



Angehörige  
psychisch  
Kranker

Landesverband Berlin e.V.

*Familienselbsthilfe  
Psychiatrie*

---

**INFO** 3/2011

Aktuelles

*Kiffen ...*

*Soteria ...*

*Geschlossene Heime ...*



Giotto di Bondone "Die Beweinung Christi" (um 1303/05)

# Engel

## Ganz persönliche Ideen von Robert Porth.

Ein Engel ist ein menschliches Wesen, das aus Licht besteht. Seiner äußeren Gestalt haftet etwas Geisterhaftes an, das heißt, dass sie leicht durchsichtig wirkt. Besonders der Kopf dieses Wesens gilt als Quelle von Licht. Dabei hat jeder Engel an diesem Körperteil seine eigene Aura, deren Intensität von Individuum zu Individuum schwankt und die ihn unverwechselbar macht.

Es wird berichtet, dass es Engel mit Flügeln gibt, doch als absolut sicher gilt es, dass es Engel ohne Flügel gibt. Wie beim Menschen gibt es ein männliches und ein weibliches Geschlecht, wobei das weibliche durch außerordentliche Schönheit, wie lange weißblonde Haare und leuchtende blaue Augen auffällt. Zur Kleidung ist zu sagen, dass sie für männliche Wesen unbekannt ist, wobei die weiblichen unter ihnen meistens in weißen, Trenchcoat ähnlichen Gewändern daherkommen.

Da Engel aus Licht bestehen und kein messbares Gewicht besitzen, ist es ihnen möglich, in der Luft zu fliegen. Des weiteren können sie sich spontan unsichtbar machen und sich sprichwörtlich in Luft auflösen.

Obwohl Engel zu den freundlichen und guten Wesen gezählt werden, ist es ihnen nur sehr schwer möglich, auf Bitten und Flehen kleinere Sünden

zu verzeihen, bei großen verhält es sich ähnlich. Sie stellen sich dann stur und sind für vernünftige Argumente nicht mehr zugänglich. Auch ist es ihnen nahezu unmöglich, Trost und Hoffnung zu verbreiten.

Zur Gesellschaft dieser bizarren Lebensform ist zu sagen, dass sie sich in große und kleine Engel unterteilt, den Anschein einer Pyramiden ähnlichen Struktur aufweist, mit den Erzengeln an ihrer Spitze, den „kleinen“ Engeln unten in ihrer Hierarchie und sich Himmel nennt.

Ihre Heimat, der Himmel, verteilt sich höchst wahrscheinlich irgendwo über den Europäischen Ländern. Die Engel haben vor langer Zeit am Nil gelebt. Sie sind sehr national ausgerichtet und Ausländern gegenüber sehr skeptisch eingestellt. Das so ziemlich Schlimmste, was dabei einem Mitglied dieser Gesellschaft passieren kann, ist es, tief zu fallen und ins Bodenlose zu stürzen.

Engel besitzen keinerlei Schulbildung, behaupten von sich jedoch, intelligent zu sein.

Ein Wort zur Traumdeutung: Träumt man von Bienen in rosa-weißen Blütenblättern, dann sind die Engel damit gemeint. Heikel wird es jedoch, wenn man von den Bienen gestochen, oder von Bienenstichen gar getötet wird, die Engel sind dann böse mit einem.

Melozzo di Forlì "Viola spielender Engel" (1438–1494)



## Liebe Mitglieder,

nun halten Sie die 3. Ausgabe unserer INFO im Jahr 2011 in Ihren Händen und werden sie hoffentlich gern lesen. Unser Redaktionsteam hat wieder viel Arbeit investiert, um Ihnen Wichtiges und Aktuelles mitzuteilen.

Deshalb möchten wir für das jahrelange Engagement Frau Dagmar Hasse und Frau Eleonore Fink hier einmal unseren Dank aussprechen.

Wir haben viele „stille Helfer“, die ohne viel Aufhebens uns tatkräftig, oft jahrelang unterstützen und deren Mitarbeit uns in unserer Arbeit voranbringt. Jedem Einzelnen gebührt unser Dank hierfür.

Haben Sie schon unseren neuen Flyer in der Hand gehabt? Auch diese INFO hat ein neues „Outfit“ erhalten und wenn Sie Anfang des neuen Jahres die U-Bahn benutzen, wird Ihnen eventuell unser Plakat begegnen. All das zusammen gibt unserem Verband in der Öffentlichkeit ein neues „Gesicht“. Wir Angehörigen müssen sichtbar werden!

Herrn Reinhold Crämer, der unsere bisherigen Layouts über viele Jahre mit Engagement gestaltet hat, danken wir von Herzen für seine langjährige Unterstützung und grafische Arbeit. Für die Gestaltung des neuen Erscheinungsbildes der Zeitung Info sowie für alle ApK-Drucksachen ist Herr Reinhold Crämer ab jetzt nicht mehr verantwortlich. Wir entsprechen mit dieser Mitteilung seinem ausdrücklichen Wunsch.

Weiterhin wollen wir den Inhalt der Zeitschrift für Sie kurzweiliger und noch informativer gestalten. Deshalb bitten wir Sie, uns Ihre



ApK-Vorstand (v.l.n.r.) H. Müller, E. Weber, M. Schumacher, E. Fink (S. Kerkow nicht abgebildet, Dr. Melene Bahner ist bereits im August 2011 zurückgetreten)

Meinungen und Wünsche zu interessierenden Themen mitzuteilen, um so Ihren Vorstellungen vom Inhalt unserer INFO im Jahr 2012 noch gerechter werden zu können.

Es weihnachtet ! Wieder sind es nur noch Tage bis zum großen Fest mit Tannenbaum, Kerzenlicht, buntem Teller und vielen Geschenken!

In der Hoffnung, dass Sie eine friedliche Adventszeit erlebt haben, sich auf den Heiligen Abend freuen und das Neue Jahr 2012 gesund und ohne Stress beginnen werden, wünscht Ihnen der Vorstand des ApK von Herzen:

*Ein frohes Weihnachtsfest  
und ein erfolgreiches  
gesundes Jahr 2012.*



Marianne Bredendiek

### Laudatio

Der ApK gratuliert Marianne Bredendiek sehr herzlich zum 80. Geburtstag und wünscht ihr Gesundheit und Glück für ihr neues Lebensjahrzehnt!

Der Verband dankt Marianne Bredendiek für ihren jahrelangen ehrenamtlichen Einsatz. Bereits im Jahr 1992 hat sie mit Unterstützung von Frau Dr. Ursula Größ die erste Angehörigen-Selbsthilfegruppe im Prenzlauer Berg gegründet.

Von 1994 bis 1998 war Marianne Bredendiek die Vorsitzende des ApK-Landesverbandes Berlin. Auch heute noch leitet sie mit erfahrener und geschulter Umsicht die Angehörigen-Gruppe Prenzlauer Berg, hört ratlosen und verzweifelten Angehörigen zu, gibt ihnen wieder Mut und weist ihnen den Weg zur professionellen Hilfe.

Danke, liebe Marianne Bredendiek!

Der Vorstand

# Aus der Arbeit des Landesverbandes

## "Macht Kiffen verrückt" – Cannabis und Psychosen ApK-Veranstaltung am 2.11.2011

---



Dr. M. Bahner, Y. Franken

Unter der Leitung von Frau Dr. Melene Bahner gab der Landesverband Berlin der Angehörigen psychisch Kranker am 2. November 2011 im Rathaus Wilmersdorf die Veranstaltung „Macht Kiffen verrückt“ – Cannabis und Psychosen.

Sie war sehr gut besucht von Politikern, Journalisten, Lehrern, Professionellen und ApK-Mitgliedern. Die drei ReferentInnen hielten ihre Vorträge ehrenamtlich. Nach einer musikalischen Einleitung durch die Musikpädagogin Georgia Franken zum aufmerksamen Zuhören eingestimmt, folgte der erste Vortrag von:

**Yark Franken, Dipl. Soziologe und Sozialarbeiter an einer Sekundarschule in Hohen Schönhausen. Unter dem Motto „Cannabis – eine janusköpfige Pflanze“** präsentierte er eine aktuelle Bewertung von Cannabis. Durch eigene Erfahrung mit dem Konsum von Cannabis gelang dem Referenten eine sehr anschauliche Darstellung der Droge.

Es gibt verschiedene Hanfpflanzen, die Sorte „Cannabis sativa“ ist unbedenklich und diente zur Herstellung von Stoffen für Segel, Kleider und Seile. Die Hanfpflanze „Cannabis indica“ jedoch enthält 6 bis 25% THC (Tetrahydrocannabinol) und ihre berausende Wirkung ist schon seit 2000 Jahren bekannt. Diese Droge hat heute viele Namen: Marihuana (getrocknetes Kraut), Haschisch (Harz zu braunen Blöcken gepresst), Gras, Pot (im englischsprachigen Raum), Shit, Dope. Durch Züchtung und Kreuzung in Gewächshäusern seit Mitte der 90er Jahre ist THC-Gehalt der Cannabispflanzen angestiegen, z. B. im Super Skunk Hanfsamen. *Soziologisch gesehen:*

In den 60er und 70er Jahren fing es an mit den Drogen als Protest gegen das Establishment.

Gurus rauchten Cannabis und opferten in Indien stellvertretend für die Menschheit.

In den 89er Jahren ging der Cannabisgebrauch zurück, dafür gab es Lifestyle-Drogen wie Kokain und Heroin zur Leistungssteigerung. In der Starre der Systemblöcke wartete man auf ein Hochgehen der Bombe in Endzeitstimmung, während die Arbeitslosigkeit stieg.

In den 90er Jahren stieg der Cannabis-Konsum wieder im Zusammenhang mit Hiphop und Reggae. Kiffen kommt zu chemischen Drogen wie LSD hinzu. Es gab Flucht aus dem Alltag statt Teilhabe, Rückzug ins Private. Es gab die Techno-Bewegung mit exzessiven Parties. Musik und Bässe wurden immer lauter.

Es gibt „Mythen“ wie: Cannabis sei eine Einstiegsdroge für Härteres. Cannabis macht süchtig. Doch Cannabis macht nicht körperlich chemisch süchtig. Es führt zu „Verhaltenssucht“. Der Geist braucht das dann. 30 Tage zu unterbrechen, fällt nicht schwer. Aber es gibt eine hohe Rückfallquote, obwohl der Körper kaum reagiert.

