



Rheinland-Pfalz e.V.

Der Weg aus dem Heim - aber wie?

**Landesverband
Psychiatrie-Erfahrener
Rheinland-Pfalz e.V.**

Broschüre „Zurück ins Leben“

Die Gründe für diese Broschüre liegen in unserer Satzung, hier heißt es in der Präambel der Landesverband gilt „... als Interessenvertretung Derjenigen, die aufgrund jahrzehntelanger Hospitalisierung in Anstalten und Heimen die Arbeit des Landesverbandes nicht aktiv mitgestalten, ...“ Dieses Interesse wurde in den Fachtagungen „Wohnen und Betreuen – heute und morgen“ sowie „Wege der Genesung! Wieder in die Gesellschaft“ durch die hohe Nachfrage nach den Dokumentationen repräsentiert. Im Jahre 2006 wurden die Seiten dieser beiden Fachtagungen 1 000 mal aufgerufen. Weiter werden wir noch heute von den Heimbewohnern auf die Fachtagung aus dem Jahr 2005 angesprochen.

Aufgrund der finanziellen, logistischen und ideellen Unterstützung durch das MASGFF und den „Verein zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz e.V.“, in Person von Frau Roswitha Beck, konnten wir diese Broschüre in einer ersten Auflage von 2000 Stück verlegen. Die Auswahl des Textes und das Layout der Broschüre wurde ehrenamtlich und unentgeltlich von Anne Ihmig und Detlef Möllendorf umgesetzt.

Wir wünschen allen Lesern der Broschüre eine positive, erhellende Entwicklung ihrer Persönlichkeit und den Weg „Zurück ins Leben“.



Sehr geehrter Herr Wagner, sehr geehrte Herren und Damen,

der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen in Rheinland-Pfalz hat für diese Broschüre den Titel „Zurück ins Leben“ gewählt, um damit die Hoffnung oder besser die Erwartung der Betroffenen, "zurück ins Leben zu finden", zu unterstützen. Sehr lebendig beschreibt Patricia E. Deegan, wie schwierig es ist, selbst aktiv zu werden und Barrieren abzubauen. Sie beschreibt diesen Prozess als Reise Richtung Gesundheit, die bei jeder Person anders, die immer einmalig ist.

Als Gesundheitsministerin sehe ich es als meine Aufgabe, all diejenigen, die sich auf den Weg gemacht haben, zu unterstützen. Die Stärkung zur Selbstbefähigung möchte ich insbesondere durch die Begleitung von Erfahrenen und Angehörigen erreichen. Die Kostenträger sollen sich den individuellen Bedarfen öffnen und dafür Sorge tragen, dass den berechtigten Interessen von Menschen mit Unterstützungsbedarf Rechnung getragen wird. Dabei sollten sie zusammenarbeiten und ihre Energie nicht in Zuständigkeitsdiskussionen verschwenden.

Durch eine individuelle Teilhabeplanung und das Persönliche Budget sehe ich uns in Rheinland-Pfalz auf dem richtigen Weg. Insbesondere denjenigen Menschen, die noch in sozialen Bezügen leben, soll ermöglicht werden, diese zu stabilisieren und zu sichern. Allen anderen, die sich außerhalb des gesellschaftlichen Systems sehen, muss der Weg zurück geebnet werden. Ich möchte Sie alle ermutigen, sich von der „recovery-Bewegung“ erfüllen zu lassen und ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Lassen Sie sich von der spannenden Erzählung von Parricia E. Deegan in Besitz nehmen. Ich wünsche Ihnen dabei viel Freude.

Auch möchte ich Ihnen danken, dass Sie das Thema „Recovery“ in Ihrer Fachtagung „Der Weg aus dem Heim – aber wie?“ aufgreifen. Für diese Veranstaltung wünsche ich Ihnen viel Erfolg und darf Ihnen und dem Landesverband meine weitere Unterstützung zusichern.

A handwritten signature in black ink, reading "M. Dreyer". The script is cursive and fluid, with the first letter 'M' being particularly large and stylized.

Malu Dreyer
Ministerin für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Familie und Frauen
des Landes Rheinland-Pfalz



**Sehr geehrter Herr Wagner,
liebe Mitglieder des Landesverbandes
der Psychiatrie-Erfahrenen,
meine sehr
verehrten Damen und Herren,**

Es ist mir eine besondere Freude, die Schirmherrschaft für Ihre Fachtagung „Der Weg aus dem Heim - aber wie?“ zu übernehmen. Wie wichtig dieses Thema ist, zeigen Sie unter anderem dadurch, dass Sie innerhalb von zwei Jahren die Heimsituation erneut zum Thema für Ihre Fachtagung machen. Vor zwei Jahren haben Sie unter dem Motto „Wohnen und

Betreuen - heute und morgen“ in Hachenburg darüber diskutiert, welche Wohnkonzepte denkbar sind. Mit Ihrer diesjährigen Veranstaltung greifen Sie konkret das Konzept „Recovery“ auf und stellen es vor.

Die hierzu erstellte Broschüre mit dem Bericht von Patricia E. Deegan zeigt verständlich und eindrucksvoll, welche Energie und Eigenmotivation möglich aber auch benötigt wird, um „zurück ins Leben“ zu kommen.

Da mir die Veränderung der Wohnsituation von Menschen mit psychischer Erkrankung ein besonderes Anliegen ist, freue ich mich, dass der Verein zur Unterstützung der gemeindenahen Psychiatrie in Rheinland-Pfalz, dessen Kuratoriumsvorsitzende ich bin, die Veranstaltung und die Broschüre auch finanziell unterstützen kann. Ich hoffe, dass viele Menschen durch die Beiträge zum Aufbruch ermutigt werden und wünsche Ihnen eine spannende Veranstaltung und anregende Diskussionen.

Mit herzlichen Grüßen bleibe ich Ihnen verbunden.

Roswitha Beck

Kuratoriumsvorsitzende des Vereins zur Unterstützung der
Gemeindenahen Psychiatrie in Rheinland-Pfalz

Gesundung und die Verschwörung im Geiste der Hoffnung

Patricia E. Deegan Ph. D. 1996

präsentiert an:

Der sechsten Jahreskonferenz der Dienste für psychiatrische Gesundheit
von Australien und Neuseeland
Brisbane, Australien

vorgetragen von:

Patricia E. Deegan, Ph. D.

aus dem Amerikanischen übersetzt von:

Monika Zaugg-Laube und Christine Lanz-Laube

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.
bedankt sich für die Übersetzung und Überlassung des Vortrages
bei

Frau Zaugg-Laube
und
Frau Lanz-Laube

Ich bedanke mich für die Gelegenheit, dass ich heute zu Ihnen sprechen darf. Es ist ein spezielles Vergnügen, hier zu sein, in diesem schönen Land. Ich finde das Thema unserer Konferenz sehr wichtig. Es spiegelt in vielerlei Hinsicht die Hauptaussage all meiner Schriften. Dieses Thema lautet, „Es steckt eine Person da drin“. In mancher Hinsicht ist es der einfache Part, zu erfahren, dass eine Person da drin steckt. Sich daran zu erinnern, immer auf die Person dort drin zu hören und sie zu achten ist schwieriger.

Zu Beginn möchte ich Ihnen ein bisschen vom Landesteil erzählen, in dem ich wohne. Ich lebe im Nordosten der USA, das Neu England heisst. Dort wo ich lebe, haben wir vier sehr ausgeprägte Jahreszeiten. Vom bitterkalten, schneereichen Winter, über den schlammigen Frühling mit seinen sich entfaltenden Farben, zu den kochend heissen Sommertagen, bis zum sich spektakulär entfaltenden Herbst, in dem alle Blätter sich in leuchtendes Gelb, Orange und Rot verwandeln, dann zu Boden fallen und die Bäume kahl und eintönig zurück lassen. Für mich liegt immer eine Lektion im Kreis der wiederkehrenden Jahreszeiten. Ich werde immer daran erinnert, dass Wachstum in einem Kontext stattfindet und dass, wenn etwas, das wächst, zum Vorschein kommen soll, sich die Umgebung verändern muss, um sich diesem Wachstum anzupassen.

Im Frühling, nach einem langen eisigen Winter, schrieb ich Folgendes:

Es ist Frühlingszeit und Hoffnung ist überall. Es ist Frühlingszeit und es scheint als ob alles Leben vibrierend ins Dasein erwacht, immer noch nass, neu und zerbrechlich, aber entschlossen, Wurzeln zu schlagen und zu wachsen.

Ich denke an eine Apfelrose (*rosa rugosa*, eine widerstandsfähige wilde Rose, die als Pionierpflanze auch auf sandigen Dünen wächst und häufig vorkommt an der Atlantikküste von Maine, einem der New England Staaten, der am Meer liegt), die ich letzten Sommer am Strand, bei meinem Haus, heranwachsen sah.

Es ist ein zerbrechliches und eindrückliches Lebewesen, diese Meeresblume. Ich sehe sie gerne. In der Morgendämmerung bewegt sie sich langsam nach oben und dreht sich gegen den Morgenstern. Diese Apfelrose ist ein Lichtsucher. Sie neigt sich zum Licht. Es ist ein Lichtsucher, dessen Wurzeln weit in die Dunkelheit der Erde hinabreichen. In der Tat, es war in der Dunkelheit, in der dieses neue Leben begann.

