

Er Lykkepiller virkningsløse?

Ny international undersøgelse viser, at antidepressive midler ikke virker bedre end specielle kalktabletter, der også giver bivirkninger. "Bivirkningerne" får tilsyneladende folk til at tro, at de behandles af et effektivt middel.

*Nedenstående artikel er bragt med tilladelse fra
Forskningsnyt – fra Psykologien, april 1999
Thomas Nielsen*

Debat

Hvor godt virker medicin mod depression?

Omkring 1950 opfandt man den første medicin, der specielt virkede mod depression: Imipramin. Senere er der udviklet en lang række variationer over denne medicin med de såkaldte „lykkepiller“ som det sidste skud på stammen. Men alle disse variationer over den oprindelige medicin virker tilsyneladende nogenlunde lige godt mod depression, så her kan vi for nemheds skyld slå dem sammen under betegnelsen *antidepressiv medicin*.

Hvor godt virker så denne antidepressive medicin? De tidligste rapporter fra halvtredserne gik ud på, at gennemsnitlig 60-70%, altså ca. 2/3 af alle de deprimerede patienter, kom sig i løbet af 2-4 uger med antidepressiv medicin. Den første konklusion gik altså ud på, at medicinen helbredte 2 ud af 3 deprimerede.

Det blev dog indvendt mod denne konklusion, at det kunne være, at nogle af de deprimerede patienter kom sig mere, fordi de *troede*, at pillerne ville hjælpe dem, end på grund af pillernes kemiske påvirkning af deres hjerne.

For at tage højde for denne indvending begyndte man i 1960'erne at udføre de såkaldte dobbeltblindforsøg. Ved en dobbeltblind undersøgelse giver man piller med ens udseende til to grupper af patienter med gennemsnitligt lige stærke depressioner. Den ene gruppe af patienterne får rigtige piller, mens

den anden gruppe får snydepiller eller placebo-piller, altså piller der kun er lavet af kalk. At undersøgelser er dobbeltblind betyder, at hverken patienten selv eller de læger, der uddeler pillerne, ved, hvem der har fået rigtige, og hvem der har fået falske piller.

Lægen er også nødt til at være blind med hensyn til, hvem der har fået rigtige piller, for ellers kunne det jo være, at han af bare begejstring for pillerne kom til at vurdere de, der havde fået piller som mere raske, end de var i virkeligheden.

Der er nu udført over 100 sådanne dobbeltblindforsøg med antidepressiv medicin, og de viser gennemgående, at to tredjedele stadig kommer sig med antidepressiv medicin, men også at mindst en tredjedel kommer sig lige så meget med placebopiller.

Herefter kan man selvfølgelig ikke længere konkludere, at pillerne helbreder to tredjedele, men kun en tredjedel, fordi den anden tredjedel også ville være blevet raske med placebopiller.

Denne mere beskedne konklusion, at antidepressiv medicin „helbreder“ en tredjedel af de deprimerede patienter, er imidlertid for nylig også blevet kritiseret for at være alt for optimistisk.

Flere kritikere af de dobbeltblinde forsøg har i de senere år gjort opmærksom på, at patienterne nok ikke er så „blinde“, som det påstås. Sagen er nemlig den, at de rigtige piller har nogle ofte ganske stærke bivirkninger (f.eks. svimmelhed, tørhed i munden og vandladningsbesvær). De patienter, der deltager i en dobbeltblind undersøgelse, og som får disse bivirkninger, kan jo let gætte, at de har fået den rigtige medicin, og det vil kunne give en større placebo-virkning - et stærkere håb om nok at blive rask - mens de patienter, der ikke mærker nogen bivirkninger, tilsvarende kan komme til at tro, at de nok har fået snydepiller, og derfor får svækket placebovirkningen. Kort sagt kan det



Foto: Jette Nielsen

altså tænkes, at de rigtige piller virker bedst, ikke så meget fordi de påvirker hjernen, men mere fordi de giver bivirkninger i kroppen og dermed anledning til stærkere placeboeffekter.

For at tage højde for denne kritik er man nødt til at benytte to placebo grupper, både en der får helt virkningssløse piller, og en gruppe der får piller uden virkning på depression, men med virkninger på kroppen, således at de pågældende får „bivirkninger“ og dermed ligeså me-

get håb om helbredelse og altså lige så stærke placebo-virkninger som patienter, der får rigtig medicin.

