

## Welche Ziele streben wir an - die Sicht der Betroffenen

*Dr. rer. nat. Joachim Brandenburg, Köln*

**Zur Person:** 1948 wurde ich als Sohn eines Arztes und einer Lehrerin in Berlin geboren. An der Freien Universität Berlin studierte ich in bewegten Zeiten (68er...) Mathematik & Physik und promovierte in Experimentalphysik. Seitdem arbeite ich als Lehrer für Mathematik, Physik & Informatik in Berlin, Bielefeld und Köln. 1979 heiratete ich; aus dieser Ehe habe ich 2 Töchter von heute 32 und 35 Jahren.

### 1 Meine Krise & Genesung

Am 8. Mai 1995, dem 50. Jahrestags der deutschen Kapitulation nach dem 2. Weltkrieg, sehen wir Lehrer und Schüler meiner Schule den Film "Auf Wiedersehen, Kinder". Er spielt im besetzten Frankreich in einem Internat. Ein jüdischer Schüler wird hier mit Wissen des Schulleiters versteckt, bis ihn die Gestapo entdeckt. Um Repressionen gegen die Schule zu vermeiden, nimmt der Schulleiter alle Schuld auf sich und wird von der SS abgeführt.

Von dem Film bin ich tief beeindruckt. Danach breche ich aus meinem trostlosen Eheleben aus und verabrede mit meinem Kollegen Richard, dass ich ab sofort für eine Weile bei ihm wohne.

Eine Woche später habe ich keine Lust auf Schule. Ich rufe dort an, mein Chef selbst ist am Apparat. Ich schütze eine Krankheit vor und melde mich für den Tag von der Schule ab. Ich fahre in die Stadt, bummle herum und komme mit vielen Leuten ins Gespräch. Dabei kommen mir immer wieder geniale Gedanken, die ich nicht vergessen will und deshalb auf Zetteln notiere. Oft kommen die Gedanken so schnell, dass ich Mühe habe mit dem Aufschreiben. Ich erfinde Symbole, um die Gedanken schneller aufschreiben zu können; diese Symbole mit ihren Bedeutungen notiere ich auf besonderen Zetteln; aber diese Ordnung kann ich nicht sauber durchhalten, wenn die Einfälle allzu schnell kommen. Ich fühle mich beglückt durch das Gefühl, tiefe Schichten meines Inneren zum ersten Mal kennen gelernt zu haben, und gleichzeitig beschleicht mich die Angst, in den Tiefen meines Inneren stecken zu bleiben und nicht wieder herauszukommen. Was von dem, was in meinem Kopf vorgeht, ist überhaupt innen, was ist die äußere normale Welt?

Richard macht sich große Sorgen um mich. Er berät sich mit meiner Frau und benachrichtigt dann den ärztlichen Notdienst. Die diensthabende Ärztin - eine Frauenärztin - kommt und versucht, mich davon zu überzeugen, dass ich krank sei und dringend behandelt werden müsse. Ich bin nicht ihrer Ansicht. Wenig später erscheinen zwei Polizeibeamte, die mich bei heftiger Gegenwehr in Handschellen in einen Krankenwagen legen und in die zuständige psychiatrische Klinik bringen.

Aus den Krankenakten bei der Einlieferung:

Einweisung nach PsychKG

- völliger Verlust der Realitätswahrnehmung

- Selbstgefährdung, versuchte Fremdgefährdung

Inhaltliche und formale Denkstörungen, Personen- und Situationsverkenntung, örtliche und zeitliche Desorientierung.

