

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.

Geschäftsstelle: Wittener Straße 87, 44789 Bochum
Fax: 0234/ 640 510 3

im Internet unter
www.bpe-online.de

Ehrevorsitzende Dorothea Buck,
Brummerskamp 4, 22457 Hamburg

Der neue geschäftsführende Vorstand: (s. Beitrag 11)
Dagmar Barteld-Paczkowski, Kaiserstr. 49, 25524 Itzehoe
Jurand Dazkowski, Brachvogelweg 4, 22547 Hamburg
Ruth Fricke, Mozartstr. 20b, 32049 Herford
Hannelore Klafki, Belziger Str. 27, 10823 Berlin
Klaus Laupichler, Am alten Sportplatz 10, 89542 Herbrechtingen
Martin Pflaum, Bruno-Peters-Berg 5, 15230 Frankfurt/Oder
Dr. Norbert Südland, Otto-Schott-Straße 16, 73431 Aalen

Der neue erweiterte Vorstand:

Magdalena Bathen, Achternkamp 6, 26197 Huntlosen (NS)
Carola Brand, Kleiststr. 54, 24118 Kiel (SH)
Carola Feindt, Hobuschgasse 5 06844 Dessau (SA)
Dr. Jochen Glaubrecht, Dorfstr. 13, 99198 Erfurt (TH)
Sylvia Kormann, Sandgasse 13, 35578 Wetzlar (HE)
Reinhold Sager, Schirmbeckstr. 8, 83022 Rosenheim (BAY)
Matthias Seibt, Landgrabenstr. 16, 44652 Herne (NRW)
Detlev Tintdott, Carl-Severing-Str. 63, 28329 Bremen (HB)
Franz-Josef Wagner, Gratianstr. 7, 54294 Trier (RP)
Peter Wänmann, Bismarckstr. 106a, 66121 Saarbrücken (S)
Ursula Zingler, Ginsterweg 7, 74348 Lauffen (BW)

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft, Köln, BLZ: 37020500
Mitgliedsbeiträge auf Konto: 70798-00
Spenden u. sonstige Zahlungen bitte auf
Konto: 70798-01

mit Gaststatus im erweiterten Vorstand:

Annette K. Lorenz, 10717 Berlin, Naussauische Str. 4 (LAG Berlin)
Regina Rempfer, 16247 Joachimstal, Grimmützer Str. 15 (NW B.-B.)
N. N. (LPE Berlin-Brandenburg)



Der BPE auf dem DGPPN-Kongress in Berlin im November 2004: (Berichte ab Beitrag 14)



weitere Themen: BPE-Jahrestagung 2004 – Der neue BPE-Vorstand □
Bremen vor der Festschreibung der ambulanten Zwangsbehandlung im PsychKG?

Inhaltsverzeichnis:

Beitrag:

Die BPE-Geschäftsstelle ist von Bonn nach Bochum umgezogen!	1
BPE-Rundbrief mit neuer Redaktion	2
Impressum	3
Berichte zur Jahrestagung 2004	
Grußwort von Dorothea Buck, Ehrenvorsitzende des BPE	4
„Forschungen mit uns statt über uns“ <i>Vortrag von Jasna Russo</i>	5
Ferienangebot für Psychiatrie-Erfahrene in Südfrankreich	6
Reisetagebuch von <i>Martin Pflaum</i>	7
Protokoll der BPE-Mitgliederversammlung	8
Der neue geschäftsführende Vorstand und die von ihm übernommenen Aufgaben	9
„Die Poesie der Psychosen“, von <i>Georg Milzner</i> (Thesen zum Referat) und Rezension von <i>Peter Weinmann</i> zum gleichnamigen Buch von Georg Milzner	10 11
„Wir bringen neue Gedanken in die Welt. Ein Erfahrungsbericht...“ von <i>Anke Griesel</i>	12
Die Niederlage verstehen, heißt den Sieg vorzubereiten.“ (Mao) von <i>Hartmut Carl</i>	13
Der BPE auf dem DGPPN-Kongress in Berlin	
„Hilfreiche Strategien zur Bewältigung und Vorbeugung psychischer Krisen und Ausnahmestände“, Referat von <i>Dagmar Barteld-Paczkowski</i>	14
5 Forderungen des Dialogforums beim DGPPN-Kongress	15
Das Ende der Komplizenschaft! – Beschluss der Gründungsversammlung der Bundesarbeits- gemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener, Berlin	16
„Beipackzettel“ zum DGPPN-Plakat des BPE von <i>Kalle Pehe</i> mit der Sponsorenliste des DGPPN-Kongresses	17
Bremen vor der Festschreibung der ambulanten Zwangsbehandlung im PsychKG?	
Demo-Flyer des LPEN Niedersachsen e. V.	18
Rechte psychisch Kranker verletzt – TAZ-Bericht vom 9. 12. 04	19
Schreiben des geschäftsführenden Vorstands des BPE vom 13. 12. 04 an den Bremer Senat	20
Schreiben des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, Bonn, vom 20. 12. 04 zum gleichen Thema	21
Letzter Stand: Erster Erfolg der Kampagne gegen die geplante ambulante Zwangsbehandlung im Bremen	22
Gedanken eines „Kranken“ von <i>Martin (...)</i>	23
Seminare mit <i>Matthias Seibt</i>	24
Weitere Tagungs- und Fortbildungstermine	25

Die BPE-Geschäftsstelle ist von Bonn nach Bochum umgezogen!

Seit dem 1. Januar 2005 haben wir glücklich alles unter einem Dach vereinigt:
Geschäftsstelle, Psychopharmakaberatung und telefonischen Erstkontakt. 1

So kann man den BPE künftig erreichen:

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Wittener Straße 87, 44789 Bochum.

Und so finden Sie uns:

Die Wittener Straße 87 liegt 8 Fußminuten vom Hinterausgang des Bochumer Hbf. entfernt. ÖPNV-Linien 310, 345 und 368 bis (H) Verwaltungsakademie.

Telefon der BPE-Geschäftsstelle und des Erstkontaktes: 0234/ 687 055 52

Telefon der Psychopharmakaberatung: 0234/ 640 510 2

gemeinsames Fax: 0234/ 640 510 3

E-Mail-Anschriften des BPE:

Kontakt-info@bpe-online.de oder Vorstand@bpe-online.de oder Beratung@bpe-online.de und

E-Mail-Anschrift der Psychopharmakaberatung: Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de

Psychopharmaka-Beratung aus Betroffenenersicht

Bürozeiten: Montag bis Donnerstag von 11.00 – 17.00 Uhr unter 0234-640 510 2, Fax: 0234-640 510 3

Ich stehe den BPE-Selbsthilfegruppen für Vorträge und Arbeitsgruppen zu den Themen Psychopharmaka und „Verrücktheit steuern“ gegen Fahrtkostenerstattung (alte Bahncard) 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 möchte ein bundesweites Seminar organisieren, auf dem sich Psychiatrie-Erfahrene zum Thema Psychopharmaka weiterbilden. Interessent/inn/en bitte bei mir melden.

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

Matthias Seibt, Psychopharmaka-Beratung des BPE, Wittener Straße 87, 44789 Bochum

Tel.: 0234-640 510 2, Fax: 0234-640 510 3

E-Mail der Psychopharmaka-Beratung: Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de

VIDEOFILM ÜBER DEN BPE

Anlässlich des zehnjährigen Jubiläums des **Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrene e. V.** hat die Dokumentarfilmerin Alexandra Pohlmeier einen interessanten Videofilm über die Geschichte und das Innenleben des BPE erstellt. Diese Videodokumentation gibt einen guten Einblick in die Arbeit und Ziele des Verbandes mit seinen zahlreichen bunten Initiativen vor Ort. Das Video ist zum Preis von 5,00 Euro plus Versandkosten bei Miriam Krücke in der BPE-Geschäftsstelle in Bochum, **TEL.: 0234-687 055 52 oder FAX: 0234-640 510 3** zu beziehen. Höhere Stückzahlen, z. B. für Infotische sind zu günstigeren Sonderkonditionen erhältlich. Nähere Informationen hierzu erteilt Ruth Fricke, Mozartstraße . 20b, 32049 Herford, Tel. + Fax: 05221-864 10, E-Mail: Ruth.Fricke@t-online.de

Tanja Afflerbach und Reinhard Wojke kommen,



Lothar Bücher geht.

Rundbrief mit neuer Redaktion 2

Auf der Mitgliederversammlung wurde auch der Wechsel in der Redaktion des BPE-Rundbriefs beschlossen. Lothar Bücher geht und seine Aufgabe übernimmt nun ab Ausgabe 1/05 Tanja Afflerbach aus Hilchenbach (NRW) und Reinhard Wojke aus Berlin. Die Rundbrief-Redaktion wünscht den beiden viel Erfolg und alles Gute in ihrer neuen Funktion!

Impressum:

3

Herausgeber: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene e. V. (BPE), **Redaktion und Layout:** Lothar Bücher (V.i.S.d.P.) Ernst-Moritz-Franzen-Str. 12, 42719 Solingen, unter Mitwirkung von Reinhard Wojke, Berlin.

Fotos im redaktionellen Teil, wenn keine andere Zuschreibung angegeben ist: Cornelius Kunst, Dieter Ducke und Reinhard Wojke, der auch das Titelfoto beisteuerte. Die Redaktion dankt für deren Überlassung

Anschrift für Post und Fax: BPE-Rundbrief-Redaktion, c/o BPE-Geschäftsstelle, Wittener Straße 87, 44789 Bochum

E-Mail: bpe-rundbrief@web.de **Redaktionsschluss:** 31. März 2005

Grußwort von Dorothea Buck, Ehrenvorsitzende des BPE

4

Liebe Mitstreiterinnen und liebe Mitstreiter für eine Psychiatrie, die von unseren Erfahrungen und Bedürfnissen ausgeht!

Die Psychiatrie sollte unsere Erfahrungen und Bedürfnisse ernst nehmen und ertragen. Einige Psychiater tun das inzwischen und bezeichnen die Betroffenen als Experten ihrer eigenen Psychosen. Weit davon entfernt sind immer noch die Biologen in der Psychiatrie, die die Psychosen auf eine Hirnstoffwechselstörung reduzieren, ohne die Sinnzusammenhänge zwischen Psychoseinhalten und vorausgegangenen Lebenskrisen zu erfragen. Da die Psychopharmaka nur Symptome verdrängen, aber nicht heilen können, sind wir zur Heilung auf Alternativen zur herkömmlichen Psychiatrie angewiesen. In der akuten Phase wäre Soteria dringend notwendig, zumindest *die* wichtigsten Soteria-Elemente, die z.B. die Oberärzte Theiß Urban und Iris Jiko auf drei Akutstationen in Gütersloh Jahre lang mit Erfolg und ohne Mehrkosten erprobten.

Wichtig sind vor allem unsere eigenen Alternativen, deren Zahl wachsen würde, wenn wir nur die finanziellen Mittel dazu hätten. Wie z. B. das Berliner Weglaufhaus oder die Offene Herberge e. V. in Stuttgart/Esslingen oder das neue Berliner Projekt „Für alle Fälle e.V.“ Auch unser langjähriges BPE-Forschungsprojekt Psychoseerfahrene erforschen sich selbst. Dazu beantworteten 44 Psychoseerfahrene 35 Fragen, die von BPE-Diplom-Psychologen formuliert und ausgewertet wurden. Ihre Ergebnisse werden wir noch in diesem oder im nächsten Jahr publizieren. Das kostet Geld. Einen Teil dazu spendete Rosemarie May.

Auch unsere inzwischen etwa 140 Psychose-Seminare, der Dialog in der BRD, in Österreich und in der Schweiz waren von mir als Alternative zur geschlossenen Psychiatrie gedacht, wie ich sie in 5 verschiedenen Psychiatrien von 1936 bis 1959 erlebte. Diese damals völlig geschlossene Psychiatrie war die Voraussetzung zu den psychiatrischen Zwangssterilisationen und Patientenmorden von 1933-1945. *Menschen, mit denen man nicht spricht, lernt man auch nicht als Menschen kennen.*

Die ganz persönliche Alternative zur entmutigenden Psychiatrie mit ihrer nur defizitären Sichtweise der Patientinnen muss jeder immer noch selber finden. Mir half vor 45 Jahren einige Wochen nach meinem letzten von 5 als schizophrän diagnostizierten Schüben die



Beobachtung, dass meine Nachträume seit dem Aufbruch meiner psychotischen Vorstellungen ausgesetzt hatten. Daraus schloss ich auf eine gemeinsame Quelle von Traum und Psychose im eigenen Unbewussten. Anstelle der Nachträume schienen mir meine Psychosevorstellungen aufgebrochen zu sein. Ebenso wenig wie der Nachtraum krank ist, kann es die psychotische Vorstellung sein, sagte ich mir.

Unsere Krankheit kann nur darin liegen, dass wir sie für wirklich halten, was wir im Traum nur tun, solange wir ihn träumen. Ich verschob meine abgeklungenen Vorstellungen auf die Traumebene und konnte mir so ihren Sinn erhalten, nur ihre objektive Wirklichkeit nicht.

Die Ähnlichkeiten zwischen Traum und Psychose wurden für mich zum Schlüssel des Verstehens und der Heilung. Denn Traum und Psychose wenden dieselben Mittel an, wie z. B. die Symbole. Sie wären für uns

heutige Menschen kaum glaubwürdig, wenn sich nicht mit dem Aufbruch unserer Psychosen auch unser Weltgefühl verändert hätte. Viele von Euch kennen das, dass man überall Sinnzusammenhänge spürt. Daraus ergeben sich die häufigen Beziehungs- und Bedeutungsideen. Sigmund Freud erkannte beim Nachtraum eine ähnliche Veränderung. Im „Abriss der Psychoanalyse“ heißt es:

„Da ist vor allem eine auffällige Tendenz zur Verdichtung, eine Neigung neue Einheiten zu bilden aus Elementen, die wir im Wachdenken gewiss auseinander gehalten hätten.“

Ich nenne es „Zentralerleben“, weil alle Bereiche des Lebens wie bei einem Fächer von einer gemeinsamen Mitte auszugehen und miteinander verbunden zu sein scheinen, im Unterschied zur normalen Welterfahrung. Das verführt sehr leicht dazu, nicht sich auf das Ganze, sondern das Ganze auf sich zu beziehen. Mit einer ängstlichen Grundhaltung kann das als persönliche Bedrohung erfahren werden und zu Verfolgungsideen führen. Diese sonst nicht gespürten Sinnzusammenhänge führen nach meiner Erfahrung auch dazu, Wesentliches und Unwesentliches nicht mehr zu unterscheiden, weil alles einen geheimen Sinn zu haben scheint, es auch keinen Zufall mehr gibt.

Eine weitere Entsprechung zwischen Traum und Psychosen sind die aus den Irrenwitzen bekannten Identität

fikationen mit anderen Personen oder auch mit biblischen Gestalten wie Jesus und anderen. In unseren Nachträumen erleben wir etwas Ähnliches. Denn die im Traum auftretenden und handelnden Personen meinen uns häufig selbst, obwohl sie unter einer anderen Identität auftreten.

Unser Psychoseerleben ist ebenso wie unser Traumerleben unabhängig von unserem gezielten Denken und Wollen. Es geschieht uns und kann uns sogar überwältigen und vermittelt uns besonders dann den Eindruck von außen kommender Eingebungen oder Beeinflussungen. Der Lösungsversuch einer vorausge-

gangenen Lebenskrise durch die aufgebrochenen Eingebungen kann als befreiend erlebt werden. Viele erleben den eigenen Kontrollverlust aber vor allem als beängstigend.

Die mit der Psychose aufgebrochenen inneren Impulse habe ich mir bewusst erhalten und lebe und handle immer aus ihnen, um im Zusammenhang des Ganzen zu bleiben und seelische Stauungen zu vermeiden. Seither brauche ich keine Psychosen in meinem nun 87-jährigen Leben mehr.

Ich wünsche Euch Allen eine rundherum gute Tagung!

Dorothea Buck

(Foto: Brigitte Siebrasse, 9. 2004)

Forschungen mit uns statt über uns

5

Vortrag auf der Jahrestagung 2004 von Jasna Russo

Ich bedanke mich bei dem Vorstand des BPE dafür, dass er sich für das Thema betroffenenkontrollierte Forschung entschieden hat. Es ist mir eine Ehre und gleichzeitig auch eine Herausforderung, vor Psychiatrieerfahrenen darüber zu referieren, da mir die Situation, in der ich Professionelle von dieser Art zu forschen zu überzeugen versuche, viel vertrauter ist. Betroffene davon zu überzeugen, bedeutet auch, mich selber zu fragen, warum ich daran glaube und warum ich als psychiatriebetroffene Forscherin weiter arbeiten möchte.

Was ist betroffenenkontrollierte Forschung?



Während ich mich für diesen Vortrag vorbereitet habe, habe ich nach einer schlaun Definition von betroffenenkontrollierter Forschung gesucht und sie nirgendwo gefunden, was ich letztendlich sehr angenehm und passend fand.

Das einzig Klare, was betroffenenkontrolliert bedeutet, ist – in diesem Fall - dass die Betroffenen selber eine Forschung planen, Mittel beantragen, organisieren, durchführen und einen Bericht darüber veröffentlichen. Betroffenkontrolliert bedeutet, dass sich auch professionelle ForscherInnen beteiligen können, wenn sie von Betroffenen dazu eingeladen werden. Das alles definiert aber immer noch nicht die Art der Forschung selbst. Es geht dabei auch nicht um eine geschlossene, definierbare, immer wieder verwendbare Forschungsmethode, sondern vielmehr um bestimmte Prinzipien und Haltungen.