Kiffen bewirkt den Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, aber bei Entzug kommt das verlorene Kurzzeitgedächtnis wieder. (Der Referent erzählt von seinem eigenen Beispiel: Er hat 5–6 Jahre gekifft. Abschalten war das Ziel – nicht Genießen wie in den 60er Jahren. „Es waren schöne Jahre.“ Man hat positive Gefühle. Man trinkt keinen Alkohol. Aber: Man bekommt rote Augen beim Grasrauchen. Man verlässt kaum das Haus, das Zimmer. Man lässt sich berieseln und bekommt oft Paranoia. Das Gedächtnis bleibt weg. Es kommt zu Psychosen.)

Bis ins 19. Jh. spielt Hanf eine große Rolle in der Medizin. Wegen seiner schmerzlindernden, krampflindernden und appetitanregenden Wirkung wird Cannabis auch heute medizinisch verordnet bei Chemotherapie, AIDS, Depressionen und anderen Erkrankungen.

### **2. Dr. med. Iris Hauth, Klinik für Suchtmedizin, St. Josephkrankenhaus in Weißensee Gibt es harmloses „Kiffen“**

*Die Wirkungen von Cannabis:*

- Bei relativ niedriger Dosierung: Ausgelassen, heiter, euphorisch, kreativ, intensivere Empfindungen, Sex, langsames Zeitgefühl, Nebensächliches wird wichtig, vieles wird deutlicher.
- Bei mittlerer bis hoher Dosierung: Verlang-

---

santes Denken, Verzerrung von Raum- und Zeitgefühl, das Kurzzeitgedächtnis ist weg, die Konzentration ist weg. Die Gedanken sind ruhelos, Verwirrung, fixe Ideen, die Peilung geht verloren, Panik.

- Bei hoher Dosierung: Depersonalisierungsgefühle, Delir, Halluzinationen, Wahn, paranoide Vorstellungen. Man ist im eigenen Film gefangen.

Es fragt sich hier: *Was ist dabei eine schizophrene Psychose? Was ist eine Vergiftungswirkung im Gehirn durch Cannabis?*

Die langfristigen Folgen: Die Aufmerksamkeit, Konzentration, Lernfähigkeit werden beeinträchtigt. Aber meist ohne bleibende Schäden. Es gibt Rückzugstendenzen aus Schule, Alltag, Beruf. Das Risiko für Abhängigkeit steigt. Eine soziale Perspektivlosigkeit entsteht. Das geht durch alle sozialen Schichten.

*Zum Thema „Bekifft und verrückt“:*

ICD 10 F 20 beschreibt internationale Psychosen als Realitätsverlust. Die Paranoia durch Kiffen sieht ähnlich aus! Es gibt geänderte Gefühlszustände. Doch beim Absetzen von Cannabis-Konsum hört das wieder auf: „Alles geht wieder“, im Gegensatz zu schizophrenen Psychose. *Doppeldiagnosen von Psychose und Sucht sind häufig.*

Untersuchungen bei Minus-Symptomatik zeigen: Das Risiko der Psychose steigt bei steigendem Konsum, nicht super viel, aber mehr als üblicherweise. Je früher der Konsum, je heftiger, umso größer das Risiko.

*Diskussion*

50% der Jugendlichen haben Erfahrung mit dem Konsum von Drogen. Aber nur 1% der Bevölkerung haben Psychosen. Da ist kein Anstieg.

Geht es auch um Selbstbehandlung bei Psychosen?

Der Konsum wirkt ungünstig bei Nebenwirkungen. Aber vernünftige Studien fehlen noch.

Schlimme Intoxikationen häufen sich heute in den Kliniken. Vulnerabilität und Stress allein sind nicht die Auslöser. Wenn Drogen dazu kommen, dann ist das Ausklicken einer Psychose leicht möglich.

Es gibt eine gemeinsame biologische Basis für Sucht und Psychose im Dopaminstoffwechsel des Belohnungssystems im Gehirn. Sucht ist gekennzeichnet durch den Suchtdruck, genannt Craving. Die Kontrolle, „Ich will nicht mehr konsumieren“ ist abgeschwächt und zu dünn. Die Hemmung vom präfrontalen Cortex kommt nicht. Ein Teufelskreis kommt zustande.



Dr. I. Hauth

Da sind die neuen jungen Wilden mit ihren Querelen mit ihrer Umwelt.

*Fazit:*

Fast 50% der 12- bis 24-jährigen haben Erfahrung mit illegalen Drogen. 30% davon konsumieren regelmäßig, 2% davon wurden abhängig, 2% davon haben Psychosen.

Das Problem ist: Wie herauskommen aus dem Circulus vitiosus?

*Wichtig ist die Notwendigkeit einer integrativen Therapie, statt Psychiatrie und Sucht getrennt zu behandeln. Das gibt es erst neuerdings.*

*Es gibt Studien zur Integrierten Behandlung aus Aachen und Köln dazu.* Es geht hier um niederschwellige Angebote mit ambulanter Behandlung, auf 2 Jahre angelegt, die die Familien- und Wohnsituation einbeziehen. Die Patienten halten dann durch. Das ist effektiv und besser als die übliche Behandlung. Die Praxis ist abstinenzorientiert ohne strikte Abstinenzforderung, dabei Motivation stärkend, mit engmaschiger Kontrolle und konsequenten Regeln. Es gibt Behandlungsverträge mit Regeln mit Patienten und Familien.

*Grundlagen sind z. B. das Veränderungsmodell von James O. Prochaska und C. C. DiClemente, 1984, zur Motivationsbehandlung und modifizierten Psychoedukation, mit Skill-Training im Verhaltenstraining. Sitzungen einmal wöchentlich, 60 Minuten. Auch in Gruppen.*

Es gibt Selbsthilfegruppen, aber es fehlt dort die Mischung, die zu Doppeldiagnosen passt.

*Im St. Josephskrankenhaus Weißensee ist auf „Station 4“ Dr. Uta Leithäuser am Start mit dem Aufbau von Integrierter Therapie mit therapeutischen Teams.*

---

### **3. Dr. Oppermann, „Arbeit der Elternkreise drogenabhängiger Jugendlicher Steglitz-Zehlendorf“**

#### **Warum werden sie süchtig?**

In den 90er Jahren entstand die neue Drogensüchtigkeit in nahezu identischer Form in den neuen und in den alten Bundesländern innerhalb von 2 bis 3 Jahren.

Neue Elterngruppen entstanden. Bis jetzt gibt es 12 in Berlin-Brandenburg. Es sind meistens die Mütter, die sich wöchentlich oder alle 14 Tage treffen. Sie lernen dort, über die Probleme zu sprechen.

Die Drogenabhängigkeit zeigt oft einen Vorlauf von 2–3 Jahren. Mit 13, 14 Jahren, in der ersten Phase der Ablösung vom Elternhaus, erfolgt die Animierung, meist durch Gleichaltrige. Die Betroffenen sind oft extrem gute Schauspieler nach außen hin, so dass die Eltern oft nichts merken. Die Eltern haben oft massive Schuldgefühle.

Betroffen von dem Problem sind alle sozialen Schichten, so eine große neuere Studie von Hans-Ulrich Wittchen, TU Dresden. In Steglitz-Zehlendorf sind es vorwiegend die oberen Gesellschaftsschichten. Auch in Kreuzberg z. B. sind es oft sensible Kinder und nicht die „letzten Deppen“, die Drogen ausprobieren. Auch die Eltern sind nicht etwa prekär strukturiert. Woran es liegt, wer betroffen ist: Ein „Sucht-Gen“ hat man bisher nicht gefunden. Es gibt eine Vielzahl von Faktoren. Aber letztlich ist alles noch Spekulation.

Die „Jugenddroge“ ist oft Hasch. Was löst Hasch als Wirkung aus? Der Drogenkonsum hemmt die jugendliche Entwicklung in den ent-

scheidenden Entwicklungsjahren. Der Drogenzustand dauert oft 4–5 Jahre. 70 bis 80 % sind Jungs. Die Betroffenen wirken manchmal wie blöde Hampelmänner. Die Lehrer interessieren sie nicht mehr. Die Schulleistungen nehmen ab. Es gibt Ausbüchsen, mit großen Fehlzeiten. Sie haben keine Ideen über die Zukunft, das ist für sie kein Thema. Sie wollen mit Freunden chillen. Der Tagesrhythmus verändert sich, sie schlafen lange in den Tag hinein und werden abends munter. Es kommt zur Selbstüberschätzung und zum Verlust von Sozialkompetenz. Im Haushalt der Eltern wird nichts getan, die Eltern werden oft angepumpt um Geld. 5 Euro kostet Haschisch pro Tag. Manche dealen oder beklauben die Eltern.

Was können die Eltern tun? Welche Maßnahmen gibt es? Es gibt Informationen in Berlin, gut ist z. B. der „Therapieladen“. Aber die Eltern müssen auch ein ganz klein wenig ihre Verhaltensweisen ändern. Sie sind oft zu gutmütig und müssen das Nein-Sagen lernen. Die Kinder diskutieren oft wie Weltmeister. Sie sind erfindungsreich dabei, einen Keil zwischen die Eltern zu treiben. Die Eltern müssen die Angst verlieren, dass die Schule das höchste ist, was die Kinder leisten müssen. Arbeiten statt Schule, in einem strukturierten Tag, ist gegebenenfalls gar nicht so schlecht.

Man sollte 18jährigen die Verantwortung für die Schule voll übertragen. Eine eigene Wohnung ist beliebt.

Weitere Informationen unter: [www.ekbb.de](http://www.ekbb.de)

Eleonore Fink  
Dagmar Hasse

---

## **Themenvorschläge 2012 zur ApK-Fortbildung mit Ärzten der Charité**

Liebe Mitglieder und liebe Freunde des ApK, unsere ApK-Fortbildungsreihe mit Ärzten der Charité und ca. 6 Veranstaltungen im Jahr soll auch im Jahre 2012 weitergehen. Da sind wir uns wohl einig, denn der Erfolg der Reihe spricht dafür.

Jetzt ist aber die Zeit, die Themenvorschläge für 2012 einzureichen, um sie dann mit der Charité abzustimmen. Dazu möchten wir gerne Ihre Meinung hören: Welche Themen sollten wir Ihrer Meinung nach vorschlagen? Was ist bisher zu kurz gekommen, was brennt Ihnen unter

den Nägeln, was kann man sonst nirgendwo erfahren, was sollte auf dem neuesten Stand wiederholt werden? Bitte, beteiligen Sie sich an den Vorschlägen für die Themen! Bitte, schicken Sie Ihre Ideen per Post, Mail, Fax oder Telefon an unsere Geschäftsstelle!

