprache kommen.

(1) Der Ausdruck Neusprech (englisch: Newspeak) stammt aus dem Roman 1984 von George Orwell und bezeichnet eine Sprache, die aus politischen Gründen künstlich modifiziert wurde.
(…) Neusprech bezeichnet die vom herrschenden Regime vorgeschriebene, künstlich veränderte Sprache. Das Ziel dieser Sprachpolitik ist es, die Anzahl und das Bedeutungsspektrum der Wörter zu verringern, um die Kommunikation des Volkes in enge, kontrollierte Bahnen zu lenken. Damit sollen sogenannte Gedankenverbrechen unmöglich werden. Durch die neue Sprache bzw. Sprachregelung soll die Bevölkerung so manipuliert werden, dass sie nicht einmal an Aufstand denken kann, weil ihr die Wörter dazu fehlen. (Wikipedia)

(2) siehe Alice Halmi, http://www.irrenoffensive.de/foltersystem.htm :

(3) Neben der Bezeichnung „Psychiatrie-Erfahrene" könnten wir hier vielleicht noch von „Menschen mit psychiatrischen Diagnosen" sprechen – wenn denn überhaupt ein Begriff nötig sein sollte, um Menschen zu benennen, die das psychiatrische „Versorgungs-"-System in Anspruch nehmen oder diesem ausgesetzt sind.

(4) Thomas S. Szasz, 1960 - http://www.szasz-texte.de/texte/mythosgeisteskrankheit.html

(5) Breggin, Peter R. (2013):Psychiatric Drug Withdrawal - A guide for prescribers, therapists, patients, and their families.New York:Springer Publishing Company

(6) http://fairmedia.seelischegesundheit.net/dossiers : „***Der Themendienst ist Teil des Informationsdienstes des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit, in dem wir aktuelle Informationen aus dem Bereich der seelischen Gesundheit redaktionell zusammenstellen.*** Die Texte können Sie gerne übernehmen. Wenn Sie selber etwas zum Thema machen möchten: Bei den aufgelisteten Initiativen und Verbänden bekommen Sie Informationen aus erster Hand – von Betroffenen, Angehörigen oder Fachleuten. Möglich wird dieser Redaktionsdienst durch die Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit."

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Abs.: BPE e.V. Wittener Str. 87 44789 Bochum

An die WPA World Psychiatric Association

Ihr Zeichen:

Telefon: 0234/ 68 70 55 52
Email: vorstand@bpe-online.de

Datum: 28.12.2015

Ausladung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit fordern wir die World Psychatric Association auf, ihren Weltkongress 2017 nicht in Deutschland und schon gar nicht in Berlin abzuhalten.

Die deutsche Psychiatrie ist süchtig nach Gewalt. Wie die meisten Süchtigen leugnet und bagatellisiert sie diese Sucht. Selten genug reden deutsche Psychiater/innen über die von ausgeübte Gewalt. Falls es doch geschieht, wird immer das Ausmaß der Gewalt bagatellisiert und herunter gespielt.

Die Urteile von Bundesverfassungsgericht und Bundesgerichtshof 2011/12 gaben der deutschen Psychiatrie die historische Chance, zumindestens auf das Mittel der Zwangsbehandlung zu verzichten. Ein Mittel, dass der Folterbeauftragte des UN-Hochkommissariats als Folter gebrandmarkt hatte.

Was tat die deutsche Psychiatrie? Mittels ihrer guten Beziehungen zur Politik und einer verlogenen Pressekampagne wurde die durch die höchsten deutschen Gerichte monatelang verbotene Zwangsbehandlung rasch wieder legalisiert. Ein einziger deutscher Psychiater nutzte die ihm gebotene Chance und kommt seither ohne Zwangsbehandlung aus.

Wir können nicht beurteilen, ob sich die Psychiater/innen anderer Staaten besser als die deutschen Psychiater/innen verhalten. So etwas ist aus der Entfernung immer schwierig. Aber es gibt Ansätze in den Niederlanden, Großbritannien und Finnland, die, falls sie nicht nur geschickt gestreute Propaganda[1] sind, nachahmenswert sind. Nichts wird hiervon in Deutschland übernommen.

Von Berlin ging die Aktion T4 aus. Das war die Ermordung der sogenannten Geisteskranken und der sogenannten geistig Behinderten. Dieser Massenmord war die Blaupause für die anschließende Ermordung der europäischen Juden sowie der europäischen Sinti und Roma.

Falls Sie trotzdem nach Berlin kommen, werden wir all unsere Kraft aufbieten Ihnen die Maske des Helfers (der Helferin) vom Gesicht zu reißen.

Der geschäftsführende Vorstand des BPE e.V.

[1] Was die Psychiatrie am besten kann, ist ihre Untaten der desinteressierten Öffentlichkeit via Massenmedien als Hilfe zu verkaufen,

Am 30.November 2015 wurde der 7. Kölner Innovationspreis Behindertenpolitik (/KIB/) durch die Oberbürgermeisterin Henriette Reker vergeben. *Die Anlaufstelle Rheinland des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener LPE NRW wurde mit dem 2. Platz ausgezeichnet.* Der***/KIB/* wird verliehen, um Menschen mit und ohne Behinderung zu ehren, die sich für die Lebenssituation und die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen in Köln einsetzen.

Mit der Dotierung stellt sich die Stadt Köln hinter die Anlaufstelle Rheinland für Psychiatrie-Erfahrene und *ehrt deren herausragendes Engagement* aus einer „schwierigen Position heraus", wie Dr. Günter Bell, Behindertenbeauftragter er Stadt Köln es ausdrückte. „Viele Mitmenschen, die psychiatrische Behandlung erfahren und erfahren haben, stehen vor einer Fülle von ungeklärten Fragen und suchen nach Antworten. Wir helfen uns selbst und gegenseitig, wir gehen mit unseren Krisen eigenverantwortlich um und tun dies alles mit großem Erfolg. Unsere Zielgruppe sind Psychiatrie-Erfahrene, aber auch deren Angehörige und Freunde finden zu uns. Grundsätzlich steht unser Angebot jedermann offen." erklärt Martin Lindheimer, Selbsthilfekoordinator der Anlaufstelle.

/"Peer Counseling im Rheinland"/heißt die Projektförderung, aus der die Anlaufstelle noch bis 2017 vom Landschaftsverband Rheinland (LVR) gefördert wird. „Unser gesamter *Förderbedarf ist geringer als die Kosten für ein einziges Psychiatrie-Bett!*" führt Lindheimer aus.

Das renommierte PROGNOS Institut und die Universität Kassel untersuchen derzeit, wie die Beratung von Gleich zu Gleich genau wirkt. Ein Zwischenergebnis wurde bereits veröffentlicht: „*100% der Ratsuchenden hatten Vertrauen* in den Berater, sie konnten zu 100% offen reden und ihre Fragen wurden beantwortet. Am Ende stand, dass die Ratsuchenden jetzt besser wussten, was sie selbst wollten und welchen Schritt sie als nächstes gehen möchten. Die Beratung durch einen gleich Betroffenen machte Mut und gab Selbstbewusstsein."

Stellvertretend für die Anlaufstelle nahmen Helga, Walli, Claus und Martin Lindheimer eine Urkunde, einen Pokal und ein Preisgeld von 1.500 Euro entgegen. Als besondere Ehre durften sich anschließend ins Buch der Stadt Köln eintragen! Bleibt zu hoffen, dass es im Rheinland auch nach 2017 eine Kölner Anlaufstelle für Psychiatrie-Erfahrene geben wird.

Was die Anlaufstelle macht (siehe Flyer in der Anlage):

Neben der alternativen Krisenbegleitung gibt es bei uns wöchentlich drei gut besuchte offenes Cafés. Montags findet eine Psychopharmaka-Absetzgruppe statt. Dienstags trifft sich eine Selbsthilfegruppe junger Psychiatrie-Erfahrener. Einmal monatlich finden verschiedene Aktivitäten statt: Es wird kreatives Handwerk gemacht, es gibt eine „Achtsamkeitsgruppe „, und weitere Gruppen.

In etwas größeren Abständen tagen bei uns verschiedene Vereine und Gruppen aus dem Bereich der Psychiatrie-Betroffenen wie das Netzwerk Köln, der Verein „WoGe" mit seinen Bürgerhelfern und ehemalige EX-IN Ausbildungsteilnehmer. Fünf Wochenendworkshops und ein großer Selbsthilfetag wurden im Jahr 2015 von uns veranstaltet.

Kontakt: Anlaufstelle Rheinland, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener NRW, Graf-Adolf-Str. 7751065 Köln-Mülheim, Tel. 0221 / 964 76 875
Martin Lindheimer (Selbsthilfekoordinator) 0175 / 440 5504
www.psychiatrie-selbsthilfe-koeln.de

Hier ist die offizielle Mitteilung der Stadt Köln
http://www.stadt-koeln.de/politik-und-verwaltung/presse/koelner-innovationspreis-behindertenpolitik#

Laudatio BrückenPreis von Malu Dreyer

Sehr geehrte Herren, sehr geehrte Damen,

ich begrüße Sie alle sehr herzlich zu diesem schönen Anlass: Zur Verleihung des Preises „Engagement leben, Brücken bauen, Integration stärken in Zivil-gesellschaft und Kommunen in Rheinland-Pfalz“. Der „BrückenPreis“ wird in diesem Jahr bereits **zum achten Mal** verliehen. **Anliegen des BrückenPreises** ist es, den Engagierten in unserem Land Dank zu sagen und ihre Arbeit öffentlich zu würdigen. Auf diese Weise werden zudem kluge Ideen und neue Ansätze sichtbar und laden zur Nachahmung ein.