Den folgenden Satz habe ich in einem Handbuch für betroffene ForscherInnen¹ gefunden und ich mag ihn sehr, da er, meiner Meinung nach, sehr gut auf den Punkt bringt, was bei einer Forschung passiert: „Forschung – ein Fenster, verschiedene Blicke, je nach dem wo man steht.“

„Wissenschaftliche“ Forschungen tendieren zu Objektivität, Neutralität und Distanz, obwohl es so etwas in der sozialen Wissenschaft nicht geben kann. Der ganze Forschungsprozess sowie seine Ergebnisse - angefangen von Themenfindung, Fragestellung, Auswertung und Interpretation der Daten - werden von den Ansichten der ForscherInnen geprägt. Die Identität der ForscherInnen, sowie Machtverhältnisse zwischen

ForscherInnen und „Beforschten“ bestimmen die Ergebnisse und man könnte zu dem Bild eines Fensters auch sagen, dass der eigene Stand-Punkt und die eigene Blick-Richtung auch die Wahrheit bestimmt, und dass verschiedene Positionen auch zu verschiedenen Wahrheiten führen. Als Beispiel dafür erwähne ich hier kurz eine Forschung zu Elektroschock (ECT), die die Zufriedenheit der PatientInnen mit dieser Methode als Ergebnis hatte. Die Interviews mit PatientInnen fanden in der Klinik kurz nach der Behandlung mit ECT statt und der behandelnde Psychiater war derjenige, der die Interviews führte.²

Vivien Lindow, eine psychiatriebetroffene Forscherin aus England sagt: „Die ForscherInnen verhalten sich wie Könige und Königinnen gegenüber ihrem Forschungsgegenstand. Sie tun immer noch so, als wären sie objektiv, obwohl allgemein bekannt ist, dass ihre Forschungsmethoden und die Fragen, die sie stellen, von der individuellen und sozialen Kultur geprägt sind.“³

Psychiatrische Forschungen befassen sich meistens mit Gehirn- und Medikamentenforschung und die Vorstellung, sich daran zu beteiligen, löst verständlicherweise bei Betroffenen nur Angst aus. Ich glaube, dass ist ein Grund, warum viele mit dem Thema Forschung gar nichts anfangen können oder wollen. In psychologischen Forschungen haben die Betroffenen die Rolle von so genannten Forschungssubjekten, die entweder beobachtet oder befragt werden, oder beides gleichzeitig. Häufig werden auch Informationen von Dritten, als „objektive“ Information verwendet (z. B. - eine Berliner Forschung über Obdachlosigkeit bei Frauen, die ausschließlich auf eine Befragung der MitarbeiterIn-

nen verschiedener Einrichtungen in diesem Bereich über die betroffenen Frauen basiert).⁴

Diese Art Forschungen, in denen wir beforscht werden und nicht *mit uns* geforscht wird, beeinflusst dann die psychiatrische Praxis, da Forschung einer der wichtigsten Wege ist, um Wissen zu erlangen. Betroffenenkontrollierte Forschung heißt, sich an der Herstellung von Wissen zu beteiligen, selber zur Produktion des Wissens beizutragen, die das Leben von vielen Psy-

chiatriebetroffenen bestimmt.

Betroffenenkontrollierte Forschung tut nicht so, als wäre sie objektiv und wertfrei. Wie Vicky Nicholls sagt - „*Unsere Herangehensweise hat viele Gemeinsamkeiten mit der Herangehensweise der feministischen Forschung. Feministische Forschung entsteht in einer sozialen Bewegung, deren Werte nicht nur transparent gemacht werden, sondern für eine mögliche andere Grundlage der Gesellschaft stehen.*“⁵

Worin unterscheidet sich betroffenenkontrollierte Forschung von traditioneller klinischer Forschung?

Das sind die Punkte, die ich persönlich für die wichtigsten Unterschiede halte. Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

• Themen

Angefangen bei den Forschungsthemen und ihrer Relevanz für das Leben der Betroffenen wird der Unterschied zu klinischen Forschungen sichtbar. Betroffenenkontrollierte Forschungen bevorzugen die Themen, die mit gesellschaftlichen Faktoren zu tun haben wie Gerechtigkeit, Diskriminierung, Selbsthilfe und alternativen Therapien. Im Moment läuft in England z. B. eine große betroffenenkontrollierte Forschung zum Thema Zwangsunterbringung aus der Sicht der PatientInnen. Eine andere Untersuchung wurde zu Elektroschocks durchgeführt. Ich werde später noch ein paar Themenbeispiele nennen.

• Erfahrungswissen

Das Wissen, das im Gegensatz zu akademischem Wissen, auf Erfahrungen basiert, bekommt in betroffenenkontrollierter Forschung einen großen Wert und Anerkennung. Im normalen Leben ist das auch so: Wenn wir etwas genau wissen wollen, suchen wir nach Informationen aus erster Hand. Wenn wir wissen wollen, wie es an einem bestimmten Ort ist oder wie es ist, mit jemand Bestimmtem zu arbeiten oder zu wohnen usw. suchen wir möglichst nach Erfahrungen aus erster Hand. Warum sollte es anders sein, wenn es um die Erfahrungen der Psychiatriebetroffenen geht.

Der Forscher oder die Forscherin hat eine geteilte Identität mit den TeilnehmerInnen der Forschung und das bringt ihn/sie näher an das beforschte Thema. Traditionelle soziale Wissenschaft glaubt an eine Distanz zwischen den beiden und sagt – je größer die Distanz, desto zuverlässiger sind die gesammelten Daten und ihre Interpretation. Betroffenenkontrollierte Forschung geht davon aus, dass unsere Erfahrungen diejenigen sind, die einen unmittelbaren und genaueren Zugang zu bestimmten Themen und Realitäten haben und dadurch eine bessere Interpretation und Analyse ermög-

lichen. Und wie Peter Beresford sagt – „genau in dieser Nähe zwischen den eigenen Erfahrungen und dem Forschungsthema liegt die Stärke und nicht die Schwäche unseres Wissens.“⁶

• Forschungsprozess

Diese Art Forschung legt genauso viel Wert auf den Forschungsprozess selbst wie auf seine Ergebnisse. Dies deshalb, weil die Art und Weise, wie man eine Forschung durchführt, den Wert ihrer Ergebnisse entscheidend bestimmt (wie wir z.B. an der ECT Forschung, die ich erwähnt habe, gesehen haben). In einer betroffenenkontrollierten Forschung werden die Daten und ihre Bedeutung kontinuierlich und gezielt gemeinsam mit den TeilnehmerInnen überprüft. Es werden Wege überlegt, damit sichergestellt wird, dass die TeilnehmerInnen einen direkten Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die Ergebnisse sollen die Erfahrungen und die Meinungen der TeilnehmerInnen auf best mögliche Weise wiedergeben, möglichst so, dass sie am Ende das Gefühl haben, dass die Ergebnisse ihnen gehören. Die meist benutzte Methode hierfür sind themenzentrierte Gruppengespräche mit den TeilnehmerInnen.

• Sprache

Berichte der betroffenenkontrollierten Forschungen werden in der Regel in einer verständlichen Sprache und nicht in einem fachlichen Jargon geschrieben. Dadurch sind sie in der Lage, mit einem breiteren Publikum zu kommunizieren. Häufig sind sie voll mit Originalzitatzen der Teilnehmer, was sie leicht und interessant zu lesen macht. Sie beinhalten wenig Interpretation, dafür aber einen direkten Praxisbezug. Am Ende werden oft konkrete Empfehlungen und Veränderungsvorschläge für das Hilfesystem formuliert.

Entstehung der betroffenenkontrollierten Forschung in England

Die erste große Forschung dieser Art in Europa - komplett von Psychiatrieerfahrenen selbst konzipiert und durchgeführt - wurde 1997 mit dem Bericht „*Knowing our own Minds*“ abgeschlossen.⁷ Sie basierte auf 400 Fragebögen, die Psychiatrie-Erfahrene ausgefüllt hat-

ten. Sie wurden nach ihrer Meinung über verschiedene Behandlungsmethoden und Therapien gefragt, aber auch nach unterschiedlichen persönlichen Strategien und Möglichkeiten der Selbsthilfe. Kurz zusammengefasst waren die wichtigste Ergebnisse, dass - obwohl

viele Psychopharmaka hilfreich finden - die Mehrheit der Befragten versucht hatte, andere Strategien zu entwickeln, um mit den Schwierigkeiten umzugehen. Zwei Drittel der TeilnehmerInnen hatten Selbsthilfe als sehr hilfreich empfunden.

Die Veröffentlichung dieser Ergebnisse war ein Wendepunkt für die betroffenenkontrollierte Forschung in Großbritannien, unter anderem deswegen, weil danach das Projekt *Strategies for Living* (Lebensstrategien) entstand. Das Ziel war, persönlich entwickelte Strategien der Betroffenen im Umgang mit Krisen näher zu untersuchen. In seiner ersten dreijährigen Phase, hatte *Strategies for Living* sechs Forschungsprojekte finanziert und unterstützt, die jeweils von einem/einer Betroffenen konzipiert und durchgeführt wurden. In 2001 wurde der Bericht „Strategies for Living“⁸ veröffentlicht, der auf 76 Interviews basiert, die Betroffene mit Betroffenen geführt haben. Es wurden auch sechs kleinere Berichte von jedem einzelnen Forschungsprojekt veröffentlicht.

Das Projekt *Strategies for Living* hat in letztem Jahr seine zweite dreijährige Phase abgeschlossen und unterstützt weiterhin betroffenenkontrollierte Forschung sowohl durch die Finanzierung der einzelnen Projekte als auch durch Fortbildung der Betroffenen zu Forschung.

In 2003 wurde der Bericht – „Surviving user led research“⁹ („Wie überlebt man betroffenenkontrollierte

- Leben mit häuslicher Gewalt
- Leben mit außergewöhnlichem Glauben
- Selbsthilfe für die Leute, die sich selbst verletzen
- Strategien zum Umgang mit Krisen in psychiatrischen Krankenhäusern
- Verlassen des Krankenhauses bei zwangsuntergebrachten PatientInnen usw.

Das sind Arbeitsbeispiele von nur einem Projekt aus England und ich möchte nur noch zwei sehr wichtige Initiativen erwähnen. SURE - Service Users Research Enterprise finde ich wichtig, da sie zu einer Abteilung im Londoner Institut für Psychiatrie wurde. Dort hatte eine betroffene Forscherin in 2001 angefangen und heute besteht diese Abteilung aus sechs betroffenen und zwei nichtbetroffenen ForscherInnen. Die SURGE - Service Users Research Group for England (Betroffenen Forscher Gruppe für England) finde ich wichtig, da sie staatliche Finanzierung bekommt.

Partnerschaftliche Forschungen zwischen Betroffenen und Professionellen – geht das?

Ich habe absichtlich über betroffenenkontrollierte und nicht über diverse Varianten der betroffenen-, nutzerorientierten und partnerschaftlichen Forschung berichtet. Das hat sehr mit dem Stellenwert zu tun, die diese Forschung für mich persönlich hat. Ich musste mit Beispielen aus England arbeiten, weil es sie in Deutschland noch nicht gibt.

Diesen Teil des Vortrags schließe ich mit den zwei großen Schwierigkeiten und gleichzeitig Herausforderungen, vor denen diese Art Forschung steht. Das ist - erstens die mangelnde Anerkennung, Misstrauen und Skepsis seitens der „Wissenschaft“ aufgrund genau der vorher genannten Merkmale, die ich für besonders und auch für das beste an der betroffenenkontrollierten

Forschung“ veröffentlicht. Er beschreibt die Arbeit von *Strategies for Living* Phase 2. In dieser Phase wurden insgesamt 18 betroffenenkontrollierte Forschungsprojekte in ganz Großbritannien begleitet und in einem sehr interessanten, und auch selbstkritischen Bericht wurde darüber geschrieben, was sie durch diese Erfahrung gelernt haben.

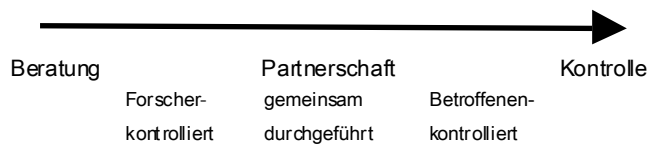
Ihre Ausschreibung der Projekte hat mir besonderes gut gefallen. Sie haben Betroffene aufgerufen und ermutigt, sich für eigene Forschungsprojekte zu bewerben. Dieser Aufruf beginnt mit den Fragen – „Bist du selber psychiatrikerfahren? Hast Du Interesse daran, wie Leute mit ihren psychischen Schwierigkeiten leben?“

Dann gehen sie auf die Fragen ein: warum betroffenenkontrollierte Forschung? Kann ich Forscher werden? Was, wenn ich keine gute Ausbildung und keine Erfahrung in Forschung habe? Kann ich mir das überhaupt leisten? Was, wenn ich nicht weiß was ich forschen soll?

Aus 108 Bewerbungen konnten sie 18 unterstützen. Zwei von diesen Projekten befassten sich mit dem Thema Arbeit nach der Psychiatrie – eins basierte auf Interviews mit 56 Psychiatriebetroffenen, die ihre Arbeit verloren hatten und das andere auf 10 Interviews mit denjenigen, die den Weg in Berufsleben wieder gefunden hatten.

Einige andere Forschungsthemen waren:

Forschung halte. Diese Art Forschung hat einen langen und ungewissen Weg vor sich, bis sie Platz in der „Wissenschaft“ bekommen wird. Und die zweite große Schwierigkeit stellt die Finanzierung und sonstige Ressourcen für diese Forschungsprojekte dar, vor allem wenn sie in größerem Umfang gemacht werden sollen. Dafür gibt es aber ein Spektrum an Varianten und Graden, wie man als Professionelle, die Betroffene an einer Forschung beteiligen kann und für diesen innovativen Ansatz Finanzierung bekommen kann. Diese Forschungen expandieren im Moment und werden sicherlich auch in Deutschland gemacht. Nachfolgendes vereinfachtes Diagramm¹⁰ zeigt, wie die Beteiligung der Betroffenen aussehen kann:



Faulkner A & Morris B, 2003

Ich möchte vor allem darauf aufmerksam machen, was Partnerschaft alles bedeuten kann. Eine sehr moderne Variante traditioneller Forschungen ist zum Beispiel, Personen mit eigener Erfahrung mit dem Forschungsthema als Interviewer zu nutzen, um einen besseren und näheren Kontakt zu der Zielgruppe zu schaffen. Die Interpretation und Analyse wird dann aber allein von „Experten“ erstellt. Häufig erfüllen die Betroffenen auch eine Alibi-Funktion, damit die Forschung als betroffenenorientiert gilt. Das ist vor allem der Fall in den Ländern, wo eine nachgewiesene Beteiligung der

Betroffenen zu den Finanzierungskriterien für Projekte gehört (nicht nur in der Forschung). Ich erwähne das hier absichtlich, weil ich es ganz wichtig finde, den Gesamtkontext genau zu betrachten und sich als Betroffene nicht in jede Art Partnerschaft zu begeben und sich ausnutzen zu lassen, für die Zwecke, die uns letztendlich nicht viel und nichts Neues bringen können.

Viele zweifeln daran, ob es so etwas wie eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen professionellen und betroffenen ForscherInnen überhaupt geben kann.

„Stellung nehmen“- erste deutsche betroffenenkontrollierte Forschung

Ich weiß, dass es einige Initiativen in Deutschland von Betroffenen in Richtung Forschung gab. Der BPE hatte auch in 1995 eine Umfrage zur Qualität der psychiatrischen Behandlung unter seinen Mitgliedern gemacht.

Die Forschung, die ich hier darstellen werde, ist die erste, die in Deutschland in Zusammenhang mit betroffenenkontrollierter Forschung gebracht wurde. Der Bericht „Stellung nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen“ kann bestellt werden¹¹. Deswegen werde ich nicht viel über die Inhalte berichten, sondern über die Umstände dieser Forschung und auch darüber wie wir gearbeitet haben.

Die Forschung wurde 2002 vom DPW Berlin finanziert, der normalerweise keine Forschungen finanziert und ich bin dazu gekommen als die Mittel schon da waren. Dies hatte zur Konsequenz, dass ich nur halb so viel für meine Arbeit bezahlt bekam, wie mein nichtbetroffener Kollege, obwohl wir die gleiche Qualifikation haben. Wir hatten versucht, den Unterschied der Bezahlung durch die Aufteilung auszugleichen, was uns jedoch nicht gelungen ist. Darüber haben wir auch im Bericht geschrieben. Wenn wir diese „Kleinigkeit“ vergessen, kann ich, was unsere Arbeit mit den TeilnehmerInnen betrifft, schon behaupten, dass wir uns an die Prinzipien und Werte einer betroffenenkontrollierten Forschung gehalten haben. Sie hätte noch konsequenter umgesetzt werden können, aber das sieht man immer besser im nachhinein. An unserem Bericht schätze ich,

Foto oben: Die Referentin im Gespräch mit Martin Urban

dass wir auf die Arbeit, die wir gemacht haben, auch kritisch rückgeblickt haben, da wir sehr erhofften, weitere Forschungen dieser Art in Deutschland zu inspirieren.

Was unser kleines zweier Forschungsteam betrifft, wie gesagt, hat eine von uns (ich) Erfahrung mit der Psychiatrie, aber keine von uns



hat Erfahrung mit Obdachlosigkeit und mit den Einrichtungen für Obdachlosen. Wäre das der Fall gewesen, hätten wir bestimmt noch viel genauer arbeiten können.

Wir haben in einer Art Forschungspartnerschaft mit 25 TeilnehmerInnen gearbeitet, wovon 18 von ihrer Psychiatrieerfahrung berichtet haben. Unser Ziel war, die

Hilfeangebote in Berlin aus Sicht gerade derjenigen Betroffenen zu überprüfen, denen das Hilfesystem keine adäquate Hilfe anbieten konnte. Deswegen haben wir die TeilnehmerInnen hauptsächlich in Notunterkünften und Tagesstätten für Obdachlose gesucht. Wir haben versucht, den TeilnehmerInnen einen Expertenstatus zu geben, indem wir sie für ihre Mitarbeit bezahlt haben und die Richtigkeit der bekommenen Ergebnisse immer wieder mit ihnen besprochen und überprüft haben. Mittels Interviews und 4 themenzentrierten Gruppengesprächen haben wir gezielt nach ihre Erfahrung mit dem Hilfesystem gefragt, nach ihren Meinungen über die Qualität der Angebote, nach Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Umsetzung der Hilfe. Die Gruppengespräche waren ein Versuch, einen Schritt weg von der individuellen Ebene und hin zu gemeinsamen Positionen zu kommen. Gruppen-

gespräche waren der Ort, an dem sich die TeilnehmerInnen über ihre verschiedenen Erfahrungen mit den Einrichtungen ausgetauscht haben und wo wir versucht haben, ausgehend von der Kritik, Vorschläge zur Verbesserung des Hilfesystems zu erarbeiten. Das ist uns nicht so ganz gelungen und ich würde sagen,

dieser Bericht ist voll mit Kritik an Einrichtungen und an Psychiatrie, auch daran, wie das ganze zusammen funktioniert. Ich denke, es würde mehrere weitere Studien brauchen um an positiv formulierte Vorschläge zu kommen.

Hier sind einige Titel der zehn Kapitel, die den Hauptteil der Studie bilden, die einen Eindruck von ihren Themen und ihrer Sprache geben können:

- ***Immer wieder muss ich um mein Recht kämpfen, nicht so zugeknallt zu werden***
 - Erfahrungen mit psychiatrischen Einrichtungen -
- ***Die haben mich schlagartig auf die Straße gesetzt***
 - Erfahrungen in therapeutischen Wohngemeinschaften -
- ***Die ist nicht ganz dicht***
 - Erfahrungen in frauenspezifischen Einrichtungen -
- ***Entweder bin ich zu teuer oder ich bin zu billig***
 - Zugang zum Hilfesystem -
- ***Auf den Menschen eingehen***
 - Ein Blick auf die MitarbeiterInnen des Hilfesystems -
- ***Wenn das möglich wäre ...***
 - Mitsprache und Mitbestimmung -
- ***Da wussten alle besser Bescheid als ich selber***
 - Umgang mit Krisen -

Einige wichtige Ergebnisse unsere Studie sind:

Die Stimmen der Betroffenen fehlen auf allen Ebenen der Hilfe-Planung und -gestaltung.