Diagnose: vermutlich erstmalige akute Psychose

Der Nachtdienst der Suchtstation, in der ich zunächst Aufnahme finde, hält mich für „fremdgefährdend“, also werde ich am Bett fixiert. Lediglich den Kopf kann ich etwas heben. Ich komme mir vor wie Jesus am Kreuz - mit dem Unterschied, dass ich liege. In der linken Wand des Raumes ist ein großes Glasfenster, durch das ich manchmal eine Schwester oder Ärztin sehe. Wenn ich ganz großes Glück habe und es schaffe, mich dann schnell bemerkbar zu machen,

kommt sogar eine Schwester und fragt nach meinen Wünschen. Sie kommt mir dann vor wie eine gute Fee aus dem Märchen. Nach Stunden des Wartens kommt am Morgen die Schwester mit einem Teller voller Käsebröte. Eines davon schiebt sie mir liebevoll in den Mund, den Teller stellt sie in die Nähe des Bettes und geht wieder hinaus. Ich habe noch Hunger, aber leider bin ich fixiert. Nach mühsamem Probieren merke ich, dass ich mit der linken Hand ein Waschbecken erreichen kann. Mit viel Mühe und Geduld schaffe ich es damit, das Bett näher an die Käsebröte zu bewegen und endlich erwische ich ein Käsebrötchen und kann es sogar selbst in den Mund schieben! Dieser ungeahnte Erfolg gibt mir viel Selbstvertrauen und Zuversicht.

In der Klinik werde ich gründlich untersucht und bekomme Haloperidol. Fühlte ich mich vor kurzem noch beglückt durch das Gefühl, in tiefe Schichten meines Inneren blicken zu können, so fühle mich nun – von meiner Umgebung und meinen Gefühlen abgeschottet - wie unter eine geruchs- und gefühlsdichten Käseglocke und laufe herum wie ein Gespenst.

Mit der Einlieferung ist die linke Seite meiner linken Hand durch das lange Liegen auf den Handschellen gefühllos geworden. Bei der Aufnahme hatte ich das gesagt, aber jetzt fragt keiner danach, und ich empfinde es durch meine Käseglocke als nicht so wichtig und gewöhne mich schnell daran. Mein Cousin Günter kommt zu Besuch. Mitten im Gespräch mit ihm bekomme ich einen Zungen-Schlund-Krampf. Wir müssen das Gespräch abbrechen. Mir ist das schrecklich peinlich.

Der Schwerpunkt der Behandlung liegt eindeutig bei den Medikamenten. Ich möchte gesund werden, meine Ärztin aber schickt mich in den Dschungel der Medikamenten-Nebenwirkungen. 3x täglich gehen die Pfleger mit einem Tablett durch die Station und verteilen die „Medis“. Jeder hat auf dem Tablett seinen mit Namen gekennzeichneten Platz mit einem kleinen Plastikbecher, der Tabletten oder eine farblose Flüssigkeit enthält – es ist ähnlich feierlich wie beim Abendmahl in einer evangelischen Kirche.

Einmal passiert mir dabei ein folgenschwerer Irrtum: an der Stelle, wo sonst mein Becher steht, ist der Becher eines Mit-Patienten, der das Atypikum Leponex bekommt. Ich nehme ihn statt meines Schluckes Haloperidol und werde, als die Pfleger meinen Irrtum bemerken, vorsorglich für 24 Stunden auf die Intensiv-Station verlegt, ans EKG angeschlossen und gut überwacht.

Ich merke, dass mir die Medikamente nicht gut tun. So manche Tablette stecke ich unter meine Zunge, gehe bald auf Toilette und entsorge sie dort – oder ich gehe in den schönen Garten der Klinik und vergrabe sie.

In den folgenden Tagen habe ich vormittags Ergotherapie, Siebdruck und Holzbearbeitung, nachmittags mache ich Spaziergänge, Sonntags gehe ich in die Kirche der Klinik. Dort lerne ich Gudula kennen, eine frühere Patientin, die mir von einer Selbsthilfegruppe erzählt. Ich bin neugierig und besuche von da an diese Gruppe.

Gudula kommt und bringt mir ein kleines Landschaftsbild für die Wand über meinem Bett: Ein Weg führt durch ein hölzernes Tor bergauf in einen blühenden Garten und verschwindet am Horizont. Mein Zimmernachbar Helmut ist von diesem Bild begeistert und beginnt es in Öl zu malen. Statt des blühenden Gartens hinter dem Tor malt er eine gespenstische Nebellandschaft, in der man in weiter Ferne eine Burg oder ein Schloss erahnt. „Das ist die Brandenburg“, sagt er. Heute noch hängt es über meinem Bett.