Der Brückenpreis stellt dabei eine Seite des bürgerschaftlichen Engagements in den Mittelpunkt, die mir besonders wichtig ist: Bürgerschaftliches Engagement stärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Es verbindet Menschen und baut Brücken zwischen verschiedenen Gruppen und Lebenswelten. Es ist damit ein wichtiger Faktor **gesellschaftlicher Integration**.

Es gibt sicherlich viele Wettbewerbe, Preise und Auszeichnungen für Ehrenamt und freiwilliges Engagement. Aber diese **brückenbauende Seite** des Engagements erfährt bislang noch nicht die Aufmerksamkeit und Würdigung, die sie verdient. Der BrückenPreis soll genau dies herausstellen. Bürgerschaftliches Engagement entfaltet soziale Bindekraft, die unsere Gesellschaft zusammenhält.

In diesem Jahr haben wir diese Kräfte besonders eindrucksvoll in der **ehrenamtlichen Flüchtlingshilfe** erleben können. Das Engagement für Flüchtlinge stand daher auch **zu Recht im Mittelpunkt** der öffentlichen Aufmerksamkeit. Und auch mit der heutigen Preisverleihung möchte ich das Ehrenamt für die zu uns kommenden Flüchtlinge ehren und würdigen.

Gleichwohl dürfen wir nicht vergessen, dass es **in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen ein ebenso reiches Engagement** gibt, auf das sich vielleicht nicht immer ein großes Scheinwerferlicht richtet. Mit dem Brückenpreis will ich daher ausdrücklich die Vielfalt **ehrenamtlichen Engagements** in unserem Land sichtbar machen, es wertschätzen und öffentlich anerkennen.

Gesellschaftliche Integration ist etwas, was nicht allein durch die Politik gewährleistet werden kann – sie gelingt dort, wo Menschen anpacken, Mut haben, eine Idee zu verwirklichen, wo Menschen Verantwortung übernehmen und sich engagieren.

Es ist sehr erfreulich, dass in Rheinland-Pfalz immer mehr Menschen in diesem Sinne aktiv sind. **41 % der Bürger und Bürgerinnen engagieren sich freiwillig** in Vereinen, Verbänden, Initiativen und Stiftungen. Unser Land liegt damit im bundesweiten Vergleich an der Spitze. Darauf können wir sehr stolz sein.

Die gesellschaftliche Integrationskraft des bürgerschaftlichen Engagements wird besonders deutlich im Miteinander **von Menschen mit und ohne Behinderung**, in **der Begegnung**

und im Dialog von Jung und Alt sowie im **gemeinsamen Tun von Engagierten unterschiedlicher Herkunft, Sprache und Hautfarbe**. Durch gemeinsames Engagement werden **Grenzen** überwunden und wichtige Beiträge im **Kampf gegen soziale Ausgrenzung, Benachteiligung und Diskriminierung** erbracht. Diese wichtigen Dimensionen greift der Brückenpreis mit eigenen Kategorien auf.

In diesem Jahr haben wir in ganz besonderer Weise erleben dürfen, wie sehr Bürger und Bürgerinnen Verantwortung übernehmen und sich aus eigenem Antrieb, aus Betroffenheit, Mitgefühl und Anteilnahme für die zu uns kommenden **Flüchtlinge** einsetzen und mit ihrem Engagement ein eindrucksvolles Zeichen des **Willkommens** gesetzt haben. In Deutschland und in der Welt gab es dafür viel Achtung und Anerkennung. Auch ich will dieses Engagement heute mit **zwei Sonderpreisen** ehren.

Seit 2012 wird der Brückenpreis gemeinsam mit dem bisherigen „Kommunalen Ehrenamtspreis“ ausgeschrieben und vergeben. Daher vergeben wir den Preis in weiteren Kategorien, die die **besondere Rolle der Kommunen** für das ehrenamtliche Engagement und die Engagementförderung würdigen sollen. Hierzu gehören Aufgaben der Bürgerbeteiligung und gesellschaftlichen Partizipation, der Anerkennungskultur wie auch Strukturen der Engagementförderung vor Ort. Die **Anforderungen und Kriterien** des Preises sind sehr anspruchsvoll. Gefragt wird nach den erzielten Integrationseffekten, nach der Modellhaftigkeit der Projekte, aber auch nach der Anzahl der freiwillig Engagierten und den erreichten Adressaten. Trotz der hohen Messlatte ist die Ausschreibung erneut auf **große Resonanz** gestoßen. Mit **insgesamt 77 Bewerbungen und Vorschlägen** erfreut sich der BrückenPreis auch in 2015 großer Beliebtheit.

Allen Projekten, auch denjenigen, die heute nicht ausgezeichnet werden, sei an dieser Stelle **ganz herzlich gedankt** – für die Bewerbung sowie ihre Arbeit vor Ort. Viele von ihnen hätten den Preis verdient, aber nur neun der eingereichten Projekte können den „Preis für Integration durch bürgerschaftliches Engagement in Zivilgesellschaft und Kommunen in Rheinland-Pfalz“ erhalten.

Kategorie „Bürgerschaftliches Engagement gegen soziale Benachteiligung, Ausgrenzung und Diskriminierung“; Preisträger: Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (LVPE) ist ein gemeinnütziger, eingetragener Verein **für von psychischen Erkrankungen – aktuell oder auch früher – betroffenen Menschen**. Gegründet aus bestehenden Selbsthilfegruppen in Mainz, Landau und Trier engagiert sich der Verband schon seit **20 Jahren** für die Gleichstellung von psychisch und somatisch erkrankten Menschen.

Auf der Basis rein ehrenamtlicher Arbeit bietet der Verband allen betroffenen Menschen **Beratung und Hilfe** an. Dabei arbeitet er eng zusammen mit der Rhein-Mosel Fachklinik in Andernach, der Rhein-Hessen Fachklinik in Alzey, dem Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier und dem Pfalzklinikum für Psychiatrie und Neurologie in Kaiserslautern und Rockenhausen. Neben der Beratung fördert und unterstützt der Verband auch den Einsatz von **Genesungshelfern** vor Ort. Hierfür hat er 2014 eine besondere **Ex-In-Ausbildung** organisiert, deren Ziel die Einbeziehung der Expertise von Psychiatrieerfahrenen in das Hilfe- und Unterstützungsangebot ist. Genesungshelfer sind arbeitssuchende ehemalige Patientinnen und Patienten, die nach der Ausbildung zunächst ehrenamtlich arbeiteten und inzwischen von den Krankenkassen bezahlt werden.

Die Mitglieder des Verbands organisieren zudem **Fachtagungen** zu aktuellen Themen wie Krisenintervention im ländlichen Raum oder zu neuen Wegen der Arbeit mit psychisch Kranken. Der Verband erarbeitete **Empfehlungen** für eine frauengerechtere Psychiatrie, zu Sucht und Psychose, zu Wohnen und Betreuung sowie zum Recht auf Sexualität.

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. ist ein wichtiger **Interessenvertreter** von psychisch erkrankten Menschen und gleichzeitig entscheidender **Impulsgeber** für die Weiterentwicklung der fachlichen und fachpolitischen Arbeit für und mit psychisch Erkrankten. Er ist daher auch auf der politischen Ebene sehr aktiv und arbeitet intensiv mit im Landespsychiatriebeirat und seinen Arbeitskreisen, in regionalen Psychiatrie- und Behindertenbeiräten, im Landesbeirat zur Teilhabe behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz, im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, im Dachverband Gemeindepsychiatrie sowie in der Ethikkommission des Pfalzklinikums Klingenmünster.

Nicht zuletzt ist auch die **Öffentlichkeitsarbeit** ein wichtiges Anliegen des Landesverbands Psychiatrieerfahrener. So gibt der Verband regelmäßig die Zeitschrift „Leuchtfeuer“ heraus und seine Homepage wurde allein in 2014 über 400.000 Mal aufgerufen.

Dieses besondere Engagement für die Anliegen psychisch erkrankter Menschen verdient allerhöchsten Respekt und Anerkennung. Ich möchte es heute mit dem Brückenpreis 2015 in der Kategorie **„Bürgerschaftliches Engagement gegen soziale Benachteiligung, Ausgrenzung und Diskriminierung“** würdigen.

Zur Preisübergabe werden nach vorn gebeten:

Für das Projekt:
Franz-Josef Wagner
Wolfgang Kluck
Gesine Naroska
Frank Rettweiler
Melanie Schneider
Hans-Winfried Krolla
Irmgrad Krolla
Carsten Hoffmann
Erwin Feider
Oswald Bender

Auf politischer Ebene: Sts a.D. Dr. Richard Auernheimer

Schaut auf die geschlossenen Heime!

Bei der Diskussion um Zwang und Gewalt in der Psychiatrie gibt es einen blinden Fleck

Von Franz-Josef Wagner, Rheinlanf-Pfalz

Seit dem Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 23. März 2011 sind die Fachzeitschriften gefüllt mit Artikeln zur psychiatrischen Zwangsbehandlung. Aus diesem Grund sprießen seit einigen Jahren auch Deeskalationsseminare aus dem Boden. Aber die meisten gehen an dem zentralen Problem vorbei wie die wenigen vorhanden Zahlen zumindest in Rheinland-Pfalz zeigen: In der Berufsgenossenschaft für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege (BGW) der Bezirksstelle Delmenhorst wurden zwischen April 2000 und Juni 2001Verletzungen von Mitarbeitern durch Übergriffe von Patienten auf das Personal, gemeldet: in der Psychiatrie 4,23 pro Mitarbeiter und Jahr, in der Somatik 2,75 und in den Heimen 8,18.