Desværre er der kun udført ni undersøgelser af denne art, og disse undersøgelser er nu blevet analyseret af en engelsk forskergruppe fra universitetet i London. De engelske forskere konkluderer ud fra deres gennemgang, at effekten af antidepressiv medicin tilsyneladende kun er halvt så stor som tidligere antaget, når man ser på forskellen mellem virkningerne af de rigtige piller og virkningen af placebopiller med „bivirkninger“. Det beror ikke på, at de rigtige piller var mindre effektive i disse undersøgelser, men udelukkende på at de placebopiller, der havde bivirkninger i kroppen, gav meget bedre virkninger på depressionen end placebopiller uden bivirkninger.

Når man kun så på de fire bedste undersøgelser, der omfattede hospitals indlagte patienter, fandt man endda, at der ikke var nogen gennemsnitlig statistisk signifikant forskel på virkningen af rigtige piller og virkningen af placebopiller med „bivirkninger“.

Kilde: Moncrieff, J., Wessely, S., & Hardy, R. (1998) *Meta-analysis of trials comparing antidepressants with active placebos. British Journal of Psychiatry, 172, 227-231.*

„Forskningsnyt fra psykologien“ kan kontaktes på Tlf. 8942 4900.

Vi har bedt professor Tom Bolvig om et svar på ovenstående indlæg - det kommer i næste nummer af OUTsideren.

Få din reklame i OUTsideren Det er ikke så tosset endda!

OUTsiderens læsere er først og fremmest brugere af det psykiatriske system, pårørende samt behandlere såsom psykiatere, psykologer, sygeplejersker, socialarbejdere o.lign.

I OUTsideren kan du se eksempler på annoncer på side 9, 12, 16-17, 21 og 25

En helsides annonce i OUTsideren koster 1000 kr, 1/2 side 750 kr, 1/4 side 500 kr, 1/8 side 250 kr.

Tror du på SSRI ?

Professor Tom Bolvig provokerer på Café Amokka ... og det på en søndag! Selv om debatten om brug af antidepressiv medicin ind imellem kørte på et plan, som om det handlede om at tro, kom der dog vigtige oplysninger frem på mødet, skønt ikke noget nyt.

Af Annette Madsen

Referat

85% af psykiatriske patienter genindlægges

Der var mange, der ønskede ordet:

- Jeg kan ikke undvære medicinen. Den betyder,

Professor i psykiatri, Tom Bolvig, kridtede selv banen op i sit indlæg, og selv om han ikke ville såre nogen, ville han gerne provokere.

Grundholdningen i Danmark er, at angst og depression har rod i noget, der er hændt tidligt i livet ... og der hersker en "god" protestantisk holdning til, at man skal lide meget for så sidenhen at komme lutret ud på den anden side. Jeg er forkvalmet af den indstilling. Man skal bare slå op i bladet „Alt for damerne“, så er der beretninger om kvinder, der efter mange års psykoterapi, hvor de gennemlevende deres smerte, er blevet glade, positive mennesker igen, siger Tom Bolvig i sit oplæg om de evigt aktuelle SSRI præparater, populært kaldet lykkepiller. Og han fortsætter:

Jeg ved, at på kun 3 uger kan folk ved hjælp af medicin komme så meget fri af en depression, at grundstemningen hos dem ændrer sig fra en kreds om selvmord til en parathed til at indgå i et psykoterapeutisk forløb.

Før lidt psykoterapi

Og så var debatten i gang. En tilhører kommenterede Bolvigs indlæg:

- Psykoterapi ... altså vel at mærke for de få, der skulle være så heldige at komme i psykoterapi.

Det blev endnu engang slået fast, at psykiatrien er et underprioriteret område, så bevillingerne er for små. En væsentlig grund til at der ikke bevilges tilstrækkelig psykoterapi. Det kunne også være fordi, at eksperterne, og det vil sige lægerne, som rådgiver politikerne, ikke kraftfuldt nok kræver økonomiske ressourcer, som de kan anvende til en psykoterapeutisk opbakning i forbindelse med ordinerings af antidepressiv medicin. Og det til trods for, at man fra undersøgelser ved, at det kan have alvorlige konsekvenser, hvis medicinen gives uden en samtidig psykoterapeutisk behandling.