Vor langer Zeit im Januar und Februar, als die eisigen Winde quer über jene Dünen peitschten und die Tage kurz waren und das Licht keine Wärme gab, auch damals schon wartete das neue Leben tief unter dem Boden. Niemand konnte es sehen, niemand war da, der es bezeugen konnte, und dennoch wartete dieses Versprechen einer Seeblume. Sie wartete in jener eisigen Dunkelheit darauf, dass der Sand zu tauen begann. Sie wartete, bis der Regen kam und die Erde auflockerte. Und dann, ganz, ganz langsam, begann sie sich zu bewegen. Ein Körnchen Sand nach dem anderen auf die Seite schiebend, begann sie zu wachsen. Zuerst wuchs sie nicht gleich zum Licht hin. Nein. Zuerst strebte sie nach unten, tastete sich blind durch den rieselnden Sand, reckte und streckte sich und versuchte einen sicheren Platz zu erreichen. Einen Platz zum Verwurzeln. Guten Boden um sich daran festzuhalten und davon ernährt zu werden. Eine geeignete Bodenheimat, die sie selbst bei heftigem Regen und tobenden Winden am Leben erhalten würde. Und dann, nachdem sie sich auf diese Weise verwurzelt hatte, begann die Apfelrose ihre Reise zum Licht. Diese Meeresblume stiess durch die Dunkelheit und kam zum Vorschein, winzig und schön und beharrlich und mutig. Auf zarten und bebenden Zweiglein erwachte diese kleine Rose zu einem neuen Leben...

Diese Apfelrose lehrt uns viel über Hoffnung. Sie lehrt uns, dass Hoffnung aus der Dunkelheit kommt. Sie lehrt uns, dass Hoffnung in nährender Umgebung, die es zulässt sich zu verwurzeln und sicher zu werden, gedeihen kann. Und ich bin heute hierher gekommen, um die Hoffnung, durch diese Apfelrose symbolisiert, zu feiern.

Ich glaube, dass es der Geist der Hoffnung ist, der uns heute hier zusammengebracht hat. Wir kommen aus fernen Teilen der Welt: aus Australien, Neuseeland, USA, Kanada, Schweden, Irland, China und vielen anderen Ländern. Wir sind Dienstleistungsangestellte, Verwalter, Politiker und Familienangehörige, Benutzer dieser Dienste und Fachkräfte aus dem Psychatriebereich. Vor fünfzehn Jahren hätte man uns nie im selben Raum zusammen gebracht! In der Tat, vor zehn Jahren hätte kaum Einer mit dem Anderen gesprochen! Aber hier sind wir zusammen – Sozialarbeiter neben Familienangehörigen neben Politikern neben Case Managern, welche neben Akademikern und diese neben Dienstleistungsbenützern sitzen...was geht hier vor? Werden die alten Regeln gebrochen? Wird die alte Ordnung in ihren Grundfesten ein wenig erschüttert? IST HIER EINE VERSCHWÖRUNG IM GANG?

Ich liebe das Wort Verschwörung. Es kommt vom Lateinischen „conspirare“, was bedeutet, gemeinsam Geist zu atmen. Was ist der Geist, den wir heute hier gemeinsam atmen?

Es ist der Geist der Hoffnung. Individuell und kollektiv haben wir es abgelehnt, den Bildern der Verzweiflung, die so oft mit psychischen Krankheiten in Verbindung gebracht werden, zu erliegen. Wir sind eine Verschwörung der Hoffnung und stemmen uns gegen die Flut der Unterdrückung, welche seit Jahrhunderten das Erbe derjenigen von uns ist, die als psychisch krank bezeichnet werden. Wir lehnen es ab, Menschen auf ihre Krankheiten zu reduzieren. Wir erkennen, dass in jedem von uns eine Person steckt und dass wir als Personen an einem gemeinsamen Menschsein teilhaben mit jenen, bei denen eine psychiatrische Krankheit diagnostiziert worden ist. Wir sind hier, um zu bezeugen, dass Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose nicht Dinge sind, Objekte über die hinweg gehandelt werden darf, keine Tiere oder Untermenschen. Wir teilen die Gewissheit, dass Leute mit einer psychiatrischen Diagnose in erster Linie und vor allem Menschen sind. Unser Leben ist kostbar und von unschätzbarem Wert. Im weiteren Verlaufe

Dieser Konferenz werden wir lernen, dass jene unter uns mit psychiatrischen Beeinträchtigungen Experten darin werden können, sich selber zu behandeln. Wir können die Kontrolle über unser Leben zurückgewinnen, die Verantwortung selber übernehmen für unsere individuelle Reise zur Gesundung. Und so wie die Apfelrose uns lehrt, begreifen wir schliesslich, dass die Umgebung der Leute sich ändern muss, wenn wir zur Fülle der Person heranwachsen sollen, die wie ein kleines Samenkorn darauf wartet, sich in jedem von uns zu entwickeln.

Wenn wir einen Samen in eine Wüste pflanzen und er nicht wächst, fragen wir dann: „Was ist falsch mit dem Samen?“ Nein. Die wahre Verschwörung besteht darin, in der Umgebung des Samens zu schauen und zu fragen: „Was muss in dieser Umgebung ändern, so dass der Same keimen kann?“ Die wahre Verschwörung an der wir hier heute Teil haben hört auf zu sagen, was Psychiatrie-Überlebenden fehlt und beginnt zu fragen: „Wie schaffen wir hoffnungsvolle, menschenwürdige Umgebung und Beziehungen, in welchen Leute wachsen können?“

Bevor ich weiter über Hoffnung und Menschlichkeit rede, möchte ich ihnen aber Anteil geben daran, was es bedeutet, wenn bei uns in jungen Jahren eine psychiatrische Krankheit diagnostiziert wird und wir alle Hoffnung verlieren. Ich will Ihnen über den dunklen Winter aus Schmerz, Qual und Apathie berichten, wenn wir die Hoffnung aufgegeben haben und nur noch herumsitzen, Zigaretten rauchen und Kaffee trinken.

Für diejenigen unter uns, bei denen eine psychiatrische Krankheit diagnostiziert worden ist und die in dem manchmal trostlosen Ödland von psychiatrischen Programmen und Institutionen gelebt haben, ist Hoffnung nicht nur eine nett klingende Beschönigung. Es ist eine Frage von Leben und Tod. Wir wissen das, weil wir wie die Apfelrose einen sehr kalten Winter erlebt haben, in dem alle Hoffnung aus uns hinausgequetscht schien. Es begann für die Meisten von uns in den besten Jahren unserer Jugend. Zuerst konnten wir es nicht benennen. Es kam wie ein

Dieb in der Nacht und raubte uns unsere Jugend, unsere Träume, unsere Sehnsüchte und unsere Zukunft. Es kam wie ein schrecklicher Alptraum über uns, von dem wir nicht aufwachen konnten.

Und dann, in der Zeit als wir die Nähe derer, die uns liebten am nötigsten hatten, wurden wir weg, an einen entfernten Ort gebracht. Im Alter von 14 oder 17 oder 22 Jahren wurde uns gesagt, dass wir eine Krankheit hätten, von der es keine Heilung gäbe. Wir wurden aufgefordert, Medikamente zu schlucken, die bewirkten, dass wir zitterten und dass unsere Aussprache undeutlich wurde, die unserem jungen Körper die Energie raubten und uns steif wie Zombies herumgehen liessen. Es wurde uns gesagt, wenn wir diese Medikamente für den Rest unseres Lebens einnehmen würden, könnten wir vielleicht einen kleinen Anflug von Leben beibehalten. Sie sagten uns immer wieder, diese Medikamente seien gut für uns, und doch spürten wir, wie die hohe Neuroleptika Dosis uns in leere Gefässe verwandelte. Wir fühlten uns wie willenlose Seelen oder wandelnde Tote, als die taube Gleichgültigkeit und die durch die Medikamente ausgelöste Apathie uns ergriff. In so hohen Dosierungen schwächten die Neuroleptika radikal unser Menschsein und unser Ich-Bewusstsein.

Als diese ersten Winterwinde uns heimsuchten, zogen wir die Decken enger um unsere Körper, aber wir schliefen nicht. Während dieser ersten Nächte im Spital lagen wir wach. Verstehen Sie, in der Nacht scheinen die Lichter der Häuser der Gemeinde durch die Fenster der psychiatrischen Institution. Das Leben ging dort weiter, während unseres zerfiel. Diese Lichter schienen sehr, sehr weit weg. Die Zulus haben ein Wort für unseren Begriff „weit weg“. In Zulu heisst „weit weg“, „Dort, wo jemand schreit: „Oh Mutter, ich habe mich verirrt/bin verloren (gegangen)“. (Buber 1958, S.18). Und genau so weit weg fühlte es sich an in der psychiatrischen Klinik. Der Weg zurück nach Hause war nicht klar. Und als wir da in der Dunkelheit lagen, hatten wir Angst und konnten uns den Weg fort von diesem

schrecklichen Ort nicht einmal vorstellen. Und wenn uns niemand sah, weinten wir in all dieser Einsamkeit.

Aber als der Morgen kam, wurden wir wütend. Wir wüteten gegen die düsteren Prophezeiungen, die über unser Leben ausgesprochen wurden. Die irren sich! Die irren sich! Wir sind nicht verrückt. Wir sind nicht wie die Anderen hier, die schon zu lange in dieser Klinik sind. Wir sind anders. Wir werden nach Hause zurückkehren und alles wird sein wie vorher. Es ist nur ein schlimmer Traum. Ein momentaner Rückschlag.

Mit der Zeit verliessen wir die Klinik. Wir standen mit unserem Gepäck in der Hand auf der Treppe. Wir hatten solchen Mut – unser jugendlicher Optimismus wehte wie Siegesfahnen auf einem festlichen Umzug nach Hause. Wir würden es schaffen. Wir würden nie mehr in die Klinik zurückkehren.

Manche schafften es tatsächlich. Aber die Meisten von uns kamen nach Hause und fanden nichts mehr gleich wie vorher. Unsere Freunde hatten Angst vor uns oder sie blieben sonderbar abwesend. Sie verhielten sich übertrieben vorsichtig, wenn sie in unserer Nähe waren. Unsere Familie war verzweifelt und zermarterte sich vor Schuldgefühlen. Sie hatten nicht geschlafen und ihre Augen waren immer noch geschwollen von den geweinten Tränen. Und wir, wir waren erschöpft. Aber wir wollten es versuchen. Und ich schwöre, mit allem Mut, den wir aufbringen konnten, versuchten wir zur Arbeit und zur Schule zurück zu kehren, wir versuchten die Scherben zu kitteln und wir beteten um Kraft und Ausdauer, um durchzuhalten. Aber es schien, dass Gott ein taubes Ohr für unsere Gebete hatte. Der schreckliche Stress kam zurück und unser Leben war wieder einmal mehr zerschlagen.