Das Problem von Zwang und Gewalt gibt es nicht nur in der Psychiatrie – hier wird es aber am häufigsten diskutiert. Wolfgang Bayer vom der DGSP-Fachausschuss »Menschen in Heimen« hatte schon 2012 auf die Problematik »Geschlossene Unterbringung« hingewiesen. Aber weder bei der Tagung »Verantwortung übernehmen für die Schwierigsten« im gleichen Jahr noch im Arbeitskreis der DGSP wurde die Aggression zwischen Patient und Personal (und umgekehrt) oder zwischen Patient und Patient angesprochen oder diskutiert. In der wissenschaftlichen Literatur verweist man dagegen immer wieder auf den Zusammenhang von psychiatrischer Störung des Patienten und Zwangsmaßnahmen durch das Personal auf den stationären, psychiatrischen Stationen. Wie aus der Statistik der BGW der Bezirksstelle Delmenhorst zu entnehmen ist, kommt das Problem aber weit weniger in der psychiatrischen Klinik als in den Heimen vor – hier sind doppelt so häufig Verletzungen gemeldet. Dies verweist darauf, dass das Thema Gewalt in erster Linie ein Problem der langfristigen Betreuung ist und dass die Interaktion zwischen Betreuenden und Betreuten sich ändern muss.

Besuchskommissionen in Heimen

Gemäß des PsychKG Rheinland-Pfalz sind Projekte der Selbsthilfe in die Versorgung psychisch kranker Personen einzubeziehen. Daher will sich der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz auch an der allgemeinen Deeskalationsdebatte beteiligen. Der Landesverband ist bereits in einigen Besuchskommissionen in der stationären Psychiatrie sowie in der Besuchskommission der Forensik als Mitglied bestellt. Dass fordern wir auch für die geschlossenen Heime.

Nach mündlichen Informationen sind mindestens 10% der Heimplätze in Rheinland-Pfalz geschlossene Heimplätze. Es ist davon auszugehen, dass sie zu einem beträchtlichen Teil von Menschen aus anderen Bundesländern belegt sind und dass Menschen aus Rheinland-Pfalz in geschlossenen Heimen anderer Bundesländer untergebracht sind.

Um Transparenz in die Diskussion zu bringen haben wir fünf Fragen an das zuständige Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz gerichtet:

- Wie hat sich die Zahl der Rheinland-Pfälzer in den belegten Wohnheimen entwickelt?
- Wie viele Rheinland-Pfälzer leben in Heimen außerhalb von Rheinland-Pfalz und wo sind diese Einrichtungen? Sind Ihnen die Gründe für die Belegungen außerhalb von Rheinland-Pfalz bekannt?
- Wie lange befinden sich die Menschen mit Behinderungen bereits in diesen Einrichtungen?
- Wer hat die Belegung veranlasst (Selbst, Betreuer, Angehörige, Richter, Arzt, sonstige)? Nach welcher Grundlage ist dies geschehen (PsychKG, BGB, sonstige)?
- Wie hat sich die Anzahl der Menschen mit Behinderungen in SGB XII-Einrichtungen in den letzten zehn Jahren entwickelt? Insbesondere interessiert hier auch die Anzahl der Menschen, die auf Grund ihrer Behinderung in einer Altenhilfeeinrichtung leben, aber nicht dem eigentlichen Klientel entsprechen, die zum Beispiel jünger als 65 sind?

Diese Fragen sind bis dato noch nicht beantwortet, es wurde auf die schwierige Datenauswertung verwiesen. Entsprechende Erkenntnisse könnten über trialogisch besetzte Besuchskommissionen in Heimen für psychisch Kranke eingeholt werden . Damit könnte langfristig das Aggressionspotential in den Heimen abgebaut und ein Vertrauensverhältnis entstehen, dass Zwang und Gewalt wenn nicht verhindern, so doch mindern wird .

Wie Vertrauen schaffen?

Peer-to-Peer-Beratung: In der Psychiatrie sollen seit Kurzem die Patienten als Partner verstanden und nicht mehr bevormundet werden. Diesen Wandel unterstützt der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener mit der EX-IN-Ausbildung: Psychiatrie-Erfahrene werden vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen geschult und für die gemeindenahe Psychiatrie als Genesungshelfer qualifiziert. Leider ist diese Einstellung bislang erst bei wenigen Mitarbeitenden der klinischen und der Gemeindepsychiatrie angekommen.

Peer-to-Peer-Beratung kann das Umdenken bei der Akutbehandlung einer Klinik fördern. Durch regelmäßige Besuche des Genesungshelfers kann ein Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Personal aufgebaut und etwa die Schließung der Türen um mehrere Tage oder gar Wochen verringert werden. Aggressionen und Zwangsmaßnahmen werden insgesamt weniger, sodass die Vision einer offenen Akutstation umsetzbar erscheint.

Behandlungsvereinbarungen: Bereits 1997 hat der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener die Bielefelder Behandlungsvereinbarung in den Landespsychiatriebeirat in Rheinland-Pfalz gebracht. Obwohl Landesärztekammer und Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen die Einführung der Vereinbarungen befürworteten, ist es zunächst nur an der Universitätsklinik in Mainz geschehen,

inzwischen können auch an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik Alzey sowie dem Pfalzklinikum Klingenmünster, Kaiserslautern und Rockenhausen Behandlungsvereinbarungen abgeschlossen werden.

Behandlungsvereinbarungen können einen positiven Beitrag zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen leisten, wie Untersuchungen in England nachgewiesen haben.

Psychiatrie-Erfahrene müssen sich vor der Entscheidung, eine Behandlungsvereinbarung zu unterschrieben, mit der eigenen Erkrankung realistisch auseinandersetzen. Vor der Unterschrift muss ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und der Klinik (medizinischer Leiter, Pflegedirektion und Therapieangebote) aufgebaut werden. Nur in diesem positiven Verhältnis können medizinische, pharmakologische, pflegerische und therapeutische Angebote ab-

gelehnt oder auch eingefordert werden.

Durch die Formulierung einer Behandlungsvereinbarung wird einer Eskalation vorgebeugt. Die häufige Fehleinschätzung von Psychiatrie-Erfahrenen, die sich als »die guten Menschen« sehen wollen und während die Professionellen die »schlechte Menschen«, die mit Zwang drohen und Macht ausüben, wird auch durch eine vorsorgliche Vereinbarung für den Fall einer Behandlung abgebaut. Psychiatrie-Erfahrene können so erfahren, warum die Pfleger und die Ärzte zu traumatischen Mittel griffen, fixierten oder Ausgangsbeschränkungen verhängten. In der Auseinandersetzung mit der letzten traumatischen Behandlung kann mit der Klinik eine bessere Regelung für künftige Behandlungen getroffen werden. Manchmal kann schon eine Tasse Milch und ein Gespräch mit einer ausgewählten Person Spannungen abbauen und zur Umsetzung therapeutischer Maßnahmen ohne Zwang und Gewalt führen.

Auch die Klinik profitiert von der Umsetzung der Behandlungsvereinbarung. Mit der beiderseitigen Behandlungsvereinbarung kann die Qualität der klinischen Versorgung verbessert werden. Unter Qualität ist die Offenheit und Sensibilisierung des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Personals für eine empathische Herangehensweise zu verstehen. Sie verhindert eine erneute Traumatisierung durch Zwangsmaßnahmen und reduziert damit Verweildauer und Frequenz der stationären Aufenthalte. Personalkapazitäten können zunehmend auf ambulante Versorgung verlagert werden.

Ein Schritt in die richtige Richtung wäre, wenn die Kliniken ihre Statistiken über Zwangseinweisungen, Zwangsmaßnahmen, Todesfälle usw. veröffentlichen würden und die psychiatrischen Heime ihre Klienten motivieren würden, Behandlungsvereinbarungen mit der zuständigen Klinik abzuschließen.

Mehr Transparenz

Ziel des LVPE RLP e.V ist es, eine qualitative und transparente, gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz aufzubauen, in der das Thema Zwang und Gewalt offen diskutiert und analysiert wird. Voraussetzung ist die Transparenz der Strukturen sowie der ablaufenden Prozesse. Dazu gehört auch die Aufarbeitung der Heimstrukturen und der in den Heimen angewandten Zwangsmaßnahmen. Neben der Eingrenzung der Zahl geschlossener Heime und der Konzipierung eines auf Wiedereingliederung konzentrierten geschlossenen Heimangebots gehört auch die Ambulantisierung von Heimstrukturen auf die Agenda. Ziel der Aufarbeitung von Heimstrukturen ist es, Kommunikation auf Augenhöhe zu realisieren, sowie Gewalt und Menschenrechtsverletzungen zu vermeiden. Hierzu gehört auch die sozialversicherungspflichtige Anstellung von psychiatrie-erfahrenen EN-IN-Mitarbeitern nicht nur in stationäre Angebote, sondern auch in ambulanten Angeboten.

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/default.aspx?sid=900313&cm_mmc=Newsletter-_-Newsletter-C-_-20151203-_-Recht

Ärzte Zeitung, 03.12.2015

Urteil zu Zwangsunterbringung

Gefährdungsprognose muss wasserdicht sein

25.000 Euro Schmerzensgeld erhält ein Patient wegen einer Zwangsunterbringung. Denn die ärztlich behauptete Eigen- und Fremdgefährdung lag nicht vor.

KARLSRUHE. Ärzte dürfen nicht vorschnell eine Eigen- oder Fremdgefährdung behaupten, um Psychiatriepatienten in der Klinik halten zu können.

Sonst sind hohe Schmerzensgeldansprüche gerechtfertigt, wie jetzt das Oberlandesgericht Karlsruhe entschied. Konkret sprach es einem Patienten für knapp zwei Monate rechtswidriger Unterbringung 25.000 Euro zu.