Je breiter und intensiver die Meinungsbildung, umso aktueller sind wir! Wir wollen mit dieser Fortbildungsreihe ja auch werben für unseren ApK!

Ihr ApK-Vorstand

# Die psychiatrische Versorgung in Berlin

## 5. Berliner Woche der Seelischen Gesundheit 2011

---



**Vom 10. bis 19. Oktober 2011 fand die 5. Berliner Woche zur Seelischen Gesundheit statt. Es gab ein abwechslungsreiches Programm zu verschiedenen Themen der seelischen Gesundheit. Eleonore Fink hat mehrere Veranstaltungen besucht und gibt mit den folgenden Artikeln einige Informationen wieder:**

### **Integrierte Versorgung, Offener Dialog, Trialogische Teams – Kurzvorträge und Diskussion**

So hieß das Angebot der „Krisenpension und Hometreatment GmbH“ (Ebersstr. 30 in Schöneberg) in der Woche der Seelischen Gesundheit 2011.

Die Krisenpension und Hometreatment GmbH mit ihrem Integrierten Versorgungskonzept gehört zum NWpG, NetzWerk psychische Gesundheit Berlin, getragen hauptsächlich von der Technikerkrankenkasse und Pinel.

Dipl.-Psychologin Kathrin Rieckhof-Kempfen, Begleitungsverantwortliche und Mitglied der Teamleitung stellte die Strukturen nach 2 Jahren Aufbau vor:

Betreut werden vom Netzwerk, das ja erst vor 2 Jahren mit dieser Arbeit anfang, inzwischen ca. 560 Klienten. Nahziel ist 700 Klienten berlinweit, und zwar alles psychisch Kranke. In der Krisenpension sind im Durchschnitt 2 bis 9 Personen.

Die Auswahl der Klienten erfolgt durch die Krankenkasse. Möglich ist auch eine Bewerbung, die mit Attest des Arztes eingereicht wird.

Der Einsatz der Mitarbeiter erfolgt in Teams von 5–8, davon 2 Ex-Ins, die mit unterschiedlicher Stundenzahl arbeiten. Die Finanzierung erfolgt durch die beteiligten Krankenkassen, die dem Netzwerk ein Budget mit Bonus- und Malussystem überträgt: Klinikaufenthalt soll möglichst vermieden werden. Klinikeinbeziehung ist im Notfall möglich. Wenn der Klient sich ohne Absprache in die Klinik begibt, wird er aus dem Vertrag entlassen! Es gibt zwischen 700 und 6000 Euro im Jahr pro Klient, d. h. es gibt nicht viel Geld.

Die Nutzer sind 18 bis 70 Jahre alt. Die Mitarbeiter 25 bis 70 Jahre. Die Nutzer haben meist eine F20-Diagnose. Nicht einbezogen werden Sucht-Betroffene, Hirngeschädigte und

Entwicklungsgestörte, weil sie mehr Betreuung brauchen. 98% der Klienten sind außerhalb von akuten Krisen. Das heißt, es handelt sich hier um ein hochschwelliges Angebot, was viele nicht einbezieht.

Die Charité arbeitet mit Pinel und der TK bei diesem Netzwerk zusammen und ist gerade dabei, eigene Hometreatment-Strukturen mit Teams aufzubauen!

Die Klienten bekommen einen Bezugsbegleiter. Es erfolgt eine Vernetzung mit dem sozialen Umfeld der Familie und der guten Bekannten und es wird gemeinsam ein Krisenplan erstellt. Eine Hotline ist 24 Stunden erreichbar. In der Krise gibt es Hometreatment, also Behandlung und Versorgung zu Hause, wenn es sein muss, jeden Tag. Danach vielleicht alle 2–3 Monate.

Es gibt Hilfe bei der Tagesstruktur, Hilfsangebote zur Unterstützung, interessante Gruppenangebote zur Entspannung, zur Kreativität und zu bestimmten Themen – das ist keine Psychoedukation im klassischen Sinne.

Die Diskussion der Zuhörer war lebhaft und kreiste u. a. um die Frage, ob mit diesem Angebot auch die schwer psychisch Kranken, die nicht krankheitseinsichtig sind und sich nicht freiwillig in Behandlung begeben, erreicht werden. Die Antwort ist „nein“. Freiwilligkeit der Behandlung ist absolute Bedingung. Es fragt sich für Angehörige mit schwer chronisch psychisch Kranken, ob hier nicht ein Konzept der „Hilfe bei der Willensbildung“ (im Sinne von Asmus Finzen z. B.) daneben treten müsste.

### **2. Offener Dialog**

Es gilt den Offenen Dialog, gemeint im Sinne der Vorbilder in Finnland, in der therapeutischen Beziehung zu fördern. Das Netzwerk des Klienten gilt als Ressource, die dabei zu nutzen ist. Der Dialog sollte auch reflektierend die Arbeitsleistung einbeziehen.

Die Mitarbeiter arbeiten sehr an ihrer Fortbildung auf diesem Gebiet, u. a. mit Hilfe von Volkmar Aderhold.

### **3. Trialogische Teams.**

Anne Hoffmann, mit Ex-In-Ausbildung, berichtet:

Durch die Ex-In Ausgebildeten wird der Wert des Erfahrungswissens durch Erfahrungsexperten eingebracht. Das ist für das Verständnis der Mitpatienten wichtig, weil eine besondere Art der Distanz möglich ist, und gleichzeitig ein Hilfsangebot für die Professionellen. Ex-Ins können vermitteln zwischen Kranken und Professionellen. Ex-Ins verstehen sich auf „ab-

---

sichtsloses Zuhören“. Frau Hoffmann beobachtet, dass die Ex-Ins und die Professionellen oft zu ähnlichen Ergebnissen auf unterschiedlichen Wegen kommen.

Die wiederum lebhaft Diskussionskreise u. a. um die Frage, warum so wenige Angehörige in den Offenen Dialog und die Dialogischen Teams einbezogen sind. Vielleicht weil viele Angehörigen nach jahrelangem „absichtslos-Zuhören-Müssen“ sich nach ergebnisorientierten Gesprächen sehnen?

Die 3stündige Veranstaltung, bei der es auch eine Tasse Kaffee/Tee und Kekse gab und die auch eine Besichtigung der hell, modern und ansprechend renovierten Räume einschloss, war sehr interessant für die kleine Besuchergruppe und sollte wieder angeboten werden.

(Vergleichen Sie zu diesem Bericht auch die Erfahrungen unserer Angehörigen Janine Berg in diesem Heft!)

Eleonore Fink

### **BOP & P e.V. – Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener**

BOP ludt ein in der Woche der Seelischen Gesundheit 2011 zu einem Selbsthilfetag mit EVENTS: „Kreative Ressourcen erschließen und nutzen“, in der KBS von Pinel im S-Bahnhof Schöneberg.

Es gab in der 3stündigen Veranstaltung, mit Kaffee und einem sehr leckeren, herzhaften Imbiss in der Mitte, insgesamt 4 Performance-Abschnitte:

Ein Webseiten-Ersteller, der auch beim Integrationsfachdienst tätig ist, berichtete von seinen Erfahrungen als Betroffener („In der Straßenbahn negative Gedanken von anderen empfangen“) und wie sich durch kreatives Tun das Selbstwertgefühl steigern lässt. Informationen darüber gibt es auf seiner Website Schizophrenie-Netz.info

Dann gab es eine Musik-Performance: eine kurze Improvisation an Klavier und Gitarre, der eine lange Ausführung über die Theorie dazu vorausging: Der Interpret hält nichts von der „Wiedergabe gelernter Noten“. Ein Merkmal seiner Musikstilrichtung, die er „Empirismus“ nennt, ist, dass das Musikergebnis allein von der Stimmung des Handhabenden und der geübten Handhabung mit dem Instrument abhängt und nicht von der Perfektion bei der Beherrschung der Partitur wie bei der üblichen „Kognitiven Musik“. Es gibt kaum oder gar keine willentlichen Wiederholungen dabei. Die anwesenden, meist jüngeren Betroffenen ließen sich willig darauf ein, eine sagte, sie sei „total begeistert“ von dieser Musik.

Renée Kunz, eine studierte Maschinenbaueerin, die jetzt ein Offenes Atelier in Pankow, Berliner Str. 9 (am U-Bahnhof Vinetastraße) betreibt, erzählte von ihrer Zeit als Betroffene („Ich kann mit den Händen sehen.“) und ihrer Karriere als Malerin und Galeristin. Selbstverwirklichung durch Kunstprojekte im Kunstraum ist möglich, davon zeugen auch ihre zahlreichen Vernissagen, Workshops, Autorenlesungen und die angebotenen Kurse zum Zeichnen und Malen.

Den Abschluss des Abends bildeten stimmungsvolle Songs mit Gitarrenbegleitung, vorgetragen von Reinhard Wojke von BOP und einer Begleiterin, darunter Songs von Reinhard May, Wolf Biermann, ein Text von Hannelore Klafki u. a. Sehr berührend war eine originelle, mit ironischer Umkehrung versehene, Präsentation des bekannten Volkslieds „Die Gedanken sind frei, wer kann sie erraten?“.

Im Untergrund mit schwang leise die Frage: „Reagiert? Wie reagiert?“ die Gesellschaft, auf alles, was fremd ist.“

Eleonore Fink

---

## **Information über berufliche Reha**

Es gibt ein neues berufliches Trainingszentrum zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Problemen von 18 bis 65 Jahren: Seit 2010 gibt es diese Einrichtung in der Schwedenstr. 9 im Wedding, aufgebaut von der FAW, der Fortbildungsakademie der Wirtschaft. Angeboten werden zwei Maßnahmenbereiche: 1. Die Erweiterte Berufsfindung/Arbeitserprobung = EBA über 6 Wochen und 2. Das

Berufliche Training = BT über max. 12 Monate. Berufsbereiche sind: Büro, Handwerk, Dienstleistungen, Medien/IT. Die Antragstellung erfolgt über das Arbeitsamt oder den Rentenversicherungsträger. Es gibt evtl. Wartezeiten. Weitere Informationen: Es gibt im neuen BTZ jeden Donnerstag um 11 Uhr eine allgemeine Informationsveranstaltung – ohne vorherige Anmeldung! Tel. 4 95 00 34-0

## "Internationale Konferenz" des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt

---

**Ein Bericht von Eleonore Fink über eine zweitägige „Internationale Konferenz“ des „Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt“ am 2./3. September 2011 in Berlin. Titel: „Auf der Suche nach dem Rosengarten. – Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen“**

Es war eine große Tagung, die in der Alten Feuerwache in der Axel-Springer-Straße stattfand. In dem Verein sind viele Betroffene organisiert, Betroffene, die sich in der Selbsthilfe energisch international vernetzt haben und die ihr „Erfahrungswissen“ einsetzen und ihre Forderungen nach „Betroffenenkontrolle“ und „Arbeitspartnerschaften mit Professionellen“ nachdrücklich durchsetzen wollen.