Ich hatte damals in vier Monaten vier Klinik-Aufenthalte in NRW und Niedersachsen. Am Abend des Tages meiner 1. Entlassung lande ich gegen meinen Willen in der nächsten Klinik in Niedersachsen. Da ich zu meiner Frau nicht zurück kann und nicht zurück will, muss ich aus der Klinik heraus eine Wohnung suchen. Danach lasse ich mich ein Jahr lang ambulant behandeln, während ich die Medikamente ausschleiche. Ich besuche eine Selbsthilfegruppe Psychiatrie-Erfahrener und eine EA-Gruppe (anonyme Gruppe für Menschen mit emotionalen Problemen). In

dieser Zeit begann ich eine Psychotherapie, die mir sehr gut tat.

Ein Jahr später lernte ich im Urlaub in den Bergen meine jetzige Frau - eine Kölnerin - kennen, und zog bald nach Köln. Wir sind seit 16 Jahren eine glückliche Patchwork-Familie mit zwei gemeinsamen Kindern im Alter von heute 14 und 16 Jahren.

## 2 Meilensteine der Psychiatrie

Wahnsinn war schon im Altertum bekannt und wurde mit Massagen, Aderlass und Diäten behandelt. Im späten Mittelalter galten Irre als Teufelswerk und wurden gefoltert und verbrannt.

### 2.1 Zeit der Industrialisierung

In der Zeit der Industrialisierung wurden Heil- und Pflegeanstalten außerhalb der Großstädte errichtet, die Irren wurden mit Zwangsjacken, mit Dauerbädern oder auf Drehstühlen beruhigt.

1796 gründete der Quäker William Tuke in York die private Irrenanstalt „The Retreat“, ein idyllisch gelegenes Haus mit ruhiger Atmosphäre und behandelte ohne Zwang und Gewalt. Ab 1927 wurden psychotische Symptome mit künstlich ausgelösten Krampfanfällen bekämpft (Insulinkur, Cardiazol- und Elektrokrampfbehandlung).

1933-45 wurden in Deutschland tausende aufgrund des „Gesetzes über den erbkranken Nachwuchs“ zwangs-sterilisiert, ab 1939 wurden Patienten gezielt getötet, u.a. vergast.

### 2.2 Zeitalter der Neurochirurgie

Von 1936 bis in die 50er Jahre wurden vor allem in den angelsächsischen und skandinavischen Ländern etwa 1 Million Menschen lobotomiert: der Schädel wurde durchbohrt oder durchstoßen, dann wurden im Gehirn die Nervenleitungen zwischen dem Frontallappen und dem Thalamus durchtrennt. Der Erfinder, der Portugiese Antonio Egaz Moniz, erhielt dafür 1949 den Medizin-Nobelpreis. Walter Freeman vereinfachte die Methode. Er operierte bei örtlicher Betäubung, sprach mit dem Patienten und merkte an seiner Reaktion, wann die Nervenleitungen erfolgreich durchtrennt waren. Er schrieb: *„Die Psychochirurgie erlangt ihre Erfolge dadurch, dass sie die Phantasie zerschmettert, Gefühle abstumpft, abstraktes Denken vernichtet und ein roboterähnliches, kontrollierbares Individuum schafft.“*

Ein prominentes Opfer dieser Methode, war die damals 23-jährige Rosemarie Kennedy, die Schwester des späteren US-Präsidenten John F. Kennedy, die danach nicht mehr verständlich sprechen konnte und die letzten 64 Jahre ihres Lebens in Pflegeheimen verbrachte.

### 2.3 Psychiatrie im 3. Reich

In der Zeit des Nationalsozialismus fielen mindestens 250.000 psychisch Kranke und Behinderte dem „Euthanasieprogramm“ zum Opfer. Psychiater waren an der Zwangssterilisierung von bis zu 400.000 vor allem psychisch kranker und geistig behinderter Menschen beteiligt. Dorothea Buck, die Ehrenvorsitzende des BPE, beschreibt ihre Erfahrungen in dieser Zeit in Sophie Zerchin: Auf der Spur des Morgensterns.