Der damals 38-Jährige wurde im Juni 2007 von Polizeibeamten in eine psychiatrische Klinik gebracht. Die Ärzte beantragten beim zuständigen Amtsgericht Konstanz die Anordnung der Unterbringung wegen einer „Psychose mit Verfolgungswahn“.

Es sei von „Fremd- und Eigengefährdung“ auszugehen. Das Amtsgericht gab dem statt und ordnete die Unterbringung an. Knapp zwei Monate, bis Mitte August, musste der Mann gegen seinen Willen in der Klinik verbringen. Während dieser Zeit wurde er zwangsweise medikamentös behandelt.

Gegen seine Unterbringung hatte der Mann später Beschwerde eingelegt. Das Landgericht stellte fest, dass die Unterbringung rechtswidrig war.

Fehlerhafte Gefährdungsprognose

Die Gefährdungsprognose sei fehlerhaft gewesen, und die Voraussetzungen des Unterbringungsgesetzes hätten daher nicht vorgelegen. Von der Klinik verlangte der Mann nun Schadenersatz. Zu seiner rechtswidrigen Unterbringung sei es nur aufgrund fehlerhafter ärztlicher Zeugnisse gekommen.

Während das Landgericht Konstanz erstinstanzlich noch keine Pflichtverletzung der Ärzte erkennen wollte, sprach das Oberlandesgericht Karlsruhe dem Mann nun 25.000 Euro Schmerzensgeld zu.

Bei der Ausstellung der für die Unterbringung notwendigen Zeugnisse hätten die Ärzte „grundlegende fachliche Standards missachtet“, erklärte das OLG zur Begründung. Für eine Gefährdungsprognose im Sinne einer Eigen- und Fremdgefährdung habe es keine Grundlage gegeben.

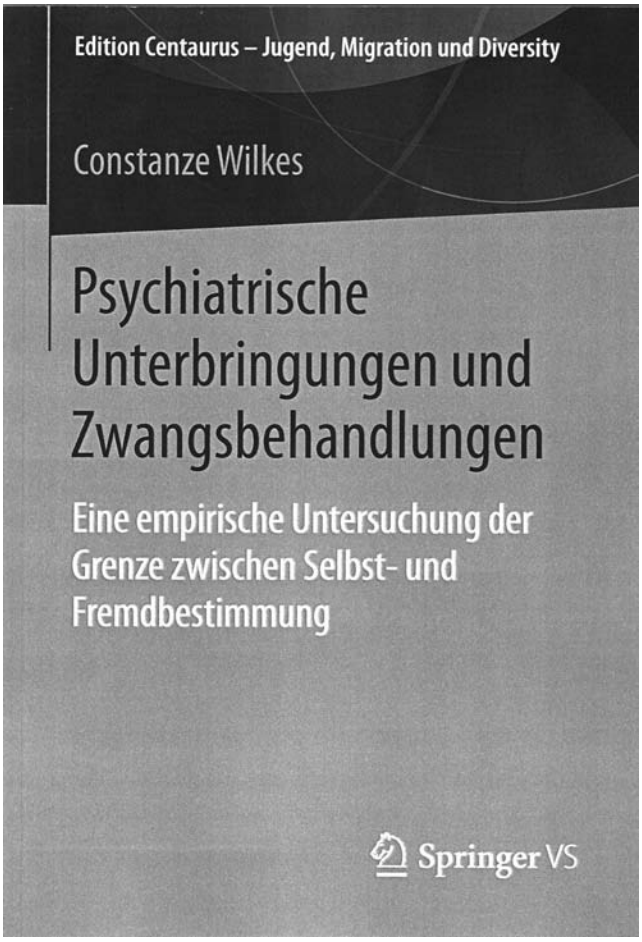
Ob der Patient tatsächlich psychisch krank und behandlungsbedürftig war, spiele dabei keine Rolle, betonten die Karlsruher Richter. Denn ohne Eigen- oder Fremdgefährdung rechtfertige auch eine solche Erkrankung keine zwangsweise Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik.

Die Revision gegen dieses Urteil ließ das OLG nicht zu. Die Klinik kann dagegen aber Nichtzulassungsbeschwerde beim Bundesgerichtshof in Karlsruhe einlegen. (mwo)

Az.: 9 U 78/11

Rezension

Constanze Wilkes: Psychiatrische Unterbringungen und Zwangsbehandlungen. Eine empirische Untersuchung der Grenze zwischen Selbst- und Fremdbestimmung



In ihrer Studie, eigentlich einer sozialarbeiterischen Bachelor-Arbeit (und dafür von beeindruckender Breite), lotet Constanze Wilkes das Spannungsfeld Sozialarbeit in der Psychiatrie aus mit dem Anspruch, die Praxis des Zwangs in der Psychiatrie zu untersuchen und Patientenautonomie zu fördern. Das Ziel ihrer Arbeit, so ihre eigenen Worte, bestehe darin, „... den Umgang mit der Grenze zwischen Selbst- und Fremdbestimmung unter Einbeziehung von sozialarbeiterischen, juristischen, psychologisch-psychiatrischen und ethisch-philosophischen Aspekten multiperspektivisch und interdisziplinär auszuleuchten und insbesondere die subjektive Sicht der Beteiligten zu eruieren.“ Dazu erörtert sie in übersichtlicher Weise die rechtlichen Bedingungen von Betreuung und Unterbringung nach PsychKG (am Beispiel von Nordrhein-Westfalen) und BGB, von Fixierung, Zwangsbehandlung sowie Schutzmöglichkeiten vor Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte. Diese Erörterung macht einen sorgfältigen Eindruck, sieht man davon ab, dass die rechtlichen Bestimmungen ausgeblendet bleiben, die sich aus der UN-Behindertenrechtskonvention ergeben. Ihre kurze Einführung in die Psychopharmakologie hätte sich die Autorin besser sparen sollen; es handelt sich um eine unkritische Wiedergabe von Informationen der Pharmaindustrie. Der empirische Teil ihrer Arbeit, fast 100 Seiten, ist eine Darstellung von sieben leitfadengestützten, halbstandardisierten qualitativen Einzelinterviews, in denen sich Interviewpartner über vollzogene oder erlittene psychiatrische Zwangsmaßnahmen äußern. Hiernach folgt die Auswertung und Diskussion, die sich unter anderem mit der unterschiedlichen Bewertung von Zwang durch Anwender und Objekte des Zwangs befasst, dem Leiden von Profis, wenn sie wegen rechtlicher Beschränkungen keine Zwangsmaßnahmen vollziehen können, und den Argumenten pro und contra Zwang. Das Buch schließt mit Handlungsempfehlungen für die Forschung, für Betroffene (nutzerkontrollierte Forschung ist für sie offenbar kein Thema) und für psychiatrisch Tätige. Sie empfiehlt letzteren, sich über die Rechtslage informieren und sich auszutauschen, um in Zwangssituationen mehr Handlungssicherheit zu haben. In ihrer unentschiedenen Haltung, die gleichzeitig die einflusslose Position von Sozialarbeitern in der Psychiatrie widerspiegelt, rät sie gleichzeitig, Patienten in Zwangssituationen menschliche Zuwendung und Begleitung anzubieten. Die Auseinandersetzung mit diesem Widerspruch in sich – Zuwendung bei gleichzeitiger Menschenrechtsverletzung – findet im Buch leider nicht statt. Um die Position von Patienten zu stärken, regt sie an, dass es zukünftig ein Arbeitsfeld für Sozialarbeiter sein könnte, ihr Klientel durch ausgewogene Informationen ergebnisoffen beim Verfassen von Vorausverfügungen zu unterstützen. Voraussetzung dafür, diesen durchaus sinnvollen Vorschlag umzusetzen, wäre für mich allerdings, dass Sozialarbeiter sich der Einseitigkeit ihrer psychiatriegenehmen Informationen über Psychopharmaka und deren Zusammenhang mit der um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verminderte Lebenserwartung von Psychiatriepatienten bewusst würden. Dies könnte möglicherweise zu etwas mehr Parteilichkeit für die wehrlosen Patienten führen – eine generelle Aufgabe der Sozialarbeit, auch in der Psychiatrie.

P.S. Für seine 228 Seiten ist das Buch irrwitzig teuer.

Kartoniert, 228 Seiten, ISBN 978-3-658-11143-4. Wiesbaden: Springer Fachmedien 2016. € 39.99

Peter Lehmann

Die heilende Haltung

Ein offenes Gesicht
Augen, die sagen:
„Du bist ein Mensch –
und kein Fall!“

Klare Worte,
die auch mal von sich erzählen!
Die Einsicht:
Auch **ich** kann verrückt werden!

Kein Mitleid, kein Spott –
Nur reges Interesse!

Annette Wilhelm

Die Selbsthilfe ist das Herz und die Seele der Psychiatrie-Reform

Frank Rettweiler und Franz-Josef Wagner besuchten die Jahrestagung der APK

Psychiatrie-Erfahrung als Potenzial und Ressource

Das Erfolgreichste an der Psychiatriereform ist die Selbsthilfe. Mit dieser Einschätzung am Rande der Jahrestagung der Aktion psychisch Kranke (APK) erreichte Klaus Dörner die Herzen vieler Teilnehmenden. Die Selbsthilfe war ursprünglich kein explizit gewolltes Kind der Reform, eher Ausdruck eines tiefen Bedürfnisses der Beteiligten nach der Geburt von etwas Neuem. Dieses etwas andere Kind hat sich bis heute so weit entwickelt, dass seine Kreativität und Andersartigkeit in vielen Feldern Unterschiede einführt, die maßgeblich zur Wandlung des bisherigen Ganzen beitragen. Viele halten die Selbsthilfebewegung bereits für das Herz und die Seele einer jeden Weiterentwicklung. Ihr Puls setzt zukunftsweisende Impulse. Ihr reiches Erfahrungswissen befruchtet die Rationalität der traditionellen Psychiatrie mit dem Geist einer wohltuenden Humanität und Lebendigkeit.