Nur wenige Angehörige war dort vertreten. Vom ApK waren Gudrun Weißenborn und ich dort.

*Worum es geht:* Im Selbstverständnis der Betroffenen bedeutet ihr Erfahrungswissen eine Quelle für radikal andere soziale Antworten in der Psychiatrie. Deshalb müssen die Rechte und die Selbsthilfemöglichkeiten der Betroffenen so gefördert werden, dass Betroffenenkontrolle in der Psychiatrie überall möglich wird, auch in der Forschung!

Eines der Grußworte sprach Prof. Hoff, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Er sprach zu der Bedeutung der Selbsthilfe und sagte, sie sei wichtig, damit nicht an den Bedarfen vorbeigeplant wird! Selbsthilfe sei auch wichtig, weil so Veränderungsprozesse, ressourcenorientiert, zustande kommen. Das sei zwar z. T. konfliktuell, weil von unterschiedlichen Positionen und Denkstrukturen ausgegangen wird. Aber die ständige Thematisierung von Unterschieden sei hilfreich!

Auffallend viele Vorträge auf dieser Konferenz waren in englischer Sprache, die aber per Kopfhörer übersetzt wurden.

Einen Eröffnungsvortrag hielt Prof. Peter Beresford von der Brunel Universität in London zum Thema: „Die Rolle des Wissens der Betroffenen beim Aufbau von Alternativen zur Psychiatrie“: Er sprach von Behinderten („dis-abled people“), die mit ihrem eigenen Erfahrungswissen gegen die oft negative Resonanz der Gesellschaft sich in ihrem Recovery-Prozess innerlich zu positiven Alternativen durchkämpfen und eine Erst-Erfahrung gewinnen, die nicht der Erfahrung der Professionellen unterlegen sei. Sie sind selbstbewusste „Survivors“ – so

der englische Ausdruck für engagierte, für den Arbeitsmarkt resozialisierte („re-abled“) Betroffene. – Der Widerstand des Psychiatriesystems („big barriers exist“) könne durch eigene, neutrale, unvoreingenommene, wertfreie Forschung überwunden werden: „Be pro-active rather than re-active – you’ll outnumber the system!“ So werde sich der „Rosengarten“ finden lassen, „that is the experience that helped us to know“!

Aus der Fülle der oft herzbewegenden Betroffenenberichte und der anregenden Arbeit in den parallelen Arbeitsgruppen möchte ich hier einige Anregungen zu neuen Strukturen wiedergeben, die vielleicht auch hierzulande umsetzbar sind:

– *Aus Schweden* wurde als Alternative zur Praxis der Psychiatrie von der Einrichtung eines persönlichen Ombudsmans für die Betroffenen berichtet: Dieser P.O. wird auf Nachfrage hin aktiv. Er schließt mit dem Betroffenen einen Vertrag auf Zeit. Er gibt Unterstützung in allen möglichen Bereichen, von Fragen nach dem Sinn des Lebens bis zur Hilfe bei Kontakten mit der Familie. In der Diskussion wurde gefragt, ob es auch aufsuchende Hilfe durch den P.O. gebe – ja! Diese Einrichtung spare nicht nur Geld, sie habe auch großen Erfolg: „*You don’t need much psychiatry any more!*“ (*Maths Jespersen*)

– *Aus den USA* wurde berichtet von der heilenden Wirkung von menschlichen Beziehungen mit anderen durch Gemeinschaft, „community“. 3 wichtige Prinzipien dabei sind: Lernen statt helfen, gemeinsame Beziehungen statt nur individueller Strukturen, Hoffnung statt Furcht. Es gibt „intentional peer support“, was übersetzt wurde als „absichtsvolle Unterstützung von Betroffenen für Betroffene“. Es gibt dabei auch Trainingsprogramme für Angehörige – zum sprachlichen und zum sozialen Verhalten, um gesündere Beziehungen zu den Betroffenen aufbauen zu können. „*Das ersetzt die Psychopharmaka!*“ (*Beth Filson*)

Aus den USA wurde auch das Pajaro Valley Sunrise Center in Kalifornien erwähnt. Es ist noch nicht ganz fertig, aber das Konzept mit seinen Peer-counseling-Strukturen verdeutlicht, was die in den USA und anderswo gewaltige „Re-evaluation Counseling“ Bewegung von Seattle aus seit den 60er Jahren für eine volle Re-Sozialisierung von Betroffenen erreichen will. (Cf. dazu in Wikipedia das Stichwort „Re-evaluation Counseling“)

– *Aus Deutschland* wurde das „Weglaufhaus“ in Berlin vorgestellt, das manchen von

---

uns ja bekannt ist als eine frühere Einrichtung der Wohnungslosenhilfe. Es bietet Krisenhilfe für Betroffene rund um die Uhr, besonders für Frauen: Hilfe bei der Wahl einer Vertrauensperson, Hilfe bei der stufenweisen Absetzung von Psychopharmaka (10%-Regel), Hilfe bei der Wiedererlangung bürgerlicher Rechte, Hilfe bei der Bekämpfung von Wohnungslosigkeit, Hilfe beim sozialen Anschluss-Finden und dem Finden von Perspektiven. Da das Weglaufhaus nur 13 Plätze hat und inzwischen meist über die Eingliederungshilfe finanziert wird, sind seine Möglichkeiten begrenzt. (Kathrin Vogel)

*In der Diskussion* wurde gesagt, dass eine einfache, ehrenamtliche Einrichtung als Anlaufstelle für alle in Krisen fehlt, – außerhalb der staatlich-institutionellen Finanzierung. Überhaupt sei die Frage der Finanzierung z. B. durch Stiftungen, für alternative Projekte nicht gelöst!

In Berlin wird von der Betroffenen-Beratung als „Nischen der Versorgung“ gesprochen, die, so der Psychiatrie-Beauftragte Heinrich Beuscher, aufgewertet werden könnten – z. B. könnten Betroffene als bezahlte Berater an den Kontakt- und Beratungsstellen in den Bezirken (KBSn) eingesetzt werden!

Die meisten Sprecher auf den Abschlussdiskussionen sahen in dem Wechsel von einem bisher herrschenden medizinischen Modell der Behinderung zu einem sozialen Modell der Behinderung im Sinne der neuen UN-Konvention für Behinderte einen Fortschritt. Sprachlich ging man z. T. so weit, dass man auf die Bezeichnung „psychisch krank“ ganz verzichten wollte. Dieser Begriff sei überholt. Seit 2001 werde bei der WHO, in der UN-Konvention, im Grundgesetz und anderswo nur noch von „psychischer Beeinträchtigung“ (impairment) gesprochen! – Ganz abgesehen davon, dass das den Namen unseres ApK-Verbandes betreffen würde, fragt man sich schon, ob diese sprachliche Neu-Unterscheidung

den Aufwand lohnt? Ich erinnerte in der Diskussion z. B. daran, dass wir als ApK immer die Gleichstellung unserer „psychisch Kranken“ mit den „somatisch Kranken“ gefordert haben! Das sei überholt, hieß es dort!

Nützlich waren die Hinweise auf die großen Verbandsstrukturen für Behinderte in Deutschland. Der „Deutsche Behindertenrat“ vertritt ca. 3 Millionen Mitglieder. Der BPE, der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrene, der sich besonders auch mit Schizophrenie-Erfahrung beschäftigt, ist dort Mitglied.

Die Antworten auf die Frage nach den Höhepunkten und Ausblicken am Schluss der Veranstaltung erwähnten vielerlei: Es ging von abstrakten Empfindungen wie „Hoffnung“, über ganz Konkretes wie „bezahlte Aufträge für Betroffene, möglichst mindestens 1500 Euro im Monat“ über die Vision von der Freiheit in einer nicht andere ausschließenden Gesellschaft bis hin zu der futuristisch -fantasievollen Beschreibung des erreichten Ist-Zustands in der Psychiatrie, die ich auf Englisch wiedergebe: Wir sind auf dem Wege „from colliding to collaborating worlds“, (von kollidierenden, feindlich aufeinander zurasenden Welten, hin zu Welten, die friedlich zusammenarbeiten können?)

Hier noch eine wichtige Adresse für Kontakte, auch zum Aufbau von Selbsthilfegruppen: Antipsychiatrische Beratungsstelle des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt, Kreuzingerstr. 18, 10247 Berlin-Friedrichshain (U-Bahn Samariterstr.), Tel. 01578-7571476

Und eine Literaturangabe:

Einen perfekten Überblick über all die neuen Trends in der Betroffenen-Forschung gibt: This is Survivor Research. Edited by Angela Sweeney, Peter Beresford, Alison Faulkner, Mary Nettle & Diana Rose, 2009

## **Computerkurs im Pinellodrom!**

**Der Träger Pinel bietet unseren Mitgliedern die Möglichkeit zur kostenlosen Teilnahme am eingerichteten Computerkurs.**

Dieser findet jeden Dienstag um 10.30–12.30 Uhr im Pinellodrom, Dominicusstr.5, 10823 Berlin-Schöneberg statt.

Eigene Laptops können mitgebracht werden, sind aber nicht Bedingung.

Es wurde eine Website eingerichtet: <http://lernen.jaaa.eu>

## Ehrung von Dr. h.c. Peter Lehmann, einem der bekanntesten Vertreter der "Humanistischen Antipsychiatrie"

---



Katrin Lompscher und Peter Lehmann

Peter Lehmann ist bekannt für sein Eintreten für die Wahrung der Menschenrechte, insbesondere für die Rechte für Menschen mit psychischen Problemen und Psychiatriebetroffene. Für seinen Einsatz für eine Innovative Psychiatrie erhielt er am 28. September 2010 die Ehrendoktorwürde der Aristoteles-Universität Thessaloniki. Am 5. September 2011 wurde Dr. Peter Lehmann vom Bundespräsidenten Christian Wulff das Bundesverdienstkreuz verliehen.