### 2.4 Neuroleptika: chemische Lobotomie

1952 entdeckte man zufällig, dass der chemische Farbstoff Chlorpromazin eine sedierende und angstlösende Wirkung hat. Schnell revolutionierten in den Folgejahren die Neuroleptika die Behandlung psychotischer Störungen und sind bis heute in den Industrieländern die Standardmethode.

### 2.6 Stand heute

Welche Therapien bietet eine führende LVR-Klinik (Slogan „Qualität für Menschen“) heute?

Im Internet lese ich bei [www.klinikum-duesseldorf.lvr.de](http://www.klinikum-duesseldorf.lvr.de) unter dem Stichwort "Therapie":

<b>Therapien der LVR-Uni-Klinik Düsseldorf</b>
Somatische Therapien
Psychotherapien

Trainingsverfahren für den Alltag
Psychoedukation
Ergotherapie
Kreativtherapien
Bewegungstherapie
physikalische Therapie

Toll, wie viele verschiedene Therapien eine moderne Klinik heute bietet! Das meiste dieser Liste kenne ich schon aus eigener Erfahrung meiner Klinik-Aufenthalte vor 20 Jahren. Neu dazugekommen sind die Trainingsverfahren für den Alltag und die Psychoedukation. Ich klicke auf den Punkt „somatische Therapien“, und es öffnet sich eine Auflistung mit 5 Unterpunkten:

<b>Somatische Therapien (körperlich)</b>
Schmerztherapie
Psychopharmakotherapie
Transkranielle Magnetstimulation
Elektrokrampftherapie
Schlafentzugstherapie

Die Elektrokrampftherapie hieß früher Elektroschock, aber jetzt gibt es auch die transkranielle Magnetstimulation (was das wohl ist?). Ich klicke auf „Psychopharmakotherapie“ und finde

Psychopharmakotherapie
Bei bestimmten psychischen Erkrankungen ist eine medikamentöse Behandlung angezeigt und kann mit gutem Erfolg durchgeführt werden. Moderne Psychopharmaka haben nur noch sehr geringe Nebenwirkungen und sind meist sehr gut verträglich. Oftmals stellt sich der Erfolg einer Therapie mit Medikamenten erst nach einigen Wochen ein. Medikamente dienen zur Unterstützung einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung.

Anscheinend spielen Medikamente heute nur noch eine geringe Rolle, dienen lediglich zur Unterstützung einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung – wohl nach einer vorher bereits erfolgten initialen Psychotherapie.

Bei den Qualitätsindikatoren der DGPPN (Nervenarzt, Jan\_2013) zeigt sich ein ganz anderes Bild. Dort stehen die hier als „Antipsychotika“ bezeichneten Neuroleptika an erster Stelle:

<b>Qualitätsindikatoren (Schizophrenie, DGPPN)</b>
Pharmakotherapie-Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika
- Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen
- Rasche ambulante Terminvergabe nach stationärer Entlassung
- Anzahl der Suizide und Suizidversuche
- Kognitiv-behaviorale Psychotherapie
Psychotherapie / Manualisierte Psychoedukation für Betroffene
- Psychoedukation für Bezugspersonen
Diagnostik / Medizinische Anamnese
Akuttherapie / Zwangsbehandlung

Bei Schizophrenie & Depression ist auch heute noch in den Industrieländern das Standard-Verfahren die - oft langfristige - Gabe von Psychopharmaka. Unabhängige Studien belegten schon vor 40 Jahren, dass Menschen in armen Ländern, die meist ohne solche Mittel behandelt werden, eine 3-4 mal größere Chance haben, nach 5 Jahren symptomfrei & arbeitsfähig zu sein als bei

uns:

**International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS), WHO 1973**  
Neuroleptika-Einsatz und Behandlungserfolg an 1200 Patienten in 9 Ländern

>>Bild: PilotStudy

Peter Gøtzsche weist in „Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen“ nach, wie die Pharma-Industrie systematisch dafür sorgt, dass der Nutzen ihrer Produkte viel zu hoch und die Schäden viel zu wenig eingeschätzt wird. Dringend brauchen wir eine unabhängige Forschung hierzu und eine objektive Information. Die Hochglanz-Broschüren der Industrie für die Hand der Betroffenen und Angehörigen bieten völlig einseitige, zur Umsatz-Förderung dienende Darstellungen.