Professor Tom Bolvig

Foto: Michael P. Krog

at jeg kan fungere som sygeplejerske forhåbentlig mange år endnu, sagde sygeplejersken.

En anden sygeplejerske, der arbejdede i psykiatrien, stillede sig kritisk over for *den gode virkning* af midlerne på lang sigt, når 85% af psykiatriske patienter genindlægges. En psykolog gav udtryk for kritik af den rundhændede brug af midlerne og for sine tvivl over for psykiatriens "bevisførelse", hvad angår virkningen af de nye midler. Tom Bolvig pointerede, at hvis midlerne ingen positiv virkning havde på depressionssygdom, ville folk ikke tage dem, da de jo i mange tilfælde dæmper den seksuelle lyst og ovne. Det er én af flere bivirkninger, som SSRI midlerne har.

Hvor lang tid tager en normal sorg?

-Depression er genetisk betinget, det er flere gener, der spiller en afgørende rolle for serotoninpumpens funktion. Nogle mennesker har en reaktion på tab af forskellig art, der er meget langvarig, nemlig fra 3-9 måneder. Det ses på, at stemningslejet er lavt, og at de ikke kan opmuntres. Her er der tale om depression. Men erkender Tom Bolvig:

-Vi ved ikke nok om det eller - rettere sagt - kan ikke altid måle, om der er tale om sorg eller en medicinkrævende depression. Vi prøver os frem og tager da også fejl ind imellem.

Bliver man afhængig?

Ifølge Tom Bolvigs udtalelser er SSRI midlerne ikke afhængighedsskabende i almindelig forstand som benzodiazepiner og morfinstoffer m.fl. Tom Bolvig siger om problemet: „Kun på samme måde som hvis man ikke fik sin insulin. Man kan få det meget dårligt, hvis man holder op på én gang, så man skal afvæjnes over tid. Symptomerne er uro, kvalme, hjertebanken, depression og opkastninger. Det er jo depressionen, der kommer igen, når man ikke får sin medicin.“

Det var Hjerneforeningen der stod som arrangør og Café Amokka i København lagde lokale til

Forklaring til serotoninpumpen

For at opretholde et stabilt stemningsleje har det betydning, at der er en vis balance mellem serotoninproduktion og forbrug af serotonin. En forstyrret balance kan føre til depression. Serotonin er et signalstof i hjernen og altså betingelsen for, at der kan løbe impulser mellem nervecellerne i hjernen. Hvis stoffet mangler, fungerer impulstrafikken ikke. Dette kan foruden depressioner give hallucinationer og angst. Også sexfyst, appetit og tørst påvirkes.

Ovenstående, er en fremherskende hypotese blandt psykiatere.

Adresser på Hjemmesiden!

Nu kan du finde adresser på være- og aktivitetssteder foreløbig i Storkøbenhavn på OUSiderens hjemmeside

WWW.OUTsideren.dk

Café Offside

arbejdsglæde - fællesskab - økologi

Brug caféen:

Som frivillig cafémedarbejder:

Som kunde:

Hvis du er førtidspensionist eller arbejdsledig, kan du blive frivillig cafémedarbejder. Vær med til at drive en god café, du vælger selv arbejdsdage og opgaver. Der kræves ingen forkundskaber. Ring og hør nærmere. Caféen er fra 1997 godkendt som økologisk Café.

Kan du spise et sundt måltid varmt mad for 25 kr., læse dagens avis, få en sludder med naboen og nyde billederne i cafégalleriet.

Ca. en gang om måneden er der aftenåbent med musik, foredrag og lign.



Statskontrolleret økologisk

Priser:

Dagens ret	25,-
Kaffe	4,-
Smørrebrød	7,-
Vand	5,-

Åbningstider:

Mandag:	12-16
Tirsdag:	12-16
Onsdag:	12-16
Fredag:	12-16

Stevnsgade 3-5 2200 Kbh. N. - Telf. 35370473

News

- [home](#)
- [jobs](#)
- [courses](#)
- [conferences](#)
- [news archive](#)
- [research archive](#)
- [members forum](#)
- [critical minded](#)
- [gift minded](#)
- [contact us](#)
- [advertise your jobs, courses and conferences](#)

Warning that Efexor antidepressant is associated with an increasing number of suicides and accidental fatal overdoses

August 23, 2004

A warning has been issued by statisticians that the Efexor antidepressant is associated with an increasing number of suicides and accidental fatal overdoses.