Die Mehrheit der psychiatrierfahrenen TeilnehmerInnen lehnte die Behandlung mit Psychopharmaka und psychiatrische Zwangsmaßnahmen ab.

Ein Drittel der TeilnehmerInnen der Studie nutzte in psychischen Krisen die Notunterkünfte für Obdachlose, obwohl sie eine eigene Wohnung haben. Das deswegen, weil die Notunterkünfte anonym und ohne Begründung eines besonderen Anspruches zugänglich sind und dort kein "Behandlungsanspruch" besteht.

Das zeigt, dass es einen dringenden Bedarf an leicht

zugänglichen und nicht-psychiatrischen Einrichtungen gibt, an die man sich in Krisen wenden kann.

Die verschiedenen Probleme der Betroffenen stehen miteinander im Zusammenhang und lassen sich schwer getrennt voneinander behandeln. Die Arbeitsansätze von z. B. therapeutischen Wohngemeinschaften oder Frauenhäusern sind nach den Erfahrungen der StudienteilnehmerInnen zu einseitig auf eine Problematik ausgerichtet und kommen schnell an ihre Grenzen. Die Einrichtungen müssen Angebote machen, die der Realität von obdachlosen Menschen mit einer Psychiatrie- und/oder Drogen-/Alkoholproblematik entsprechen, statt sie von vornherein auszuschließen.

Zusammenfassung

Am Ende möchte ich zusammenfassen, was ich mit allen diesen deutschen und nicht-deutschen Beispielen der betroffenenkontrollierten Forschung sagen wollte.

Erstens - Forschungen sind nichts Mysteriöses, was nur von „Experten“ gemacht werden kann oder soll. Jede/r kann lernen eine Forschung zu machen. Was aber nicht gelehrt werden kann, ist das Erfahrungswissen, was wir haben, über psychische Krisen, über Genesung und auch darüber, wie die Psychiatrie mit ihren verschiedenen Angeboten funktioniert oder wie man sich in einer psychiatrischen Behandlung fühlt.

Und zweitens - wir sollten dieses Wissen schätzen und die Schaffung einer anderen Wissenschaft beeinflussen, die näher an unsere Realitäten herankommt, die unser Leben besser versteht und dadurch unseren Krisen und Bedürfnisse gewachsen ist.

Anmerkungen:

- 1) J. Royle; R. Steel ; B.Hanley ; J.Bradburn : Getting involved in Research : A Guide for Consumers, INVOLVE, Hampshire, UK, 2001
- 2) Service User Research Enterprise (SURE) - Consumers' Perspectives on Electroconvulsive Therapy, www.iop.kcl.ac.uk
- 3) Vivien Lindow, "Survivors Research" in C. Newness; G. Holmes; C. Dunn: This is Madness Too, PCSS Books, Llanganor, UK, 2001
- 4) D. Ohl; S. Paetow-Spinosa; H. Voss de Mariin: „Aktionsplan Hilfen für wohnungslose Frauen. Eine zuständigkeitsübergreifende Initiative der Landeskommision Berlin gegen Gewalt“, Berlin 1998
- 5) Vicky Nicholls, Doing Research Ourselves, Mental Health Foundation, London, UK, 2001
- 6) P. Beresford, Rede bei der Shaping Our Lives Conference, Juni 2003 in London
- 7) A. Faulkner: "Knowing our own Minds", The Mental Health Foundation, London, UK, 1997

- 8) A. Faulkner, S. Layzell: "Strategies for Living – A report of user-led research into people's strategies for living with mental distress", The Mental Health Foundation, London, UK, 2001
- 9) V. Nicholls; S. Wright; R. Waters; S. Wells: "Surviving user-led Research – Reflections on supporting user-led research projects", The Mental Health Foundation, London, UK, 2003
- 10) A. Faulkner: The emperor's new clothes: user involvement revisited, online Conference: Different Truths, 2003
- 11) J. Russo, T. Fink: Stellung nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen, Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Berlin, 2003; bestellbar über www.paritaet-berlin.de oder im Referat für Psychiatrie und AIDS, Tel. 030/31591913

Ferien-Angebot für Psychiatrie-Erfahrene in Südfrankreich 6

Unser Fördermitglied, Diplom-Psychologe Martin Urban, offeriert besonders den Psychiatrieerfahrenen mit minimalsten finanziellen Voraussetzungen die Möglichkeit, in Südfrankreich einen fantastischen Urlaub zu verbringen. Die Durchführbarkeit dieses Vorhabens bezeugen 6 Psychiatrieerfahrene (s. **nachfolgenden Bericht**), die im September kurzfristig am allerersten Durchgang dieses Projektes teilnahmen.

Der Vorstand des BPE sucht aus unseren Reihen ein oder mehrere Personen mit Spaß, Interesse und vor allem Erfahrung bei der Organisation und Begleitung von Reisegruppen für diese Ferienmaßnahme.

Bei den jeweiligen zweiwöchigen Durchgängen können bis zu 6 Personen teilnehmen. Außer den Fahrtkosten sind an Martin Urban freiwillig zwischen 3,50 und max. 10 € pro Tag und Person für seine Betriebskosten (Wasser, Strom, Bettwäsche) zu entrichten. Für Verpflegung werden noch mal 6 € pro Tag und Person benötigt, die die Gruppe selbst behält und von der sie sich beköstigt.

Die Termine für 2005 sind wie folgt:

Kurs 1	17. 2. - 3. 3. 2005
Kurs 2	31. 3. - 14. 4. 2005
Kurs 3	5. 5. - 19. 5. 2005
Kurs 4	2. 6. - 16. 6. 2005
Kurs 5	23. 6. - 7. 7. 2005

Während der Sommerferien/Hauptsaison finden keine Kurse statt, weil alles überfüllt ist!

Kurs 6	1. 9. - 22. 9. 2005	Sonderprogramm: 1 Woche in St.-Pons und 2 Wochen Wanderung auf dem St.-Jakobs-Weg in Südwest-Frankreich (gemeinsam mit einer Gruppe Psychiatrie-Erfahrener aus Herne).
Kurs 7	6. 10. - 20. 10. 2005	

Da sich der geschäftsführende Vorstand außerstande sieht, diese Maßnahmen zu organisieren und wegen der Kurzfristigkeit der ersten Reiseternine bitten wir um baldmöglichste Kontaktaufnahme interessierter Personen mit Jurand Daszkowski oder Martin Pflaum vom geschäftsführenden Vorstand.

Reisetagebuch von Martin Pflaum

7

Martin Urban, unser Fördermitglied, kündigte im Frühjahr diesen Jahres an, seinen Altersruhesitz nach Südfrankreich in die Heimat seiner Frau zu verlegen. Dabei bot er dem BPE an, das dortige Objekt als preiswerte Erholungsmöglichkeit durch Psychiatrieerfahrene zur Verfügung zu stellen. Überraschenderweise setzte Martin schon Anfang September seine Ankündigung in die Tat um. Die meisten dieser allerersten Ferienmaßnahme fuhren mit ihm im Auto von Stuttgart nach Südfrankreich. Wir anderen drei trafen uns am Abend in Mainz in einer Jugendherberge, um am nächsten Morgen von Frankfurt/Hahn nach Montpellier zu fliegen. Die Jugendherberge war ok.. Eine oder mehrere Klassen tobten ziemlich herum. An zwei Fernsehern in der Cafeteria schauten sich alle begeistert das Freundschaftsspiel Deutschland-Brasilien an. Überraschenderweise schlief ich ganz gut. Nicht sehr lange,

aber bei unserem Vorhaben verständlich. Ich musste natürlich doch oben schlafen, weil Jurand ja seine Beatmungsmaschine anschließen mußte. Ich bin einfach nicht mehr in dem Alter, in einem Doppelstockbett oben zu schlafen. Beim Abstieg trat ich fehl und kam ziemlich unsanft unten an. Dabei griff ich im Dunkeln nach irgend etwas Haltbarem und schmiss sein Gerät vom Hocker, wo es abgestellt war. Zum Glück ist es nicht kaputt gegangen. Mit dem Frühstück mussten wir uns sputen, denn vom Stadtverkehrsbus zum Zubringer für den Flughafen Frankfurt/Hahn blieb wenig Spielraum. Mein Gepäck war am leichtesten, aber eine Mitreisende hätte es ohne mein Abnehmen ihrer Koffer nicht geschafft.

Der Flieger war fast voll besetzt (zirka 160 Passagiere). Dadurch konnte ich keinen Fensterplatz mehr ergattern. Ich habe zwar Flugangst, aber ich bin auch neugierig. Wir hatten Glück: der Himmel war wolken-

los, die Städte, Flüsse und Seen konnte ich jedoch absolut nicht zuordnen. Wir flogen über die Alpen, der Dunst hing in den Schluchten. Die Berge ragten scharfkantig daraus hervor. Endlich zeigte man mir auch den höchsten Berg Europas, den Mont Blanc (den Weißen Berg). Bald darauf gingen wir von der Seeseite zum Landeanflug in Montpellier über. Die Salinenfelder in ihren unterschiedlichen Farbschattierungen, z.B. kupferrot, huschten weg. Der Pilot legte eine butterweiche Landung hin. Zehn Minuten früher als geplant entstieg wir der Maschine. Warme Mittelmeerluft umwehte uns, als wir die Gangway herunterstiegen.

Immer noch auf unsere Koffer wartend, hatte Martin uns schon gefunden. Und flugs ging's zu unserem Zielort. Ein verträumtes Anwesen - altes ehrwürdiges Haus, geräumig mit einem Nebengelass, in dem wir sechs Personen der allerersten Maßnahme bequem unterkamen - mit einem Gärtchen, der es von drei Seiten umsäumt, mit so vielen verschiedenen Pflanzen und Bäumen: Zeder, Fichte, Linde, Pappel, Banane und mit allem, was zu unserem Wohlbefinden notwendig ist. Wir konnten gerade mal kurz unsere Sachen unterbringen, denn schon reichte die Hausherrin mit ihren Gehilfinnen das Mittagessen. Dabei lärmten irgendwelche Landmaschinen. Was es für welche waren und was die gerade anstellten, ließ mir keine Ruhe, so dass ich vom Mittagstisch aufstehen mußte, um es heraus zu finden. Ich erblickte so zum ersten Mal, wie Wein maschinell geerntet wird. Wir richteten uns ein, ruhten etwas aus.

Heut Vormittag vollendete ich die Säuberung des Heckenuntergrundes, nachdem es zum Frühstück eine harte Diskussion über den Umgang miteinander ging. Dabei äußerte Martin den Wunsch, mehr von uns über unsere Vorstellungen vom Sinn des Lebens zu erfahren; uns auszutauschen. Bei der Mittagssiester blätterte ich in einem Buch voller Weisheiten darüber. Beim Grübeln fiel mir anfangs nichts Brauchbares ein. Ich glaube schon, dass ich schon einige Zeit verstärkt an mir arbeite. Mir fällt jetzt dazu ein, dass ich in der Anfangsphase viel öfter darüber grübelte und dabei nicht unbedingt glücklicher wurde. In letzter Zeit bin ich mit meinen Resultaten zufriedener, denke aber immer weniger über meine früher alles entscheidende Frage nach. Und komischerweise fühle ich mich jetzt besser.

Der Regen trommelt aufs Dach, wir sitzen bei uns - alle Acht. In der Mitte hat unser Buddhist, Ingo, drei Lichter aufgestellt und angezündet. Wir führten heute schon das zweite Mal eine Gesprächsrunde durch. Heute diskutierten wir über das Thema VORBILDER. Ja, es ist ein erholsamer Urlaub. Die Urbans hatten dieses Objekt erst vor zwei Monaten erstanden, und wir dürfen uns jetzt schon hier erholen. Reizvoll, dass es doch eine ganze Menge zu werkeln gab. Acht Leute

mit den unterschiedlichsten Temperamenten und Befindlichkeiten. Jeder bringt sich auf seine Weise ein. Jurand sortiert beispielsweise schon den zweiten Tag Handwerkszeug oder Nägel. Chris beseitigt Unkraut, nachdem Katrin und Ingo mit Sophie in Pezenas eingekauft haben. Ingo brachte noch Sandpapier und Schrauben mit. Die beiden kochen jetzt Spätzle, denn fast alle aus unserer Gruppe sind im Schwäbischen beheimatet.

Gestern, Freitag, war die dritte Gesprächsrunde: *'Wie hat mich meine Familie oder andere Einflüsse geformt?'*

Vorher waren wir auf eine nahegelegene Kuppe gestieft und durften ein bisschen von unserer IRRENREPUBLIK träumen. Ein Plateau mit einem schönen Rundblick, gar nicht weit vom Haus der Urbans entfernt (nicht mal einen halben Kilometer Luftlinie). Ein sechseckiges Gebäude im Zentrum.

Die Gesprächsrunde am Sonntag stand unter dem Motto *'Wie sehe ich meine Beschwerden (als Krankheit)? Wie stelle ich mir damit meine Zukunft vor?'*

An diesem Wochenende besuchte uns die Mutter der Frau, welche ursprünglich an dieser Maßnahme teilnehmen wollte. Und Chris, die kurzfristig dafür eingesprungen war, hat es mit uns nicht mehr ausgehalten und ist Sonntagabend abgereist. Wir haben es alle sehr bedauert. Aber letztlich war auch diese Entscheidung keine Niederlage, sondern führte uns vor Augen, dass es im Leben in den seltensten Fällen nach Wunsch verläuft. Diese Mutter ist eine Krankengymnastin, die uns alle am Strand therapierte, auf ein Weise, die uns allen bisher völlig unbekannt war.

Montag machten wir, nachdem wir bisher die flachere Umgebung durchstreift hatten, einen Ausflug in eine gebirgigere Region, gar nicht so sehr weit weg. Auf dem Weg dorthin besuchten wir, schon in einer engen Schlucht gelegen, ein über 1200 Jahre altes Kloster. Unser Urlaub ist mehr als nur Urlaub, wo man am Strand liegt, sich sonnt und schwimmen geht und ab und zu Sehenswürdigkeiten zu Gesicht bekommt. All das wurde uns geboten. Martin oder wenn nicht er, dann Sophie waren besser als die meisten üblichen Reiseleiter. Es war auch von dieser Seite besser als bei normalen Reisegruppen, denn wo hat man bei diesen die einschlägigen Reiseführer parat, in denen jeder dem danach ist, nach- oder vorlesen kann.

Wir waren die erste Gruppe mit der Martin begann, seinen Plan in die Tat umzusetzen, Menschen mit seelischen Problemen Voraussetzungen anzubieten, die ihre Selbstheilungskräfte durch eine freundliche Atmosphäre in idyllischer Umgebung mobilisieren.

Ich möchte mich hiermit nochmal ganz ausdrücklich, auch im Namen aller Kursteilnehmer, bei Martin und Sophie für diese fantastischen zwei Wochen bedanken und wünsche allen folgenden Gruppen ähnliche Erlebnisse, Freuden und Erkenntnisse!

des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. am 09. Oktober 2004 in Kassel

Folgende Tagesordnungspunkte waren laut Rundbrief Nr. 3/2004 und den Teilnehmern vorliegende Kopien vorgesehen:

1. **Begrüßung**
2. **Wahl der Versammlungsleitung und der Protokollanten**
3. **Regularien**
4. **Bericht des Vorstandes**
5. **Bericht der Psychopharmakaberatung (Matthias Seibt)**
6. **Kassenbericht**
7. **Bericht der Kassenprüfer**
8. **Aussprache zu den Berichten**
9. **Beschlussfassung über den Haushaltsplan 2005**
10. **Entlastung des Vorstandes**
11. **Entscheidung über den Widerspruch von Dr. Vogelsang (siehe Anlagen)**
12. **Wahl der Mitglieder des geschäftsführenden Vorstandes**
13. **Wahl von Mitgliedern in den erweiterten Vorstand aus Ländern ohne Landesorganisation**
14. **Entscheidung über die Vertretung der Länder Berlin und Brandenburg im erweiterten Vorstand gemäß § 13 Abs. 1, Satz 2 der Satzung**
15. **Anträge a) Satzungsanträge b) sonstige Anträge**
16. **Künftige Arbeitsschwerpunkte**
17. **Sonstiges**

TOP 1 Begrüßung

Ruth Fricke vom geschäftsführenden Vorstand eröffnete um 17.20 Uhr die Versammlung, begrüßte die Teilnehmer und bat um **ein kurzes Gedenken an** im vergangenen Jahr **verstorbene Mitglieder des Verbandes: Dr. Job. Werner Hartmann, Joachim Karwaski, Werner Peters, Peter Pfaffmann, Ernst Volker Seyfried und Hildegard Wohlgemuth.**



TOP 2 Wahl der Versammlungsleitung und der Protokollanten

Die Versammlung wählte einstimmig bei 1 Enthaltung Wolfgang Voelzke als Versammlungsleiter sowie Jurand Daszkowski und Regina Neubauer zu Protokollanten.
(Foto: von links Wolfgang Völzke, Regina Neubauer und Jurand Daszkowski)

TOP 3 Regularien

Die Anträge von Vicky Pullen auf Begrenzung der Versammlungszeit bis 24.00 Uhr und Begrenzung der Redezeit auf zwei Minuten pro Beitrag wurden mit großer Mehrheit angenommen

Der Antrag auf Vorziehen des **TOP 14 vor TOP 12** wegen der Wichtigkeit wurde mit großer Mehrheit bei 2 Neinstimmen angenommen.

Es wurden auch Mitglieder der Zählkommission ernannt: Lothar Grafe, Ulli Lück und Franz-Josef Wagner erklärten sich bereit, dieses zu tun.

Die Tagesordnung wurde um den **TOP 13b Wahl der Kassenprüfer** erweitert.

Patrick Birkenhauer, Begründer der „Notgemeinschaft der Psychiatriegeschädigten im BPE“, beantragte seinen Antrag auf finanzielle Unterstützung **zwischen TOP 8 u. TOP 9** vorzuziehen. Das wurde mit 27 Ja-, 19 Neinstimmen und 17 Enthaltungen angenommen.

Matthias Seibt beantragte, das Thema „**Förderverein des BPE**“ als eigenständigen Punkt **unter TOP 15b sonstige Anträge** zu besprechen. Dieser Antrag wurde mehrheitlich bei 3 Neinstimmen und 14 Enthaltungen angenommen.