Bereits der Titel der Tagung »Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation« ließ erahnen, dass die diesjährige Tagung der Aktion Psychisch Kranke in Form und Inhalt andere Akzente setzen wollte als viele der vorausgegangenen Experten-Konferenzen. Folgerichtig bestand das Auditorium am 3. und 4. November in Berlin neben Experten aus den verschiedenen Fachgebieten der psychiatrischen Versorgung zu etwa einem Drittel aus Vertretern aus den Bereichen der Selbsthilfe einschließlich Angehörigenselbsthilfe. Am Rande der Sitzung diskutierten zahlreiche Betroffene die Frage der Gründung einer neuen bundesweiten Selbsthilfe-Organisation im Sinne eines »Dachverbands Selbsthilfe Psychiatrie«.

Eine Vielzahl der Vorträge und Workshops basierte auf dem Erfahrungswissen betroffener Experten. Diese von Hoffnung und Zuversicht getragenen Berichte handelten von Menschen auf ihren Wegen aus vermeintlicher Unheilbarkeit, von Auswegen aus Stigmatisierungsfallen und von einem wärmenden Umgang der gefühlten Kälte gesellschaftlicher Isolation, von der Überwindung äußerer und innerer Mauern sowie von der Umdeutung eigener psychischer Krise als Chance für sich und andere.

Ein weiterer Fokus in Fachvorträgen und Symposien lag auf der Bewertung der Auswirkungen der jüngeren gesetzlichen Neuregelungen zu Unterbringung und Zwangsbehandlung sowie auf Optionen einer verstärkten Umsetzung der Impulse der UN-Behindertenrechtskonvention Vielfach braucht es auch heute noch sehr viel Kreativität und Beharrlichkeit im Umgang mit den Barrieren gesellschaftlicher Bewertungen und Vorverurteilungen, denn eine psychische Krise gilt in zahlreichen Kontexten noch als Makel.

Psychiatrie-Erfahrung als Potenzial und Ressource

Die Geschichte der Selbsthilfe, der Hilfe zur Selbsthilfe, des »verwundeten Heilers« – eben des Heilers auf Basis eigener Erfahrung – ist ebenso alt wie die Geschichte der professionellen Heilkunst. In den unterschiedlichen Kulturkreisen und in verschieden Epochen der Menschheitsgeschichte gibt es Bilder und Erzählungen von Menschen, die persönliche Krisen bewältigen und diese Erfahrung nutzen, um anderen Menschen in ähnlichen Situationen hilfreich zur Seite zu stehen. Vielleicht ist es tatsächlich diese Vorstellung – die eigene Betroffenheit als Potenzial und Ressource anzusehen – die mache Betroffene veranlasst, ganz neue Lebens- und Berufswege einzuschlagen und die Selbsthilfe sowie die Hilfe zur Selbsthilfe zum Fixstern eines neudefinierten Schaffens zu machen. Sie machen aus ihrer eigenen Betroffenheit ihren Beruf oder ihre Berufung, häufig allen Widerständen und Stigmatisierungen zum Trotz. Sie hören so etwas wie eine innere Stimme, die die Richtung vorgibt und die Kraft verleiht. Diese Menschen machen die ihnen zugeschriebene Andersartigkeit zum Fundament ihrer konstruktiven Neuorientierung.

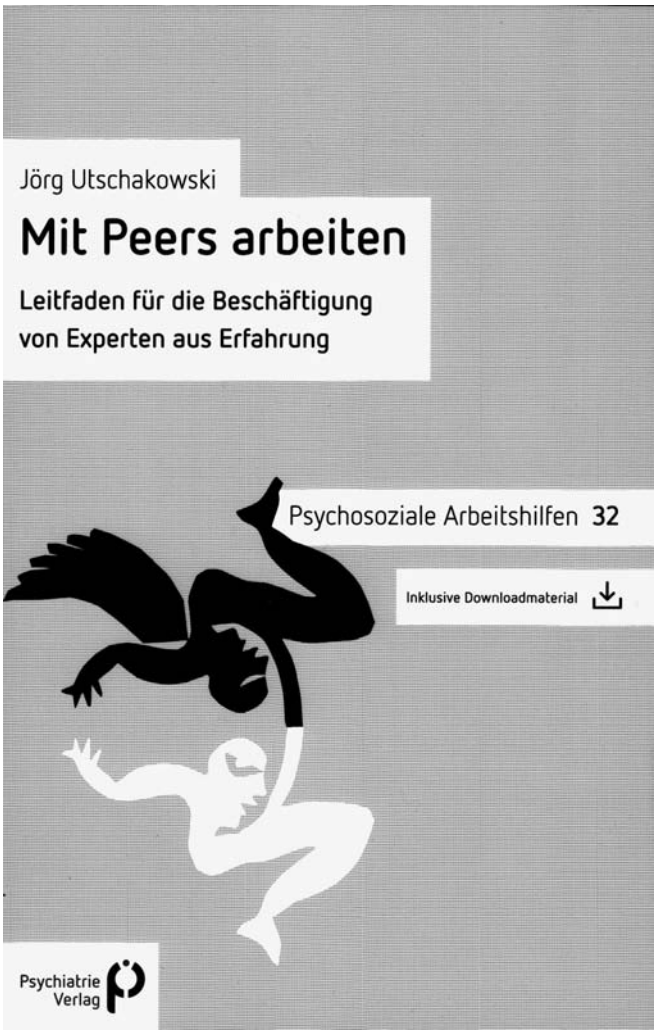
Für viele dieser Multiplikatoren nährte die Tagung die Hoffnung, dass es in nicht allzu ferner Zukunft noch besser gelingen kann, die vielerorts noch brachliegenden Potenziale zu nutzen. Denn viele Rückkehrer aus den dunklen und tiefen Tälern psychischer Erschütterungen fühlen sich aufgrund eigener Verletzungen veranlasst anderen zu helfen. Das tiefgreifende und oftmals existenzielle eigene Erleben verleiht ihnen die Fähigkeit, eher in Resonanz zu gehen mit den Erfahrungsberichten anderer Betroffener. Sie können verletzte Seelen deshalb so hilfreich auf ihrem Weg begleiten, weil sie selbst einen ähnlichen Weg quasi in den gleichen Schuhen gegangen sind. Einige wirken auf Menschen in psychischen Krisen authentischer und haben vielfach eine Vorbildfunktion. Der verloren geglaubte Sohn wird zum potenziellen Führer durch die Täler der Verzweiflung. Die Gemeinsamkeiten stärken die Beziehung, das Gefühl von Zugehörigkeit und nähren so den Glauben an sich und andere, eröffnen Räume der Hoffnung und Zuversicht und aktivieren dadurch brachliegende Selbstheilungskräfte.

In diesem Sinne gibt der Geist der Tagung Anlass zu der Hoffnung, dass künftig die Bereitschaft der Experten zunimmt, sich und andere durch ihr »Coming out proud« zu entstigmatisieren. Die langjährig ermutigenden Erfahrungen mit EX-IN-Programmen und der Genesungsbegleitung belegen, dass persönliche Recovery-Erfahrungen immer stärker zur Recovery des teilweise noch immer pathologisch anmutenden Systems beitragen können. Die weltweiten Erfolge der Empowerment-, der Recovery-, der Resilienz- und der Anti-Stigma-Bewegung scheinen jahrzehntelang bewährte Systemmauern ins Wanken zu bringen. Erfolgreiche Initiativen und Projekte wie die Mood-Tour der Deutschen Depressions-Liga oder die Bipolaris-Initiative öffnen Türen und machen Wege frei.

So hoffen wir, dass sich auch hierzulande die Einsicht durchsetzt, dass eine lösungsorientierte Perspektive auf heilsame Wege seelischer Entwicklung ohne die Impulse aus der Selbsthilfe-Bewegung kaum noch vorstellbar ist. Die Tagung kann ein Wegweiser auf dem Pfad zu einer echten Symbiose aus psychiatrischer Expertise und persönlichen Erfahrungswissens sein. Maßgeblich dafür werden die nächsten Schritte aller Beteiligter sein. Denn Wege entstehen letztlich erst beim Gehen.

Rezension

Jörg Utschakowski: Mit Peers arbeiten – Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung



Jörg Utschakowski, diplomierter Sozialarbeiter, Psychiatriereferent in Bremen und Initiator des EU-Projekts EX-IN, hat eine an psychiatrische Organisationen gerichtete Arbeitshilfe für die Anleitung und Integration von EX-INlern verfasst. Sie hilft, organisatorische Rahmenbedingungen zu klären, Aufgaben- und Arbeitsprofile der Peers zu erstellen und Integrationspläne zu erarbeiten. Weitere Themen sind die Kooperation von Genesungsbegleitern mit anderen psychiatrisch Tätigen, Fortbildungen, Gremienarbeit, Praktika, Gehalt, Personalbedarf, Förderung der Dialogkultur, Mentoren und Peersupervision. Der Autor spricht das Problem der Finanzierung der Ausbildung an und das Problem von blinden Flecken, die bleiben, wenn der eigene Erfahrungsschatz (bei EX-INlern) Grenzen aufweist und Unverstandenes zurücklässt.