Und jetzt vertiefte sich unser Winter zu einer Mark und Bein durchdringenden Kälte. Etwas in uns begann zu sterben. Ganz tief in uns begann etwas zu zerbrechen. Langsam begannen die Botschaften von Hoffnungslosigkeit und Stigma sich in uns

festzusetzen, von denen die Orte wo wir behandelt wurden so durchdrungen sind. Langsam begannen wir zu glauben, was über uns gesagt wurde. Anscheinend versuchte das System unseren Geist zu brechen und war fester entschlossen zu gewinnen, sogar unseren Gehorsam zu erzwingen, als uns zuzuhören und auf unsere Bedürfnisse einzugehen.

Plötzlich machten wir diese entmenschlichende Verwandlung von einer Person in eine Krankheit durch: „Schizophren“, „Multi“, „Bipolar“ (Deegan 1992). Unser Menschsein und unser Ich-Bewusstsein verkümmerte weiter, als wir von Professionellen trainiert wurden, zu sagen „Ich bin schizophren“ „Ich bin bipolar“, „Ich bin multi“. Und jedes Mal, wenn wir diese entmenschlichende Litanei wiederholten, wurde unsere Wahrnehmung, eine Person zu sein, schwächer, da die Krankheit“ sich bedrohlich abzeichnete als ein allmächtiges „Es“, ein ganz anderes Wesen, ein „An-Sich“, über das wir machtlos seien, wie uns beigebracht wurde.

Fachleute sagten uns, wir machten Fortschritte, weil wir gelernt hätten, unser ureigenstes Selbst mit unserer Krankheit gleichzusetzen. Sie sagten es sei Fortschritt, weil wir gelernt hatten zu sagen „Ich bin schizophren“. Aber wir erlebten keinen Fortschritt darin. Für uns stand die Zeit still. Das Selbst, das wir gewesen waren, schien immer weiter weg zu verschwinden, wie ein Traum der jemand anderem gehört. Die Zukunft schien kalt und leer und versprach nichts als mehr Leiden. Und die Gegenwart wurde zu einer endlosen Folge von Momenten, die durch die nächste Zigarette und wieder die nächste, gekennzeichnet war. So vieles von dem, woran wir litten, wurde übersehen. Der Sinnzusammenhang unseres Lebens wurde grösstenteils nicht beachtet. Die Fachleute, die mit uns arbeiteten, hatten eine Wissenschaft von physikalischen Objekten studiert, nicht die Wissenschaft vom Menschen. Sie verstanden nicht, was der Neurologe Oliver Sacks (1970) so klar artikuliert: „Um das menschliche Subjekt ins Zentrum zurück zustellen – das leidende, gekränkte, kämpfende, menschliche Subjekt – müssen

wir die Krankengeschichte vertiefen und ausbauen zu einer Erzählung oder einer Geschichte; nur so bekommen wir sowohl ein ‚wer‘ wie ein ‚was‘, eine reale Person, einen Patienten, in Beziehung zur Krankheit – in Beziehung zum Physischen...das Studium der Krankheit und die Identität können nicht voneinander getrennt werden...(Geschichten) bringen uns auf die wahre Schnittstelle von Mechanismus und Leben, zum Bezug von physiologischen Prozessen zur Biografie“. Aber niemand fragte nach unseren Geschichten. Stattdessen dachten sie, unsere Biografien als Schizophrene seien schon vor fast einem Jahrhundert von Kraepelin und Bleuler niedergeschrieben worden.

Viel von dem was wir durchmachten waren dennoch einfach menschliche Erfahrungen – Erfahrungen wie Verlust, Kummer, Schock, Angst und Verlassenheit. Nach und nach verliessen uns unsere Freunde, Verwandten und vielleicht sogar die eigene Familie. Nach und nach zogen Fachpersonen weg aus unserem Leben und es wurde zu schwierig, jemandem zu vertrauen. Nach und nach wurden unsere Träume und Hoffnungen zerschlagen. Anscheinend verloren wir alles. Wir fühlten uns verlassen in unserem immer tiefer werdenden Winter.

Die Wochen, Monate oder Jahre begannen an uns vorüber zu ziehen. Unser Älter Werden war nicht mehr gekennzeichnet durch die Meilensteine der Erfolge eines Jahres, sondern eher durch den stumpfen Schmerz der aufeinander folgenden Fehlschläge. Wir versuchten es und scheiterten und versuchten es und scheiterten, bis es zu sehr schmerzte, es weiter zu versuchen. Wenn wir jetzt die Klinik verliessen, war es keine Frage mehr, ob wir zurückkommen würden, sondern einfach wann wir zurückgingen. Als letzten verzweifelten Versuch, uns zu schützen, gaben wir auf. Wir gaben den Versuch auf, gesund zu werden. Aufgeben war eine Lösung für uns. Es betäubte den Schmerz. Wir waren bereit, enorm viele Facetten von uns zu opfern, um zu sagen „Ist mir egal“. Unsere Persönlichkeit verkümmerte weiter durch diese Anpassungsstrategie der

Gleichgültigkeit. Und so sassen wir in Sesseln und rauchten und tranken Kaffee und rauchten noch mehr...Es war ein hoher Preis für das Überleben. Wir gaben einfach auf. Und der Winter zog ein bei uns wie eine lange kalte Seelenqual.

Ich bin sicher, dass hier viele von uns heute Menschen mit psychischer Beeinträchtigung kennen, die im Winter von Schmerz und Apathie verloren sind, den ich eben beschrieben habe. Es ist eine Zeit von echter Verzweiflung und Dunkelheit. Genau wie bei der Apfelrose im Januar und Februar ist es eine Zeit, in der nichts zu wachsen scheint ausser der Dunkelheit selbst. Es ist eine Zeit des Aufgebens. Aufgeben ist eine Lösung. Aufgeben betäubt den Schmerz, weil wir nicht mehr fragen „warum und wie komme ich weiter?“ Sogar die einfachste Aufgabe ist Überforderung in dieser Zeit. Man lernt hilflos zu sein, weil dies sicherer ist, als komplett hoffnungslos zu sein.

Der Winter der Seelenqual und der Ich-Bewusstseins-Verkümmerung, den ich beschrieben habe, ist nicht nur für die, die dies erleben eine Hölle, sondern auch für die, die uns lieben und für uns sorgen: Freunde, Verwandte und sogar Fachleute. Ich habe beschrieben, wie es sich auf der Innenseite anfühlt, wenn man es selber erlebt. Aber Freunde, Verwandte und Fachleute sehen die Qual und Gleichgültigkeit von aussen.

Von aussen sieht es so aus, dass die Person einfach nichts mehr versucht. Sehr häufig sind Leute, die in Klubhäusern und anderen Rehabilitationsprogrammen auftauchen, teilweise oder total in dieser verzweifelten Qual versunken. An guten Tagen können wir uns am Ort des Programms zeigen, aber das ist dann auch alles. Wir sitzen auf der Couch, rauchen und trinken Kaffee. Häufig machen wir uns gar nicht die Mühe, überhaupt am Ort zu erscheinen. Von aussen mag es aussehen, als seien wir unter lebendig Toten. Wir erscheinen apathisch, lustlos und leblos. Als Fachleute, Freunde und Verwandte mögen wir denken, dass diese Leute „voller Ausflüchte“ sind. Sie scheinen sich nicht mehr zu bemühen, sie erscheinen konsequent inkonsequent, und es

scheint, dass sie ausschliesslich zur Apathie motiviert sind. Hin und wieder scheinen diese Leute in Wunschfantasien zu flüchten, wie sie auf magische Weise ihrem Leben eine Wende geben würden. Aber in unserer Optik sind das nur Fantasien, eine momentane Flucht aus der chronischen Langeweile. Wenn die Fantasie wie ein verbrauchter Ballon zusammenfällt, hat sich nichts verändert, weil keine wirkliche Handlung stattgefunden hat. Apathie kehrt zurück und der Kreislauf des Leidens setzt sich fort.

Personal, Familie und Freunde haben sehr starke Reaktionen auf die Person, die im Winter von Qual und Apathie verloren ist. Von aussen kann es schwierig sein, wirklich zu glauben, dass da eine Person ist. Mit einer Person konfrontiert zu sei, die an rein gar nichts Interesse zeigt, kann uns dazu veranlassen, die Frage zu stellen, die Oliver Sacks (1970 S. 113) aufgeworfen hatte: „Denken Sie, dass William (er) eine Seele hat? Oder ist ihm das Mark ausgesaugt, ist er ausgehöhlt, ist er durch die Krankheit enteelt worden?“ Ich stelle diese Frage jetzt, heute, jedem von Ihnen. Kann die innere Person zur Krankheit werden? Kann Schizophrenie den Kern einer Person soweit entfernen oder sie derart aushöhlen, dass nichts mehr ausser der Krankheit zurück bleibt? Jeder von uns ist aufgefordert, diese Frage für sich selbst zu beantworten. Das Risiko bei der Beantwortung dieser Frage ist sehr hoch. Unsere eigene Person, unser eigenes Menschsein stehen bei der Beantwortung dieser Frage auf dem Spiel. Lassen Sie mich das erklären:

Im Aufenthaltsraum sitzend, in Zigarettenrauch buchstäblich eingenebelt, wird die tiefe Apathie und Gleichgültigkeit, auf die wir bei einer anderen Person stossen, unsere eigene Menschlichkeit, unser eigenes Einfühlungsvermögen in Frage stellen. Vielleicht zweifeln wir daran, ob da wirklich eine Person ist. Bei einer solchen Begegnung würde Martin Buber (1958) uns lehren, dass die Ich – Du Beziehung in Frage gestellt ist. Wenn wir uns auf eine Person beziehen, als wäre sie eine Krankheit, dann gehen wir eine Ich – Es Beziehung ein. Die Ich – Es