TOP 4 Bericht des Vorstandes

Ruth Fricke, Mitglied im geschäftsführenden Vorstand wies auf den ausgedruckten Bericht im letzten Rundbrief Nr. 3/2004 hin und bat um Ergänzungen oder Fragen.

TOP 5 Bericht der Psychopharmakaberatung (Matthias Seibt)

Er lag den Teilnehmern auch schriftlich vor. Matthias Seibt wies auf die Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem BPE Vorstand hin. Er sei nun offiziell seit zwei Monaten arbeitslos, mache aber weiterhin ehrenamtlich die gleiche Bürotätigkeit Mo.-Do. 11.00 - 17.00 Uhr mit Abweichungen. Es laufe noch ein neuer Antrag auf Zuschüsse bei der „Aktion Mensch“ für die Finanzierung seiner Weiterbeschäftigung. Der angestrebte Prozess von Tanja Afflerbach, die gegen ihre Neuroleptikaschäden klagt, und sein erfolgreicher Kampf gegen die ambulante Zwangsbehandlung bräuchten auch viel von seiner Zeit.

TOP 6 Der Kassenbericht 2003/2004 von Elke Bücher lag als Kopie den Mitgliedern vor. Elke erläuterte, dass bei den Einnahmen grundsätzlich eine positive Entwicklung beim Eingang von Mitgliedsbeiträgen, Spenden und Fördermittel der Krankenkassen zu verzeichnen sei. Bei den Ausgaben: Kosten für Porto, Telefon z.B. gäbe es keine großen Veränderungen, aber andere Ausgaben (siehe Kassenbericht) seien auch gestiegen.

TOP 7 Bericht der Kassenprüfer Bärbel Kaiser-Burkart und Dieter Ducke:

Die Kassenprüfer berichteten, dass die Kassenführung von Elke Bücher als sehr gut beurteilt wird. Es hätte auch keine Beanstandungen, was die ausgewiesenen Zahlen betreffe, gegeben.

TOP 8 Aussprache zu den Berichten

Es wurde überlegt, dass das Geschäftsjahr nicht mehr das Kalenderjahr sein soll, sondern vom 01.10. des Vorjahres bis zum 30.09. des laufenden Jahres dauern soll. Franz-Josef Wagner schlug vor, dass diese Satzungsänderung im Rahmen der Satzungskommission bearbeitet wird.

Antrag von Patrick Birkenhauer, Begründer der „Notgemeinschaft Psychiatriegeschädigter im BPE“ auf finanzielle Unterstützung im neuen Haushaltsplan. Es handele sich um einen Zuschuss in Höhe von etwa 2000,- Euro für diverse Auslagen. Elke Bücher äußerte u. a. dazu, es gäbe bereits vier andere AGs im BPE, die alle nur max. 500,- Euro im Jahr erhielten. Dieser Antrag wurde mit 9 Ja-, 43 Neinstimmen und 18 Enthaltungen abgelehnt.

Der **neue Antrag** von Patrick auf 500,- Euro Unterstützung im Jahr, deren Ausgabe aber auch belegt werden muss, Einrichtung eines Spendenkontos und Mitbenutzung der BPE-Webseite wird mit großer Mehrheit bei 1 Neinstimme und 5 Enthaltungen angenommen.

Top 9 Beschlussfassung über den Haushaltsplan 2005

Elke Bücher erläuterte: der vorliegende Haushaltsplan orientiere sich an den bisherigen Haushaltsplänen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass der Antrag für Matthias Seibt auf die Finanzierung der Psychopharmakaberatung bei der „Aktion Mensch“ noch nicht entschieden sei.

Auch sei eine neue halbe Stelle, Vergütung nach BAT VI b für eine gute Verwaltungskraft in einem neuen BPE-Büro in Bochum im Gespräch.

Der von Elke Bücher vorgeschlagene Haushaltsplan wird mit großer Mehrheit bei 1 Neinstimme und 5 Enthaltungen angenommen.

TOP 10 Die Entlastung des Vorstandes wird von Wolfgang Voelzke beantragt und den Mitgliedern für ihre Mühe herzlich gedankt. Der Antrag wird einstimmig mit 5 Enthaltungen angenommen.

Von 18.40 – 19.55 Uhr gab es eine Pause zum Abendessen.

TOP 11 Entscheidung über den Widerspruch von Dr. Vogelsang (siehe Anlagen)

aus dem Rundbrief Nr. 3/August/2004.

Nach einer Aussprache wurde über den Ausschluss von Dr. Vogelsang aus dem BPE abgestimmt.

Der **Antrag** zum Ausschluss von Dr. med. Heinz Gerhard Vogelsang aus dem BPE über seinen Widerspruch vom 28.01.04, wobei die Satzung schon am 12.10.2002 geändert worden war, wurde mit 51 Ja-, 4 Neinstimmen und 17 Enthaltungen angenommen.

TOP 14 Entscheidung über die Vertretung der Länder Berlin und Brandenburg im erweiterten Vorstand gemäß § 13 Abs. 1, Satz 2 der Satzung:

Nach der Aussprache wurde über den **Kompromissvorschlag** von Martin Urban abgestimmt. Alle drei zuständigen Organisationen: LPE Berlin-Brandenburg, Netzwerk Brandenburg e.V. und LAG Berlin sollen im erweiterten Vorstand vertreten sein, aber mit Gaststatus ohne Stimmrecht.

Der Antrag wurde bei 35 Ja-, 28 Neinstimmen und 8 Enthaltungen angenommen.

TOP 12 Wahl der Mitglieder des geschäftsführenden Vorstandes

Nach einer kurzen Vorstellung der Kandidaten, die größtenteils schon im letzten Rundbrief ausgedruckt war, wurde noch mitgeteilt, dass Hartmut Stobbe nicht mehr Mitglied im BPE ist und deswegen als Kandidat ausscheidet.

Auf einem vorliegenden Stimmzettel konnten die BPE-Mitglieder noch nicht aufgeführte Kandidaten namentlich eintragen und höchstens 7 Kandidaten mit einem Ja und andere Kandidaten mit einem Nein ankreuzen.

Es gab dann eine längere Pause, in der die Stimmzettel ausgezählt wurden.

Um 22.00 Uhr stand das Ergebnis in folgender Reihenfolge fest:

Dagmar Barteld-Paczowski	71 Ja-, 4 Neinstimmen
Ruth Fricke	67 Ja-, 6 Neinstimmen
Hannelore Klafki	67 Ja-, 6 Neinstimmen
Klaus Lau pichler	60 Ja-, 6 Neinstimmen
Martin Pflaum	57 Ja-, 5 Neinstimmen
Jurand Daszkowski	46 Ja-, 5 Neinstimmen
Norbert Sü dland	28 Ja-, 17 Neinstimmen
Tanja Afflerbach	21 Ja-, 19 Neinstimmen
Roman Breier	17 Ja-, 17 Neinstimmen
Patrick Birkenhauer	17 Ja-, 22 Neinstimmen
Hartmut Carl	14 Ja-, 27 Neinstimmen



Die 7 gewählten Kandidaten mit den meisten Ja Stimmen nahmen die Wahl auch an und bedankten sich für das Vertrauen.

Der Versammlungsleiter wünschte ihnen viel Kraft und Erfolg für ihre Arbeit im Vorstand.

Danach wurde über einen **Antrag** zur Bereitstellung eines Budgets für Supervision beim geschäftsführenden Vorstand im Falle des Bedarfs abgestimmt.

Dem Antrag wurde mehrheitlich zugestimmt bei 10 Neinstimmen und 12 Enthaltungen.

Den ausgeschiedenen Mitgliedern aus dem geschäftsführenden Vorstand Uschi Zingler und Jochen Glaubrecht wurde für ihre bisherige erfolgreiche Arbeit herzlich gedankt.

TOP 13a Wahl von Mitgliedern in den erweiterten Vorstand aus Ländern ohne Landesorganisation

Für den erweiterten Vorstand wurde Carola Feindt aus Sachsen-Anhalt mit großer Mehrheit bei 3 Neinstimmen und 6 Enthaltungen gewählt.

TOP 13b Wahl der beiden Kassenprüfer und zwei Stellvertreter

Als Kassenprüfer wurden Bärbel Kaiser-Burkart und Dieter Ducke einstimmig bei 2 Enthaltungen bestätigt und als Stellvertreter Lothar Grafe und Patrick Birkenhauer einstimmig bei 9 Enthaltungen gewählt. Alle vier nahmen die Wahl an.

TOP 15b „Förderverein“

Aussprache über den im letzten Rundbrief angekündigten „Förderverein-BPE“.

Matthias Seibt stellte den **Antrag**, dass der „Förderverein-BPE“ die Mitglieder des BPE regelmäßig über seine Aktivitäten informiert.

Reinhold Sager stellte den **Antrag**, dass dort keine Gelder von der Pharmaindustrie angenommen werden dürfen. Beide Anträge wurden einstimmig bei 3 Enthaltungen angenommen.

TOP 15a Satzungsanträge

Es wurde von dem geschäftsführenden Vorstand beantragt eine Satzungskommission zu berufen, die den organisatorischen Teil der Satzung grundlegend überarbeiten soll.

Es wurden Marita Schwuchow, Matthias Seibt, Uschi Zingler, Ruth Fricke u. Peter Weinmann vorgeschlagen.

Der **Antrag** über die Berufung der Satzungskommission wurde mit großer Mehrheit bei 2 Neinstimmen und 6 Enthaltungen angenommen.

Der **Antrag** von Andreas Bartels, nicht nur Scientology-Mitglieder, sondern auch Mitglieder von rechtsextremistischen Organisationen aus dem BPE auszuschließen, soll über die Satzungskommission bearbeitet werden. Diesem wurde bei großer Mehrheit bei 1 Neinstimme und 7 Enthaltungen zugestimmt.

TOP 15b sonstige Anträge

Lothar Bücher gibt die Redaktion des Rundbriefes nach zwei Jahren sehr guter Arbeit und alles im Alleingang ab. Ihm wurde mit viel Beifall ganz herzlich gedankt. Für den Übergang zu einer neuen Redaktion stellt er sich noch

begleitend zur Verfügung. Reinhard Wojke, der beim letzten Rundbrief schon mitgewirkt hat, und Tanja Afflerbach wollen nun die Redaktion machen. Sie wurden mit großer Mehrheit, bei einer Neinstimme und 6 Enthaltungen gewählt.

Der **Antrag** von Vicky Pullen, dass der BPE als nationale Organisation Mitglied im WNUSP =World Network of Users and Survivors of Psychiatry wird, wurde einstimmig mit einer Enthaltung angenommen.

Der **Antrag** von Franz-Josef Wagner, beide Gedenktage vom 01.09 (Euthanasie-Opfer) und 02.10. (Psychiatrie-Tote) zusammen zulegen, wurde mit großer Mehrheit, 1 Ja Stimme und 3 Enthaltungen abgelehnt.

Der **Antrag**, dass im BPE eine Arbeitsgruppe von Psychiatrie-Erfahrenen Angehörigen entsteht, wurde einstimmig bei 14 Enthaltungen angenommen.

Dem **Antrag**, dass der geschäftsführende Vorstand des BPE in Verbindung mit den neuen Richtlinien des Angehörigen-Verbandes einen Brief an den BApK schreibt, wurde einstimmig bei 5 Enthaltungen zugestimmt.

Der **Antrag**, dass der geschäftsführende Vorstand BPE in Verbindung mit dem „Stem“ Artikel über Helene Beitler einen

- a) Leserbrief mit dem Abdruck der BPE Adresse und
- b) einen redaktionellen Brief an den „Stem“ und
- c) einen Brief an Helene Beitler, die ja auch BPE-Mitglied ist, schreibt, wurde einstimmig bei 2 Enthaltungen angenommen.

TOP 16 Künftige Arbeitsschwerpunkte

Es wurde auf „Ausblicke“ in der Tagungsmappe hingewiesen. Ruth Fricke schlägt vor, die im letzten Rundbrief ausgedruckte und als Kopie vorliegende „Resolution zum Welttag für seelische Gesundheit am 10. Oktober 2004“ erst am morgigen Sonntag, dem 10.10. selbst, durch alle Tagungsteilnehmer zu verabschieden.

TOP 17 Sonstiges

- Es gab noch eine kurze Diskussion mit Fragen nach dem „internen Konsensus-Papier“ und dem wissenschaftlichen Beirat, welches bei der Mitgliederversammlung 2003 schon Thema war. Es meldeten sich dafür zur Diskussion Ruth Fricke, Peter Weinmann, Matthias Seibt und Jurand Daszkowski. Die Debatte ergab, dass der wissenschaftliche Beirat 2003 nicht beschlossen worden war. Die Debatte um das verbandsinterne Konsensuspapier wurde mangels Beteiligung der Landesorganisationen nicht zu Ende geführt.

- Patrick Birkenhauer wünscht sich eine Liste von Psychiatern, die besonders brutal vorgehen.

Dagmar Barteld-Paczkowski schloss um 23.50 Uhr die Versammlung und wünschte allen Teilnehmern eine Gute Nacht.

Für das Protokoll:

Jurand Daszkowski

Regina Neubauer

Versammlungsleitung:

Wolfgang Voelzke

Für den Vorstand:

Ruth Fricke

Nur für BPE-Mitglieder

Ronald J. Bartle,

Computerexperte des BPE bietet Computer-Beratung bei Problemen aller Art als Serviceleistung an. Z. B. bei Kauf, Gebrauchtkauf, Aufrüstung, Hilfe bei Software-Problemen und Beantwortung von Bedienerfragen, auch für Anfänger/innen.

Terminabsprachen unter:

Tel./Fax: 030-68080944,
Handy: 0174-8040487,

E-Mail: bartle.berlin@freenet.de

Nur für BPE-Mitglieder

Kostenlose Rechtsberatung

Rechtsanwalt

*Thomas Saschenbrecker,
Friedrichstraße 2 w,
76275 Ettlingen,
Tel.: 07243-332010.*

*Zusendung von Unterlagen
(nur Kopien) nur nach
Aufforderung!*

*Rücksendung der Kopien ist nicht
möglich.*

Nur für BPE-Mitglieder

führt die

Dortmunder Selbsthilfe,

die auf diesem Gebiet
26 Jahre Erfahrung hat, telefonische

Sozialhilfeberatung

unter

Tel.: 0231-98 653 68

durch.

Anrufe Montag –Freitag von
16.00 – 19.00 Uhr.

Telefonkosten müssen selbst
getragen werden.

Der neue geschäftsführende BPE-Vorstand 9



...und die von ihm übernommenen Aufgaben:

Jurand Daszkowski

Brachvogelweg 4, 22547 Hamburg, Tel. 040/ 822 961 33, E-Mail: jurand.daszkowski@web.de

- Ansprechpartner für Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Hamburg
- Kontakt zu BAGH und Deutschem Behindertenrat
- Beschwerdewesen
- Psychiatrische Pflege
- Deutsch-polnische Gesellschaft und Kontakte zu polnischen PE
- Betreuung des Frankreichprojektes von Martin Urban
- Ansprechpartner für Gerontopsychiatrie, Demenz und die Diagnose Depression

Klaus Laupichler

Am Alten Sportplatz 10, 89542 Herbrechtingen, Tel. 073 24/ 981 065, Fax: 073 24/ 986 437,
E-Mail: k.laupichler@t-online.de

- Ansprechpartner für Hessen und Baden-Württemberg
- Heime und verschiedene Wohnformen
- Heimbeiräte und Schulung von Heimbeiräten
- Arbeit: Tagesstruktur und WfB
- Ansprechpartner für die Themen: Nichtsesshafte, Behandlungsvereinbarung
- Ansprechpartner für die Diagnosen: manisch/depressiv und die Doppeldiagnose Psychose und Sucht

Ruth Fricke

Mozartstraße 20 b, 32049 Herford, Tel. und Fax: 052 21/ 864 10, E-Mail: Ruth.Fricke@t-online.de

- Ansprechpartnerin für Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen
- Koordination der Vorstandsarbeit
- Organisation der Jahrestagung und sonstiger Fortbildungen
- Bioethik und Humangenetik
- Betreuungsrecht und PsychKG's bzw. Unterbringungsgesetze der Länder
- Stellungnahmen zu Gesetzentwürfen, Verordnungen etc.

- Kontakt zum BMGS, Deutschen Behindertenrat, Dachverband, Kontaktkreis Psychiatrie, zur BAGH, APK und DGSP
- Information über unabhängige trialogische Beschwerdestellen, Behandlungsvereinbarungen,
- Ansprechpartnerin für die Diagnosen: Schizophrenie, Psychose und posttraumatische Belastungsstörung

Dagmar Barteld-Paczkowski

Kaiserstraße 49, 25542 Itzehoe, Tel. 048 21/ 952 739, E-Mail: paczkowskilpesh@gmx.de

- Ansprechpartnerin für Bremen und Schleswig-Holstein
- Erwerbsarbeit und sonstige Arbeitmöglichkeiten für PE
- Prävention
- Schwerbehindertenrecht
- Beschwerdewesen im Allgemeinen
- Erarbeitung eines Konzeptes für peercounseling
- Gendermainstreaming
- Kinder psychiatriererfahrener Eltern
- Kontakte zum BMGS
- Ansprechpartnerin für Psychosen und Ängste

Martin Pflaum

Bruno-Peters-Berg 5, 15230 Frankfurt/Oder, Tel. und Fax: 0335/ 658 62,
E-Mail: MartinPflaum@gmx.de

- Ansprechpartner für Sachsen und Brandenburg
- Internationales: Kontakte zu ENUSP, WNUSP, Deutsch-Polnische-Gesellschaft, und Hauptzuständigkeit für Stellungnahmen in diesem Bereich
- Betreuung des Frankreichprojektes von Martin Urbahn
- Forensik
- Ansprechpartner für außergewöhnliche Wahrnehmungen und die Diagnose Depression

Hannelore Klafki

Belziger Straße 27, 10823 Berlin, E-Mail: hannelore.klafki@web.de

- Ansprechpartnerin für Sachsen-Anhalt und Berlin
- Öffentlichkeitsarbeit: Kontakt zur Rundbriefredaktion, verantwortlich für die Aktualisierung der BPE-Homepage, Erarbeitung von Pressemitteilungen und Stellungnahmen
- Verantwortliche Begleitung des BPE-Buchprojektes
- Aufbau von Arbeitsgruppen zu den Themen: Öffentlichkeitsarbeit, Darstellung des BPE, Archivierung von Medienberichten
- Organisation der Jahrestagung
- Kontakt zum Netzwerk Stimmenhören e.V.
- Internationale Kontakte: ENUSP, WNUSP, Begleitung der ENUSP-Mailingliste
- Ansprechpartnerin für Menschen mit außergewöhnlichen Wahrnehmungen, wie z. B. Stimmenhören

Dr. Norbert Südland

Otto-Schott-Straße 16, 73431 Aalen, Tel. 073 61/ 414 02, E-Mail: Norbert.Suedland@t-online.de

- Ansprechpartner für Thüringen, Bayern und Baden-Württemberg
- Öffentlichkeitsarbeit: Aufbau eines Presseverteilers, Zusammenarbeit mit den Zuständigen für Pressearbeit in den Ländern, Erarbeitung von Pressemitteilungen an die Tages- und Wochenpresse
- (Wieder-) Eingliederung in die Arbeitswelt und Ausbildungsmodelle für PE
- Forensik: Aufarbeitung des Sachstandes, Maßregelvollzugsgesetze der Länder, aktuelle Fragen und Probleme, Stellungnahmen zu diesem Bereich, Aufbau eines Netzes von Zuständigen in den Landesorganisationen
- Sichere Verfahren zur Reduktion von Medikamenten
- Ansprechpartner für die Diagnose Schizophrenie



Sonntag, den 10. 10. 04, stand u. a. Georg Milzners Referat mit dem Titel „Die Poesie der Psychosen“ auf dem Programm. Er legte ihm **11 Thesen** zugrunde:

- 1. Es gibt kein gesichertes Wissen über Psychosen und Schizophrenie, es gibt nur Suggestionen.**
- 2. Da dies so ist, kommt es nicht auf die „richtige“ Herangehensweise an die Psychose an, sondern auf die konstruktivste.**
- 3. Eine poetische Sichtweise schützt vor dem eindimensionalen Blick auf die Psychose, denn sie ist multi-suggestional.**
- 4. Es gibt eine Ähnlichkeit zwischen Psychose-Zuständen und Trance-Zuständen**
- 5. Eine Psychose hat tendenziell eine chaotische Struktur, eine Schizophrenie dagegen ist stabil und weist Züge einer Ideologie auf.**
- 6. Psychische Hervorbringungen gleichen der Literatur, Psychiatrie der Literaturkritik.**
- 7. Man soll nicht behandeln, wovon man sich fürchtet und was man nicht kennen lernen will.**
- 8. Psychose-Therapeuten brauchen Erfahrungen mit Ausnahmezuständen.**
- 9. Es ist besser eine Psychose durchzustehen, als auf Teufel komm raus**

aus ihr heraus kommen bzw. holen zu wollen.