Der Leitfaden soll helfen, Recovery und Empowerment in der Alltagspraxis zu festen Bestandteilen werden zu lassen. Wie das gehen soll, wenn die Bereiche „strukturelle Verweigerung einer Aufklärung über Behandlungsrisiken und -alternativen“, „Erholung von psychiatrischer Behandlung“, „Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie“, „Machtgefälle in der Psychiatrie“, „Psychiatrie als Ordnungsmacht“, „Schäden durch Elektroschocks“, „vorenthaltene Therapie behandlungsbedingter Traumata“ und „vorenthaltene Hilfen beim selbstbestimmten Absetzen von Psychopharmaka“ komplett ausgeklammert bleiben, bleibt dem Leser allerdings verborgen. Dass ausgerechnet EX-INler die großen Probleme der strukturellen Menschenrechtsverletzungen sollen, kann natürlich kein Mensch erwarten. Doch wäre es nicht eine Fürsorgepflicht in der Ausbildung und im Beschäftigungsleitfaden, die genannten Themen als ungelöste Probleme für die Arbeitspraxis zu benennen? So dass die EX-INler, wenn sie sich erwartungsvoll in die Praxis begeben, wissen, welchen Grenzen ihrem Engagement gesetzt sind, und sie nicht bei jedem Konflikt vor die Wand rennen? Aber wer würde sie mit einem kritischen Praxiswissen überhaupt noch einstellen?

Also werden im Leitfaden und in der Ausbildung beschränkte Wege erkundet und der begrenzte Entscheidungshorizont im sozialpsychiatrischen Sinn erweitert, damit die Klienten und Klientinnen der EX-INler selbstbestimmte Entscheidungen treffen können. Ein Kerngedanke von EX-IN sei, „... dass wir alle im Grunde wissen, was hilfreich ist.“ Diese Aussage verwundert: Wer definiert, was nach allgemeinem Wissen hilfreich ist? Gar hilfreich für alle? Sind wir nicht alle verschieden – so selbst eine gängige sozialpsychiatrische Losung –, haben also unterschiedliche Bedürfnisse? Ist es nicht bekannt, dass das, was der eine für sich als hilfreich definiert, vom anderen als Qual empfunden werden kann? Sind blinde Flecken vielleicht nicht nur bei den Ausgebildeten vorhanden?

Genesungsbegleiter hätten das Potenzial, so der Ausblick des Autors, die Psychiatrie zu bereichern und sie hilfreicher für die Betroffenen zu machen und mehr Respekt und Würde in die Psychiatrie einziehen zu lassen. Sein Optimismus ist lobenswert. Die Praxis wird zeigen, ob und wann Respekt und Würde mit dem Einzug in die Psychiatrie beginnen.

Kartoniert, 88 Seiten, ISBN 978-3-88414-625-5.
Bonn: Psychiatrie Verlag 2015. € 19.95

Peter Lehmann

Was mich schlaflos macht

Von Benjamin Bessert

Herr Doktor Nenchev, ich schlafe immer so schlecht. Ich liege im Bett und wälze mich hin und her. Manche Nacht kann ich auch gar nicht schlafen.

„Da weiß ich sofort, was Sache ist: Sie haben Schlafstörungen."

Das ist ja furchtbar. Ist das etwa Ihre Diagnose?

„Natürlich. Ich bin Arzt, ich stelle Diagnosen."

Das macht mir aber Angst! Ich glaube, jetzt kann ich noch schlechter schlafen.

„Das Menschen Angst vor der Psychologie haben, ist normal. Ich schreib Ihnen hier mal etwas auf." (nimmt einen Kuli, schreibt und murmelt) „Chloraldurat, 500mg, abends" (redet weiter) „Damit bleibt Ihr Schlaf wenigstens auf dem alten Stand. Also, falls Sie beim Schlafengehen immer an die Schlafstörungen denken."

Danke, Herr Doktor. Muss ich das jetzt immer nehmen?

„Nein, das ist nur für den Anfang."

OK, dann schadet es wenigstens nicht, dass ich Angst vor der Psychologie habe. Ist denn die Psychologie auch zu etwas nutze?

„Natürlich. Ich verschreibe Ihnen gleich mal eine zweijährige Gesprächstherapie. In Ihrem Fall scheint mir das angemessen. Da reden Sie dann zwei Stunden die Woche über alles, dann haben Sie abends wenigstens was, woran Sie beim Einschlafen denken können. Manchmal denken Sie dann auch tagsüber darüber nach."

Tagsüber denke ich ja gar nicht an die Schlaflosigkeit.

„Sagen Sie Schlafstörungen dazu. Sie sind krank. Das sollten Sie nicht leugnen, sonst wird alles nur noch schlimmer. Sie sollten sich schon an die richtigen Begrifflichkeiten halten. Das ist auch besser für die Therapie."

Gut, also an meine Störungen…

„Nun greifen Sie mal nicht vor. Bis jetzt haben Sie ja nur eine Störung: die Schlafstörung. Ihre anderen Störungen findet dann der Gesprächstherapeut raus. Da können Sie dann noch mehr drüber nachdenken. Das ist eine ganze Wissenschaft, das kann man jahrelang studieren. Wir finden schon die richtigen Worte für Sie, an die Sie denken können. Dann kommt der Schlaf wie von allein."

Ja, das würde ich mir wünschen. Aber, was ich eigentlich sagen wollte, ist ja, dass ich tagsüber gar nicht an meine Schlafstörung denke.

„Das geht dann wie von selbst, dass Sie daran denken. Vielleicht findet man auch raus, dass Sie gar nicht darüber nachdenken sollen. Aber ich bin Arzt, kein Therapeut. Also besprechen Sie das bitte dann dort, in der Therapie."

Und Sie meinen, ich habe noch mehr Krankheiten als diese Schlafstörung?

„Das findet man noch raus. Aber wir sind alle ein wenig krank. Das ist gar nicht so schlimm, das hat die Psychologie bereits herausgefunden."

Das ist wirklich sehr klug. Das habe ich noch gar nicht gewusst. Sie meinen also, es ist ganz normal, dass ich schlecht schlafen kann?

„Natürlich, aber dazu müssen Sie erst mal einsehen, dass Sie krank sind. Das das normal ist, erfahren Sie erst durch den Therapeuten am Ende der Therapie. Wenn Sie Glück haben." (lacht)

Ach, Herr Doktor Nenchev, da rede ich dann lieber mal mit meiner Frau darüber, wie ich zum Schlafen komme. Die hat manchmal auch ganz gute Ideen.

„Das ist der falsche Ansatz! Sie müssen da schon zu einem Fachmann – so wie mir."

Wissen Sie, im Mittelalter, da gabs diese Psychologie noch gar nicht. Da wurde den Menschen auch geholfen. Ein Schlaftee wäre vielleicht genau das Richtige.

„Wir leben aber nicht mehr im Mittelalter! Ich habe jahrelang studiert, um mit Ihnen dieses Gespräch führen zu können!"

Und kann ich denn dann von dem Chloraldurat schlafen?

„Nein, natürlich nicht, das hatte ich ja ganz vergessen." (nimmt den Kuli, streicht 500 mg wieder weg) „Da verdopple ich die Dosis. Damit schlafen Sie wie ein Murmeltier." (schreibt und murmelt) „1000 Milligramm."

Und von der Therapie kann ich dann wieder ohne Tabletten schlafen?

„Nein, das hängt ganz von Ihnen ab. Wir sind Ärzte und Therapeuten, keine Zauberer."

Aber hängt dass denn nicht schon jetzt von mir ab?

„Noch mal nein. Sie sind krank, sie sind auf Hilfe angewiesen. Dass ihre Schlafstörungen normal sind, findet erst der Therapeut raus."

Herr Doktor, ich glaube, jetzt habe ich meine Angst vor der Psychologie verloren. Wenn die dann raus findet, dass ich normal bin.

„Das wird seine zwei Jahre dauern. Aber wenn Sie keine Angst mehr haben, halbiere ich die Dosis eben wieder." (nimmt den Stift und krakelt die 1000 Milligramm durch) „Also, 500 Milligramm."

Und wenn ich mich dann zusätzlich auch noch krank fühle am Ende der Therapie, zusätzlich zu den Schlafstörungen?

„Dann sind Sie wenigstens einsichtig. Und Sie können sich sagen, dass wir alle ein wenig krank sind."

Gut. Ich fühle mich zwar noch nicht krank, ich schlafe bloß schlecht. Aber wenigstens weiß ich dann am Ende der Therapie, dass das normal ist, wenn ich mich krank fühle. Und von mir selbst hängt der Schlaf dann ja trotzdem noch ab.

„Sie haben es voll und ganz begriffen. Ich glaube, Sie sind auf dem besten Weg."

Außerdem ist es ja ganz normal, dass man Tabletten nimmt, wenn man sich krank fühlt.

„Richtig."

Ich dachte, ich bekomme das Chloraldurat nur zum Schlafen, nicht, weil ich mich krank fühle, denn das ist ja noch gar nicht der Fall.

„Wenn Sie sich mal krank fühlen, bekommen Sie noch ganz andere Sachen von mir. Das wird schon seinen Grund haben, wenn Sie sich krank fühlen."

Und kennen Sie dann den Grund?