Beziehung schwächt unsere eigene Menschlichkeit. Natürlich ist die grosse Arbeit, die sich uns stellt, die Unantastbarkeit der Person im Du aufrecht zu erhalten, auch dann, wenn sich die Person selber aufgegeben hat. Dies vertieft unsere eigene Menschlichkeit oder um Martin Buber umzuformulieren – Ich werde Ich, indem ich Du sage. (S.11)

Wie auch immer, wenn wir mit einer Person, die in Apathie und Qual versunken ist, konfrontiert sind, gibt es noch eine ganze Anzahl weiterer Reaktionen, die verbreiteter sind als einen Weg zu finden zum Aufbau einer Ich – Du Beziehung . Eine häufige Reaktion bezeichne ich als die des „fieberhaften Retters“. Wir haben uns alle bei unserer Arbeit einmal so gefühlt. Die Reaktion des fieberhaften Retters geht so: Je lustloser und apathischer eine Person wird, desto fieberhafter werden wir aktiv. Je mehr sie sich zurückziehen, desto mehr drängen wir uns auf. Je willensloser sie werden, desto willensstärker werden wir. Je mehr sie aufgeben, umso stärker bemühen wir uns. Je verzweifelter sie werden, desto mehr verfallen wir in oberflächlichen Optimismus. Je mehr Behandlungspläne sie abbrechen, desto mehr Pläne machen wir für sie. Unnötig zu sagen, dass wir selber bald in einem burn out und Erschöpfung landen. Dann beginnt unsere Wut.

Unsere Wut beginnt, wenn unsere besten und schönsten Erwartungen von der in Qual und Apathie verlorenen Person gründlich durchkreuzt wurden. Wir fühlen uns verbraucht und völlig nutzlos. Wir sind verärgert. Unsere Identität als Helfer wird wahrlich durch die Menschen, die im Winter von Schmerz und Gleichgültigkeit verloren sind, auf die Probe gestellt. Zu diesem Zeitpunkt ist es für die meisten von uns nicht ungewöhnlich, anzufangen, der Person mit der psychiatrischen Beeinträchtigung die Schuld zuzuschreiben. Wir sagen Dinge wie: „Die sind faul. Sie sind hoffnungslos. Sie sind nicht krank, sie manipulieren bloss. Sie sind chronisch. Sie müssen die natürlichen Konsequenzen ihrer Handlungen ertragen. Die lieben es, so zu leben. Die sind nicht geisteskrank, die sind böse. Das Problem liegt nicht an der Hilfe, die wir anbieten, das Problem ist, dass

man ihnen nicht helfen kann. Die wollen keine Hilfe. Man sollte sie aus diesem Programm werfen, damit sie auf den Boden kommen.

Dann werden sie endlich aufwachen und die gute Hilfe, die wir ihnen angeboten hatten akzeptieren.“

Während dieser Periode der Wut und Beschimpfung geschieht etwas sehr Interessantes. Wir beginnen uns so zu verhalten wie die Person, die wir so eifrig versuchten zu retten. Oft gibt das Personal an diesem Punkt einfach auf. Wir gehen in unsere eigene Verzweiflung und unseren seelischen Schmerz. Unser eigenes Menschsein beginnt zu verkümmern. Wir geben auch auf. Wir hören auf uns zu bemühen. Es schmerzt zu sehr, weiterhin der Person helfen zu wollen, die anscheinend unsere Hilfe gar nicht will. Es schmerzt zu sehr, weiterhin zu versuchen zu helfen und zu scheitern. Es schmerzt zu sehr, sich um sie zu kümmern, wenn sie nicht mal dem Anschein nach für sich selber sorgen können. An diesem Punkt fallen wir selber in unseren Winter seelischer Qual, und eine Kälte setzt sich in unserem Herzen fest.

Wir können nicht besser in Verzweiflung leben als Menschen mit psychiatrischen Beeinträchtigungen. Wir können es nicht ertragen, deshalb geben wir auch auf. Manche von uns geben auf, indem wir einfach die Arbeitsstelle kündigen. Wir realisieren, dass Hightech-Computer tun, was man ihnen sagt und dazu ist die Bezahlung noch besser. Andere von uns entscheiden sich dafür, die Arbeit nicht aufzugeben, aber wir werden gefühllos und hartherzig. Wir packen unseren Job an wie der Mann im Dunkin Donuts Werbespot:“ Es ist Zeit, die Donuts zu machen, es ist Zeit, die Donuts zu machen (*Donuts, oder Doughnuts sind ringförmige amerikanische Hefeteigkrappen. Im Werbespot aus den Achtzigerjahren wird Fred der Donut-Bäcker geweckt um vier Uhr morgens und er und sein Kollege machen sich verschlafen wie Zombies auf den Weg in die Bäckerei und sagen dazu: „It's time to make the donuts, it's time to make the donuts. Der Mensch hinter dieser Werbespotfigur war oder ist offenbar ein real*

existierender autistischer Mann, der sein ganzes Leben in der psychiatrischen Klinik Walbrook in Cincinnati, Ohio gelebt hat und der übrigens auch das Vorbild für die Hauptfigur des Films „The Rainman“ von Dustin Hoffmann ist laut folgender Internet-Site: <http://www.insidejoke.tv/200210/donutguy.asp>. „It’s time to make the donuts sei einer seiner Standardsätze gewesen, die er den ganzen Tag immer wieder sagte. Für viele Amerikaner ist der Dunkin Donuts Werbespot eine Kindererinnerung, Fred der Bäcker ein Symbol für harte, ehrliche Arbeit.“) Wieder andere von uns werden chronische Zyniker. Wir gehen zur Arbeit, wie tote Holzstücke, die auf dem Meer treiben, schauen zu wie Verwaltungsbeamte kommen und gehen wie das Wetter; finden insgeheim Vergnügen daran zu beobachten, wie eine weitere psychiatrische Initiative bachab geht und tun nichts, damit sich etwas am System in eine konstruktivere Richtung verändert. Dies sind alles Formen, aufzugeben. Auf verschiedene Art leben wir so unsere eigene Verzweiflung aus.

Hinzu kommt, dass vollständige Programme, Dienstleistungssysteme und Behandlungsmodelle ebenfalls in dieser Verzweiflung und Qual verfangen sein können. Diese Systeme fangen an, sich gleich zu verhalten wie eine Person mit psychiatrischer Beeinträchtigung, die die Hoffnung aufgegeben hat. Ein System, das die Hoffnung aufgegeben hat, verbringt mehr Zeit damit, Programmteilnehmer auszuschliessen als sie einzuladen. Eintrittsbedingungen werden starr und unbeweglich. Wenn man zwischen den Zeilen der Eintrittskriterien solcher Programme liest, findet man als Kernaussage: Wenn Sie Probleme haben, dann kommen Sie doch wieder, wenn diese gelöst sind und wir werden Ihnen gern helfen. Dienstleistungssysteme, welche die Hoffnung aufgegeben haben, versuchen, mit der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit dadurch fertig zu werden, dass sie sich genau von den Menschen distanzieren und isolieren, die sie eigentlich betreuen sollten. Hören Sie nur auf die Sprache, die wir gebrauchen: In solchen psychiatrischen Systemen haben wir „Gatekeeper“ oder „Schaltstellen“, deren Aufgabe es ist, Dienstleistungsbenützer zu

„sieben“ (screen) und zu „verlegen“ (divert). In der Tat gebrauchen wir die Sprache des Krieges in unserer Arbeit. Z.B. reden wir davon, „Frontpersonal“ ins „Feld“ zu schicken, um „Behandlungsstrategien“ für die „Zielbevölkerungen“ zu entwickeln.

Gibt es eine Alternative? Müssen wir auf den Schmerz und die Apathie von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung mit unserem eigenen Schmerz und unserer Apathie antworten? Ich denke, es gibt eine Alternative. Die Alternative zu Verzweiflung ist Hoffnung. Die Alternative zu Apathie ist Achtsamkeit. Eine hoffnungsvolle, achtsame Umgebung zu schaffen, die Wachstum und Erholung hegt, pflegt und fördert, ist die Alternative.

Erinnern Sie sich an die Apfelrose? Während des kalten Winters als die ganze Welt gefroren war und es kein Zeichen des Frühlings gab, wartete dieser Same bloss in der Dunkelheit. Er wartete nur. Er wartete auf das Auftauen des Bodens. Er wartete auf die kommende Regenzeit. Als die Erde splittrig war vor lauter Eis, konnte diese Apfelrose nicht beginnen zu wachsen. Die Umgebung um die Apfelrose herum musste sich verändern bevor sich neues Leben entwickeln und zu neuem Sein erwachen konnte.

Menschen mit einer psychiatrischen Beeinträchtigung warten, genau wie diese Seerose gewartet hat. Wir warten bis unsere Umgebung sich verändert, so dass die Person in uns sich entwickeln und wachsen kann.

Diejenigen unter uns, die aufgegeben haben, sollen wir nicht als „hoffnungslose Fälle“ im Stich lassen. Die Wahrheit ist, dass jede einzelne Person, bei der eine psychiatrische Krankheit diagnostiziert worden ist, irgendwann diese Zeit des Schmerzes und der Apathie durchmacht, auch wenn es nur für eine kurze Weile ist. Erinnern Sie sich daran, Aufgeben ist eine Lösung. Aufgeben ist eine Überlebensebene in einer trostlosen,

erdrückenden Umgebung, in der es an Nahrung und Unterstützung fehlt. Die Aufgabe, mit der wir konfrontiert sind, besteht darin, uns vom blossen Überleben in Richtung gesund werden zu bewegen. Um dies zu bewerkstelligen, muss die Umgebung, in der wir unsere Zeit verbringen, sich ändern. Ich gebrauche das Wort Umgebung, um nicht nur die Physische, sondern auch die zwischenmenschliche Umgebung, die wir Beziehung nennen, mit einzuschliessen.