10. Therapeuten sind die LektorInnen für den Lebensroman ihrer KlientInnen.

11. Normalität ist kein Therapieziel, neuerliche Psychiatrie-Aufenthalte widersprechen nicht zwangsläufig der Gesundheit, entscheidend ist die individuell ansteigende Lebenslinie.

Buchbesprechung von Peter Weinmann zu Georg Milzners gleichnamigem Buch: 11

Nachdem ich den Psychotherapeuten Georg Milzner persönlich kennengelernt hatte - anlässlich eines beeindruckenden Vortrags auf einer Veranstaltung des LVPE Saar im Mai 2004 -, mochte ich sein aktuelles Buch mit dem Untertitel "Zur Hypnotherapie des Verrücktseins" lesen.

Dieses Buch ist sowohl für Betroffene wie für "professionelle" Behandler lesenswert. Im ersten Teil liefert Milzner eine umfassende Darstellung der Theorien zu Ursache und Bedeutung von Psychosen (Ich-Schwäche, Hirnstoffwechselstörung, Erleuchtung u. v. a. m.). Als Psychose-Betroffener hat man die Möglichkeit, den auf einen selbst passenden Vorschlag auszusuchen. Die hypnotherapeutische Behandlung, in die Milzner im Folgenden einführt, hat ein offenes Konzept und damit den Vorteil, mit verschiedenen Psychose-Theorien arbeiten zu können. Grundlage der Therapie ist die Erkenntnis, dass Psychose und Schizophrenie eine Art "chronisch hypnotisiert sein" bzw. "in Trance sein" darstellt. Vom Therapeuten ist Kreativität und Einfühlungsvermögen gefordert. Er lässt sich auf den Bewusstseinszustand des Patienten (geht selbst in Trance), entwirft mit ihm ein

Selbstbild, Konzepte zu dessen Umsetzung und konkrete Handlungen dafür. Verschiedene Methoden (Werkzeuge, "tools") des Hypnotherapeuten stellt Milzner im Hauptteil des Buches vor. Im Schlussabschnitt werden das Menschenbild und die Ziele der Hypnotherapie deutlich. Milzner beschreibt dort Psychose als Selbstspaltung des Menschen, um unbewusste Teilpersönlichkeiten erlebbar zu machen, die in der Hypnotherapie harmonisch ins Selbstbild eingeordnet werden können. Therapieziel ist nicht unbedingt ein krisenfreies Leben ("Krisen sind der Preis veränderter Lebensformen"), sondern eine Entwicklung hin zu Reife und zu Tiefgang im Denken und Empfinden.

Die "Poesie der Psychosen" ist kein Buch, das einfache Erklärungsmuster, Rezepte und Ratschläge für Psychose-Erfahrene und -Therapeuten anbietet. Stattdessen werden die Möglichkeiten betont, die es neben dem Schicksal "chronisch psychisch krank" gibt, z.B. Identitätserweiterung, Anregung kreativer Potentiale, Verhinderung von Erstarrung, Ausstieg aus emotionaler Überlastung u. v. a. m.

von Anke Griesel

Ich fahre mit gemischten Gefühlen nach Kassel. In meine alte Heimat und damit beinahe an den Ort meiner ersten Psychiatrie-Erfahrung. Meine Erlebnisse in der Psychiatrie dort haben mich traumatisiert. Das Trauma möchte ich überwinden, indem ich mich dieser meiner Vergangenheit stelle. Mit Mut und mit allen Konsequenzen. Deshalb konfrontiere ich mich mit meiner Biografie, praktiziere so die biografische Aufarbeitung meiner Geschichte, meiner Familiengeschichte. Sie ist für mich notwendig und wichtig. Das ist meine Lebensaufgabe.

Mein erster Schritt dahin ist meine Mitgliedschaft im BPE. Seitdem ich an den Sitzungen der LAG Berlin und der Selbsthilfegruppe in der Auguststraße teilnehme, fühle ich mich in meinem Vorhaben bestärkt. Ich bin nicht mehr allein. Ich möchte mich mit anderen Mitgliedern, Betroffenen dafür engagieren, dass die Institution das Herrschaftsinstrument Psychiatrie auf eine andere Art und Weise funktioniert, wie das aktuell (noch) geschieht. Deshalb brauchen wir Alternativen zur herkömmlichen Psychiatrie. Unter dieser Überschrift steht die Jahrestagung des BPE. So fahre ich gespannt nach Kassel.

Mich erwartet eine voll belegte Jugendherberge mit interessanten Menschen, bei denen ich viel Verbindendes spüre, aber auch Trennendes. Die gemeinsame Psychiatrie-Erfahrung verbindet uns. Unterschiedliche Ansätze bei ihrer Überwindung trennen uns. Das macht unsere Begegnungen spannend. Immer wieder neu kommen wir so bei der Tagung ins Gespräch.

Ich erinnere mich gut an das am Freitagabend vom Kollegen aus Hamburg vorgetragene Grußwort von Dorothea Buck an uns. Sie ist Ehrenvorsitzende des BPE. Sehr gern möchte ich sie kennen lernen. Sie verkörpert für mich die Psychiatriegeschichte, mit der ich mich intensiv beschäftige. Ich bewundere sie dafür, wie sie ihre Krisen, ihre traumatischen Erfahrungen, für ihr Leben als Chance genutzt hat. Ich denke oft: wie lange ist das her, was dort in der Psychiatrie an menschenunwürdigen Geschichten mit Menschen geschehen ist? Was haben wir heute damit zu tun? Dorotheas Geschichte ist heute unsere Geschichte: die Geschichte von uns Psychiatrie-Erfahrenen, die wir mit uns herumtragen.

Es ist wichtig, dass die Geschichte von Menschen wie Dorothea Buck, die mit der Geschichte des Nationalsozialismus, der Euthanasie unmittelbar konfrontiert waren, ihre Erfahrungen uns, die nach ihnen kommen, ihren Nach-Geborenen erzählen, damit ihre Geschichte nicht vergessen und von uns weitergegeben wird.

Vielleicht wird das Forschungsprojekt, das Dorothea in ihrem Grußwort erwähnt, eine Möglichkeit, zu ihr

Kontakt zu bekommen – zur Mitarbeit habe ich mich bereit erklärt.

Mich beeindruckt am Samstag der Vortrag von Jasna Russo. Sie ist selbst Psychiatrie-Erfahrene und hat Psychologie studiert. Dass sie in einem Berliner Projekt mit obdachlosen psychiatriee erfahrenen Frauen gearbeitet hat, finde ich bemerkenswert. Empörend finde ich, dass sie als Betroffene unter schlechteren finanziellen Bedingungen gearbeitet hat als ihr nicht betroffener Kollege. Ich teile Jasnas Auffassung, dass Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung solche Projekte aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen besser durchführen können als so genannte Professionelle. Es wird Zeit, dass wir uns das zutrauen.

Ich besuche die Arbeitsgruppe Individuelle Alternativen/eigene Bewältigungsstrategien in Krisensituationen von Peter Lehmann. Ich denke, Strategien, welche wir Betroffenen für uns selbst entwickeln, sind hilfreich. In erster Linie sind das nicht Psychiatrie-Aufenthalte, Medikamente, sondern die Unterstützung von Freunden, sich eine Auszeit nehmen, sich Gutes tun usw. Wir Betroffenen wissen selbst, was für uns gut ist, nicht die Institution Psychiatrie. In der Arbeitsgruppe ist ein Arzt, der in diesem Zusammenhang sagt: „Ich weiß gar nicht, was Schizophrenie ist; ich kann das nicht definieren“. Ich bin beeindruckt von seiner Aussage. Das ist für mich ein perspektivischer Ansatz: weg von der Diagnose – hin zu den Menschen. Wir brauchen mehr Ärzte, die so denken. Ich kann es fast nicht glauben, was er sagt. Ich traue mich deshalb nicht, ihn anzusprechen. Zu tief ist mein Misstrauen gegenüber Ärzten, stelle ich fest. Ihm gegenüber ist es anscheinend unangebracht. Da liegt es an mir, meine Vorurteile aufzugeben.

Über die Spieltheorie, mit der sich eine andere Arbeitsgruppe beschäftigt, möchte ich gern mehr erfahren. Eine weitere Arbeitsgruppe widmet sich der Musiktherapie. Dass diese Therapie intensiv und hilfreich sein kann, glaube ich unbedingt. Außerdem finde ich (geplante) Projekte von Betroffenen in anderen Bundesländern spannend, die bei der Tagung vorgestellt werden.

Nachdenkenswert für mich ist der Vortrag vom Psychotherapeuten und Buchautor Georg Milzner zur Poesie der Psychosen. Das aktuell von ihm herausgegebene Buch hat denselben Titel. Er schildert dabei eindrucksvoll und bewegend, wie er sich selbst in einen psychotischen Zustand versetzt hat. Er argumentiert aus dem tiefen Verständnis heraus dafür. Er spricht aus, was ich denke und empfinde: Unsere menschlichen Gefühle haben, genau so, wie sie sind, ihre Berechtigung!

Auf der Mitgliederversammlung des BPE wird der Konflikt zwischen LPE Berlin-Brandenburg Netzwerk Brandenburg und LAG Berlin fortgesetzt. Es führt dazu, dass die Mitgliederversammlung entscheidet, keinen der

beteiligten drei Organisationen ein Stimmrecht im erweiterten Vorstand zu geben. Bis zur nächsten Mitgliederversammlung haben sie nur einen Gaststatus. Ich persönlich denke, das ist keine zufrieden stellende Lösung für uns, die in den Organisationen aktiv sind.

Bei den zahlreichen Diskussionen, finde ich manche Auseinandersetzungen, Konfrontationen erschreckend und wenig produktiv. Geht es uns dabei um das Beharren an eigenen Standpunkten und um Verletzungen? Oder geht es uns um inhaltliche Auseinandersetzungen im Interesse der Betroffenen? Für mich ist das in dieser Form keine gewaltfreie Kommunikation – eine konstruktive Methode der Konfliktlösung, die ich vertrete. Ich finde: Wir BPE-Mitglieder brauchen für uns kon-

struktive Konfliktlösungsstrategien. Letztendlich geht es darum, die Betroffenen sachgerecht zu vertreten und sie dort abzuholen, wo sie sich gerade befinden.

Mein Fazit der Tagung in Kassel: Wir Betroffenen wissen, was gut für uns ist. Deshalb ist die hierarchische Einrichtung Psychiatrie mehr als reformbedürftig. Eine Reform gelingt deshalb nur gemeinsam mit uns. Wir brauchen dabei Institutionen, Therapeuten, Ärzte, die uns auf unserem individuellen Weg ihre menschliche Begleitung zur Verfügung stellen. Dafür verbünden und vernetzen wir uns bundesweit und darüber hinaus. Wir bringen neue Gedanken in die Welt. Dafür ist die Tagung in Kassel ein Schritt in die richtige Richtung.

Die Niederlage verstehen heißt, den Sieg vorzubereiten. (Mao) 13

Tcha, ich bin der mit dem blauen Schottenrock und der bunten Leggings vom letzten Bundestreffen in Kassel, dem ihr die wenigsten Ja-Stimmen und die meisten Nein-Stimmen bei der Vorstandswahl gegeben habt. Ich bedanke mich bei den 13, die mich gewählt haben und besonders bei meinen „Gegnern“ – denn von, an denen lernt man am meisten + schnellsten.

Jeder Verein hat den Vorstand, den er „verdient“. Offensichtlich ist die Zeit noch nicht reif für mich + meinesgleichen (Sch...drauf, welche Diagnosen + Definitionen ihr mir geben möchtet. Kwier, Gi, geronto-pädoviel...seid erfinderisch, erfindet eure eigenen Diagnosen! – wollt ihr euch ewig abhängig machen von Züchiatern + Psüchofarmakas? – aber, keine Sorge, wir kommen zurück! „Time is on my side“, wie schon die Rolling Stones sangen. Ihr erinnert euch: ich bin der Spezialist für Zeit + Bewusstsein, (s. www.maya.at.)

Ich bin noch am 9. 10. vom Vorstand des LPE Niedersachsen zurückgetreten. Was ich seit 1 ½ Jahren auf Orts- und Landesebene an Beleidigungen + Verleumdungen aus den „eigenen Reihen“ erlebt habe, ist nicht zu toppen – selbst die miesesten Psüchiatern haben mich zumindest korrekt behandelt. Aber ihr habt ja den (jährlichen) Intrigantenstadl auf der MV in KS (insbesondere aus B.) erlebt. Also nun „Butter bei die Fische“: Schlachtet die Idole! 1. Es gibt jemanden in den eigenen Reihen, den ich – als Arzt + Pharmakologe und rein menschlich – für kompetenter halte für die BPE-Pharmaberatung als Matthias Seibt, und der es auch machen würde. War es wirklich nötig, auf der MV03 – quasi ohne Widerspruch – die Rücklagen zu „opfern“ für Matthias S.?

2. Ich möchte nicht europa – weltweit von einem Menschen wie Peter Lehmann vertreten werden (demnächst galaktisch?), der lokal in B. führend im Mutantenstadl zwischen „alter und neuer Irehoffensive“ mitwirkt.

3. Der Gründungsmythos des BPE aus dem Geist des „Zentralerlebens“ von Sophie Zerchin Dorothea Buck. Sorry, ich bin gelangweilt von den alljährlichen nahezu wortgleichen Grußworten und den Diadochen-Kämpfen ihrer Nachfolger...Männer...Ich hätte auch was anderes anzubieten: Meta-mind und Multipismus. Mal schauen, wer oder was sich auf Dauer durchsetzt. Oder wie schon Alfred Döblin sagte: Ein Kerl muss eine Meinung haben. Wenn die besten für die Vorstandswahl nicht antreten, bzw. nicht gewählt oder weggemobbt werden – dann ist es wie in allen „normalen“ Vereinen - der Durchschnitt setzt sich durch: es lebe die Demokratie! (Ich gebe auch diesem Vorstand in der derzeitigen Zusammensetzung keine 2, nicht mal 1 Jahr.)

Ich habe die Vision und das mittelfristige Ziel, dass unser BPE ein leuchtendes Vor-Bild wird, was sich auch auf Landes- und Ortsebene auswirken wird. Es gibt so viele (verborgene) Talente und Ideen, Phantasien, Visionen – gerade unter uns – wenn sich das endlich durchsetzt, statt kleinkrämerisches Gerangel um Pfründe + Macht...Es geht auch anders, z. B. beim bundesweiten Verein der behinderten Studenten. Wie tolerant, geduldig dort miteinander umgegangen wird, da können wir uns mehrere Scheiben abschneiden (da sind wir „seelischen“ in großer Minderzahl – was dort 5 – 6 Aktive auf die Beine stellen – und das im Rollstuhl, blind, sprachbehindert – alle Achtung! – Sie könnten von uns offen ausgetragene Kritik „lernen“).

Also: I!C.h. komme zurück! Das ist ein Versprechen oder eine Drohung, je nachdem...’Freue mich auf Rückkopplung.

Harmut Carl, Richthofenweg 46, 49088 OS, Tel.: 0541-14436

Aus Platzgründen können die Berichte aus den Arbeitsgruppen leider erst in der Ausgabe 1/05 abgedruckt werden. Die Redaktion bittet dafür um Verständnis.

Der BPE auf dem DGPPN-Kongress in Berlin

Vom 24. – 27. 11. 2004 fand im Kongresszentrum in Berlin der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) statt, bei dem auch der BPE auf Einladung der Veranstalter mit einigen Vertreterinnen präsent war. Ruth Fricke und Dagmar Barteld-Paczkowski vom geschäftsführenden Vorstand beteiligten sich mit je einem Referat an dem so genannten Dialogforum am ersten Veranstaltungstag. Wie absehbar, löste die Teilnahme an dieser pharmagesponsorten Veranstaltung eine heftige Kontroverse innerhalb des BPE aus, die u. a. darin ihren Ausdruck fand, dass Vertreter des Landesverbandes Berlin-Brandenburg sich öffentlich davon distanzieren, dagegen protestieren und eine Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener (Kurzform BPE bzw. BagPE) gründeten. Derzeit ist noch eine juristische Auseinandersetzung über die zu Verwechslungen Anlass gebende Namensgebung zwischen der Bundesarbeitsgemeinschaft und dem BPE-Vorstand in der Schwebe. Der Rundbrief wird zu einem späteren Zeitpunkt über den Ausgang dieser Auseinandersetzung und die sich daraus ergebenden weiteren Konsequenzen berichten. Vorläufig sei nur erst einmal die Veranstaltung durch Textauswahl, Rede und Widerrede dokumentiert. (Red.)