The Office for National Statistics (ONS) surveyed the fatal toxicity of all antidepressants over 10 years, based on data in coroners' reports in England and Wales.

The government agency's survey found deaths associated with venlafaxine, a drug sold in the UK under the brandname Efexor by drug firm Wyeth, were equivalent to 8.5 for every million prescriptions since its launch in 1995.

The drug, a serotonin and noradrenaline re-uptake inhibitor (SNRI), is more powerful than the selective serotonin re-uptake inhibitor (SSRI) anti-depressants. It is most commonly prescribed for psychiatric inpatients.

The agency said deaths associated with Efexor were a lot more than the SSRIs, which averaged one death for every million, but less than the tricyclic family of antidepressants including dothiepin and amitriptyline, which averaged 43.1 for every million.

Nevertheless, the National Institute of Clinical Excellence is expected to approve Efexor when it soon launches its guideline for treating depression.

Meanwhile, The Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency is close to completing a review of the safety and efficacy of SSRIs. It is expected to warn that a minority of SSRI users may experience increased feelings of suicidality.

Wyeth sells about 2m Efexor prescriptions a year.

A Wyeth spokeswoman told societyguardian.co.uk: "These figures of deaths per million do not take into account the severity of the condition of people being treated, or the fact that patients being given Efexor have often failed on other antidepressants.

"Patients who are severely ill are being treated on this drug and that is why the figures are higher."

[Email a colleague about this article](#)

[Have a story? Know of innovative practice? Get national newspaper coverage](#)

Sophie Corlett, director of policy at Mind, the mental health charity, told societyguardian.co.uk: "Efexor is a relatively new antidepressant, and so reports of adverse side-effects have only recently begun to emerge."

"Mind has been aware for some time of reports from mental health service users of quite debilitating side-effects, ranging from dizziness and nausea to severe headaches, and dependency problems. Although on the whole Efexor has a better reputation than other antidepressants, in a recent survey almost half of respondents reported difficulties when coming off the drug or in reducing its dose."

See societyguardian.co.uk article in full

See also:

July 27, 2004: [Warning that Seroxat may increase the risk of suicide in young adults to be issued throughout Europe - but Medicines and Healthcare products Regulatory Agency issues no warning to British doctors, reports independent.co.uk](#)

June 14: [Regulatory body to warn some SSRI](#)

[antidepressants can cause adults to become suicidal](#)

March 28: [SSRI antidepressants must carry warnings that people might become suicidal while taking them - US drug regulator states](#)

Add your comments

What do you think? Email your comments on the above article to the editor using the form below. Selected comments will be displayed.

First name:

Last name:

Current position:

Place of work:

E-mail address:

Story commenting upon: (type in article headline)

Comments: (you may find it easier to copy and paste from a word file)

ykatriens tunge arv

Uforholdene for mennesker i psykisk krise, er som de er, indenfor og i samfundet idag, kan man få et indblik i ved læsningen af nedenstående og illustrere psykiatriens lukkethed overfor nyt og psykiatrenes snævre rammer lsen af, hvad det er der foregår med det enkelte individ i psykisk krise. (red.) fra Samler Nyt, nr. 3. 2 årgang December 1997.

en naive arv fra 1970erne

Finis Schulzinger er professor dr. med. i psykiatri og fhv. administrerende overlæge på Hvidovre Hospital.

Det er skadeligt og ubarmhjerfigt, når folketingspolitikere nu foreslår, at med skizofrene psykoser skal „gennemleve“ deres sygdom uden medicin.

OLKETINGTETS Retsudvalg har foreslået, at der forsøgsvis etableres nye hospitalsafdelinger, i hvilke behandling med antipsykotisk medicin ikke skal d. Dette forslag fordømmes af fremtrædende psykiatere med henvisning til, at medføre, at de svært syge patienter - d.v.s. mennesker med skizofrene psykoser - ikke får en behandling, der normalt ville kunne afkorte lange pinagtige sygdomsforløb. I stedet for retsudvalgets tiltag er en antagelse om, at det skulle noget positivt, at patienterne fik lejlighed til at „gennemleve „ deres psykose.

Denne antagelse hos udvalget har desværre ikke noget at gøre med virkeligheden. I stedet for et levn fra 1970'ernes antipsykiatriske bevægelse med digteren Ronald Laing i hovedet. Engelske efterundersøgelser af Laing og medarbejderes behandlingsresultater viste, at denne voldsomme eksistentiale behandling af psykosen viste, at denne voldsomme eksistentiale behandlingsform ikke afkortede eller standsede patienternes psykoser.