Die Glückwünsche von Dr. Asmus Finzen anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde an Peter Lehmann möchten wir hier für unsere Mitglieder abdrucken.

*Glückwunsch, Herr Doktor Lehmann!*

Die Berichterstattung über akademische Ehrungen gehört nicht zu den Alltagsgepflogenheiten der Psychosozialen Umschau. Aber diesmal muss es sein:

Peter Lehmann, der gewichtigste unter den Psychiatriekritikern in Deutschland erhielt im September 2010 die Ehrendoktorwürde der philosophisch-psychologischen Fakultät der Aristoteles Universität in Thessaloniki, Griechenland. Die Ehrung erfolgte „in Anerkennung seines außerordentlichen wissenschaftlichen und humanitären Beitrags für die Durchsetzung der Rechte Psychiatriebetroffener“.

Anlässlich des Festaktes in Thessaloniki bekannte er sich zu einer „modernen, nutzergetragenen humanistischen Antipsychiatrie“, die nicht einfach nur dagegen sei. Die humanistische Antipsychiatrie sei vielmehr von Widerspruchsgestalt erfüllt, der sich für eine neue, menschliche Psychiatrie einsetzt, für „Toleranz, Respekt und Wertschätzung von Vielfalt auf allen Ebenen des Lebens“.

*Anhaltende individuelle und kollektive Gegenwehr*  
Dr. phil. h.c. Peter Lehmann ist seit nunmehr drei Jahrzehnten der Stachel im Fleisch der etablierten deutschen Psychiatrie. Der geborene Schwabe, der in diesem Jahr 60 geworden ist, erwarb sein Diplom als Sozialpädagoge Mitte der Siebzigerjahre mit einer Arbeit über „Möglichkeiten und Grenzen von Betroffenenbeteiligung“. Das war damals selbst im Nachklang zur 68er-Bewegung etwas Neues. Vermutlich wäre er im Zeichen des Aufbruchs der sozialen Psychiatrie überall willkommen gewesen, wo so etwas anzupacken galt. Aber dann kam es, wie er selber schreibt zum biografischen Bruch:

„Die ohne richterlichen Beschluss erfolgte Verschleppung in die bundesdeutsche Psychiatrie 1977, die dort erfolgten weiteren Menschenrechtsverletzungen (Verstoß gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit, Verstoß gegen den Schutz der Menschenwürde) sowie weitere entwürdigende Maßnahmen nach der Entlassung aus der Psychiatrie (Gemeindepsychiatrische Verabreichung toxischer Psychodrogen, Verweigerung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes in Form von Verweigerung der Einsicht in die eigenen psychiatrischen Akten) führten zu seit 1979 anhaltender Gegenwehr gegen psychiatrische Willkür...“.

Daraus wurde das Leitmotiv seines weiteren beruflichen Lebens, das er mit großer Gestaltungskraft und Beharrlichkeit bis heute verfolgt. Die Schwerpunkte seines Handelns dokumentieren zugleich die Mängel unserer Gesellschaft im Umgang mit Menschen, die psychiatrische Dienstleistungen in Anspruch nehmen müssen: Menschenrechte auch für Psychiatriebetroffene (eigentlich eine Selbstverständlichkeit), Entwicklung von Selbsthilfe, Selbstorganisation und Betroffenenbeteiligung und die Bekämpfung der Diskriminierung psychisch Kranker.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt seiner Tätigkeit war und ist die kritische Auseinandersetzung mit der Pharmakotherapie. Von besonderer Bedeutung sind aus meiner Sicht sein Kampf um das Recht auf Einsicht in die eigenen Psychiatrieakten, seine Beteiligung an der Entwicklung des psychiatrischen Testaments, eines Vorläufers der Patientenverfügung und – in zwingender Konsequenz – die Entwicklung und Unterstützung von Alternativen zur Psychiatrie.

Unsere Lebenswege haben sich seit 1980 gelegentlich gekreuzt, damals am spektakulärsten beim Hamburger Gesundheitstag, an dem er als Vertreter der gerade gegründeten Berliner Irrenoffensive auftrat, die er uns als damals schon eta-

---

blierte sozialpsychiatrische Fraktion vorzuführen versuchte. Aber schon damals war er für uns kein Unbekannter. Wir verfolgten seinen Kampf um Akteneinsichtsrecht mit großer Aufmerksamkeit und hatten wenig Verständnis für unsere Berliner Kollegen, die ihm dies durch mehrere Gerichtsinstanzen verweigerten. Es wäre schön, feststellen zu können, dass dieses Einsichtsrecht heute eine Selbstverständlichkeit ist. Leider weiß ich aus vielen Gesprächen, dass dies nicht zutrifft.

Der weitere Meilenstein war für mich „Der chemische Knebel“ (1986), den ich mancher Vorbehalte zum Trotz auch heute noch als wichtigste Sammlung vor allem seltener Nebenwirkungen von Psychopharmaka betrachte. Ich habe, solange ich Kranke mit Psychopharmaka behandelt habe, immer wieder ins Regal gegriffen, wenn ich nicht so recht wusste, woran ich war; und ich bin nach wie vor der Meinung, dass dieses Buch auf den Schreibtisch jedes Arztes gehört, der mit Psychopharmaka arbeitet. Das gilt auch für „Psychopharmaka absetzen“ (2008). Es ist eine große Hilfe für Kranke, die ihre Medikamente ohnehin absetzen wollen, aber keinen Arzt ihres Vertrauens finden, der sie dabei begleitet. Es bewahrt sie vor vermeidbaren Risiken.

Seit ich mich mit Patientenverfügungen bei psychisch Kranken befasse – und mich nachdrücklich für sie einsetze –, habe ich mit großer Verspätung gelernt, sein frühes Engagement für das psychiatrische Testament zu schätzen. Ich

räume ein, dass ich dessen Möglichkeiten lange unterschätzt habe. Heute bin ich überzeugt davon, dass eine klug verfasste Patientenverfügung unter Mitbestellung eines Bevollmächtigten das wirksamste Mittel ist, beim einzelnen Kranken eine angemessene, respektvolle, effiziente Behandlung unter weitestgehender Vermeidung von Willkür und Zwang zu gewährleisten, vor allem die Integrität und die Würde des Kranken.

Ich habe hier nur einige Aspekte des Wirkens von Peter Lehmann herausgegriffen, die mir am Herzen liegen. Er hat als Autor, als Verleger des Anti-Psychiatrie Verlages, als Vortragender, als Mitglied und Aktivist zahlreicher nationaler und internationaler Verbände Erstaunliches geleistet. Ich empfehle jedem, der mehr wissen will, einen Blick in seine Website ([www.peter-lehmann.de](http://www.peter-lehmann.de)). Ich beschränke mich auf einen Glückwunsch, der von Herzen kommt: Zum Ehrendoktor- und natürlich auch zum 60. Ich wünsche ihm Kraft, möglichst lange weiter zu machen. Wenn ich die Entwicklung seines Werks und seines Wirkens über die Jahrzehnte betrachte, kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass sich seine Positionen und die der sozialen Psychiatrie in mancher Hinsicht angenähert haben – und ich frage mich, ob er sich bewegt hat oder die Psychiatrie.

Asmus Finzen  
[www.asmus.finzen.ch](http://www.asmus.finzen.ch)  
Psychosoziale Umschau 01.2011

## Informationen aus der psychiatrischen Versorgung

### Interpersonelle Psychotherapie, IPT

---

#### **Eine neue Behandlungsmethode, vor allem geeignet bei affektiven Störungen als Kurzzeittherapie.**

Die Schlosspark Klinik in Charlottenburg ludt ein am 27. Juni 2011 in einer Reihe zur Fort- und Weiterbildung zu einer Informations-Veranstaltung für Ärzte und interessiertes Publikum über eine neue Behandlungsmethode bei affektiven Störungen wie z. B. episodische, nicht-chronische Depressionen. Sie ist also nicht bestimmt für kognitive Störungen und chronische Psychosen!

Diese Therapieform ist leichter zu erlernen als andere Therapien. Es geht weniger um eine tiefgreifende Veränderung der Persönlichkeitsstruktur. Es geht um eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen im Hier und Jetzt, am konkreten Krankheitsbild orientiert. Meist geht es um offene oder verdeckte Konflikte mit Partnern, das Problem des Rollenwechsels oder um

das Thema Einsamkeit z. B. durch Abbruch von Beziehungen. Eine Verbesserung der affektiven Störungen soll in einer Kurzzeittherapie von 12 bis 20 Sitzungen erreicht werden.

Die Theorie dahinter geht zurück auf Gerald Klemann und Myrna Weissman, die ihrerseits auf der historischen Literatur zur „Bindungstheorie“ von Adolf Meyer, John Bowlby und Harry Stack Sullivan fußen.

Das Kernmodell ist, dass bei affektiven Störungen meist eine interpersonelle Belastung vorliegt. Es gilt, an deren Auslöser und die Folgen, die aufrechterhaltenden Bedingungen, heranzukommen, um so Verbesserungen möglich zu machen.

Die Sitzungen sind strukturiert in mehreren Phasen: der Psychoedukation mit Hoffungsvermittlung und Behandlungsvertrag, der Bearbeitung der Belastungen im Fokus und der evtl. ambivalenten Gefühle und der Vorbereitung auf

---

das Therapieende. Vom Therapeuten wird u. a. Zuhörerfähigkeit gefordert, damit der Klient sprechen kann, Empathie für den Klienten, um die Konflikte abbilden zu können und Kommunikationsanalyse, und die Fähigkeit, die Stadien des Konflikts zu bestimmen, damit der Klient aus seiner Sackgasse der Gefühle herausfindet.

Die Wirksamkeit der IPT, der neuen interpersonellen Therapie, ist bereits evaluiert worden. Sie zeigt bis zu 5 Jahren eine zufriedenstellende Wirksamkeit.

Weitere Informationen dazu gibt es in der Schlosspark Klinik.