Aus dieser Perspektive können wir als Menschen verstanden werden, die warten, statt als unmotivierte, apathische oder hoffnungslose Fälle. Wir wissen es nie sicher, aber vielleicht, nur vielleicht, gibt es ein neues Leben in einer Person, das nur darauf wartet, Wurzeln schlagen zu können, wenn ein sicherer nahrhafter Boden angeboten wird. Das ist die Alternative zur Verzweiflung. Das ist die hoffnungsvolle Haltung. Marie Balter hat diese Hoffnung so ausgedrückt, als sie gefragt wurde, „Glauben Sie, dass es jedem besser gehen kann?“ Sie antwortete: „Es ist nicht an uns zu entscheiden, ob es kann oder nicht. Es geht darum, allen einfach die Chance zu geben, dass es besser gehen kann und sie dann in ihrem eigenen Tempo Schritte tun zu lassen. Und wir müssen positiv sein – ihre Sehnsucht nach einem besseren Leben unterstützen, und nicht immer auf ihrer Leistungsfähigkeit als Mass ihres Erfolgs bestehen.“ (Balter 1987, S.153).

Daher ist es nicht unsere Aufgabe ein Urteil darüber zu fällen, wer sich von einer psychiatrischen Krankheit und den Auswirkungen von Armut, Stigma, Entmenschlichung, Erniedrigung und angelernter Hilflosigkeit, die den Geist brechen, erholen wird und wer nicht. Vielmehr ist es unsere Aufgabe, uns an einer Verschwörung im Geiste der Hoffnung zu beteiligen. Es ist unsere Aufgabe, eine Gemeinschaft der Hoffnung zu bilden, welche Menschen mit psychischer Beeinträchtigung umgibt. Es ist unsere Aufgabe, Rehabilitationsumgebungen zu schaffen, die voller Gelegenheiten zur Verbesserung der eigenen Situation stecken. Es ist unsere Aufgabe, das Personal in ihren speziellen

Berufungen zur Hoffnung zu fördern. Es ist unsere Aufgabe, Menschen mit einer psychiatrischen Beeinträchtigung zu fragen, was sie wollen und brauchen, um zu wachsen und sie dann mit gutem Boden zu versorgen, in dem ein neues Leben sicher verwurzeln und wachsen kann. Und zuletzt ist es unsere Aufgabe, geduldig zu warten, dabeizusitzen und mit Staunen zu beobachten und mit Ehrfurcht die Entfaltung des Lebens einer anderen Person mitzerleben.

Das klingt gut aber wie tun wir es? Ich habe einige sehr konkrete Vorschläge wie man eine Verschwörung im Geiste der Hoffnung beginnen und Hoffnungsgemeinschaften um Menschen, die die Hoffnung verloren haben, bilden kann.

Zuerst müssen wir uns dafür engagieren, die Umgebung zu ändern, worin diese Menschen wachsen sollen. Wir müssen erkennen, dass echte Veränderung ziemlich unbequem sein kann und manchmal befürchte ich, dass wir uns mit oberflächlichen Veränderungen zufrieden geben. Ich ärgere mich über neue griffige Wörter wie klientenorientiert, Empowerment, Klubhausmodelle, und Partnerschaft. Es scheint mir, dass wir uns über die Jahrzehnte immer wieder alle möglichen modischen Wörter und Namen haben einfallen lassen, mit denen wir einander bezeichnen. Z.B. waren es in den fünfziger Jahren die Ärzte und die Patienten. In den sechziger Jahren die Fachleute und die Klienten. In den siebziger Jahren waren es die Leistungserbringer und die Konsumenten. In den Achzigern waren es das Personal und die Mitglieder. Jetzt in den Neunzigern haben wir die „Teilhaber“ und Managed Care Gruppen.

Ja, die Namen, die wir einander geben, haben sich zweifellos verändert. Aber ich würde behaupten, dass die fundamentale Beziehung zwischen jenen, die mit einer psychiatrischen Diagnose etikettiert sind und jenen, die es nicht sind, im Wesentlichen unverändert geblieben ist. Es gibt einen weisen, alten Mönch, der in der Nova Nada Gemeinschaft in Kentville, draussen in Nova Scotia lebt. Sein Name ist Bruder William

MacNamara. Wenn wir über unsere Versuche, Veränderungen zu erwirken reden, sagt er: „Es ist, als ob wir die Stühle auf dem Deck der Titanic umstellen würden, aber eigentlich ist alles, was wir durch diese Anstrengung erreichen, eine bessere Sicht während des Untergangs.“ Das ist die grosse Gefahr, wenn nur die neusten Programmkonzepte und politisch korrekte Sprache verwendet werden. Wenn wir nicht aufpassen, wird das alles einzig darauf hinauslaufen, dass wir Stühle auf einem sinkenden Schiff umstellen. Jemand muss sagen , „Halt! Wartet! Vergesst die gut klingenden Bezeichnungen. In diesem Boot hat es ein grosses gähnendes Loch, das wir das psychiatrische Gesundheitssystem nennen und wir gehen alle damit unter!“

Wissen Sie, ich würde behaupten, bis die grundlegende Beziehung zwischen psychiatrisch abgestempelten Menschen und den anderen sich ändert, bis das radikale Machtgefälle zwischen uns nicht wenigstens angeglichen wird, bis unsere Beziehungen von echter Gegenseitigkeit geprägt sind, bis wir aufhören, barbarische Praktiken wie Zwang und Isolation zu gebrauchen und auch noch zu versuchen, die Menschen davon zu überzeugen, dass solche Torturen für ihr eigenes Wohl sei, und bis wir den gemeinsamen Boden unserer Menschlichkeit erkennen und die den Geist brechenden Auswirkungen von Entmenschlichung in psychiatrischen Heilsystemen stoppen, wird das gähnende Loch weiterhin unsere besten Bemühungen untergehen lassen.

Die Umgebung zwischenmenschlicher Beziehungen von psychiatrischen Gesundheitsprogrammen und die Gemeinschaft müssen sich verändern, wenn Menschen sich weg vom blossen Überleben auf die Reise in Richtung Gesundung begeben sollen. Wir müssen aufhören, „Macht“ auszuüben „über“ die Leute mit denen wir arbeiten. Damit fördern wir nur unnötige Abhängigkeit und erlernte Hilflosigkeit. Stattdessen müssen wir uns Leuten wie Dr. Jean Baker Miller (1976) und anderen Wissenschaftern der Stone Center at Wellesley Universität anschliessen. Wenn wir ihrem Vorbild folgen, müssen wir beginnen, in Begriffen zu

denken wie Zusammenarbeit auf „gleicher Augenhöhe“ oder „gemeinsam und gleich berechtigt“, besser als „Bestimmen über“ und „Kontrolle haben über“ die Menschen mit denen wir arbeiten. Auf diese Weise werden traditionell entstandene Machtbeziehungen, welche für Menschen mit psychiatrischer Beeinträchtigung historisch und bis heute so unterdrückend gewesen sind, sich ändern. Dies bedeutet besonders, dass wir aufhören müssen die Phrase, „Ich weiss und bestimme, was für den Klienten am besten ist“ zu gebrauchen. Stattdessen müssen wir die Leute fragen, was sie für ihr eigenes Leben wollen, ihnen die nötigen Fähigkeiten dazu beibringen und sie unterstützen in dem, was sie erreichen möchten.

Wir müssen uns dazu verpflichten, umgebungsbedingte Barrieren wegzuschaffen, welche die Bemühungen der Menschen um Besserung abblocken und in einem Modus blosser Überlebensversuche gefangen halten. Z.B. schlage ich vor, folgende Fragen zu überprüfen:

1. Sind die Leute, mit denen wir arbeiten übermedikamentiert? Sehr häufig sind Apathie, fehlende Motivation und Gleichgültigkeit, die wir beobachten, Folge von Neuroleptika. Informieren wir die Konsumenten/Überlebenden über diese Wirkung der Medikamente und helfen wir ihnen, tatsächlich Medikamentenwechsel oder Dosisreduktionen durchzusetzen? Die multinationale Pharmazieindustrie macht buchstäblich ein Vermögen durch den Verkauf solcher Medikamente. Es ist nicht unsere Priorität, deren vierteljährliche Gewinnmargen zu maximieren. Unsere Priorität ist es, Menschen in ihrem Genesungsprozess zu unterstützen. Es ist nicht möglich, an unserem eigenen Genesungsprozess teil zu nehmen, wenn wir uns in einem Zustand medikamentös erzeugten Parkinsonismus, Apathie und Gleichgültigkeit befinden.
-

2. Sind Konsumenten/Überlebende sowohl in der ambulanten Grundversorgung als auch in Spitalprogrammen in die Auswertung der Arbeitsleistung des Personals mit einbezogen? Wer weiss denn besser, wie wirkungsvoll eine Fachperson arbeitet, als jene, welche deren Dienstleistung beanspruchen? Und bringen wir darüber hinaus den Konsumenten/Überlebenden die nötigen Fähigkeiten bei und unterstützen sie darin, solche Auswertungen durchführen zu können?
 3. Bekommen Programmteilnehmerinnen und Klinikinsassen eine Schulung von Gleichgestellten „Peers“ darin, wie sie teilnehmen und wirkungsvoll von einem Behandlungsteam bekommen können, was sie brauchen/wollen? Dürfen wir bei der Besprechung der Behandlungs-Planung bis zum Schluss dabei sein und verpflichtet sich der Mitarbeiterstab leicht verständliches Deutsch zu sprechen, so dass wir die Besprechung verstehen können? Gibt es Peerassistenten oder Patientenvertreter, die bereit sind, mit uns an eine Besprechung zur Behandlungsplanung mitzukommen? Gibt es Gelegenheiten, sich vor der Teamsitzung zu treffen, um herauszufinden was wir in der Sitzung erreichen wollen und wie wir unsere Ideen vorbringen? Hat man Zeit, um im Rollenspiel das Aussprechen der eigenen Meinung zu üben und sich im Vorfeld der Sitzung zur **B e h a n d l u n g s p l a n u n g** mit Fragen auseinanderzusetzen?
 4. Hat es separate Toiletten und Essräume für Personal und Programmteilnehmer? Wenn dies der Fall ist, sollte das aufgehoben werden. Dies nennt man Segregation oder Rassentrennung und schafft Zweitklassbürger.
-