Hilfreiche Strategien zur Bewältigung und Vorbeugung psychischer Krisen und Ausnahmezustände

14

von Dagmar Barteld-Paczkowski, Mitglied des geschäftsführenden Bundesvorstandes des BPE

„Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Freunde!

Ich möchte Ihnen etwas über die Möglichkeiten der Bewältigung und Vorbeugung von psychischen Krisen berichten. Ich bin eine Frau mit dem Erfahrungswissen mehrerer psychotischer Krisen, zu denen auch Angstzustände, Depressionen und Zwänge mit suchartigem Charakter gehörten. Daraus ergibt sich meine Überzeugung, dass die Bewältigung und die Vorbeugung möglich sind. Nicht nur ich praktiziere diese

Strategien fast täglich, sondern auch viele andere die ich kenne nutzen sie, um ein Leben mit guter bis sehr guter Lebensqualität zu führen. Verhinderung psychischer Krisen und seelischer Ausnahmezustände halte ich allerdings für fast ausgeschlossen. Da ist die Seelenhygiene vergleichbar mit der Zahnhygiene. Selbst bei sehr guter Pflege der Zähne sind Karies oder andere Zahnerkrankungen nicht immer gänzlich auszuschließen. Jedoch sehr stark einzudämmen.

Krisen sind Angebote des Lebens, sich zu wandeln. Man braucht noch gar nicht zu wissen was neu werden soll, man muss nur bereit und zuversichtlich sein.

Psychische Krisen und sich daraus ergebende Ausnahmezustände halte ich für durchlebenswert und für lebenswegweisend. Im Nachhinein betrachte ich meine Höllezeit als Wendepunkt und Meilenstein in meiner Biografie. Viele Menschen erleben diese Ausnahmezustände nur einmal, sehr viele jedoch mehrmals, einige sehr häufig und leider einige so oft, dass sie scheinbar oder vielleicht auch wahrscheinlich immer in und mit diesen Ausnahmezuständen leben. Das sind dann die Menschen, die als chronisch erkrankt und oder sogar als unheilbar bezeichnet werden.

Was haben alle diese Menschen gemeinsam? Haben sie etwas gemeinsam? Haben diese Menschen alle völlig glücklich, sorgenfrei und zufrieden gelebt? Sind sie völlig entspannt, allerdings müde, abends ins Bett gegangen und am nächsten Morgen völlig verstört aufgewacht? Wurden diese Menschen alle durch einen einzigen Albtraum psychotisch oder sehr stark neurotisch? - Ohne lange zu überlegen, werden Sie, liebe Anwesende, diese oben beschriebenen Möglichkeiten verneinen. Entweder verneinen sie aufgrund eigener

Erfahrungen oder aus der Erfahrung eines beobachtenden Angehörigen heraus.

Ich gehe hier nicht auf die Entstehung und die Ursachen der Krisensituation ein. Das findet und fand schon an anderer Stelle statt. Bei diesem 524seitigen Programm ist das auch kein Wunder. Sie möchten etwas über die hilfreichen Strategien zur Bewältigung und Vorbeugung hören und darüber diskutieren. Wenn etwas bewältigt werden soll, muss der Gegenstand der Bewältigung auch thematisiert werden. Es muss möglich gemacht werden, den aktuellen Ausnahmezustand mit allen Sinnen zu durchleben und anzusehen. Dazu ist es wichtig, die eigene Lebenssituation genau und vor allem im Zusammenhang zu betrachten.

Jede Krise, jeder Ausnahmezustand hat seinen, bzw. ihren Grund und sagt mir und meinem sozialen Lebens-Umfeld etwas. Das ist das Verhältnis zu meiner Lebenssituation in Verbindung, im Zusammenhang mit meinen Erfahrungen, meiner Bildung, Ausbildung und allem Wissen oder auch bruchstückhaften Halbwissen aus Überschriften von Zeitungen und Buchtitel

teln, besonders auch dem religiösen Wissen aller farbenfrohen und auch dunklen Religionen. Aber es sind die Bruchstücke, nicht die verstandenen Zusammenhänge, die das innere Chaos bewirken. Je mehr Teilwissen wir haben, desto mehr Splitter haben die Möglichkeit die seelische Ganzheit zu zerstören. Allerdings entstehen diese Splitter der seelischen Zer-

störung auch durch das Abbrechen von bisher haltgebenden Lebenssituationen wie Scheidung (aus heiterem Himmel), Arbeitsplatzverlust (über Nacht) und das Verlassen von Familien aus vielerlei Gründen, wie Studium, Ausbildung an anderen Orten sowie andere, neue Lebensabschnitte.

Schatten, die auf unser Leben fallen, sind nichts andere als ein sicheres Zeichen dafür, dass es irgendwo ein Licht geben muss, das es sich lohnt zu suchen.

Wenn über die ängstigenden Gedanken, die durch diese Lebens-Meilen-Steinen aus dem Inneren auftauchen, nicht gesprochen werden kann und wenn es bei Versuchen zu abweisenden Reaktionen der angesprochenen Menschen kommt, wird es mit großer Sicherheit zu Lebenssituationen kommen, die als psychische Krise, Nervenzusammenbruch oder Ausnahmezustand beschrieben und bezeichnet werden. In diesen Lebensabschnitten ist es wichtig die inneren Belastungen, die belastenden Gedanken nach außen zu bringen

und dort auch Aufnahme, Annahme und Gehör zu finden. Es ist wichtig Kontakt zu Menschen zu haben. Menschen, die Verständnis für diese Gefühle haben, das die Seele und manchmal auch den Körper aus dem Gleichgewicht bringt. Wenn sie, die angesprochenen Menschen, es verstehen ist es sogar noch einfacher, denn dann habe sie diese Erfahrungen auch schon gemacht und bewältigt. Das bedeutet die Empathie, das Mit-Fühlen-Können, das Einfühlen in den anderen Menschen.

Es ist gut, mit alten Bäumen zu reden, aber wir sollten es auch öfter mit den Menschen versuchen.

Wenn sie Verständnis haben, können sie Sympathie entgegenbringen. Das zugewandt sein, verbunden mit der Achtung des Problems, das die Unruhe verursacht und die Bereitschaft sich einzulassen ist hilfreich. Wenig hilfreich dagegen sind Ratschläge ohne „Nachhaltigkeit“, z. B.: Ach das wird schon - Zeit heilt alle Wunden - Ich hab das auch überstanden. Das Wetter ist so schön, geh' spazieren, da kommst du auf andere Gedanken.



Dadurch wird die Trauer über die momentane soziale Situation weder verstanden noch zugelassen. Es werden den Gedanken keine Möglichkeiten zur Veränderung gegeben. Es wird die Krise nur vertieft, denn es gibt kein „aus der Krise kommen“, sondern nur noch mehr Beweise für die persönliche Unfähigkeit. Es gibt keine Möglichkeit aus der Krise heraus an Veränderungen denken zu können. Die Krise soll weg, das betrachten der Krise wird nicht angestrebt. Wer über die Krise, die Wirkungen rund um die Krise, vorher und nachher sprechen und denken möchte, wird daran gehindert. Er soll einsehen, dass es nicht so ist, wie er es sieht und er nur dann wieder in die Gesellschaft entlassen werden kann, wenn er das auch eingesehen hat. Das Einsehen-müssen ist alles andere als hilfreich. Ein Mensch in einer Krise oder einer seelischen Ausnahme-situation muss nichts einsehen. Es ist so, wie er es empfindet, erlebt und äußert. Für ihn ist es so.

Andere Menschen aus seinem Umfeld müssen, dürfen und sollten sich das **ansehen**. Sie müssen, sollten sich bemühen; ihn und seine Situation anzusehen. Sie sollen die Zusammenhänge so erkennen wie er sie auch erkennt. Das heißt nicht, dass sie auch in seine Krise gehen müssen (Meistens bekommen sie eine andere, ihre eigene). Sie sollen nur die Situation und die Zusammenhänge ansehen. Auswege sollten gemeinsam auf der Basis der momentanen Fähigkeiten

der betroffenen Person erarbeitet werden. Erst danach kommen auch die Fähigkeiten wieder zum Einsatz, die in der Krise brach lagen. Für die Bewältigung einer Krise ist es wichtig, dass die Krise auch als Folge von kränkenden und belastenden Ereignissen ihren Sinn und ihre Aufgabe hat.

Die Krise ist der Höhepunkt einer Entwicklung. Wenn der Höhepunkt mit dem Verlust des seelischen Gleichgewichts, einem absoluten Ausnahmezustand verbunden ist, soll es die Möglichkeit geben, die kränkenden Faktoren ansehen und (v)erarbeiten zu können. Krankengeld bekommt ein Mensch ja auch um an seiner Genesung zu arbeiten. Sich auf seine Gesundheit zu konzentrieren ist wirklich harte Arbeit! Sie ist sogar mir Schmerzen an der Seele und manchmal auch vielen Kopfschmerzen verbunden. Es geht auch um das bewusste Verlernen von immer so gemachten, aber nicht gesunden und heilsamen Handlungen.

Es ist Zeit neue Türen aufzustoßen, neuen Anfängen zu vertrauen.

In dieser Zeit ist es wichtig, begleitet zu werden. Im Austausch mit anderen Menschen, Therapeuten, Ärzten und Pflegepersonal, Freunden und Freundinnen sowie der Familie und den sonst noch im Lebenssystem beteiligten Menschen können die kränkende Situation und Krise bearbeitet werden. Wenn die Zusammenhänge klar sind, kann auch eine Veränderung

angestrebt werden. Wenn die Zusammenhänge auch für die anderen beteiligten Menschen deutlich sind, sollte es nicht mehr so schwer fallen von kränkenden und belastenden Momenten, Aussagen und Lebensumständen Abschiednehmen zu können. Neue Wege können dann allein oder mit Unterstützung und Begleitung gegangen werden.

Zum Glück existiert nichts für die Ewigkeit. Das einzig Dauerhafte ist die Veränderung.

Soviel oder sowenig zur Bewältigung. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener hat für individuelle Bewältigungsstrategien eine Sammlung zusammengestellt, die sie an unserem Info-Tisch erhalten. Verrücktheit steuern, das sind die Tipps und Tricks, die jeder für sich praktisch umsetzen kann. Vorbeugung sollte schon am ersten Lebenstag beginnen. Wir sollten uns mit Achtsamkeit und Aufmerksamkeit begegnen. Eltern sollten ihre Kinder nicht als ihr Eigentum betrachten oder als knetbaren Klumpen Fleisch, der nach ihrem Willen geprägt werden soll. Kinder sind mit einer Seele begabte Menschen. Sie können vom ersten Atemzug an durch Unachtsamkeit zu Schaden kommen. Deshalb ist es besonders wichtig, den Kindern seelisch erkrankter Eltern nicht irgendwelche Märchen über den Gesundheitszustand der Eltern zu erzählen. Es ist wichtig, dass das Tabu, das mit dem seelischen Ausnahmezustand verbunden ist, endlich abgebaut wird. Dazu gehört ein offener, ehrlicher Umgang mit sich und seinem Leben. Es ist keine Schande diese Ausnahmezustände zu kennen, aber es ist schon schändlich, diese nicht bearbeiten zu dürfen. Wenn soviel Geheimnisse in einer Familie; über einem

Menschleben sind; können die Familienmitglieder, besonders die Kinder kaum ihre Identität finden und aufbauen.

Was gehört zur Identität eines Menschen? Dazu gehört die normale Sinneswahrnehmung, das seelische Gleichgewicht, verbunden mit einem guten Gedächtnis. Wenn ich mich nicht an meine Vergangenheit erinnern kann (oder darf), wenn ich mich mit der Gegenwart nicht auseinandersetzen kann (weil ich durch die Medikamente gar nicht klar denken kann oder weil mich mein Seelenchaos im Gedankenkreisen hält), wenn ich keine Zukunftspläne machen kann, dann bin ich tatsächlich psychisch krank. Dann ist meine Identität sehr gestört. Deshalb ist es wichtig sich mit sich und seiner Geschichte zu befassen, die Familientabus zu entmystifizieren und zu enttabuisieren. Dann kann man zuversichtlich nach vorne schauen. Wichtig sind andere Menschen, die einander begleiten. So etwas wie Freunde eben. Dann ist auch das Leben freundlich. Ein Freund ist jemand, der deine Vergangenheit versteht, an deine Zukunft glaubt und dich heute so nimmt, wie du bist.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.“

5 Forderungen des Dialogforums beim DGPPN-Kongress 15

Prof. Naber hatte sich vorgestellt, dass die Teilnehmer der 3 Dialogforen (organisiert von BPE, BApK und den Antistigma-Initiativen) in dem gemeinsamen Abschlussplenum 5 gemeinsame konsensfähige Forderungen an die Politik verabschieden sollten.

In dem vom BPE organisierten Forum waren wir uns einig, dass wir erst einmal Forderungen formulieren sollten, die von den 3 Dialogpartnern (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Profis) selbst erfüllt werden können, bevor man gemeinsame Forderungen an die Politik formuliert, denn es ist immer leicht Forderungen an Dritte zu formulieren, aber die wahre Veränderung fängt immer bei sich selbst an..(R.W.)

Demzufolge lautete unsere 1. Forderung:

Förderung der Selbsthilfe heißt neben finanzieller Unterstützung durch Krankenkassen und öffentliche Hand innerhalb der Dialoges vor allem **Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe zwischen Profis und Selbsthilfegruppen vor Ort**. Profis sowohl aus dem stationären wie auch aus dem ambulanten und komplementären Bereich sollten Betroffene ermuntern, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen und so an der Wiedererlangung der eigenen seelischen Stabilität zu arbeiten und diese Selbsthilfemöglichkeit nicht länger verschweigen.

2. Systematische Erforschung des Erfahrungswissens der Psychiatrie-Erfahrenen und Nutzung des Erfahrungswissens für hilfreiche Strategien zur Bewältigung und Vorbeugung psychischer Krisen und Ausnahmezustände.

3. Das Erfahrungswissen der Psychiatrie-Erfahrenen sollte obligatorischer Bestandteil aller Ausbildungsordnungen für Psychiatrie-Profis aller Berufsgruppen werden. Zur Vermittlung des Erfahrungswissens sind Psychiatrie-Erfahrene als Lehrende einzusetzen.

4. Enttabuisierung psychischer Erkrankungen, denn wirkliche Entstigmatisierung setzt Enttabuisierung voraus. Die von Profiseite immer noch häufig zu hörende Empfehlung "Reden Sie nicht über ihre psychische Erkrankung" oder "Sprechen Sie nicht mit Ihrem Angehörigen über seine letzte Krise." , führt zur Sprachlosigkeit, zu Schuldgefühlen und so zur Stigmatisierung und Ausgrenzung und wirkt daher krankheitserhaltend und -verstärkend. Erst muss das Tabu gebrochen werden, um Stigmatisierung und (Selbst-)Ausgrenzung überwinden zu können.

5. Das Thema Arbeit muss in der Therapie, beginnend im stationären Bereich einen größeren Stellenwert erhalten. Arbeit in allen seinen Varianten ist sinnstiftend, stärkt das Selbstbewusstsein und wirkt so auch stabilisierend auf die seelische Gesundheit. Es ist daher wichtig, dass schon während des stationären Klinikaufenthaltes Maßnahmen zur Erhaltung eines bestehenden Arbeitsplatzes eingeleitet werden bzw. REHA-, Integrations- oder Ausbildungsmaßnahmen angestoßen werden.

Beschluss der Gründungsversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener:

Das Ende der Komplizenschaft! 16

Wieder einmal haben die Psychiater übertrieben: statt dass sie die Betroffenen in Ruhe lassen und mit einem verschlafenen Betroffenen-Verband wie dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener zufrieden sind, meinen sie, diesen Verband in ihr widerlichstes Treiben als aktive Unterstützer hineinziehen zu müssen: Beim DGPPN-Kongress vom 24.-27.11. 04 wird völlig offen das „Hauptthema Nummer 1, Ursachen psychischer Störungen: Umwelt-Gen-Interaktionen“ verkündet, also die Neo-Nazi-Eugenik der psychiatrischen Genetik propagiert. Denn die einzige „Umwelt-Interaktion“, die zu angeblicher „psychischer Krankheit“ führen kann, ist die diagnostische Verleumdung von Psychiatern. Dass bei diesem Kongress zusätzlich auch noch der Terror der psychiatrischen Hirnchirurgie, Stichwort Lobotomie, aus der Schreckenskammer der Psychiatrie hervorgeholt und propagiert wird, ergänzt das Bild. Zu diesem abgründigen Kongress haben die Psychiater den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener eingeladen, sich aktiv zu beteiligen, und, kolonisiert wie er inzwischen ist, macht er brav wie eine abgerichtete Hofschranze im vorgetäuschten „Diskurs“-Reigen mit. Damit hat aber nun der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener seine wesentliche Funktion verloren: die Kritiker an der menschenverachtenden Gewalt- und Zwangs-Psychiatrie in Komplizenschaft einbinden zu können.

Wollen wir ausnahmsweise für die krampfhaft psychiatrisch Gutgläubigen sogar die Prämisse gelten lassen, dass die Information in Genen für irgendetwas Mentales, von dem behauptet wird, das sich im Gehirn abspielen soll, relevant wäre, so ist auch immanent der wissenschaftliche Blödsinn der sog. „psychiatrischen Genetik“ offensichtlich:

Das menschliche Genom, der Träger der Erbinformation, besitzt einen Informationsgehalt von rund 750 Megabyte. Das ergibt sich aus der Struktur von etwa drei Milliarden Basenpaaren, aus denen das menschliche Erbgut besteht. Jedes Basenpaar hat einen Informationsgehalt von zwei Bit, das ergibt 6 Milliarden Bit oder 750 Megabyte. Dies ist

etwa die Informationsmenge, die bei einer der großen Sinfonien Bruckners oder Beethovens auf CD gespeichert wird. Das Erbmaterial hätte auf einer CD Platz

*Vergleichen wir damit die Kapazität des Gehirns. Selbst bei konservativer Schätzung ergeben sich etwa 1,25 Millionen Megabyte an realisierbaren Vernetzungen. Nun muss man beachten, dass diese Zahl noch erheblich größer wird durch abgestufte Verbindungen. Zwischen den Neuronen können über die Synapsenverbindungen vielfältige Zwischenstufen »geschaltet« werden, was die Kapazität des Gehirns um ein Vielfaches erhöht. Spitzer kommt bei nur 16 Abstufungen auf einen Vergrößerungsfaktor von 10^3 . Das heißt: der einen CD-Rom, auf der die genetische Erbinformation gespeichert ist, stehen rund 2 Millionen CDs an Speicherkapazität des Gehirns gegenüber. Daraus ergibt sich eine sehr wichtige Folgerung: Wenn das menschliche Denken, Entscheiden und Planen ein Gehirnprozess ist, dann ist es unmöglich, dass die Erbinformation Träger dieser intellektuellen Eigenschaften sein kann. Eine CD-Rom kann nicht die gesamte Information zur Verknüpfung von Netzen tragen, die eine Informationsmenge von 2 Millionen CDs beinhalten. (Vgl. M. Spitzer, Geist im Netz, Heidelberg-Berlin-Oxford 1996, S.37f)**

Wenn also solch banaler Blödsinn wie psychiatrische Genetik weiter betrieben wird, kann es nur um et was anderes gehen: scheinwissenschaftlich soll der blanke Terror dieser Neo-Nazi-Eugenik beschönigt werden, der als Erbhygiene verbreitet wird. Entsprechend sind in den USA (Illinois) schon die gesetzlichen Grundlagen gelegt, damit vom Neugeborenen bis zum Greis alle zwangsweise auf Geisteskrankheit diagnostiziert werden. Bei Neugeborenen selbstverständlich mit dem psychiatrischen Neo-Nazi-Genetik-Bluttest. Das ärztliche Vernichtungs-Programm kennen wir: Fruchtwasseranalysen zur pränatalen Gleichschaltung durch eugenische Abtreibung. Mit diesen Integrationsmaschinen in die Komplizenschaft mit dem ärztlichen Gewaltsystem ist jetzt Schluss, denn der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener kann alleine seine Funktion als Compliance Patientenclub erfüllen, die unabhängigen Psychiatrie-Erfahrenen haben am 24.11. 04 in Berlin die *Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener* gegründet.