Volkmar Aderhold und Weinmann weisen darauf hin, dass Neuroleptika sehr unspezifisch aus das Nervensystem wirken und nennen zahlreiche schädigende Wirkungen moderner Neuroleptika:

Wirkungen moderner Neuroleptika

nach V. Aderhold: Mortalität durch Neuroleptika 2007

- emotionale Abstumpfung
- Abbau der kognitiven Fähigkeiten
- Schrumpfen des Gehirns (graue Substanz)
- Gewichtszunahme
- erhöhtes Risiko für somatische Erkrankungen

(Diabetes, Herzrhythmusstörungen, metabolisches Syndrom)

Sie weisen darauf hin, dass es keine belastbaren Belege für Gehirnschäden durch die Psychose selbst gibt.

### 3 Alternative Ansätze

#### 3.1 Kingsley Hall und Soteria

Der schottische Psychiater Ronald D. Laing verstand eine Psychose nicht als Stoffwechselstörung im Gehirn, sondern als eine sinnvolle seelische Neustrukturierung. 1965 eröffnete er in London die Kingsley Hall, eine [Wohngemeinschaft](#), in der er zusammen mit „Schizophrenen“ lebte.

1971 eröffnete Loren Mosher, inspiriert durch Laing, die Soteria San José in Kalifornien; in der Soteria (griechisch: Erlösung, Befreiung) hatte eine Gruppe von als schizophren diagnostizierter Menschen die Möglichkeit, die eigenen Konflikte in einem geschützten Rahmen zu durchleben, im Vertrauen darauf, dass die Reintegration in die Gesellschaft sich dann von selbst einstellt. Die Betreuer – keine Fachpfleger, sondern einfühlsame Laien, hatten nicht die Aufgabe, die Betroffenen zu heilen, sondern nur für sie da zu sein. Psychopharmaka wurden als problematisch angesehen und nur in Notfällen angewendet. Es gab eine wissenschaftliche Begleitung: Die Behandlungserfolge wurden mit einer Kontrollgruppe verglichen, die konventionell behandelt wurde. Die in der Soteria behandelte Gruppe zeigte sich überlegen hinsichtlich der Wiedereingliederung ins soziale Umfeld, der persönlichen Entwicklung (regelmäßige Arbeit, erfolgreicher Schulbesuch, selbständiges Wohnen, sexuelle Beziehung) und einer geringeren Anzahl der Wiedereinweisungen. (Mosher 94, Stierlin 85)

Andere ähnlich angelegte Projekte wie das Diabasis-Projekt in San Francisco und das Burch House machten ähnliche Erfahrungen: „Nicht wir sind es, die Menschen heilen, sie selbst tun dies“, hat der amerikanische Psychologe und Laing-Schüler David Goldblatt gesagt. „Den Glauben zu unterstützen, Heilung komme von außen, macht das Problem für die Zukunft nur noch schwieriger. Menschen in emotionaler Not können ihre Schwierigkeiten selbst überwinden, und das tun sie auch, indem sie in einem sie unterstützenden Umfeld den Heilungsprozess selbst vorantreiben. Das Problem besteht darin, für Menschen in psychischer Not ein stabiles Umfeld zu schaffen, das sich nicht einmischt, sondern eher Hilfe anbietet. Zu verstehen, wie man sich um einen Menschen kümmern kann, ohne sich in seinen Entwicklungsprozess einzumischen, ist das schwierigste, was

für die Praxis therapeutischen Handelns zu lernen ist.“

„...sich um einen Menschen kümmern, ohne sich in seinen Entwicklungsprozess einzumischen“

Die Soteria San José musste 1983 schließen. Luc Ciompi gründete 1984 die Soteria Bern, die bis heute besteht. Dem Soteria-Netzwerk (Soteria-Netzwerk.de) gehören heute 5 Soteria-Einrichtungen und 9 Stationen mit Soteria-Elementen an.