5. Wer darf die Telefone benutzen? Wer trifft welche Entscheidungen? Wer hat die wirkliche Macht in diesem Programm? Information ist Macht, und Zugang zu Information zu haben bedeutet Selbstbestimmung. Was sind die Hindernisse dagegen, im Programm Informationen zu bekommen?
 6. Verstehen wir, dass Menschen mit psychischer Beeinträchtigung wertvolles Wissen und Fachkenntnis als Resultat ihrer Erfahrung haben? Fördern wir diese wichtigen menschlichen Ressourcen? Sind von Betroffenen geleitete Selbsthilfegruppen vorhanden? Suchen wir aktiv nach Möglichkeiten, Menschen mit psychiatrischer Beeinträchtigung einzustellen und bieten wir ihnen nach Bedarf Unterstützung und Anpassungen an?
 7. Haben wir Umgebungen geschaffen, in welchen es für Fachpersonal möglich ist, Menschen mit Herz zu sein? Bieten wir Supervision für Aufsichtspersonal an? Vielleicht könnten wir eine menschenwürdigere Arbeitsumgebung schaffen, wenn wir die Arbeit mit Menschen als Reise sehen würden, auf welcher wir und die Menschen, denen wir helfen, einander gegenseitig weiterbringen. Vielleicht könnten wir unseren MitarbeiterInnen anbieten, was Jean Vanier (1988) *accompagnement* (Begleitung) nennt. Begleitung bedeutet das Angebot, mit dem Personal mitzugehen auf deren manchmal schmerzvollen und manchmal freudvollen Reise des Herzens, die wir die „direkte Betreuungsbeziehung“ nennen. Direkte Betreuung. Ah! Das ist die wahre Veränderung.
 8. Arbeiten wir in einem System, welches Passivität, Gehorsam und Fügsamkeit oder Kooperation belohnt? Wird Fügsamkeit als wünschenswertes
-

Ergebnis gesehen? Wie eine Freundin, die Konsumentin/Überlebende ist, mir sagte: „Sag diesen Casemanagern, dass sie völlig falsch liegen. Sag ihnen, sie sollen aufhören zu behaupten, Fügsamkeit sei der Weg zur Unabhängigkeit“. Und Fügsamkeit ist wirklich nicht der Weg zur Unabhängigkeit. Selbst bestimmen zu lernen ist eine Folge, die schliessen lässt auf Umgebungen, die Gelegenheiten bieten zu Gesundung und Empowerment/Selbstbefähigung.

9. Haben wir das Konzept der „Würde des Risikos“ und des „Rechts auf Misserfolg“ erfasst? „Chronisch normale Menschen“, oder Menschen, die nicht psychiatrisch etikettiert wurden, dürfen ihr Leben lang ständig dumme, uneinsichtige Entscheidungen treffen. Mein Lieblingsbeispiel ist Elizabeth Taylor, die sich gerade zum achten Mal hat scheiden lassen. Wir könnten sagen, „Es fehlt ihr an Einsicht! Sie lernt nie aus früheren Erfahrungen!“ Wenn sie sich zur Hochzeit Nr. 9 aufmacht, wird jedoch keine Spezialeinheit von PflegerInnen „in ihrem eigenen Interesse“ mit Proloxin Spritzen über sie herfallen. Aber stellen Sie sich nur einmal vor, eine Person mit psychiatrischer Beeinträchtigung würde ihrem Behandlungsteam erklären, sie werde zum neunten Mal heiraten! Manchmal lernen Menschen aus ihren Fehlern und manchmal nicht. Wir müssen sorgfältig unterscheiden zwischen einer Person, die eine (aus unserer Sicht) dumme oder unsinnige Wahl trifft und einer Person, die wirklich in Gefahr ist.
 10. Gibt es innerhalb des psychiatrischen Gesundheitssystems Möglichkeiten für die Menschen, ihr Leben wirklich zu verbessern? Gibt es eine Auswahl von erschwinglichen, durchschnittlichen Wohnsituationen, aus welchen sich Menschen einen Ort zum Leben aussuchen
-

können? Ist Arbeit verfügbar? Eine Person, die gerade kürzlich zur Arbeit zurückkehrte nach vielen Jahren Klinikaufenthalt, sagte zu mir, „Was reden die alle über Empowerment? Ich kann dir die Definition von Empowerment sagen: „Es ist ein anständiger Gehaltsscheck am Ende der Woche.“

Das sind nur einige Vorschläge, wie Umgebungen geschaffen werden können in denen Wachstum möglich ist.

Und während wir diese hoffnungsvollen Umgebungen schaffen, müssen wir erkennen, dass Menschen mit psychiatrischer Beeinträchtigung nicht in gleicher Weise wie Autos „geflickt werden“, „wiederhergestellt werden“ können. (Deegan 1988). Wir sind keine passiven Objekte, für welche Fachpersonen zuständig sind, diese „wieder herzustellen“. Viele von uns finden die Assoziation zum Wort Wiederherstellung sei unterdrückend. Wir sind keine Objekte, auf die eingewirkt werden soll. Eher sind wir handlungsfähige, vollständige, menschliche Subjekte und können durch unser Handeln unsere Situation verändern.

Wir sind keine Objekte, die man flicken kann. Ein solches Verständnis raubt uns unseren eigenen Sinn für Autonomie und Selbstbestimmung. Es schiebt die Verantwortung an die falsche Stelle. Es verewigt den Mythos, wir seien nicht verantwortlich für unser Leben, unsere Beschlüsse und Entscheidungen, und könnten das auch gar nicht sein.

Die Wahrheit ist, dass niemand die Macht hat, das Leben eines Anderen wieder herzustellen. Dies ist klar erkennbar an der Tatsache, dass wir Menschen mit einer Behinderung die besten und fortschrittlichsten Wiederherstellungstechnologien und -programme zur Verfügung stellen und ihnen vielleicht trotzdem nicht helfen können. Wie es heisst, „Man kann ein Pferd zum Wasser führen, aber nicht zum Trinken zwingen“. Es braucht mehr als gerade gute Dienstleistungsangebote. Dieses „etwas mehr“ ist das, was ich als Gesundung bezeichne.

Das Konzept der Gesundung unterscheidet sich von dem des Wieder Hergestellt- Werdens insofern, als es unterstreicht, dass Menschen für ihr eigenes Leben verantwortlich sind, und dass wir Stellung nehmen können zu unserer Behinderung und unserem Leiden. Wir brauchen keine passiven Opfer zu sein. Wir müssen nicht „leidend“ sein. Wir können beginnen, verantwortungsbewusst selber auf unseren Heilungsprozess einzuwirken. Das ist der Grund, weshalb es so gefährlich ist, eine Person auf ihr Kranksein zu reduzieren. Wenn wir darauf bestehen, dass eine Person zu sagen lernt, „ich bin schizophren“, dann beharren wir im Grunde darauf, dass die Person ihr Menschsein mit Krankheit gleich setzen soll. Durch eine solche entmenschlichende Reduktion übernimmt die Krankheit „die Hauptbedeutung“ in punkto Identität. Und so ist dann, wenn eine Person lernt zu glauben „ich bin schizophren“, wenn ihre Identität gleichbedeutend ist mit Krankheit, niemand mehr da drin, die enorme Arbeit des Gesundwerdens in Angriff zu nehmen. Deshalb müssen wir den Menschen immer helfen, die Person voran zu stellen und zu sagen, ich bin eine Person mit der Diagnose Schizophrenie; ich bin eine Person bei der eine psychische Krankheit diagnostiziert wurde...Die Person voran gestellt erinnert uns immer daran, dass wir zuerst und vor allem Menschen sind, die Stellung beziehen können zu dem, was uns quält.

Die Reise zur Gesundung ist bei jeder Person einmalig. In der Tat muss jeder von uns für sich selbst herausfinden, was sein Gesundwerden fördert und was nicht. Einige von uns finden, dass zeitweise oder ständige Behandlung ein wichtiger Teil unseres Genesungsprozesses sei. Andere hingegen finden, dass sie keine weiteren psychiatrischen Dienste mehr benötigen und verlassen das System für immer. (Ogawa, 1987)

Für einige unter uns, die früher in ihrem Leben Drogen oder Alkohol genommen oder missbraucht haben, oder in Alkoholikerfamilien aufgewachsen sind, oder sexuellen Kindsmisbrauch, seelischen und/oder körperlichen Missbrauch

überlebt haben, mag die Teilnahme an verschiedenen Selbsthilfe- und Zwölf Schritte Programmen eine vitale Rolle für ihren Genesungsprozess spielen.

Viele von uns finden, dass soziale und berufliche Rehabilitationsprogramme uns einmalige Gelegenheiten bieten und wir nutzen diesen Dienst als Teil unseres Gesundungsprozesses. Die meisten von uns finden, dass es sehr wichtig für unsere Genesung ist, Freundschaften aufzubauen, die auf Liebe und gegenseitigem Respekt basieren. Natürlich ist dauerhaftes, bezahlbares und voll integriertes Wohnen Grundlage für den Gesundungsprozess. Viele von uns finden dass die Teilnahme an einer spirituellen Gemeinschaft unserer Wahl uns die Kraft und Hoffnung gibt, hart an unserem Gesundungsprozess weiter zu arbeiten.