V.i.S.d.P.: Uwe Pankow, Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener, Scharnweberstr. 29, 10247 Berlin

* zitiert aus Brodbeck: www.fh-wuerzburg.de/fh/fb/bwl/Offiziel/BWT/pages/pp2/brodbeck.htm#N_6

„Beipackzettel“ zum DGPPN-Plakat des BPE 17

(s. Titelseite)

von Kalle Pehe

Glaubt man der veröffentlichten Meinung zu seelischen Störungen, so können diese heute beherrscht werden, indem sich Menschen frühzeitig in psychiatrische Behandlung begeben, rechtzeitig die neuen so genannten atypischen Neuroleptika einnehmen, die zwar sehr teuer, dafür aber lediglich geringe (vertretbare) Nebenwirkungen haben sollen. Demnach haben wir die Wahl zwischen verschiedenen guten Produkten und somit die Option zu einer individuell abgestimmten Basistherapie, die als Schlüssel im Kampf gegen „schwere Erkrankungen“ gepriesen werden, die ansonsten unbehandelt Menschen nach und nach zerstören.

Im BPE organisieren sich Menschen, die in der Psychiatrie behandelt wurden und aufgrund schlechter Erfahrungen nach alternativen Konzepten suchen, z. T. abseits der Psychiatrien, mit denen nicht wenige traumatische Erfahrungen verknüpfen. Zum Teil streben sie auch Reformen im Dialog mit psychiatrischen Institutionen an, deren Konzepte sich bisher so oder so nicht überzeugt haben. Für uns ergibt sich ein anderes Bild von Psychiatrie:

Zu diesem Bild gehören Menschen, die durch eine langjährige Neuroleptikabehandlung z. T. irreversiblen Schaden genommen haben, die man ihnen jahrelang als einzigen Weg zur Beherrschung seelischer Störungen angepriesen hat. Auf der anderen Seite gibt es bei uns inzwischen nicht wenige, die abseits der Institutionen und im Widerspruch zu deren Konzepten eigene, bessere Lösungen für sich gefunden haben, die nachhaltig und attraktiv sind, und das spricht sich herum. Selbst wenn es sich um Ausnahmen von der Regel handelt, so fragen sich inzwischen viele bei uns, ob sie denn in den psychiatrischen Institutionen wirklich optimal beraten werden oder möglicherweise in die „Behandlungsfälle“ geraten, an deren Ende eine dauerhaft geminderte Lebensqualität und/oder Chronizität als Folge veralteter Behandlungskonzepte drohen.

Auch fragen sich viele bei uns, welche Gründe es dafür gibt, dass alternative und erfolgreiche Behandlungsformen (wie Soteria) seit Jahren so gut wie keine Chancen bekommen, weil sie nicht in den Mainstream passen, der von mächtigen kommerziellen Anbietern

am Gesundheitsmarkt maßgeblich bestimmt und als besonders fortschrittlich ausgegeben wird. Damit habe ich den Erfahrungshintergrund skizziert, auf dem das polemische Plakat für den DGPPN-Kongress entstanden ist. Die Initiatoren sehen gute Gründe, das veröffentlichte Bild von seelischen Störungen und deren Behandlung mit einem dicken FRAGEZEICHEN zu versehen und insbesondere eine Diskussion über die Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren einer Behandlungskonzeption anzustoßen/zu provozieren, in deren Mittelpunkt der Einsatz von Psychopharmaka steht, die tief und schwerwiegend in das seelische Erleben von Menschen eingreifen und ihre Identität massiv verändern können.

Wir wollen also diese Diskussion und halten sie für unverzichtbar. Da die wenigsten von uns vor einer entsprechenden Behandlung über Neuroleptika aufgeklärt wurden, tragen wir mit unseren Aktionen lediglich dazu bei, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Information der Patienten über ihre Behandlung endlich realisiert wird, der die meisten Behandler heute immer noch unzureichend nachkommen. Man kann deshalb unser Transparent als polemischen Beipackzettel des BPE betrachten, der den ungebremsten und oft voreiligen Einsatz von Neuroleptika gegen alle möglichen Störungen als Standardintervention problematisieren soll.

Sponsoren des DGPPN-Kongresses waren:

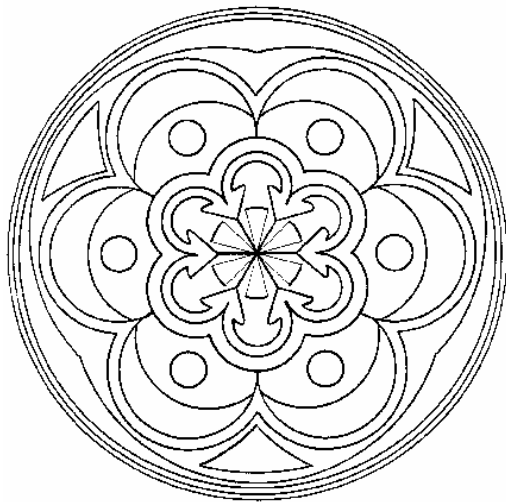
AstraZeneca GmbH
Bayer Vital GmbH
Biermann Verlag GmbH
BristolMyers Squibb
GFI Gesellschaft für medizinische Information mbH
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG
Hexal AG
Janssen-Cilag GmbH
Lundbeck GmbH
Lilly Deutschland GmbH
Merz Pharmaceuticals GmbH
Novartis Pharma GmbH
Otsuka Pharma GmbH
Pfizer GmbH
Pfizer/ EISAI
S. Karger AG
W. Kohlhammer GmbH
Wyeth

(...) Ich halte das für eine unserer wichtigen Aufgaben, da wir ansonsten damit rechnen müssen, dass eine fehlinformierte Öffentlichkeit billigend in Kauf nimmt, dass Menschen demnächst ganz selbstverständlich (so wie ein Diabetiker Insulin braucht, diesen irreführenden Vergleich liest man bei allen Neuroleptika-Anbietern!) Neuroleptikachips implantiert werden, und dies als großer technologischer Fortschritt in der Behandlung von Menschen mit abweichendem seelischen Erleben gepriesen wird. Davon unberührt ist die freiwillige Option zur Einnahme solcher Produkte, wenn ein Mensch keine andere und bessere Lösung für sich findet. Auch das sollte im BPE dann akzeptiert werden, meine ich.

(Demo-Flyer des LPEN Niedersachsen e. V.)

LPEN

Landesarbeitsgemeinschaft
Psychiatrie-Erfahrener
Niedersachsen e.V.



Wir sind gegen ambulante Zwangsbehandlung!

Was versteht man darunter?

Öffentliche Organe, Polizei, Krankenhaus oder ähnliches kommen zur Wohnung des Betroffenen (Patienten) und öffnen diese eventuell gewaltsam. Jetzt sind sie befugt dem Betroffenen Medikamente zu verabreichen. Es kann soweit kommen, dass gegen seinen Willen, ihm eine oder mehrere Spritzen verabreicht werden. Was wiederum einen Krankenhaus aufenthalt nach sich ziehen kann.

Wir machen diese Demo damit ambulante Zwangsbehandlung in Bremen und in anderen Bundesländern nicht zum Gesetz wird!

Beteiligte:

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, **BPE e.V.**,
Landesverband Psychiatrie Erfahrener **Bremen e.V.**,
Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener **Niedersachsen e.V.**
(LPEN e.V.)
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener **NRW e.V.**,
SHG Psychiatrie-Erfahrener, **Oldenburg**,
Projekt "Psychosoziale News" **Delmenhorst**,
Blauwahl e.V. **Sulingen**,
Netzwerk PE **Köln und Umgebung**,
LVPE Saar e.V.,
Landesverband Psychiatrie-Erfahrener, **Berlin-Brandenburg e.V.**,
Irren-Offensive e.V., **Berlin**,
Für alle Fälle e.V., **Berlin**,
Hilfe für verletzte Seelen e.V.,
PE-SHG im **Kreis Herford**,
BIPE Lippe (Betroffeneninitiative Psychiatrie-Erfahrene **Lippe**),
VPE **Bielefeld**,
"auf und nieder", **Bünde**,
Landesverband Psychiatrie Erfahrener **Baden-Württemberg (LVPEBW)**

Bremen will Verfassungsbruch!!!

Im Bundesland Bremen gibt es einen neuen Entwurf zum Psychisch Krankengesetz (PsychKG). Darin soll auch die Ambulante Zwangsbehandlung für "psychisch Kranke" erlaubt werden. Man will dies aufgrund zweier Morde, die von "psychisch Kranken" begangen wurden.

Wir wenden uns gegen die ambulante Zwangsbehandlung, weil man nicht aufgrund von krassen Ausnahmefällen die Rechte aller "psychisch Kranken" beschränken kann. Im Bund wurde die Ambulante Zwangsbehandlung im Betreuungsgesetz gestoppt, weil durch ein Rechtsgutachten nachgewiesen ist, dass die Ambulante Zwangsbehandlung mit dem Grundgesetz unvereinbar ist:

<http://www.psychiatrierecht.de/gutachten.htm>

Wir befürchten, wenn die Ambulante Zwangsbehandlung in Bremen durchkommt, andere Länder nachziehen werden. Es wird sehr schwer sein, das Gesetz zu kippen, wenn es erst mal durch ist. Deshalb bitten wir Euch auch, was gegen das Gesetz zu tun. Bitte wendet Euch an den Senator für Arbeit, Familie, Jugend und Soziales in Bremen unter : office@soziales.bremen.de

Presseerklärung

Psychiatriegesetz: Will Bremen die Verfassung brechen?

Bremen: Im Bundesland Bremen legt die Polizei gerade eine Datei über Menschen an, die schon einmal als Patienten mit der Psychiatrie zu tun hatten. Vermuteter Hintergrund dieser Aktion sind zwei Tötungsdelikte in Bremen, die von "psychisch Kranken" begangen wurden. Aufgrund der Delikte, die in der Bremer Bürgerschaft große Verunsicherung gegenüber den Rechtsorganen auslösten, hat eine Bremer Arbeitsgruppe aus Justiz-, Sozial- und Innenbehörde vorgeschlagen, in das dortige Psychische Krankengesetz (PsychKG) die ambulante Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka aufzunehmen. Das ermöglicht die Verabreichung hochpotenter neuroleptischer Depotspritzen gegen den Willen der Patienten. Beschließt das Bremer Landesparlament diesen Vorschlag, nimmt der Stadtstaat bundesweit eine Vorreiter-Rolle ein. Es ist zu befürchten, dass andere Länder daraufhin nachziehen werden.

Alle im Bundestag vertretenden Parteien verurteilten das und lehnten diese Form der Misshandlung am 4.3.2004 ab, nachdem ein Rechtsgutachter die verfassungsrechtliche Unhaltbarkeit nachwies.

Im Internet nachzulesen unter

<http://www.psychiatrierecht.de/gutachten.htm>

Wir, die Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e.V. (LPEN), die Selbsthilfegruppe Psychiatrie-Erfahrener Oldenburg, der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Bremen (LVPE), die Irrenoffensive e.V. Berlin und weitere

Landesverbände innerhalb des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), wehren uns gegen die generelle Beschneidung des Rechts auf Selbstbestimmung psychiatrieeffahrener Menschen aufgrund zweier Einzelfälle.

Schon seit den siebziger Jahren weisen Studien in unserem Rechtsstaat immer wieder nach, dass psychiatrieeffahrene Menschen weniger kriminell sind als der Durchschnittsbürger. Wir wissen aus Erfahrung, dass die bundesdeutschen Psychiatrien voll sind mit **Opfern** aus kriminellen Übergriffen. Die Erhöhung des Zwangs auch im ambulanten psychiatrischen Bereich verschärft die schon problematische gesellschaftliche Randsituation der betroffenen Menschen.

Wir rufen deshalb alle interessierten, betroffenen und nicht betroffenen Menschen auf, mit uns **gegen die Einführung der ambulanten Zwangsbehandlung am 8.12. 2004, 14.00 Uhr vor dem“ Senator für Justiz und Verfassung“, Richtigweg 16-22 in Bremen** zu demonstrieren.

Zeitgleich findet in Berlin eine Solidaritätsdemonstration vor der Ländervertretung Bremens, Hiroshimamastraße, statt.

Einwände gegen das Gesetz können erhoben werden bei den Senatoren für Justiz, Soziales und Inneres in Bremen unter

office@soziales.bremen.de

V.i.S.d.P.: Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e. V. (LPEN)

Rechte psychisch Kranker verletzt

Rund 30 Psychiatrie-Erfahrene demonstrieren gestern vor dem Dienstsitz von Justizsenator Hennig Scherf (SPD) gegen die geplante Änderung des bremischen Psychiatriegesetzes. Das soll Zwangsmedikation von psychisch Kranken auch ambulant erlauben. „Es kann jeden treffen, der bereits geringfügige Auffälligkeiten zeigt“, fürchtet Torsten Mähländer vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener. Dies sei der Anfang einer Reihe von Einschränkungen für psychisch Kranke. Dabei seien die bisherigen völlig ausreichend. Anlass für die geplante Gesetzesänderung waren zwei von psychisch Kranken verübte Tötungen im vergangenen Jahr. Man könne die Angst in der Bevölkerung nachvollziehen, die Art der Behandlung dürfe aber Rechte der Patienten nicht unverhältnismäßig einschränken. Die geplante Regelung verletze mehrere Grundrechte. Unterstützung bekommen die Gegner des Gesetzes wenig. Selbst Grüne sprechen sich für die Änderung aus. Kommt das Gesetz, wollen die Psychiatrie-Erfahrenen für einen stärkeren Dialog zwischen Ärzten und Patienten sorgen. Die müssten sich auf Augenhöhe begegnen können. jpa / F.: Doepner

Schreiben des geschäftsführenden Vorstands des BPE

vom 13. 12. 04 an den Bremer Senat zur geplanten Änderung des Bremer PsychKG

20

Sehr geehrte Damen und Herren!

Als einzige bundesweite Selbsthilfeorganisation derzeitiger und ehemaliger Psychiatriepatienten hat unser Verband zur Frage der „ambulanten Zwangsbehandlung“ immer wieder Stellung bezogen, seitdem diese Frage im Herbst 2003 nachträglich noch in den Gesetzentwurf zur Änderung des Betreuungsrechtes eingefügt worden war. Unsere Schreiben an die Justizministerkonferenz sowie an Mitglieder des Bundesrates dürften daher den Mitgliedern Ihrer Landesregierung bekannt sein. Der Schwerpunkt unserer Argumentation lag immer auf den gesundheitlichen Folgen derartiger Maßnahmen, denn die zusätzliche Traumatisierung und Stigmatisierung, die auf diese Weise erfolgt verstärkt die Gefahr einer Chronifizierung und diese sollte sowohl aus humanitären Gründen im

Interesse der Betroffenen unterbleiben, als auch wegen der daraus resultierenden Kostensteigerungen für das Gesundheitswesen.

Nun scheint die Verankerung der ambulanten Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht nicht mehr zu erfolgen, nachdem die Bundesregierung den hier vorgeschlagenen Weg für nicht mit dem Grundgesetz vereinbar erklärt hat.

Umso größer war unser Erstaunen und unsere Verärgerung, als wir hörten, dass das Land Bremen nun die ambulante Zwangsbehandlung durch Änderung des Bremer PsychKG einführen will. Selbstverständlich haben wir uns mit unseren Bremer Landesverband in seinem Kampf gegen diese gesetzliche Regelung solidarisch erklärt. Inzwischen liegt uns nun der geplante Gesetzestext vor. Dort heißt es u. A.:

„Dem § 8 werden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

(3) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt auch dann vor, wenn das zuständige Gericht die Zurückhaltung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses aussetzt und die Aussetzung mit der Auflage einer ambulanten Behandlung verbindet.

(4) Die Auflage einer ambulanten Behandlung ist zulässig, wenn hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass hierdurch der Zweck der Unterbringung ohne die Zurückhaltung der psychisch kranken Person in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses erreicht werden kann.“

Wir fragen Sie daher:

1. Auf welcher Grundlage und nach welchen Kriterien soll das zuständige Gericht entscheiden, ob der Zweck der Unterbringung durch die Auflage einer ambulanten Behandlung ohne Zurückhaltung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer psychiatrischen Abteilung erfüllt werden kann? Was genau sind die hinreichenden Anhaltspunkte und wer liefert diese?

2. Wie stellen Sie sich die Umsetzung der Auflage zur ambulanten Behandlung in der Praxis konkret vor? Soll die betroffene Person täglich morgens und abends in der Praxis eines niedergelassenen Psychiaters oder in einer psychiatrischen Ambulanz, zwecks Medikamenteneinnahme unter Aufsicht, polizeilich vorgeführt werden – möglichst noch in Handschellen? - Oder soll die Polizei einem mobilen Krisenteam täglich Zugang zu der

Wohnung der betroffenen Person verschaffen? Oder gehen sie davon aus, dass den betroffenen Personen, unabhängig von der individuellen Verträglichkeit oder getroffenen Voraussetzungen, grundsätzlich eine Depotspritze verabreicht wird?

3. Auf welche Weise soll eine beruhigende, reizarme Umgebung im häuslichen Umfeld des Betroffenen hergestellt werden, wie Deeskalationsstrategien umgesetzt werden, wie sie zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im stationären Bereich mittlerweile vielerorts angewendet werden? Oder besteht ambulante Behandlung nur aus chemischer Zwangsjacke?