### 3.2 Krisenbegleitung in der Selbsthilfe

Ist von uns jemand in einer akuten Krise und wünscht er Hilfe, gelingt es uns manchmal, mit etwas Glück und viel gutem Willen eine 1:1-Krisenbegleitung zu organisieren. Zunächst gilt es, den Hilfebedarf zu klären. Wer kann welche Hilfe leisten, was tut dem Betroffenen gut? Wo soll die Krisenbegleitung stattfinden? Es sollte ein ruhiger, reizarmer Ort sein; wir versuchen, häufige Ortswechsel möglichst zu vermeiden. Die Grundversorgung muss sichergestellt sein: Essen, Trinken, Körperpflege. Alle Beteiligten treffen sich zu einem ersten Krisengespräch.

Im Umfeld ist manches zu klären: Der Arbeitgeber braucht eine Krankmeldung, wer versorgt Kinder und Haustiere? Wer sieht nach der Post? Dabei gilt es, so weit wie möglich die Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit des Betroffenen zu wahren. Es gilt, ein Helferteam zusammenstellen & koordinieren. Freunde und Angehörige beziehen wir möglichst mit ein. Wer kann helfen, wer macht was?

Nicht jeder Beteiligte ist voll belastbar. Es gilt, die individuellen Grenzen zu besprechen und – wenn nötig - für Entlastung sorgen. Alle im Team müssen in der nächsten Zeit im Kontakt bleiben, eine Telefonliste ist dabei hilfreich.

Ist der Mensch in der Krise angespannt, unruhig und voller Angst, gilt es zunächst, ihn zu beruhigen. Dazu kann Musik oder Bewegung beitragen, Entspannungsübungen, bewusstes Atmen, ein Spaziergang oder leichte Hausarbeit. Oft hilft auch, einfach da zu sein und abzuwarten, eine beruhigende Hand zu reichen.

Im Gespräch mit dem Betroffenen ist ein interessiertes Zuhören wichtig. Der Betroffene weiß am besten, wie es ihm geht. Bei verrückt erscheinenden Aussagen kann man nach Zusammenhängen suchen. Oft helfen Nachfragen, auch nach den Hintergründen: Welche Bedeutung hat ... für dich? Wenn sich das Gespräch im Kreis dreht, kann man das Thema wechseln oder mögliche Aktivitäten vorschlagen.

#### **Grundsätze der Begleitung**

- der Betroffene ist für sich der Experte
- der Begleiter ist neugierig und interessiert
- eine Interpretation ist ein Angebot
- lehnt der Betroffene sie ab, ist sie nutzlos
- Kein Machtgefälle

Man muss nicht immer miteinander sprechen. Oft tut es auch gut, miteinander schweigen. Schon während der Begleitung kann man Zukunftsperspektiven ansprechen: das familiäre und soziale Umfeld, die berufliche Zukunft, Freizeitaktivitäten, Kontakt zu Selbsthilfegruppen und anderen Helfern. Aus der Krise lernt man für die Zukunft.

Außerdem ist wichtig: Eine psychische Krise kommt nicht einfach über mich. Ich stehe ihr nicht passiv gegenüber, bin nicht Opfer fremden Erlebens, sondern Handelnder dieses Geschehens. Ich sammle die Fäden wieder zusammen, die auseinander zu fallen drohen. Ich suche eine Lösung. Was ich erlebe, macht Sinn und hat mit mir zu tun. Ich lade meine Begleiter ein, mich bei meiner Suche zu unterstützen.

Eine persönliche, individuelle Krisenbegleitung hilft, ...

- in Krisenzeiten nicht allein zu sein, sondern die Erfahrungen und Hoffnungen mit anderen zu teilen,
- Eskalationen, Psychiatrie-Aufenthalte, Zwang und Gewalt zu vermeiden,
- Medikation zu vermeiden oder zu vermindern,
- Selbstbestimmung und Selbstverantwortung auch in Krisenzeiten aufrecht zu erhalten,

- durch die Krise nicht Kinder, Wohnung oder Arbeit zu verlieren,
- Chronifizierung zu verhindern.

Der "Leitfaden Krisenbegleitung" des BPE findet sich auf [www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de) zum download.