Det ville derfor være ganske uetisk - også jævnfør lægeloven - at berøve patienterne behandling med neuroleptisk medicin, der i høj grad reducerer deres voldsomme symptomer såsom vrangforestillinger og hallucinationer. Disse symptomer bidrager i høj grad til at øge patienternes angst og depression - og dermed selvmordsrisikoen, der er høj hos ubehandlede skizofrene. Den er af samme størrelsesorden som selvmordsrisikoen hos patienter med svære depressioner.

Den neuroleptiske skizofrenibehandlingshistorie i ind- og udland har ganske klart demonstreret effektiviteten af denne. Et kort, men tydeligt eksempel, er følgende: Det gamle psykiatriske hospital (nu Amtshospitalet) i Nykøbing Sjælland blev mellem 1908 og 1915

opført af staten.

Der var dels for få sengepladser i de statslige sindssygehospitaler, dels var Ods herred plaget af en uhyrlig fattigdom. Hospitalet kunne derfor give beskæftigelse til entreprenører og bygningsarbejdere, og i tilgift øge omsætningen i byens forretninger, når der blev ansat flere hundreder fastlønnede funktionærer, der skulle bo i byen og på hospitalet. Det viste sig, at hospitalets etablering opfyldte forventningerne.

Fra 1915-54 var patientfluktuationen relativt konstant, nemlig 300 - 400 indlæggelser og udskrivninger om året. I slutningen af 1954 indførte man på hospitalet behandling af skizofreni med den nu så forkætrede neuroleptiske medicin. Hvad skete der så? Allerede fra og med 1955 steg den årlige fluktuation af patienter „ind og ud“ fra 300-400 om året til 1200-1300 årligt.

Det skyldtes selvsagt, at den nye behandling medførte, at en stor del af de kroniske og de nyindlagte patienter kunne udskrives og fortsætte behandlingen ambulant. De følgende år fortsatte den høje, årlige patientomsætning. Det betød også, at overbelægningen forsvandt. De overfyldte afdelinger, der fuldstændigt manglede opholdsrum til patienterne, fik etableret både opholdsrum og lokaler til forskellige former for beskæftigelsesterapi. I løbet af få år var den tilsvarende udvikling også gennemført på samtlige statshospitaler og på Københavns Kommunes store Sankt Hans Hospital i Roskilde. Resultatet af denne udvikling var, at mens der indtil 1955 eksisterede ca. 12.000 psykiatriske hospitalssenge i Danmark, er dette antal allerede for mange år siden faldet til ca. 4.000 hospitalssenge. Samtidigt er den danske befolkning steget med ca. 25 % - fra ca. fire mill. til ca. 5 mill. indbyggere.

Der kan ikke herske nogen tvivl om, at denne udvikling overvejende er et resultat af den neuroleptiske behandling. Den nuværende debat er næppe et resultat af dette forløb. Modstanden mod neuroleptika skyldes overvejende de bivirkninger, der ofte er forårsaget af denne behandling. Mange af de antipsykotiske neuroleptiske præparater er meget effektive med henblik på at fjerne eller formindske skizofreniens svært pinagtige symptomer. Men bivirkningerne er ofte - men dog langt fra altid - yderst generende i form af ufrivillige bevægelser af samme art som hos patienter med Parkinsons Sygdom. Medicinen mod denne sygdom hjælper dog i større eller mindre grad på de neuroleptiske bivirkninger.

Patienterne ved stort set udmærket besked med, at bivirkningerne kan være prisen for at slippe for sygdommens langt værre lidelser. Medicinalindustrien verden over har med held opfundet og produceret nye neuroleptika, som betegnes som „atypiske“. Det gør de fordi de medfører langt langt færre bivirkninger end de oprindelige præparater. Desværre er disse nye præparater mange gange dyrere end de traditionelle.