Schliesslich finden es viele von uns wichtig, in Selbsthilfe-Netzwerken von Psychiatrieerfahrenen und in Interessengruppen mitzuwirken, dazu beizutragen, das psychiatrische System zu ändern, Alternativen zu den traditionellen Diensten aufzubauen, die Regierung auf unsere Bedürfnisse aufmerksam zu machen, um unsere vollen bürgerlichen Rechte zu kämpfen und gemeinsam für soziale Gerechtigkeit einzustehen. Tatsächlich gebrauche ich den Begriff Gesundung nicht nur um auf den Gesundungsprozess von psychiatrischer Krankheit zu verweisen, sondern auch auf die Gesundung von den Auswirkungen von Armut, Zweitklassbürgerschaft, verinnerlichtem Stigma, Missbrauch und fortwährender Traumatisierung durch einige „helfende Fachleute“, und die den Lebensmut brechenden Wirkungen des psychiatrischen Gesundheitssystems. In der Tat können Selbsthilfe und soziale Aktionen nicht willkürlich voneinander getrennt werden. In einigen Punkten beinhaltet Selbsthilfe, dass wir uns zur Gruppe zusammenschliessen, um gegen die Ungerechtigkeiten, die uns abwerten und uns in der Position von Zweitklassbürgern halten, zu kämpfen.

Gesundung verweist nicht auf ein Endprodukt oder Resultat. Es meint nicht, dass man „kuriert“ ist und auch nicht, dass einer einfach stabilisiert oder in der Gemeinschaft gepflegt wird. Gesundung beinhaltet oft eine Verwandlung seiner selbst, wobei man sowohl die eigenen Grenzen akzeptiert als auch eine neue Welt von Möglichkeiten entdeckt. Das ist das Paradoxe der Gesundung, dass wir, indem wir akzeptieren, was wir nicht können oder nicht sind, entdecken, wer wir sein können und was wir tun können. So ist Gesundung ein Prozess. Es ist ein Lebensweg. Eine Einstellung und eine Art, die täglichen Herausforderungen anzugehen. Es ist kein ganz linearer Prozess. Wie bei der Apfelrose hat Gesundung seine Zeiten, seine Zeit, nach unten in die Dunkelheit zu wachsen, um neue Wurzeln zu schaffen und dann die Zeit des Aufbrechens ins Sonnenlicht. Aber vor allem ist Gesundung ein langsamer, bedächtiger Prozess, der mit dem Stossen durch ein kleines Sandkorn nach dem anderen erfolgt.

Wie uns die Apfelrose lehrt, ist die Wachstums-Arbeit langsam und schwierig, aber das Resultat ist erstaunlich und wunderbar. Wir haben eine sehr schwierige Arbeit gewählt. Manchmal denke ich, wir sind etwas sonderbare Käuze, dass wir eine solche Arbeit ausgewählt haben. Ich meine, Computer verlangen nicht von uns, dass wir wachsen sollen, und die Bezahlung ist gewiss besser. Aber wir bleiben bei unserer Arbeit und sind ihr treu. Warum? Weil wir Teil einer Verschwörung im Geiste der Hoffnung sind und wir im Gesicht jeder Person mit einer psychiatrischen Beeinträchtigung ein Leben sehen, das nur auf guten Boden wartet, in welchem es wachsen kann. Wir setzen uns dafür ein, diesen guten Boden zu schaffen. Und so feiere ich euch. Ich feiere den starken, unglaublich hartnäckigen Geist von Menschen mit psychiatrischer Beeinträchtigung. Ich feiere die Person in jedem von uns. Ich feiere die Hoffnung. Ich feiere unsere Verschwörung. Und ich denke wir verdienen alle eine Runde Applaus.

Vielen Dank!

150 Heimbewohner besuchten die 9. Fachtagung des LVPE Rheinland-Pfalz

Die 9. Fachtagung des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V. fand im Westerwald, dem schönen Hachenburg, statt. Zu dem Thema "Wohnen und Betreuen – heute und morgen" haben sich 150 Menschen aus dem Heimbereich und der Heimaufsicht eingefunden. Heimleiter, Mitarbeiter aus den Heimen und Heimbewohner



nahmen bis zu 3 Stunden einfache Fahrt in Kauf. Glauben Sie nicht, dass die Heimbewohner nur still anwesend waren! Nach jedem Beitrag hatte die Moderatorin Frau Gerhardt von der Kiss Mainz Mühe den Zeitrahmen einzuhalten und am Schluss der Veranstaltung konnten viele Fragen zum Persönlichen Budget, Forensik, Zukunft der Heime, Werkstatt für behinderte Menschen und deren Einkommen usw. aus Zeitgründen nicht mehr gestellt und beantwortet werden.

Warum hatte der LVPE Rheinland-Pfalz e.V. dieses Thema gewählt?
Dazu gibt es mehrere Gründe:

- 1) Der LVPE Rheinland-Pfalz e.V. ist in den letzten Jahren gehäuft um Mithilfe bei detaillierten Missstände aus dem Heimbereich gebeten worden.
- 2) Der LVPE Rheinland-Pfalz e.V. sieht sich bei der kontrovers geführten Diskussion der Zukunft der Heime und dem Aufbau psychosozialer und psychiatrischer Hilfsangebote als gleichberechtigter Partner.
- 3) Der LVPE Rheinland-Pfalz e.V. wollte Politik, Heimbetreiber und Heimbewohner erstmals an einen Tisch bringen um mit Ihnen über die Zukunft der Heime anlässlich einer Tagung zu diskutieren - und das ist voll gelungen.

So wurde auch die Tagung organisiert.



Nach den Grußworten sprach Herr Speicher als Heimbetreiber über die Vision „Kann man im Heim auch wohnen?“. Mit detaillierten Beispielen aus seinem langen Leben als Heimbetreiber schilderte er Berichte wie die Heimbewohner die Betreuung durch das Heim ablehnten, jedoch im Heim – mit einem normalen Mietvertrag – wohnen wollten.



Herr Laupichler – Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Bundesverband Psychiatrie Erfahrener (BPE) – kennt das Innenleben nicht nur der Studentenwohnheime sondern auch der psychiatrischen Wohnheime. Er wohnt zwischenzeitlich in einer eigenen Sozialwohnung. Nach seiner Kritik an den herkömmlichen Heimen: Trotz hohem Einsatz von Geld, Idealismus einiger Mitarbeiter und die Krankeneinsicht und der

Leidensdruck der Bewohner sowie der Zeit zur Veränderung ist keine Entwicklung in der persönlichen Situation der Heimbewohner erfolgt auch der hohe Medikamentenbedarf ist wie die Abstumpfung gegenüber den Mitarbeitern noch immer vorhanden. Nach dieser Kritik erfolgte seine Vision für ein sozialpsychiatrisches Wohnen. Mit dem seit 1998 modellhaft in Rheinland-Pfalz eingeführten Persönlichen Budget sieht Herr Laupichler einen Weg in kleine Wohngemeinschaften in der Gemeinde oder Vororte von Städten mit guten Busanbindungen, mit zusammenpassenden Bewohnern in der Wohngemeinschaft, der individuellen Gestaltung von Tageszeit und Wohnraum sowie der individuellen Ansprache und Geborgenheit der Heimbewohner. Auf negative Erfahrungen der Auflösung der Heime wies er durch die Beispiele in den USA unter Ronald Reagen und den 70er Jahren des letzten Jahrhundert in Italien hin.

Die psychiatrischen und heilpädagogischen Heime Andernach präsentierten ihren kulturellen Beitrag nach der Mittagspause unter dem Thema: Was bedeutet es in einem Heim zu Leben; welche Perspektive ergeben sich und unter welchen Bedingungen stellt sich Zufriedenheit bei den Menschen die betreut werden ein? Während 15 Minuten erstmaliger

Bühnenerfahrung präsentierten die 14 Heimbewohner und Therapeuten mit größtem Engagement ihre Freude für die Abwechslung im Alltagsleben und dem Glück dabei zu sein. Ihre über 6 Monate einstudierte Choreografie stellten sie mit viel Emotionalität und individuellem Ausdruck dar.



Herr Weinmann

Herr Weinmann hatte die schwere Aufgabe nach dem Mittagessen und einem Spaziergang in der schönen Altstadt Hachenburgs - bei schönstem Wetter – die tagungsunerfahrene Zuhörer wieder auf das Thema zu konzentrieren. Er schaffte das mit seiner lebhaften, persönlichen Lebensgeschichte und den optisch gut präsentierten Fotos aus seiner ambulant betreuten Wohngemeinschaft. Nach Klinikaufenthalt, gesetzlicher und sozialer Betreuung lebt er schon seit Jahren –

mittlerweile nur noch mit normalen Mietvertrag – in einer sozialpsychiatrischen Wohngemeinschaft. Seine Stabilisierung in der Wohngemeinschaft führte ihn in den ersten Arbeitsmarkt mit Halbtagsbeschäftigung zurück, wo er seit Jahren ohne Krankheitsausfall arbeitet.



Herr Scholten

Herr Ministerialrat (MinR) Bernhard Scholten vertrat Ministerin Malu Dreyer. Herr Scholten bestätigte den hohen Sanierungsbedarf der großen, in den 80er Jahren gebauten Heime. Er konnte die Kritik der Heimbewohner, dass keine eigene Toilette, keine eigene Dusche oder Bad oder auch Waschbecken vorhanden ist, nicht widerlegen. Er wies auf die 10 Jahre Psychiatriereform in Rheinland-Pfalz hin, wo die durchschnittliche Heimgröße um ca. 40% - auf 66

Plätze pro Heim - reduziert wurde. Nach seiner Meinung ist eine qualitative und quantitative Veränderung im Sinne der Bewohner nur durch einen Dialog von Heimbetreiber, Heimbewohnern und Politik zu erreichen. Die unerwartete große Anzahl der Heimbewohner an dieser Tagung hat ihn sehr gefreut. Seine Freude an den Forderungen und Visionen der Referenten drückte er durch die Bitte einer Dokumentation der Fachtagung aus, die er im Sozial-Ministerium bearbeiten möchte.