Eleonore Fink

---

## "Braucht Berlin geschlossene Heime in der Gemeindepsychiatrie?"

---

Die Reform der psychiatrischen Versorgung hat in den Krankenhäusern die geschlossenen Langzeitstationen abgeschafft. Zwar gibt es immer noch Menschen, die langfristiger, manchmal monatelanger stationärer Behandlung bedürfen, sie werden aber auf Akutstationen behandelt. Dauerhaft geschlossene Akutstationen sind unserer Erfahrung nach nicht hilfreich, denn die mit der geschlossenen Tür verbundene „Sonderatmosphäre“ führt genau zum Gegenteil dessen, was eigentlich bezweckt ist: So konnten wir in einer vergleichenden Untersuchung zeigen, dass bei weitgehend geöffneter vs. weitgehend geschlossener Tür auf den Akutstationen weitaus weniger Patienten entweichen und die Station gegen ärztlichen Rat verlassen, als wenn die Türen geschlossen sind. Es finden auch deutlich weniger fremdaggressive Handlungen statt (Lang u. a. *European Journal of Psychiatry* 2010). Wenn das aber für Akutstationen gilt, warum sollte dies für Heime anders sein?

Hinzu kommen extrem negative Erfahrungen mit der Unterbringung von Patienten in geschlossenen Heimen. So behandelten wir einen jungen Mann, der mit 19 Jahren bei schizophrener Psychose für zwei Jahre in einem geschlossenen Heim untergebracht worden war. Als wir ihn nach Ablauf der Unterbringung in Westdeutschland hier in Berlin auf unsere Station übernahmen, konnte er auf einer offenen Station behandelt werden. Auch bei uns traten fremdaggressive Äußerungen und Handlungen auf, die ursprünglich zur geschlossenen Unterbringung geführt hatten. Für unsere Mitarbeiter war dies durchaus belastend. Ein Teil dieser Aggression hatte sich aber in der zwei Jahre währenden, gefängnisartigen Unterbringung gebildet. Dass ein solcher Patient auf einer offenen Akutstation behandelt werden kann stellt die Berechtigung der Unterbringungen in geschlossenen Heimen grundsätzlich in Frage. Weithin ist zu bedenken, dass solche Plätze, sobald sie angeboten werden,

auch ihre Belegung finden. Ein letzter, zu bedenkender Punkt ist, dass eine Unterbringung gemäß § 1906 BGB im wesentlichen im Rahmen von Hilfestellungen für einen Menschen erfolgen kann, der krankheitsbedingt seine eigene Gesundheit und damit sein Leben gefährdet. Unterbringungen wegen persistierender Fremdaggressivität sind also nicht möglich. Die Auseinandersetzung mit der UN-Behindertenkonvention ist juristisch noch nicht abgeschlossen, sodass sich die juristischen und ethischen Implikationen für die Unterbringung nach Betreuungsrecht noch nicht abzeichnen. Es erscheint aber als höchst unwahrscheinlich, dass die mit der UN-Behindertenkonvention verbundene Stärkung der Patientenrechte dann angemessen umgesetzt ist, wenn Unterbringungsmöglichkeiten in geschlossenen Heimen geschaffen werden. Bleibt das Argument, dass es eine in Berlin durchaus in Einzelfällen angewendete Praxis sein soll, psychisch kranke Menschen in solche geschlossenen Heime außerhalb des Landes Berlin zu verlegen. Hier ist aber das Hilfesystem, insbesondere das System der Krankenhausbehandlung, gefragt. Das oben genannte Beispiel eines Patienten, der mehrjährig in einem geschlossenen Heim untergebracht war, auf einer offen geführten Akutstation aber behandelbar ist, zeigt, dass es andere therapeutische Wege gibt und geben muss.

Prof. Dr. med. Andreas Heinz (Charité)

Liebe Mitglieder,  
über dieses Thema wird in der Fachwelt neu diskutiert. Deshalb ist es für uns als Ihre Interessenvertreter wichtig zu wissen, wie Angehörige dazu stehen, damit wir uns angemessen dazu positionieren können.

Per Mail bitte an: [Marianne.Sch@gmx.net](mailto:Marianne.Sch@gmx.net)  
Schriftlich bitte an die Geschäftsstelle z. H. Frau Schumacher.

# Rechtliches

## Benachrichtigung im Todesfall

Durch Mitglieder erfuhren wir von einem erschreckenden Erlebnis.

Folgende Situation: Der psychisch Erkrankte lebte in seiner eigenen Wohnung, wurde gesetzlich betreut, hatte den Kontakt zur Familie vollkommen aufgegeben.

Durch ein zufälliges Treffen der Nachbarn des Erkrankten, erfuhren die nahen Angehörigen vom Tod ihres Familienmitgliedes. Für die Angehörigen ein großer emotionaler Schock!

Klärungsversuche der näheren Umstände, sowie der unterbliebenen Benachrichtigung der Familie, beim gesetzlichen Betreuer, beim SPD und der Polizei brachten kein Ergebnis. Niemand der Angesprochenen erklärte sich hierfür als zuständig.

Unsere Nachfragen bei der Psychiatriekoordination des Bezirks ergaben Folgendes: Die

gesetzliche Betreuung erlischt sofort mit dem Ableben des Betreuten und es gibt keine Verpflichtung zur Information der Angehörigen.

Die Polizei sieht beim Tod eines volljährigen Menschen keine Veranlassung zur Suche nach Angehörigen und benachrichtigt daher von sich aus nicht.

Der Sozialpsychiatrische Dienst berief sich auf die Schweigepflicht – eine Handlungsanweisung für derartige Fälle gibt es nicht. Davon unabhängig ist natürlich die Benachrichtigung durch das Gericht in Erbschaftsangelegenheiten.

Damit weiteren Angehörigen hoffentlich solche Erfahrungen erspart bleiben, war es uns wichtig, darüber zu informieren.

Wir werden als Verband dieses Thema weiter verfolgen und uns für eine Veränderung der Vorgehensweise einsetzen.

### Wir nehmen Abschied

Mit großer Trauer geben wir bekannt, dass in diesem Jahr drei Mitglieder des Landesverbandes e.V. Berlin der Angehörigen psychisch Kranker gestorben sind. Unsere Anteilnahme gilt ihren Familien und Freunden.

In ehrendem Andenken behalten wir:

**Herrn Werner Diedler**, der im Alter von 82 Jahren von uns gegangen ist und ein Gründungsmitglied unseres Vereins war.

**Herrn Dr. Ingolf Müller**. Ihm danken wir für seinen unermüdlichen Einsatz, die ApK-Computeranlage stets auf dem neuesten technischen Stand zu halten und für seine tatkräftige Mithilfe, gemeinsam mit seiner Frau und seinem Sohn, zum reibungslosen Ablauf unserer Veranstaltungen beigetragen zu haben. Der ApK verdankt ihm sehr viel.

Bestürzt sind wir auch über den Tod von **Herrn Jochen Walborn**, der den ApK bei seiner Arbeit gern und hilfreich unterstützt hat.

Der Vorstand



Jan van Eyck „Engel der Verkündigung“, 1432

## Soteria Bern – Wo steht sie heute?

---

### **Bericht von einer gemeinsamen Veranstaltung von unserem ApK, mit Marianne Schumacher als Vertreterin des ApK-Interesses an der Soteria, dem Netzwerk Stimmenhören und der Klinik für Psychiatrie von Vivantes in Neukölln am 28.9.2011.**

Aus Bern war extra zum Vortrag angereist der Chefarzt der Soteria Bern und Nachfolger des berühmten Prof. Luc Ciompi: Prof. Holger Hoffmann.

Prof. Hoffmann sagte zunächst, dass „Mythen“ über das Soteria-Konzept verbreitet seien und einer Klarstellung bedürften. So gebe es wichtige Unterschiede zwischen den Konzepten des „Gründervaters“ Lauren Mosher in Californien und Luc Ciompis in Bern.

Mosher's Konzept war radikaler, es war antipsychiatrisch, es war außerhalb des medizinischen Versorgungssystems. Ciompi's Konzept war moderater, es war sozialpsychiatrisch orientiert und blieb innerhalb des medizinischen Versorgungssystems. Mosher arbeitete mit non-professionellen Mitarbeitern. Ciompi setzte zur Hälfte professionelle Pflegekräfte ein und nur zur Hälfte Laien-Mitarbeiter. Mosher verzichtete auf Neuroleptika. Ciompi setzte möglichst wenig Neuroleptika ein. Zu Mosher's Konzept gehört das „Being with“, das ständige Miteinander. Ciompi spricht von der „therapeutischen Gemeinschaft“ und setzt sie ein im Verhältnis 1:1 von Klient:Betreuer im akuten Zustand im sog. „weichen Zimmer“ (ein Zimmer mit weich fallenden, hellen Vorhängen und 2 Einzelbetten übereck).

Die Soteria Bern heute. Die Soteria ist spezialisiert auf Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und psychotischen Episoden in Entwicklungskrisen. Das Setting ist gedacht für jüngere Menschen zwischen 16 und 40 Jahren, die aus der Schweiz stammen (also nicht für Patienten aus aller Welt!). Die Aufenthaltsdauer beträgt 7 bis 9 Wochen, manchmal 3 Monate oder auch mal 6 Monate. Etwa 2/3 der Klienten kommen mit vorheriger Drogen-Erfahrung. Die Behandlung wird von den Krankenkassen finanziert.

Zu den Grundsätzen in der Berner Soteria gehört vor allem ein familienähnliches Behandlungs-Milieu, sowohl in den Räumlichkeiten und der Auswahl der Möbel („wichtig“) wie in den alltäglichen Dingen wie Kochen („ganz wichtig“) und den Beziehungen der „therapeutischen Gemeinschaft“ –

all duzen sich in dieser „Familie auf Zeit“.

Es gibt eine kontinuierliche Begleitung und eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Es gibt klare Informationen für alle und eine tätige Gemeinschaft in Peer-Gruppen, in die jeder einbezogen ist. Das alles in einer entspannten Atmosphäre mit „low expressed emotion“, kein Stress durch Kritisieren und Überengagement etc. Das Behandlungsziel orientiert sich am Recovery-Konzept. Die Entlassung erfolgt möglichst in ein integriertes, ambulantes Behandlungsnetz.

Es gibt Studien, die die Wirksamkeit der Soteria deutlich belegen. Prof. Hoffmann sieht hier vor allem die Wirksamkeit der Milieu-Therapie. Sie werde sehr unterschätzt, dabei sei sie den anderen Theorien „ebenbürtig“.