— Det skyldes især at omkostningerne ved medicinalindustriens forskning i nyere bedre præparater kræver meget store investeringer. Når industrien tror, at nu har den fundet et nyt og bedre præparat, søger den at få patent på præparatet. Før dette kan frigives til salg, skal det gennemprøves på dyr af forskellige størrelser - fra mus til aber. Det drejer sig om de samme procedurer, som er gældende for alle andre opfundne lægemidler. Et patent gælder i ca 17 år, men der går ofte fem til ti år, før myndighederne føler sig sikre nok til at frigive medikamentet til almindelig brug. For at overleve, må industrien prøve at sælge medicinen til priser, der inden for en rimelig årtække kan gå op med dens udviklingsudgifter til præparatet.

Disse nye neuroleptiske medikamenter er også frigivet til brug i Danmark. Der gives ikke tilskud til dem fra Sygesikringen, selv om det er vigtig medicin. På hospitalerne bruger man de nye præparater, men er dog rimeligt tilbageholdende for at undgå budgetoverskridelser. De behandlende læger kan dog hjælpe patienterne med at få tilskud til behandlingen gennem det sociale system efter udskrivelsen.

Min konklusion er den, at det må frarådes sundhedsministeren at gå videre med tanken om medicinfri hospitalsafdelinger til skizofrene patienter. Den ide er et blålys uden hold i virkeligheden. Der er selvfølgelig kun tale om et forsøg. Et sådant bør foregå på videnskabelige kriterier. Men jeg tvivler på, at nogen videnskabetisk komite kunne få sig selv til at give tilladelsen.

VID & SANS

Røg ødelægger indlæring

Bare en smule passiv rygning kan bevirke påviselig skade for et barns indlærings-evne. Både læse-, regne- og kombinerings-evnen kan blive påvirket, viser en undersøgelse, der er gennemført af forskere på Cincinnati børnehospital. Mere end 13 millioner amerikanske børn påvirkes af passiv rygning på denne måde, siger forskerne. Undersøgelsen fokuserede især på indhold af cotinin i blodet. Cotinin dannes, når nikotin bliver nedbrudt i kroppen og er den bedste indikator for passiv rygning. Jo mere cotinin børn har i kroppen, jo dårligere er deres evne til at læse, regne og kombinere. Især læsevnerne bliver påvirket. »Denne undersøgelse giver yderligere tilskyndelse til at beskytte børn mod røg i omgivelserne», siger Kimberly Yolton, der et år bag undersøgelsen. (Reuters)

Skibsvrag med guldbarrer

En sunken galleon, der stammer fra den spanske erobring, og med en last, der vurderes til omkring 410 millioner kroner i blandt andet guld- og sølvbarrer, er blevet lokaliseret af videnskabsmænd ud for Panamas Stillehavskyst. Skibet med navnet 'San José' sank 17. juni 1631 ved Perlegerne cirka 80 kilometer syd for Panama City. Historikere har i mange år og i store træk kendt til vraket's placering, men et hold dykkere gav sig tidligere i år til at finde skibets nøjagtige position. Der er ingen øjeblikkelige planer om at hæve vraket, fordi det er en bekostelig affære, som kræver udenlandske investeringer, sagde en talskvinde fra Panamas Kulturinstitut. (Reuters)

Musegener kortlagt

Videnskabsmænd har i realiteten afsluttet kortlægningen af mus' gener, efter at de for to år siden offentliggjorde det menneskelige genoms rækkefølge - og de har allerede fundet slående ligheder mellem mus og mænd. Mus har stort set det samme antal gener som mennesker, nemlig omkring 30.000, sagde forskerne. Desuden har mus den samme 'junk dna', det vil sige overskydende dna, hvis funktion man ikke kender. »Disse oplysninger gør det muligt at få indsigt i mange menneskelige genes funktion, fordi mus har næsten samme sæt af gener som mennesker, men mus kan anvendes til laboratorieforsøg», hed det i en erklæring fra Det Nationale Genforskningsinstitut i Washington. Forskerne regner med, at de seneste resultater vil forbedre behandlingen af sygdomme som kræft og immunsygdomme. (Reuters)



LYS FOR ENDEN ... Ny forskning tyder på, at placebo kan spille en vigtig rolle i behandlingen af depressioner. — Foto: Thomas Borberg

Placebo overgår lykkepiller

'Virkningsløse' tabletter - placebo - virker mindst lige så godt som antidepressive medikamenter, viser en amerikansk analyse af medicinalvirksomhedernes forsøg. Placeboens effekt kan registreres i hjernen.