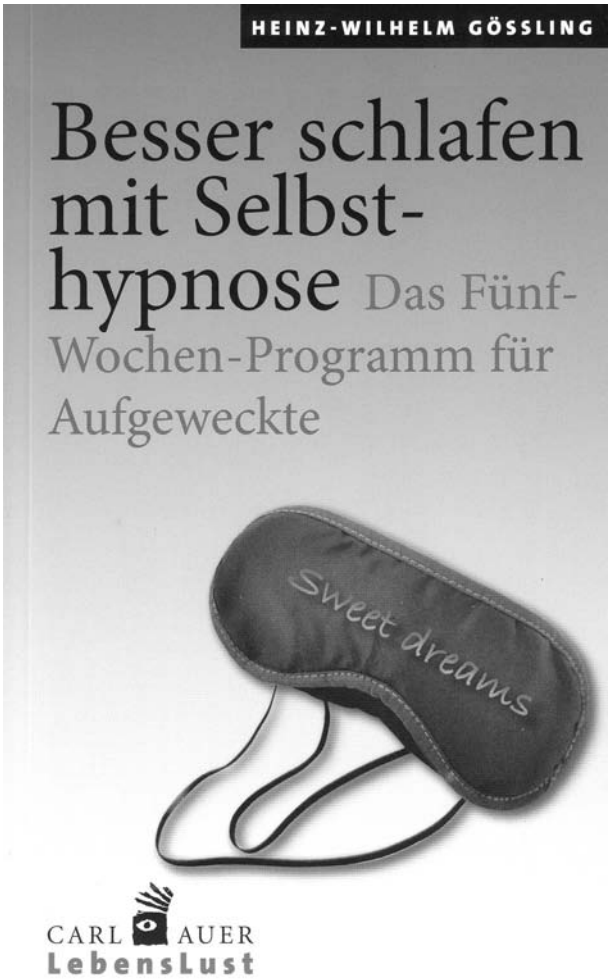
„Das findet dann der Therapeut raus. Nach dem gleichen System."

Herr Doktor, Gott sei Dank gibt es diese Psychologie!

benni@bessert.de

Rezension

Heinz-Wilhelm Gößling: Besser schlafen mit Selbsthypnose – Das Fünf-Wochen-Programm für Aufgeweckte



Das Buch des Psychiaters Heinz-Wilhelm Gößling aus Hannover will dazu beitragen, dass aus Schlafproblemen, unter denen viele Menschen leiden, keine Schlafstörungen werden. Gößling nennt eine ganze Reihe von Ursachen von Schlafproblemen; Psychopharmaka und Entzugserscheinungen sind allerdings nicht darunter. Nichtsdestotrotz können die von ihm genannten Übungen gemäß seiner Empfehlung in Absprache mit dem behandelnden Arzt als unterstützende Maßnahme hinzugezogen werden, man kann sie aber auch selbstständig praktizieren. Schlafprobleme soll man mit einer Reihe von Maßnahmen angehen, natürlich vernünftiger Ernährung, Verzicht auf aufputschende Getränke, mit diversen Verhaltensänderungen und Maßnahmen zum Stressabbau, auch durch Selbsthypnose. Diese beginnt damit, meditativ die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte innere Vorstellung oder auf eine bestimmte Bewegung lenken, dadurch gehe das Gehirn in einen besonders lernfähigen Zustand über. Das mit neurophysiologischen Ausführungen untermauerte Programm gliedert sich in fünf wöchentliche Schritte (Kreisende Gedanken abschalten / Biorhythmus nutzen / Inneres Konto ins Plus bringen / Mit Selbsthypnose mehr Tiefschlaf finden / Mit Aktiv-Wach-Selbsthypnose am Tag den nächtlichen Traumschlaf verbessern). Interessenten, die Internetzugang haben, können sich über die Internetseite www.besserschlafenmitselbsthypnose.de von Heinz-Wilhelm Gößling teils gratis („Liegestuhl am Strand"), teils gegen gute Bezahlung („Bedingungslose Selbstakzeptanz" u.v.m.) als MP3-Dateien herunterladen. Ich habe allerdings die Art der Artikulation, bei fast jedem zweiten Wort mit der Stimme hochzugehen, als ausgesprochen nervig empfunden. Beschränkt man sich auf das Buch, tritt das Problem natürlich nicht auf.

Kartoniert, 143 Seiten, ISBN 978-3-8497-0084-3.
Heidelberg: Carl Auer Verlag 2015. € 17.95

Peter Lehmann

campus-vivendi - Nachfolger des Maison de l'Espérance

(Haus der Hoffnung in Südfrankreich).

Martin Urban ist ausgestiegen, das Projekt hat jetzt einen neuen Vorsitzenden, der sich um die Gäste kümmert. Die beiden Häuser stehen jetzt für unsere Gäste wieder offen.

Das Projekt ist gut geeignet zur Nachsorge, zum Kraft sammeln, oder einfach nur zum Urlaub machen.

Der Aufenthalt ist sehr günstig. Die Flüge, wenn man zeitig bucht liegen bei 70,00 Euro - 100,00 Euro. Die Kosten für eine Woche Unterbringung und Verpflegung liegen bei 84,00 Euro

Es ist dort sehr schön es sind nur 30 Kilometer bis zum Strand und ca. 40 Kilometer bis nach Montpellier.

Es werden Ausflüge angeboten. Die Unterbringung erfolgt in Einzelzimmer.

Es wird keine Akutbehandlung angeboten.

Kontaktadresse für alle Anfragen und die Verwaltung/Leitung :
5 Place le Sol
F-34440 Nissan Lez Ensérune
Telefon fix: +33 4 67 37 41 86 T
elefon Mobil: +33 6 330 66 313
E-mail: dgabelde@gmail.com

Anreise:
Ryanair direkt-Flüge von Frankfurt-Hahn nach Montpellier oder Düsseldorf-Weeze nach Béziers/Agde
oder mit Fluglinie VOLOTEA (von Strasbourg nach Montpellier)

Tages- und günstige Nachtzüge (INTERCITÉS de nuit) Strasbourg-Montpellier oder beliebige Zugfahrt bis Sète oder Beziers (30 bzw.50 km hinter Montpellier).

Von diesen Flughäfen bzw. Bahnhöfen holen wir Sie gewöhnlich mit dem Auto ab.

Ryanairflug von Memmingen, Baden-Baden, Frankfurt-Hahn, Dortmund, Bremen nach Girona (Spanien) dort Bus zum Bahnhof und mit Zug nach Béziers (ca. 90 - 120 min.).

Zimmerkosten für Selbstzahler pro Übernachtung und Zimmer: 7 € = 49 € pro Woche. Wenn das Zimmer mit einem Partner geteilt wird zahlt dieser die Hälfte.

Verpflegung: für den gemeinsamen Einkauf rechnen wir 5 € pro Tag = Woche 35€.

Für einen vorübergehenden Aufenthalt ist es am besten, wenn das „Persönliche Budget" bei ihrem Sozialarbeiter beantragt wird.

Krankenversicherung:
Wir raten allen Besuchern dringend zum Abschluss einer Auslandsreise- Krankenversicherung. Diese sind bei vielen Versicherungs-Gesellschaften, Banken oder dem ADAC sehr billig (6 - 12 €) für ein Jahr zu haben und erstatten in der Regel alle anfallenden Behandlungskosten bis zu einem Aufenthalt von 6 Wochen (mehrmals jährlich). Die deutschen Krankenversicherungen erstatten in Frankreich (trotz "internationaler Versicherungskarte") durchaus nicht in jedem Fall die vollen Behandlungskosten!

Haftpflichtversicherung:
Ebenfalls ist eine Haftpflichtversicherung dringend empfohlen. So können eventuelle Schäden (wie Schlüsselverlust, Beschädigungen oder Anderes…) abgesichert werden.

Besondere Seminare für die PE-Selbsthilfe

- **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für Selbsthilfegruppen**. Die verbesserte Selbstdarstellung Betroffener tut not. Der Workshop vermittelt in einfacher Form Grundzüge moderner PR-Arbeit: Anleitung zum Umgang mit unterschiedlichen Medien, zum handling einer Presseinformation u.v.m. Mit Praxistipps, Übungen, Diskussion.
- **Gedichte schreiben – hilft!** Es müssen nicht Kreativtherapien in Tagesstätten und Ergotherapien oder autobiografisches Schreiben beim Arzt sein. Selbsthilfe kann es selbst! Ein besonderer Literaturkurs mit selbsthelfender Wirkung über den Weg der Poesie. Theorie, Schreib- und Sprechübungen, Erörterung.
- **Outsider Art? – Kunst als Teilhabe**. Outsider Art, was ist das heute / was nicht? Betroffenenkunst, Psychiatrieerfahrenen-Malerei, Therapiekunst, Art Brut, freie Kunst..? Möglichkeit für Teilhabe und Genesung? Informations- und Diskussionsseminar, mit Blick zum unterschiedlichen Verständnis von Outsider Art in Europa.

Die 3-stündigen Basiskurse werden vom Büro für Kultur- und Sozialarbeit Saar für die Selbsthilfe in Kleingruppen angeboten. Finanzierbar über Selbsthilfefördermittel der Gruppen. Um frühzeitige Terminierung wird gebeten.

Kontakt für Anfragen (mit Terminvorschlägen):

BKS Saar, c/o Hr. Gangolf Peitz, Lindenstr. 21, 66359 Bous. gangolf.peitz@web.de

Gründung einer AG Begegnung & Bildung

Es ist jede*r willkommen, der oder die Erfahrung mit Bildungsarbeit (z.B. Antistigma-Projekte, offene Infoveranstaltungen, Psychosesemi-nar,...) hat oder sammeln möchte. Ziel ist der Austausch und das Erarbeiten von Konzepten, Materialpools und Strategien der Öffentlich-keitsarbeit. Toll wäre, wenn im Laufe der Zeit Erfahrenen-geleitete Projekte in verschiedenen Bundesländern entstehen. Der Austausch soll in Form von monatlichen Web-Seminaren mit wechselnder Moderation und einem AG-Treffen im Jahr stattfinden.

Bei Interesse meldet euch unter SHGP-limburg@gmx.de.