Prof. Hoffmann gab dann einen Überblick auch über die Geschichte der Soteria-Bewegung. Seit 1971 gibt es das „Soteria House“ von Lauren Mosher in Californien. 1993–2000 brachte Gütersloh die Soteria nach Deutschland. 1997 folgte Frankfurt, 1998 Gießen, 1999 Zwiefalten, 2003 München/Haar, 2004 Hannover. Interessant ist auch, dass es seit 2005 eine Soteria-Einrichtung in Tokio gibt. Dazu muss man wissen, dass die Japaner z. T. ein problematisches Verhältnis zu Schizophrenen haben. Sie verstoßen sie dann aus den Familien und sie leben dann nur in Kliniken. Seit 2011 gibt es eine Soteria in den Niederlanden.

Weitere und ausführliche Informationen zur Soteria in Bern finden sich unter: [www.soteria.ch](http://www.soteria.ch)

Interessant ist auch die Website der VASK Schweiz, Vereinigung der Angehörigen Schizophrenie- und Psychischkranker: [www.vask.ch](http://www.vask.ch)

Siehe dazu auch: ApK-Info3/2007: Das Soteria Konzept.

Eleonore Fink



## Unsere Angehörigen berichten von ihren Erfahrungen mit dem Berliner Psychiatrie-Versorgungssystem

---

### Von wegen niederschwellig...

Meine Tochter macht mir wieder Sorgen. Wir Angehörigen, die ihre Kinder in einer Psychose erlebt haben, wissen, wie das ist. Plötzlich wird die Tochter wieder extrem nervös, klagt, dass sie nicht schlafen könne und ist schnell aufgeregt und gereizt.

Ich überlege, wie ich ihr helfen kann, damit es diesmal nicht wieder zum Ausbruch einer Psychose kommt, sondern dass frühzeitig Unterstützung gefunden wird. Meine Tochter will nicht in ein Krankenhaus, niemals, keinesfalls. Da kann ich machen, was ich will, wie sie mir unmissverständlich mitteilt. Ich kann sie verstehen, die letzten Krankenhausaufenthalte waren nicht schön: Statt der Ruhe, die ein psychotischer Mensch braucht, herrschte dort Chaos und Lärm. Sie hatte eine Zimmernachbarin, die nachts herumgeisterte und laut Musik hören wollte, die Schwestern waren natürlich überlastet und die Ärzte waren zwar nett, wie sie mir sagte, aber doch eben selten erreichbar. Nein, nie wieder Krankenhaus.

Als Mitglied des ApK habe ich schon viele Vorträge gehört über so genannte niederschwellige Angebote für Menschen in psychischen Krisen. Es gibt ein Weglaufhaus, in denen Menschen sich erholen können, ohne in den Fängen der Psychiatrie zu landen. Die Krisenpension bietet psychisch Kranken eine Ruhezone, in der sie von Ärzten, Betroffenen und Angehörigen individuell und vorsichtig nach ihren Bedürfnissen betreut werden. Es gibt Tageskliniken, angeschlossen an psychiatrische Kliniken, in denen tagsüber Menschen mit psychischen Einschränkungen Halt, Beschäftigung und Therapie geboten wird, ohne dass sie ganz den Kontakt zu ihrem gewohnten Umfeld verlieren müssen. Gerade bei uns um die Ecke ist eine Klinik, die von ApK-Mitgliedern gelobt wird, die über eine gute Tagesklinik und eine Institutsambulanz verfügen soll. Der Arzt meiner Tochter empfiehlt immer ein frühzeitiges Eingreifen, damit der Ausbruch verhindert werden kann.

Ich erzähle meiner Tochter von all diesen Möglichkeiten und sie ist interessiert. Ja, ich habe ihr ok, ich darf dort anrufen und mich erkundigen und dann ist sie bereit, mit mir dort einmal hinzugehen. Ich bin erleichtert, denn das ist ein Durchbruch. Normalerweise weist sie alle meine Versuche, ihr zu helfen, energisch von sich.

Ich durchforste das Internet. In der Krisenpension kann man ab 09.00 Uhr anrufen. Ich warte höflich und rufe um 09.15 Uhr an. Keine Reaktion. Ich lasse lange klingeln, aber auch nach 10 Minuten hebt niemand ab und es wird auch nicht angeboten, auf einen Anrufbeantworter zu sprechen. Nun gut, denke ich, rufe ich später noch einmal an.

In der Zwischenzeit versuche ich mein Glück im Internet beim Weglaufhaus. Ich lese alles sorgfältig durch und finde, dass das Konzept sehr gut klingt. Das könnte meine Tochter überzeugen. Inzwischen ist es 09.35 Uhr. Ich rufe an und lasse lange klingeln, aber habe wieder keinen Erfolg. Es steht allerdings auch nicht auf der Webseite, wann man dort anrufen kann. Es war sicher die falsche Zeit. Oder überhaupt die falsche Herangehensweise. Niemand geht ans Telefon, kein Anrufbeantworter.

Ich wechsele jetzt wieder zur Krisenpension, inzwischen ist es 10.00 Uhr, da werden sie doch wohl aufgestanden sein. Ich habe ja Verständnis, schließlich ist es ein selbstorganisiertes Projekt, da hält man sich nicht so strikt an vorgegebene Zeiten. Leider wieder kein Erfolg. Bis 11.00 Uhr versuche ich beide Institutionen abwechselnd anzurufen. Ohne Erfolg.

Ich bin ein bisschen frustriert. Heißt niederschwellig nicht, dass man einfach und unkompliziert ein etwas kommt? Wie ist es denn, wenn ein aufgeregter Mensch anruft, der sich gerade in einer Krise oder kurz davor befindet und keine Antwort bekommt? Ich glaube, so ein Mensch wäre noch frustrierter und vor allem entmutigter als ich.

Aber es gibt ja noch die Tagesklinik bei dieser gelobten Klinik ganz um die Ecke. Das wäre doch auch noch ziemlich niederschwellig. Ich rufe an. Es antwortet jemand! Ich bin erleichtert, wenigstens ein Erfolgserlebnis heute morgen. Ich möchte mit der Tagesklinik verbunden werden.

„Wen wollen Sie denn da sprechen?“

„Ja, also, ich wollte einfach wissen, ob es für meine Tochter möglich sei, dort einen Platz kurzfristig zu bekommen. Sie wohnt auch im passenden Bezirk,“ füge ich eilig hinzu. Soviel weiß ich schon, dass man im passenden Bezirk wohnen muss, um Zugang zu einer bestimmten Klinik zu haben.

„Ist sie denn Patientin bei uns?“ werde ich gefragt.

„Nein, deswegen rufe ich doch an, sie will nicht ins Krankenhaus und da habe ich gedacht,

---

dass vielleicht eine Tagesklinik ihr weniger Angst machen würde...“

„Wenn sie nicht in unserer Klinik war, dann kann sie auch nicht in die Tagesklinik,“ sagt der Herr streng. „In die Tagesklinik kommt man nur nach einem Krankenhausaufenthalt.“

Ich bin verwirrt. Wäre es denn nicht für manche Erkrankte niederschwelliger, also weniger Angst besetzt, wenn sie tagsüber betreut wären, aber nachts in ihre vertraute Umgebung könnten? Aber was ich mir so gedacht habe, spielt keine Rolle. Ich versuche noch ein letztes Mal, mehr Informationen zu bekommen.

„Sie haben doch auch ein Institutsambulanz, könnte meine Tochter dort einmal hinkommen und mit einem Arzt sprechen?“

„Nein, Ihre Tochter ist doch gar keine Patientin bei uns, dann kann sie auch nicht in die Institutsambulanz kommen. Die ist nur für ehemalige Patienten.“ Der Herr klingt inzwischen genervt, ich bedanke mich und hänge auf.

Bedeutet das, dass meine Tochter, die jetzt in Charlottenburg-Wilmersdorf wohnt, in keine Institutsambulanz einer Klinik in diesem Bezirk kommen darf, weil sie vorher noch nicht stationär aufgenommen war? Aber sie hat doch vorher in einem anderen Bezirk gewohnt und dort kann sie jetzt auch nicht mehr in die Institutsambulanz, weil sie jetzt dort nicht mehr wohnt. Erst wieder eine Krise und ein Krankenhausaufenthalt, damit ihr die niederschwelligeren Angebote offen stehen? Das klingt nicht niederschwellig, sondern sehr kompliziert.

Meine wiederholten Telefonate in der Krisenpension und dem Weglaufhaus verlaufen wieder erfolglos. Ich entschieße mich zu einem Schritt, der mir ein bisschen peinlich ist, aber wenn es um meine Tochter geht... Ich rufe ein ApK-Mitglied an, das wesentlich am Aufbau der Krisenpension mitgewirkt hat und deren Vorträge auf vielen Tagungen mich immer überzeugt haben. Sie ist sehr freundlich und wundert sich auch, dass niemand dort ans Telefon geht. Aber dann kommt das Wesentliche.

„In welcher Krankenkasse ist ihre Tochter denn?“ fragt sie.

„In der DAK.“

„Ja, dann kann sie leider ohnehin nicht in die Krisenpension, wir haben nur einen Vertrag mit der TK.“

Mir fehlen die Worte. Niederschwellig? Muss ich noch erwähnen, dass meine Mails an Krisenpension und Weglaufhaus auch nicht beantwortet wurden?

Aber so schnell lasse ich mich nicht entmutigen. Es gibt ja noch die Platane 19, da gibt es auch gute Angebote, die meiner Tochter vielleicht helfen können. Und sie kennt die Platane schon. Ich kann sie überreden, mit mir dorthin zu gehen. Und tatsächlich, Herr G., der Leiter dieses Bereichs, ist sofort für uns zu sprechen. Es gelingt ihm, freundlich und deeskalierend mit meiner aufgeregten Tochter zu reden, die natürlich erst einmal lautstark ihren Frust über ihre furchtbare Mutter, Krankenhäuser, ihre Betreuerin und eine Soziotherapeutin loswerden muss, die ganz offensichtlich eine Kollegin von Herrn G. ist. Er lässt sich nicht irritieren, sondern erklärt ihr gelassen und zugewandt mehrere Möglichkeiten und den Weg dorthin. Als er schließlich noch darauf hinweist, dass es jetzt in der Platane dreimal die Woche eine Cantina, also einen billigen Mittagstisch für € 2,- gibt, ist das Eis gebrochen. Meine Tochter entschuldigt sich für ihre aufgeregten Auslassungen über die Kollegin, die doch eigentlich ganz nett gewesen sei...