10te Fachtagung war ein riesiger Erfolg!

Die Organisatoren der 10-ten Fachtagung des LVPE Rheinland-Pfalz e.V. hatten sich die Aufgabe gestellt **Genesungsbeispiele** zu beleuchten.



Univ. Prof. Dr. Michaela Amering

30 Psychiatrie-Erfahrene und 30 Professionelle hörten schon mit größter Spannung der wissenschaftlichen Betrachtung der Genesung von chronisch psychisch krank diagnostizierten Menschen durch Uni. Prof. Dr. Michaela Amering aus Wien zu. Die weite Anreise von Frau Amering nach Ludwigshafen hatte sich gelohnt. Alle Psychiatrie-Erfahrenen waren so beeindruckt von ihren Ausführungen, dass

die Psychiatrie-Erfahrenen nach der Tagung, auf der zum Teil vierstündigen Heimreise, nur über die internationalen Beispiele von Frau Amering diskutierten.



Frau Roswitha Beck

Der erste Arbeitstag in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfBM), das Selbsthilfetreffen in Trier am Dienstag und die Vollversammlung in der WfBM am Mittwoch hatten nur ein Thema: **Recovery-Konzepte**. Frau Michaela Amering hatte erreicht, dass die Schirmherrin, die Frau des Ministerpräsidenten aus Rheinland-Pfalz und

Bundvorsitzender der SPD, Roswitha Beck, vor Beendigung der Tagung noch eine Projektfinanzierung zur „**Aktivierung der Psychiatrie-Erfahrenen im Sinne von Recovery**“ zusagte.

Pat Deegan – nach fast zwei Jahrzehnten Leben mit Schizophrenie, heute weltweit erfolgreiche Forscherin und eine der ersten Repräsentanten von Recovery – definiert Recovery als „eine Entwicklung aus den Beschränkungen der PatientInnenrolle hin zu einem selbstbestimmten Leben“. Im Wörterbuch finden sich folgende Übersetzungen für Recovery: Erholung, Besserung, Genesung, Gesundung, Bergung, Rettung, Rückgewinnung, Wiedergewinnung, Wiederfinden.

Die Ausführungen der Beispiele von Frau Amering, Recovery als individuellen, subjektiver Prozess zu sehen fanden auch die Zustimmung der Psychiatrie- Erfahrenen Referenten Dr. Norbert Südland und Kalle Pehe. Beide Referenten zeigten anhand ihrer Biographie auf wie wichtig für ihre Genesung, die Hoffnung nicht zu verlieren, war. Beide Referenten nannten ihre Ressourcen, die zur positiven Entwicklung führten, in dem sie nicht an die Unheilbarkeit psychischer Erkrankungen glaubten. Für Kalle Pehe war ein Vortrag von Dorothea Buck – Ehrenvorsitzende des Bundesverbandes Psychiatrie Erfahrene – die Initialzündung. Dr. Norbert Südland glaubte an seine Fähigkeit das Physikstudium erfolgreich abzuschließen. Mit dieser Hoffnung entwickelten beide das Selbstwertgefühl in Unabhängigkeit von der Diagnose. Es entstand Selbstachtung, die das Selbstwertgefühl bewahrt und damit übergaben sie sich nicht der Patientenrolle.



Dr. Norbert Südland

Das nicht in erster Linie psychiatrietätige Mitarbeiter an der Gesundung beteiligt waren wurde von den drei Referenten an Beispielen bestätigt. Das soziale Umfeld Partnerin, Kinder, Geschwister, Schule und kooperativer Psychiater trug bei Kalle Pehe wesentlich zur Gesundung bei. Die sinnvolle wissenschaftliche Beschäftigung mit der Physik sowie pragmatischen Aufgabenstellungen physikalischer Probleme und das Elternhaus führten den Musterschüler Dr. Norbert Südland zur Gesundung.

Der Landesverband der Psychiatrie Erfahrenen Rheinland-Pfalz e.V. hat mit diesem zukunftsweisendem Thema „Wege der Genesung! Wieder in die Gesellschaft“ bei den anwesenden professionellen und psychiatrienerfahrenen Menschen eine positive Haltung hervorgerufen - eine Abwendung von der traditionellen krankheitsorientierten Behandlung zu integrativen, multidimensionalen Konzepten (Salutogenese). Bei den psychiatrienerfahrenen Menschen wurde ein Gefühl von Verstehbarkeit, Handbarkeit/Bewältigung und die Energie zur Überwindung schwieriger Situationen entdeckt – die Anwesenden verstanden diesen Tag als den Wandel ihrer Sichtweise.

Unser Landesverband

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (LVPE) ist ein eingetragener Verein psychisch kranker oder krank gewesener Menschen, der 1996 nach Inkrafttreten des Gesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) von bereits bestehenden Selbsthilfegruppen aus Mainz, Landau und Trier gegründet wurde. Wir haben zur Zeit ca. 160 Mitglieder und ca. 25 Fördermitglieder.

Entsprechend unserer Satzung vertreten wir einerseits die Interessen der Betroffenen des Landes im allgemeinen und stehen andererseits jedem einzelnen mit Rat und Tat zur Seite, wenn dieser das wünscht.

Im PsychKG §6 heißt es wörtlich: “Ehrenamtliche Hilfen einschließlich der Angehörigenarbeit sowie Projekte der Selbsthilfe sind in die Versorgung psychisch kranker Personen einzubeziehen. Soweit dies deren Wünschen entspricht, haben diese Hilfen Vorrang vor öffentlichen Hilfen.”

Wir bieten daher allen Betroffenen unsere Hilfe an.

Ein weiteres, wesentliches Ziel unserer Bemühungen ist der Abbau der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in der heutigen Gesellschaft unserer Zeit.

Deswegen soll der Öffentlichkeitsarbeit ein breiter Raum zugestanden werden.

Da die Medien nur sporadisch positiv über psychische Erkrankungen und ihre Begleiterscheinungen berichten, wollen wir Aufklärung und Information in Schulen, an der Universität und in der Öffentlichkeit “von unten” betreiben. In Verbindung mit den Angehörigen Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen in Rheinland-Pfalz besuchen wir Schulen.

» Wir wollen was ändern «

Sie können auch mit uns, siehe Impressum, in Kontakt treten, um weitere Informationen über den Landesverband zu erhalten oder um einen Termin zu vereinbaren.

Unser Engagement

Wir versuchen neue Selbsthilfegruppen ins Leben zu rufen, auch leisten wir finanzielle und logistische Hilfe bei deren Aufbau und Betreuung.

Wir initiieren sogenannte Psychose-Seminare, um einen Gedanken- und Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen zu ermöglichen.

Unsere Interessenvertretung

Wir sind vertreten in Gremien, wie dem Landespsychiatriebeirat, seinem "Ständigen Ausschuß", dem "Verein zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz", dem Landesbeirat zur Teilhabe behinderter Menschen Rheinland-Pfalz und dem Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV) sowie in weiteren mit der Psychiatrie befaßten Organisationen.

Wir bemühen uns um Kontakte zu Politikern, um dort unsere Wünsche und Forderungen zu formulieren und so eine Lobby zu finden, die uns bei der Einforderung und Durchsetzung der uns zugestandenen Rechte beistehen und helfen, diese auch in die Tat umzusetzen.

Unsere Finanzierung

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz stellt uns den Hauptteil der Mittel zur Verfügung. Ergänzt werden diese mit der Förderung durch die Krankenkassen, durch Spenden sowie den Mitgliedsbeiträgen.

Unsere Jahreszeitschrift

Jedes Mitglied erhält kostenlos unser Journal "Leuchfeuer", das alljährlich von uns herausgegeben wird und auf ca. 140 Seiten zusammenfaßt, was die Gremien- und Vorstandsarbeit betrifft, Erfahrungsberichte von Betroffenen wiedergibt und was sonst noch im regionalen und überregionalen Bereichen zu berichten ist.

Alljährlich wird aus gegebenen Anlaß ein Schwerpunktthema gewählt das besonderer Beachtung findet.

Impressum

Herausgeber: Landesverband
Psychiatrie-Erfahrener
Rheinland-Pfalz e.V.
Radaktion: Anne Ihmig, Franz-Josef Wagner
Layout/Gestaltung: Detlef Möllendorf
Druck: Koster Druck
Auf Hirtenberg 8
54296 Trier

Wir danken dem

*Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Familie und Frauen Rheinland-Pfalz
sowie dem*

*Verein zur Unterstützung für Gemeindenahe
Psychiatrie in Rheinland-Pfalz e.V.*

für Ihre Unterstützung.

Fachtagungen

Seit 1997 veranstaltet der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. jährlich eine ganztägige Fachtagung.

- 1997 *„Alternativen in der Akutpsychiatrie - Soteria“*
- 1998 *„Krisenintervention im ländlichen Raum“*
- 1999 *„Neue Wege zur Arbeit für psychisch Kranke - Integrationsfirmen“*
- 2000 *„Empfehlungen zur frauengerechten Psychiatrie“*
- 2001 *„Beschwerdemöglichkeiten und andere Rechte für Psychiatrie-Erfahrene“*
- 2002 *„Strategien zum Umgang bei wiederkehrenden Depressionen“*
- 2003 *„Psychotherapie auch bei Psychosen?“*
- 2004 *„Wenn Angst und Panik das Leben beherrschen!“*
- 2005 *„Wohnen und Betreuen - heute und morgen“*
- .2006 *„Wege der Genesung! Wieder in die Gesellschaft“*

Im September 2007 lautet das Thema der Fachtagung:

„Traumatische Erlebnisse und psychische Erkrankungen“

Seelische Verletzungen in der Kindheit als Ursache psychischer Erkrankungen.