## 4 Was tun?

Der Bundesverband Psychiatrieerfahrener (BPE e.V.) befragte seine Mitglieder 1995 – als ich Patient war - zur Qualität der psychiatrischen Versorgung. Die Ergebnisse wurden in der Zeitschrift „Sozialpsychiatrische Informationen“ veröffentlicht. Nur 10% der über 100 Antwortenden gaben an, in der Psychiatrie Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Einweisung geführt haben. Fast alle fühlten sich in der Psychiatrie nicht genügend als Menschen geachtet und mit ihren Wünschen wahrgenommen. Klagen über autoritäres oder teilnahmsloses Personal, Überheblichkeit statt Einfühlungsvermögen, Niederspritzen, Fixierung oder Isolierung ließen fast überall auf demütigende Behandlung schließen. Als unerfüllte Wünsche an die Psychiatrie nannten die Befragten vor allem:

Wünsche an die Psychiatrie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beachtung der Menschenwürde,</li> <li>- Menschliche Zuwendung und individuelle Begleitung,</li> <li>- Angstfreies Vertrauensverhältnis,</li> <li>- Unterstützung bei der Überwindung der krankmachenden Lebensbedingungen,</li> <li>- Förderung der Selbständigkeit,</li> <li>- Möglichkeit zu offener Kritik.,</li> <li>- Schulung im Erkennen der Frühwarnzeichen,</li> <li>- Beistand bei der Erfüllung von Bedürfnissen,</li> <li>- Partnerschaftliches Verhalten, Toleranz,</li> <li>- Aufklärung über Krankheit und Medikamente,</li> <li>- Möglichst wenig Medikamente und Heilung ohne Dauermedikation.</li> </ul>

Wenn ich diese Wünsche mit der Kritik vergleiche, die Mitglieder meiner Selbsthilfegruppe äußern, sehe ich keine wirklich großen Fortschritte in den 20 Jahren, die seitdem vergangen sind.

*Sarah aus der Gruppe erzählt:* „Ich war 22, als ich das erste Mal in die Psychiatrie gekommen bin. Das hat sich so angefühlt wie im Film, diese kahlen Gänge und dieses Anonyme und Isolierte. Und das Gefühl, dass da zwar Pfleger rumlaufen, sich aber nicht wirklich zuständig fühlen. Letztlich haben sie nur Medikamente gegeben, aber nicht wirklich mit einem gesprochen.“

Wunschzettel an die Psychiatrie der Zukunft
<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Ambulantisierung“: Krisendienste &amp; open dialog statt Großkliniken</li> <li>- eine ambulante Versorgung auch für Kinder und chronisch Kranke</li> <li>- Wahlmöglichkeiten für Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> <li>Krisenbett, Krisenbegleitung, HomeTreatment, Soteria-Einrichtungen,</li> </ul> </li> <li>- integrierte Versorgung ohne Beziehungsabbrüche <ul style="list-style-type: none"> <li>(ohne Schnitt- und Nahtstellen)</li> </ul> </li> <li>- regionale Budgets</li> <li>- objektive Information zu Medikamenten</li> <li>- Behandlung möglichst ohne Medikamente</li> </ul>

Lieber keine Medikamente als zu hoch dosiert!

- unabhängige Forschung mit Betroffenen-Mitbestimmung

- Psychotherapie von Anfang an - Psychose-Inhalte nicht verschütten!

## Literatur

Thomas Szasz: Schizophrenie. Das heilige Symbol der Psychiatrie, Frankfurt 1982

Loren R Mosher: Dabeisein. Das Manual zur Praxis der Soteria, Bonn 1994

Sophie Zerchin: Auf der Spur des Morgensterns, München 1999

Y.O.Alanen:Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste  
Behandlung, Stuttgart 2001

Robert Whitaker: Mad in America, Cambridge(Mass) 2002

Volkmar Aderhold: Mortalität durch Neuroleptika, in: Soziale Psychiatrie 4, SS 5-10 (2007)

Peter Weinmann: Erfolgsmythos Psychopharmaka, Psychiatrie-Verlag Bonn 2008

Peter C. Götzsche: Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leugnen, München 2016

Leitfaden Krisenbegleitung des BPE, zum download auf [www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de)