4. Gehen Sie evtl. davon aus, dass sich die betroffene Person freiwillig in Behandlung begibt? Wenn dies so wäre, wäre ein richterlicher Beschluss nach PsychKG überflüssig, d. h. unzulässig bzw. nach Recht und Gesetz wieder aufzuheben

Dass die unter Punkt 2 beschriebenen Maßnahmen eine Stigmatisierung und Traumatisierung hervorrufen, steht wohl außer Frage und dass diese zusätzliche Traumatisierung Chronifizierung fördert ja wohl auch. Ob derartige Maßnahmen mit der im Art. 1 GG verbrieften Menschenwürde und dem im Art. 3 GG codifizierten Diskriminierungsverbot aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung vereinbar sind, wagen wir zu bezweifeln.

Des Weiteren schlagen Sie in Ihrem Gesetzentwurf folgende Änderung vor:

„§ 9 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

(3) Eine gegenwärtige Gefahr im Sinne von Absatz 2 besteht dann, wenn infolge der psychischen Erkrankung ein schadenstiftendes Ereignis bereits eingetreten ist, unmittelbar bevorsteht oder zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.“

Mit der neuen zusätzlichen Formulierung: *„wenn... ein schadenstiftendes Ereignis... zwar unvorhersehbar, aber wegen besonderer Umstände jederzeit zu erwarten ist“* setzen sie aus unserer Sicht die Schwelle für Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen in unzulässiger Weise herab. Der Willkür sind durch diese Formulierung Tür und Tor geöffnet. Nur eine wirkliche akute Selbst- oder Fremdgefährdung kann die Voraussetzung für derart weitreichende Eingriffe in die grundgesetzlich verbrieften Menschenrechte auf Unantastbarkeit der Menschenwürde, Freiheit der Person und Unverletzlichkeit der Person sein.

Etwas Unvorhersehbares kann jederzeit oder auch nie eintreffen. Wollen Sie deshalb vorsorglich die gesamte Bremer Bevölkerung mit einer Auflage zur ambulanten Behandlung versehen oder in eine psychiatrische Klinik einweisen? Schließlich kann jeder Mensch

unter bestimmten Bedingungen in einen psychischen Ausnahmezustand geraten.

Die Vorfälle, die in Bremen dazu geführt haben, dass nach relativ kurzer Zeit über eine erneute Reform des PsychKG nachgedacht wird, hätten auch mit dem bestehenden Gesetz vermieden werden können. Es lag nicht an mangelnden gesetzlichen Grundlagen sondern an den handelnden bzw. eben nicht handelnden Personen, die dieses Gesetz umsetzen sollten.

Wir bitten Sie daher bei Ihren Beratungen die Verhältnismäßigkeit der Mittel zu wahren und sowohl auf die Verankerung der ambulanten Zwangsbehandlung, wie auch auf die Herabsetzung der Schwelle für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu verzichten.

Mit freundlichen Grüßen
Ruth Fricke

Zum gleichen Thema: Schreiben des Dachverbandes 21

Gemeindepsychiatrie e. V., Bonn, vom 20. 12. 04 an die Bremer Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit; Jugend und Soziales

Sehr geehrte Frau Röpke,
die vom Bremer Senat angestrebte Ergänzung des PsychKG beinhaltet in den §§ 8 und 9 die Möglichkeit, die zwangsweise Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung auch auf den ambulanten Bereich auszudehnen. Hierzu möchten wir aus Sicht der gemeindepsychiatrischen Träger und Einrichtungen Stellung nehmen:

Die zwangsweise Behandlung erkrankter Menschen ist in jedem Falle ein äußerst problematisches Un-

terfangen. Eine auf Heilung angelegte Behandlung setzt immer ein Vertrauensverhältnis zwischen beiden Beteiligten, ÄrztIn wie PatientIn, voraus. Nicht allein der rechtliche Eingriff in das grundgesetzlich geschützte Recht auf Unversehrtheit des eigenen Körpers und die Unverletzlichkeit der eigenen Würde fordert einen sehr zurückhaltenden (und rechtsstaatlichen) Umgang mit der Anwendung der Zwangsbehandlung, auch nahe liegende medizinisch-praktische Überlegungen lassen es mehr als zweifelhaft erschei-

nen, Heilung durch Zwang erreichen zu wollen. Dies gilt umso mehr für psychische Erkrankungen, deren Überwindung nicht nur Vertrauen braucht, sondern auch tragfähige Beziehungen, die insbesondere in Krisensituationen Rückhalt und Orientierung geben können.

Das Instrument der zwangsweisen Behandlung wird daher bisher nur dann angewendet, wenn eine unmittelbare Gefahr für Leib und Leben, eine offensichtliche Fremd- oder Eigengefährdung besteht. Nur diese Situationen legitimieren zu Zwangsmaßnahmen, die auch nur solange aufrechterhalten werden dürfen, wie diese unmittelbare Gefahr besteht.

Es ist nahe liegend, dass eine derartig akute Gefährdung von Leib und Leben nur in einem stationären Zusammenhang bewältigt werden kann. Dazu bedarf es ständiger persönlicher Anwesenheit von fachlich geschultem Personal. Eine Entlassung aus stationärer Behandlung ist bei einem akuten Selbst- oder Fremdgefährdungszustand fachlich nicht zu rechtfertigen, sie wirft auch Fragen mit strafrechtlichem Hintergrund auf. Die vom Bremer Senat vorgelegte Änderung des PsychKG schafft daher in mehrfacher Hinsicht Verwirrung. Einerseits könnte sie im stationären Bereich den Eindruck vermitteln, als würde trotz vorliegender Selbst- oder Fremdgefährdung eine Entlassung möglich sein, die sich dann dadurch zu legitimieren versucht, dass eine weitere zwangsweise Behandlung angeordnet wird. Eine solche Interpretation müsste in der Bremer Öffentlichkeit den Eindruck erwecken, als würden zu Lasten der PatientInnen und der auf Sicherheit bedachten Bürgerschaft Einsparungspotentiale im

stationären psychiatrischen Bereich gesucht. Will man gerade in diesem empfindlichen Bereich der psychiatrischen Krisenbewältigung den Grundsatz ambulant vor stationär unter allen Umständen durchsetzen?

Andererseits könnte die Änderung als ein Versuch interpretiert werden, die psychiatrische Zwangsbehandlung über den streng eingeschränkten Anwendungsbereich hinaus zu einem neuen ambulanten Behandlungsstandard zu erheben. Die Formulierung des neuen § 9, Abs. 3 deutet darauf hin, dass in der Beurteilung der Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung nunmehr prognostische Interpretationen eingeführt werden sollen. Wird diese Formulierung in Bremen Gesetz, haben wir keine Rechtssicherheit mehr in der Frage, wann zu dem kritischen Instrument der Zwangsbehandlung gegriffen wird und wann nicht. Bei der vorgeschlagenen Formulierung ist der Willkür Tür und Tor geöffnet. Wir halten diese Formulierung daher für nicht grundgesetzkonform. Sie widerspricht auch dem beruflichen Ethos aller in der Psychiatrie Tätigen.

Wir schätzen die Sozial- und Gesundheitspolitik des Bremer Senates ganz außerordentlich. Sie zeichnete sich bisher durch Besonnenheit und soziales Augenmaß aus. Wir würden uns sehr freuen, wenn der Senat dieser Linie weiterhin treu bliebe. Die Streichung der von mir angesprochenen neuen Passagen des Bremer PsychKG wäre eine Möglichkeit, die bewährte gesundheitspolitische Linie beizubehalten.

Mit freundlichen Grüßen
gez. Hansgeorg Ließem
- Geschäftsführer -

Letzter Stand: Erster Erfolg der Kampagne gegen die geplante ambulante Zwangsbehandlung in Bremen

22

Am 23. 12. 04 schreibt die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener, Berlin, in einer E-Mail:

„Wir freuen uns, einen ersten Erfolg der Kampagne gegen die geplante ambulante Zwangsbehandlung in Bremen mitteilen zu können. Wie der zuständige Referent des Senators für Justiz und Verfassung in seinem Schreiben (vom 17. 12. 04 Red.) mitteilt, braucht man (Zitat) *„nach dem derzeitigen Stand der Diskussion zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) in Bremen aus meiner Sicht nicht mehr damit zu rechnen, dass Regelungen über eine ambulante Zwangsbehandlung in das Gesetz aufgenommen werden.“*

Nach einem Telefongespräch mit dem Referenten ist offensichtlich weiterhin geplant, die Gefahrenabwehrschwelle abzusenken, unserer Ansicht nach auf ein rein willkürlich zu nennendes Niveau, und ergänzend bestehende Regelungen des FGG inhaltlich zu füllen, d. h. die Auflagen bei einer Aussetzung der Unterbringung im PsychKG zu spezifizieren.

Wenn jemand dann diese Auflagen nicht erfüllt, kann der Richter allerdings diese Aussetzung nur widerrufen, wenn eine Gefährlichkeit dann wiederum nachgewiesen ist – dadurch, dass man sich einer erneuten Begutachtung entzieht, kann man diesen Nachweis aber unmöglich machen.

Trotzdem also ein großer Erfolg unserer Kampagne, denn es kann legal kein Zwang mehr angewendet werden, um ambulant abzuspitzen, oder ambulantem Abspritzen zuzuführen!

(...) gez. Uwe Pankow und René Talbot“

Gedanken eines "Kranken"

Neulich telefonierte ich mit meinem Doktor -
 Zwanzig Jahre sind's nun her / Das Erinnern fällt nicht schwer
 "Ach, Sie sind es, Herr J., ich erinnere mich an Sie, ja
 Damals diagnostizierten wir Hebephrenie bei Ihnen, Sie waren noch jung, na klar."
 "Ich war neunzehn, Herr Doktor!"
 "Wie geht es Ihnen denn jetzt, ach,
 Sie haben geheiratet, Kinder, waren elf Jahre stabil, freut mich, / freut mich, ja...
 Manchmal sind die Verläufe positiv, ich muss sagen,
 Wir haben uns damals geirrt, das macht mir Unbehagen:
 Sie waren noch jung, na klar.
 Wir schrieben paranoide Schizophrenie, das muss wohl nicht stimmen
 Eher kommt es mir vor wie eine schizoaffektive Psychose, so rückblickend.
 Manchmal sind die Verläufe positiv.
 Eigentlich kann man erst im Alter die richtige Diagnose stellen,
 meist läuft es dann auf eine affektive Störung hinaus, im Alter,
 aber bei Ihnen dachten wir, ein schwerer Fall, ein Fall für die Langzeitstationen,
 Sie waren ja noch jung.
 Da kann man mal sehen, wie man sich bei der Diagnosestellung irren kann,
 wie leicht es vorkommt, ja man muss wohl sehr behutsam sein damit,
 aber es freut mich, dass es Ihnen (noch) so gut geht."
 Nun ist es also raus
 Man muss behutsam sein mit der Diagnosestellung
 Irren ist menschlich,
 Diagnosen sind Schicksal-entscheidend
 Hätte ich einen anderen Arzt gehabt in der Nachsorge
 Wäre ich auf die Langzeitstation gekommen, entsprechend der Diagnose behandelt worden
 Nicht auszudenken, ich hätte geistig abgebaut!
 Neuroleptika schaden Ihrer Gesundheit
 Haloperidol lässt Ihr Gehirn schrumpfen
 Schlucken Sie, verdammt nochmal, bei DER DIAGNOSE!!!
 Ich muss an Julia denken,
 lernte sie kennen, 2000, auf der Geschlossenen
 sie war 20, Drogen-induzierte Psychose
 sie war ein Engel, lief nackt durch die Stadt, wurde eingefangen
 und in die Psychiatrie verbracht
 2001 traf ich sie wieder,
 sie sei geheilt, nehme ihr Zyprexa nicht mehr, macht ihre Ausbildung, ist glücklich
 2002 war sie wieder drin, wieder Zyprexa, 20 mg am Tag, sie hört Stimmen,
 ihr Arzt geht nicht runter mit der Dosis, weil dann doch die Stimmen lauter werden
 Mädchen, was erzählst Du den Ärzten!?"
 neulich telefonierten wir wieder mal, sie wohnt in einer
 gemeindepsychiatrischen Einrichtung, hat Hebephrenie, sagt ihr Arzt
 Waaaaaaaas???

Ärzte brauchen Diagnosen, um behandeln zu dürfen
 Man muss behutsam sein mit der Diagnosestellung!
 Fehldiagnosen können den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen
 Julia war ein Engel
 Verdammt, wir sind in der HÖLLE, wir BRAUCHEN KEINE ENGEL!!!
 SCHLUCK DEIN SCHEISS ZYPREXA!!!
 Hast ja schließlich Hebephrenie, schlechter Verlauf, ist ja eh wurscht
 Danke / Für deine Di-ag-nose
 Danke / Für die He-be-phre-nie
 manchmal sind die Verläufe positiv
 Wer rettet die armen Irren vor der vernichtenden Psychiatrie?
 WO LEBEN WIR HIER??? IN EINEM Rechtsstaat???

Wir sind in der HÖLLE!
 Bei Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie den Teufel oder seine Gehilfen.
 Die younger nur die Guten sterben jung!
 Prosit Haldol! Es lebe der Zwang! / Zur Hölle mit Allem!

Traurig grüßt Martin, der lange überlegt hat, ob er dies hier posten soll.

(Beitrag aus dem BPE-Internet-Forum von Yahoo vom 30.11.04)

Do, 3. 3. 05 in Mannheim, 18 bis 20 Uhr, Ver-rücktheit steuern mit und ohne Psychopharmaka, weitere Info Matthias (siehe unten).

Fr/Sa, 4./5. 3. 05 Basiswissen Psychopharmaka **in Saarbrücken**, Fr 14-18, Sa 10-17 Uhr, kein Teilnehmerbeitrag, Anmeldung bei LVPE Saar 0681 / 906 77 69.

Fr, 11. 3. 05 wahrscheinlich Hamburg 14 bis 19 Uhr, weitere Info Matthias (siehe unten).

Sa, 12.3. 05 in Itzehoe, (nördl. von Hamburg), 13-19 Uhr Basiswissen Psychopharmaka (Kurzfassung), weitere Info Lutz Jäger, Seestr. 2, 24 21 1 Pohnsdorf, 04342 / 889 304, jaegerlutz@yahoo.de.

Karfreitag 25.3. 05 in Schwalmstadt-Treysa (zwischen Marburg und Kassel), Basiswissen Psychopharmaka von 10.30-17.30 Uhr.

Teilnehmerbeitrag 20,- € für Besucher des Psychose-Seminars Schwalm-Eder-Kreis und für BPE-Mitglieder, 40,- € für alle anderen.

Bitte nach Anmeldung überweisen auf Konto 521 688 303, Postbank Hannover, BLZ 250 100 30, Inhaberin Helma Kabuth; unter Verwendungszweck bitte Namen und Anschrift und „Basis PP“ schreiben. Keine Erstattung des Beitrags bei Nichtteilnahme.

Treysa hat einen Bahnhof und liegt 36 Zugminuten von Kassel, 30 Zugminuten von Marburg, 88 Zugminuten von Frankfurt entfernt.

Anmeldung und weitere Infos: Helma Kabuth 05621 / 96 27 28

Kontakt zu Matthias Seibt: Mo bis Do von 11 bis 17 Uhr unter 0234 / 640 5102 oder Matthias.Seibt@psychiatrie-erfahrene-nrw.de

Programm Basiswissen Psychopharmaka

Schwerpunkt 1:

- Was sind Psychopharmaka? - Wie wirken verschiedene ausgewählte Psychopharmaka?
- Wie lerne ich die individuelle Wirkung der Psychopharmaka auf mich selbst kennen?
- Psychopharmaka in der Krise
- Psychopharmaka zur Vorbeugung
- Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka
- Psychopharmaka und Niedergeschlagenheit Depression)

Der **2. Schwerpunkt** wird auf **Ver-rücktheit steuern** liegen.

Verschiedene Möglichkeiten, Ver-rücktheit szustände zu steuern werden behandelt:

- Erkennen, "wann es wieder losgeht"
- Psychopharmaka selbständig dosieren
- Alternative Methoden
- Begleitung durch Freunde und Bekannte
- Alltagspraktische Tipps (Ernährung, Schlaf, Arbeit usw.)

Weitere Tagungs- und Fortbildungstermine

18. – 19. 3. 05 Krisenintervention bei schizophrenen und affektiven Psychosen (2-stufiges Seminar) Teil 2
17. – 18. 6. 05, Verant.: DGSP, Ref.: Klaus G. Nouvertné, Ort: Magdeburg, Seminargeb. (ohne Verpfl.) für 1+2 DGSP-Mitgl. € 230.--, Nichtmitgl. € 320.--, PE (bei Bedürftigkeit) € 50.--, Üben./Frühst./Verpfl. für 1+2 EZ: € 120.--, DZ: 100 €, nur Verpfl. (obligatorisch) € 70.--, Zeitrahmen für 1+2: Fr. 11.00 – 18.00 Uhr, Sa. 9.00 – 17.00 Uhr, Infos unter Tel.: 0221-511002, Fax: 0221-529903, E-Mail: dgsp@netcologne.de.

Sa.; 9. 4. 05 [11.00 Uhr] Selbsthilfetag des LPE NRW e. V., Thema: Wie tolerant sind wir? - Umgang mit schwierigen Menschen in der Selbsthilfe, Referate: Fritz Schuster, Recklinghausen: „Forensik, Vorstellung und Wirklichkeit“, René Talbot, Berlin: „Selbsthilfe in der Irren-Offensive Berlin“, AG'n: zum Thema: 1. „Forensik, Vorstellung und Wirklichkeit“, (Moderation). F. Schuster, 2. „Selbsthilfe in der Irren-Offensive Berlin“, (R. Talbot) 3. „Homosexuell und Psychiatrie-Erfahren“, (Michael Müller, Köln) 4. „Hackordnung unter PE'n“, (N.N.), 5. „Sprachverhexung – Sprachterror (z. B. psychiatrische Diagnosen und Selbststigmatisierung der PE), (Karin Roth, Dortmund) 6. „So genannte Geistige Behinderung“, (N.N.), 7. „Selbsthilfegruppe mit Zugangssperre“, (Stefan Pfeiffer, Essen) 8. „Angehörige sehen Psychiatrie und Psychopharmaka kritisch“ (Susanne Heim, Köln); Ort: Bochum, Kirchenforum Querenburg, (Haltestelle Ruhr-Universität)
 Eintritt, Kaffee und Kuchen frei.

[16.50 Uhr] hier dann **Mitgliederversammlung des LPE NRW e. V.** (s. Tagesordnung im aktuellen „Lautsprecher“, Nr. 8/2005)