„Wissen Sie, das ist so, wenn man manisch ist, dann redet man sehr viel und auch nicht immer nett...“, erklärt sie Herrn G. „Eigentlich hat mir die Soziotherapie damals doch geholfen.“

Ich traue meine Ohren nicht. Sie verabreden, dass meine Tochter zu ihrem Arzt geht und anschließend umgehend diese Leistung der Platane in Anspruch nehmen kann. „Nein,“ sagt Herr G. auf meine Nachfrage, „das ist keine Leistung, die wochenlang in bezirklichen Fallkonferenzen beschlossen werden muss. Wenn Sie heute hingehet, dann kann das am Freitag beginnen.“ Heute ist Mittwoch.

„Der war eigentlich ganz nett,“ meint meine Tochter beim Hinausgehen. Und das ist etwas, was sie selten über einen Angehörigen des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems Berlin sagt. Herr G. ist mein Held. So kann also ein niederschwelliges Angebot in Berlin auch aussehen.

Nun muss meine Tochter nur noch zum Arzt gehen und die entsprechende Verordnung holen. Ich erkundige mich bei ihrem Arzt, sie hat keinen Termin, aber kann kurzfristig vorbeikommen. Mit Wartezeit. Das ist ok. Um die Zeit zu überbrücken und vor allem, um meine Tochter motiviert (compliant) zu halten, lade ich sie zu Capuccino und Wurstbrötchen ein. Das gefällt ihr. Nach anderthalb Stunden Capuccino fallen mir die Augen zu. Da meine Tochter zugesagt hat, zu Dr. M. zu gehen, ver-

---

traue ich ihr (das sollen wir doch, oder?) und verabschiede mich und lasse mir versprechen, dass sie bestimmt zu Dr. M. geht.

Gut, ich weiß, das war ein Fehler, aber da ich auf die 70 zugehe, bin ich eben manchmal nachmittags sehr müde. Aber ich hätte es wissen sollen, das mit dem Vertrauen ist so eine Sache. Um es kurz zu machen, sie war natürlich nicht bei Dr. M.

„Ich war dann plötzlich wie auf den Kopf geschlagen und musste mich hinlegen, Mama. Das ging einfach nicht anders.“ Natürlich, ich verstehe das. Wieder etwas gelernt.

Aber ich lasse nicht locker, mache in der kommenden Woche wieder einen Termin bei Dr. M. aus. Dr. M. selbst ist zwar nicht da, aber ein Kollege, der, wie mir meine Tochter erklärt, sowieso viel netter ist. Na, passt doch. Ich packe meine Tochter ins Auto, ködere sie wieder mit einem Capuccino – diesmal nach dem Arztbesuch – und wir fahren in die Praxis M. Das Ködern ist notwendig, weil ihre Motivation schon wieder erheblich gesunken, ihre Nervosität und Gereiztheit aber erheblich gestiegen ist. In der Praxis muss jedem Menschen, der schon einmal mit psychisch Kranken zu tun hatte, sofort auffallen, dass meine Tochter sich in einem sehr labilen Zustand befindet. Sie verheddert sich mit Worten, als sie der Sprechstundenhilfe erklären will, warum sie jetzt eine andere Krankenkassenkarte hat, findet nichts in ihrer randvoll beladenen Tasche und kippt schließlich den gesamten Inhalt vor und hinter den Empfangstresen. Was natürlich ihre Nervosität noch erheblich steigert. Sie entschuldigt sich, wird immer nervöser... Sie kennen das. Sie tut mir leid, ich helfe so diskret wie möglich, denke aber, dass es doch ganz gut ist, wenn der Arzt mitbekommt, dass es ihr nicht gut geht und dass er schnell etwas tun sollte.

Nach kurzer Zeit kommt sie aus dem Arztzimmer, der in der Tat freundliche Dr. B. verabschiedet sich von ihr und sagt der Sprechstundenhilfe, dass sie einen neuen Termin mit Dr. M. machen soll.

Auf dem Weg aus der Praxis zum Café frage ich vorsichtig, ob sie denn von Dr. B. die Verordnung bekommen habe. Meine Tochter erklärt mir, dass Dr. B. gesagt habe, dass er das nicht tun könne, weil ja Dr. M. ihr behandelnder Arzt sei. Sie müsse in 14 Tagen einen neuen Termin machen und dann solle sie das mit Dr. M. besprechen. In 14 Tagen!!! Weiß

irgendjemand wie dann die Motivation oder „Compliance“ meiner Tochter aussieht? Ich bin entnervt.

Niederschwellig? Wenn mir jemand auf einer Tagung in Berlin noch einmal etwas von einem niederschwelligen Angebot berichtet oder Ärzte über die Wichtigkeit einer frühzeitigen, präventiven Intervention erzählen, werde ich den Raum verlassen. Diese Referate und Lippenbekenntnisse brauche ich nicht und meine Tochter auch nicht mehr.

Was ist in Berlin noch niederschwellig außer dem netten Herrn G.? Ganz einfach, lassen Sie ihre beste Freundin oder die Nachbarin ihres Kindes bei der Polizei anrufen und sich über die Tochter beschweren. Die Freundin habe große Angst vor ihrer Tochter, weil sie so aggressiv sei. Wenn sie es nur dramatisch genug macht, kommt die Polizei sofort und verfrachtet die Tochter ins Krankenhaus. Ganz unkompliziert und niederschwellig. Ohne Anmeldung und Zuständigkeiten oder Verordnung. Mit oder ohne Handschellen. Das klappt sofort. Wobei ich hier gute und weniger gute Erfahrungen gemacht habe. Ein Polizist und seine Kollegin haben freundlich mit meiner Tochter geredet und sogar das eigene Päckchen Zigaretten geopfert, bis sie dann friedlich mit den Polizisten ins Krankenhaus ging. Leider habe ich mir den Namen in der Aufregung nicht gemerkt. Diese beiden Polizisten sind auch meine Helden, ich würde ihnen gerne persönlich ein großes Lob aussprechen können. Das nächste Polizistenpärchen hat nicht viel Zeit verplempert, sondern beherzt zugegriffen und Handschellen zuschnappen lassen.

Wollen wir das für unsere Kinder?

Janine Berg-Peer



Für diese Zeit des inneren Friedens präsentieren wir hier ein „Gebet“ der spanischen Karmeliterin, Mystikerin, Kirchenlehrerin und Heiligen, Theresa von Avila, 1515–1582, zur Begleitung und Orientierung ausgesucht, das zwar schon ein paar Jahrhunderte alt ist, aber, so scheint es, wie für uns Angehörige und unsere Probleme von heute geschrieben ist:

*Verleihe mir Schwüngen  
Herr, du weißt besser als ich, dass ich von Tag zu Tag älter und eines Tages alt werde.  
Bewahre mich vor der Einbildung,  
bei jeder Gelegenheit und zu jedem Thema etwas sagen zu müssen.  
Erlöse mich von der großen Leidenschaft, die Angelegenheiten anderer ordnen zu wollen.  
Lehre mich nachdenklich, aber nicht grüblerisch, hilfreich, aber nicht diktatorisch zu sein.  
Bei meiner ungeheuren Ansammlung von Weisheit  
erscheint es mir ja schade, sie nicht weiterzugeben, aber du verstehst, o Herr,  
dass ich mir ein paar Freunde halten möchte.  
Bewahre mich vor der Aufzählung endloser Einzelheiten  
und verleihe mir Schwüngen, zur Pointe zu gelangen.  
Lehre mich schweigen über meine Krankheiten und Beschwerden,  
sie nehmen zu, und die Lust, sie zu beschreiben, wächst von Jahr zu Jahr.  
Ich wage nicht, die Gabe zu erfliehen, mir Krankheitsgeschichten anderer  
mit Freuden anzuhören, aber lehre mich, sie geduldig zu ertragen.  
Lehre mich die wundersame Weisheit, dass ich mich irren kann.  
Erhalte mich so liebenswert wie möglich, ich möchte kein Heiliger sein,  
mit ihnen lebt es sich so schwer, aber ein alter Griesgram ist das Krönungswerk des Teufels.  
Lehr mich, an anderen Menschen unerwartete Talente zu entdecken,  
und verleihe mir, o Herr, die schöne Gabe, sie auch zu erwähnen.*

## Neues Freizeitangebot!

Wir möchten mit Ihnen und für Sie kreative Ausdrucksmöglichkeiten entwickeln.

**Theater, Musik, Tanz oder Anderes** – alles ist möglich !

Unterstützt und begleitet werden wir von Frau Dr. M. Dahl mit ihrer Erfahrung aus einem von ihr umgesetzten Projekt.

Angedacht ist als Thema zur Zeit „Stigmatisierung“.

Wer Lust und Interesse hat, sich daran zu beteiligen,

kann sich telefonisch unter 030/7050244 (Ab) melden und informieren.

**Wir würden uns über reges Interesse sehr freuen.**

M. Sch.

# Veranstaltungen des Landesverbandes

**12. Januar 2012**

**Fortbildung mit Ärzten der Charité  
Dr. Uta Eichmann  
Thema: Integrierte Versorgung  
19.00 Uhr in der Apk-Geschäftsstelle**

**23. März 2012**

**Mitgliederversammlung  
Rathaus Wilmersdorf, BVV-Saal  
16.00 Uhr**

## **Wir danken für die Unterstützung im Jahr 2011:**

- Unseren Mitgliedern und Fördermitgliedern
- Der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
- Der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
- Den Berliner Krankenkassen:
  - Techniker Krankenkasse
  - AOK Berlin
  - Barmer Ersatzkasse
  - Siemens Betriebskrankenkasse
  - Bundesknappschaft Kaufmännische Krankenkasse
  - GKV – Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe

---

**Herausgeber:** Angehörige psychisch Kranker – Landesverband Berlin e.V.  
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin (Wilmersdorf)  
Tel.: 030-863 957 01/03, Fax: 030-863 957 02  
Internet: [www.apk-berlin.de](http://www.apk-berlin.de), E-Mail: [info@apk-berlin.de](mailto:info@apk-berlin.de)

Redaktion: Dagmar Hasse, Eleonore Fink

Fotos: Dagmar Hasse, Eleonore Fink u.a.

Druck: geesenberg druck, Verein zur Förderung und Hilfe psychisch Kranker, 15755 Teupitz

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft, Konto-Nr. 337 36 00, BLZ 100 205 00

---