AG Spiritualität

Am 10.10.2015 wurde auf der BPE-Jahrestagung die Arbeitsgruppe Spiritualität für PE gegründet. Ziele sind, Wege zu finden trotz Psychi-atrie-Erfahrung Spiritualität gesund zu praktizieren und zu diskutieren. Dabei können die Wege für jeden einzelnen natürlich ähnlich oder anders sein. Kontakte zu spirituellen Lehrern sind vorhanden, die uns aufgeschlossen sind und die die Psychiatrie kritisch sehen.

Ansprechpartner ist Claus Wefing, Email: Claus.Wefing@live.de 05222 28 34 59 oder per Post an:
BPE AG Spiritualität Wittener Str. 87, 44789 Bochum .

Arbeitskreis EX-IN

Seit 2006 werden Psychiatrie-Erfahrene in EX-IN-Fortbildungen zu GenesungsbegleiterInnen und DozentInnen qualifiziert. EX-IN ist ein englisches Kürzel für Experienced-Involvement und bedeutet „Einbeziehung (Psychiatrie-)Erfahrener“. EX-IN'lerInnen wollen die Psychiatrie von innen reformieren, in Richtung Gesprächs- und Milieutherapie mit möglichst wenig Medikamenten und ohne Zwang und Gewalt. Der Arbeitskreis EX-IN des BPE stellt sich die Aufgabe, EX-IN'lerInnen, die Mitglied des BPE sind, zu vernetzen.

Matthias Schuldt, Bergenstr. 21a, 23558 Lübeck, Tel. 0451-40 83 024, matthias-schuldt@gmx.de

Rechtshilfefonds für Zwangspsychiatrisierte

Auf Grund der fortgesetzten und immer zahlreicher werdenden Verstöße psychiatrischer Täter/innen gegen die gültigen Gesetze haben sich die Vorstände des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. und des Landesverbands PE Nordrhein Westfalen e.V. zur Einrichtung eines Rechtshilfefonds für zwangsweise psychiatrisierte Menschen entschlossen.

Dieser Fonds soll dazu dienen, **aussichtsreiche** Klagen gegen illegale psychiatrische Zwangsmaßnahmen oder **aussichtsreiche** Klagen gegen gesetzwidrige Entscheidungen oder Verfahrensweisen der deutschen Justiz zu unterstützen.

Illegale psychiatrische Zwangsmaßnahme sind z.B. die ambulante Zwangsbehandlung oder die stationäre Zwangsbehandlung ohne richterlichen Beschluss.

Eine rechtswidrige Verfahrensweise der Justiz liegt z.B. vor, wenn bei einer richterlich angeordneten Zwangsmaßnahme, der/die davon Betroffene nicht angehört wird.

Um es klar zu sagen: Die Chancen für den Rechtsweg sind nicht gut. Psychiatrie-Erfahrene haben, egal was passiert ist, fast immer unrecht.

Daher brauchen wir eindeutige Fälle. Diese Fälle müssen aktuell sein.

Um zu prüfen, ob es ein **aussichtsreicher** Fall ist, brauchen wir Kopien der wichtigsten Unterlagen. Wir werden pro Jahr nur ein, höchstens zwei Prozesse unterstützen.

Fürs Erste haben wir 4.000,- € zur Verfügung gestellt.

Wer meint, sein/ihr Fall eigne sich, wendet sich bitte an:

BPE, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum, vorstand@bpe-online.de

LPE NRW, Wittener Str. 87, 44 789 Bochum, Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de. Gemeinsames Fax: 0234 / 640 5103

Fragen werden von Miriam 0234 / 68 70 552 oder Matthias 0234 / 640 5102 beantwortet.

Die Vorstände von BPE und LPE NRW im November 2006

Zum Mitmachen

Bpω-Kulturnetzwerk:

Im Herbst 2005 ist der erste Aufruf zur Bildung eines Bpω-Kulturnetzwerkes erschienen. Inzwischen sind hier in den Rubriken: Malerei, Zeichnen, Fotografie, Collagen, plastisches Gestalten, Kunstgewerbe, Digitale Kunst, Dichtung, Prosa, Musik, Theater, Kabarett und Tanz ca. 60 Einzelpersonen und Gruppen registriert.

Interessenten wenden sich bitte an:
Ruth Fricke Mozartstr. 20 b, 32049 Herford. Tel. + FAX: 05221-86 410, mail: Ruth.Fricke@t-online.de

Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis:

Seit dem Herbst 2005 gibt es ein Netzwerk Psychiatrie-Erfahrener Profis im Bpω. Hier diskutieren Professionelle aus dem Bereich der Psychiatrie und Medizin darüber wie sie ihre Doppelrolle nutzbringend in die Bpω-Arbeit einbringen können, aber auch über ihre besondere Rolle am Arbeitsplatz. Evtl. kann sich im Laufe der Zeit aus diesem Netzwerk auch ein wissenschaftlicher Beirat für den Bpω entwickeln.

Interessenten wenden sich bitte an:
Christine Pürschel, Hanns-Eisler-Str. 54, 10409 Berlin, Tel.: 030-42 41 718 mail: tine.puerschel@berlin.de

Arbeitskreis Forensik:

Hier arbeiten zur Zeit Fritz Schuster, Norbert Südland und Doris Steenken überwiegend in der Einzelfallbetreuung. Unterstützung wäre dringend erforderlich. Wünschenswert wäre es, wenn es in jedem Bundesland wenigstens einen Ansprechpartner für den Bereich Forensik, geben würde, denn die Maßregevollzugsgesetze sind Landesgesetze. Außerdem würde die räumliche Nähe eine direkte Kontaktaufnahme mit den Betroffenen erleichtern.

Interessenten wenden sich bitte an:
Fritz Schuster, Wildermannstr. 70, 45659 Recklinghausen, Tel/Fax: 02361-14 1 86, mail: Fritz.Schuster11@web.de
Doris Steenken, Spindelstraße 26 b, 49080 Osnabrück, Tel.: 0541/8009522, Mail: doris_steenken@yahoo.de

Unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie:

Beratung beim Aufbau und zur praktischen Arbeit/Umsetzung dieser Stellen, sowie eine Übersicht über bestehende Stellen findet Ihr beim Bundesnetzwerk unabhängige Beschwerdestellen im Internet unter: http://www.beschwerde-psychiatrie.de/downloads.html

Das Sprecherteam besteht zur Zeit aus den BPE-Mitgliedern Karin Haehn, Bernd Kreißig und Ruth Fricke, alle drei erreicht Ihr per mail über: bundesnetzwerk@beschwerde-psychiatrie.de

Antifolterkommission

Liebe Mitglieger, die Antifolterkommission des Europarates führt in regelmäßigen Abständen Kontrollbesuche in den Staaten durch, die zum Europarat gehören. Im Vorfeld derartiger Besuche wird der Bpω e.V: regelmäßig aufgefordert Verstöße gegen die Antifolterkonvention des Europarates zu melden. Hier sind wir auf Eure Mithilfe angewiesen. Bitte meldet uns sofort Verstöße gegen die Antifolterkonvention des Europarates, wenn sie Euch persönlich widerfahren sind, damit wir Eure Erfahrungen in unseren Bericht einfließen lassen können.

Bitte schickt Eure Erfahrungsberichte an:
Ruth Fricke, Mozartstr. 20 B, 2049 Herford, Fax: 05221-86 410, mail: vorstand@bpe-online.de

Soteria AG

Auf der Jahrestagung 2006 haben wir diese AG gegründet. Wir wollen diese Behandlungsform allen Mitgliedern des BPE nahe bringen und in der Gremienarbeit auch die Angehörigen und Profis davon in Kenntnis setzen, dass wir uns diese Behandlungsform (mehr Gespräche - weniger Psychopharmaka) - vor allen in Krisen - wünschen. Gedanken - Erfahrungen nehmen wir auf dem Postweg entgegen. Eure Mitarbeit wird uns Ansporn sein, auf unserer Jahrestagung einen Arbeitsbericht vorzulegen.

Kontaktadresse:
Soteria AG c/o Karin Haehn, Cluvental Str. 2, 27283 Verden

Psychopharmaka- und Psychotherapie-Beratung aus Betroffenensicht

Projekt ist ausgelaufen! !!! Die Arbeit an dem Thema wird in eingeschränktem Umfang fortgesetzt.

Telefonzeiten: Dienstag von 10.00 - 13.00 Uhr und 14.00 – 17.00 Uhr unter 0234 / 640 51-02, Fax: -03

Ich stehe den Bpω-Selbsthilfegruppen für Vorträge und Arbeitsgruppen zu Psychopharmaka und „Ver-rücktheit steuern“ gegen Fahrtkosten (Bahncard 50) zur Verfügung.

Ich versuche eine bundesweite Liste von Psychiater/inn/en bzw. Ärzt/inn/en aufzubauen, die deutlich zurückhaltender als der Durchschnitt beim Verschreiben von Psychopharmaka sind, oder die sogar beim Absetzen unterstützen. Bitte teilt mir mit, wenn ihr bei Euch vor Ort so jemand kennt.

Ich organisiere bundesweite Seminare, auf denen sich Psychiatrie-Erfahrene zum Thema Psychopharmaka usw. weiterbilden. Interessent/inn/en, die so ein Seminar bei sich vor Ort wollen, bitte bei mir melden.

Ein weiteres bundesweites Seminar soll für Psychiatrie-Erfahrene sein, die selber im Rahmen ihrer Selbsthilfeaktivitäten zum Bereich Psychopharmaka beraten wollen. Da hier die Teilnehmer/innen/zahl fünf kaum überschreiten wird, können individuelle Wünsche genau beachtet werden.

Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen berate ich in allen organisatorischen Fragen.

Weitere Informationen unter:

Bpω, z. Hd. Matthias Seibt, Wittener Straße 87, 44 789 Bochum, 0234 / 640 51-02, Fax: -03