Medicin

Af Shankar Vedantam,
The Washington Post

Efter tusinder af undersøgelser, millioner af recepter og milliarder af dollar i omsætning står to ting helt klart om piller til behandling af depression. Antidepressive midler som Prozac, Paxil og Zoloft virker. Og det gør sukkerkugler også.

cent - men placeboet holdbrede 32 procent fuldstændigt.

Det forvirrende og kontroversielle resultat betyder ikke, at antidepressive midler ikke virker. Men kliniskere og forskere siger, at flere undersøgelser tyder på, at amerikanere kan overvurdere medicinens virkning, og at de største fordele ved medicin kan stamme fra den omsorg og pleje, som patienter modtager under et klinisk forsøg - en omsorg, som ikke eksisterer for

antidepressive midler mellem 1979 og 1996 viser, at i 52 procent af forsøgene kan effekten af det antidepressive middel ikke skelnes fra virkningen af placeboet. Khan siger, at producenterne af Prozac måtte gennemføre fem forsøg for at nå frem til to, der var positive, og producenterne af Paxil og Zoloft måtte gennemføre endnu flere.

»Alt dette viser noget om, hvor svært det er at klassificere og identificere de sygdomme, vi står overfor», siger Thomas Laughren, der leder en gruppe forskere, som evaluerer medicinske forsøg. »...Psykiatriske diagnoser er bekræftende. Vi ved ikke rigtig noget om psykiatriske lidelser på et biologisk plan.

pressive midlers store virkning kan forklare, hvorfor de havde det så godt på placeboet. Patienter i videnskabelige undersøgelser får ikke at vide, om de får medicin eller placeboet.

Nogle forskere går ud fra, at medikamenterne i sig selv virker på grund af placeboeffekten, men de fleste psykiatere mener, at medicinen har en reel virkning.

»Medicin er en behandling, der lægges oven i placeboeffekten», siger Helen Mayberg, neuropsykiatriske læge i Toronto. I en undersøgelse, der blev offentliggjort i et amerikansk lægetidsskrift, evaluerede Mayberg hjerneforandringer under forsøg med placeboet.

Kortlægning af placeboeffekten

►Amerikanske forskere scannede klinisk depressive patienters hjerner gennem flere uger, efter at de havde fået enten antidepressiv medicin eller placebo.

Hos patienter, der fik det bedre, blev der registreret forandringer i aktiviteten i den forreste del af hjernen - forreste pandelap - uanset om de havde fået den rigtige eller den falske medicin.

Hos patienter, der havde fået placeboet, blev der registreret

anvende til laboratorieforsøg, hed det i en erklæring fra Det Nationale Genforskningsinstitut i Washington. Forskerne regner med, at de seneste resultater vil forbedre behandlingen af sygdomme som kræft og immun sygdomme. (Reuters)



FOTO: ARNE PETERSEN

Galapagos beskyttes

Ecuador afslørede i mandags en plan, som skal flytte Galapagosøernes lokale fiskere ud af det miljøfølsomme område nær øerne. Det skal ske for at beskytte det unikke dyreliv på Galapagos. Den ecuadorianske regering vil med planen forsøge at overtale fiskerne til at fiske 60 kilometer fra øerne og louver dem hjælp til at sætte deres fangst til større fiskerbåde. Fiskeri på Galapagos har i mange år været kilde til uoverensstemmelser. Øernes enestående bestand af søløver, tropiske fugle, kæmpe-skildpadder og iguaner inspirerede i 1800-tallet den britiske videnskabsmand Charles Darwin til at udvikle sin teori om arternes naturlige udvælgelse. (Reuters)

Pyramide opdaget

Arkæologer har opdaget en lille 4.500 år gammel pyramides grundflade i Arkenen ud for Kairo. Pyramiden menes at være bygget for en egyptisk dronning, nærmere bestemt farao Djedefres kone. Djedefres far Keops byggede den store pyramide i Giza, der ligger 13 kilometer syd for udgravingsstedet. En schweizisk-egyptisk ekspedition har gjort fundet. Djedefre menes at have tilranet sig tronen i Egypten ved at myrde sin ældre halvbror, og han var den tredje konge i det fjerde faraoiske dynasti. Han regerede i otte år. (Reuters)

Skjult kamera i flyvere

Airbus, den europæiske flyfabrikant, planlægger at installere skjulte kameraer over sæderne i flyvemaskinerne. Ideen er at lade besætningen overvåge passagererne og udse flykaperere, før de slår til, skriver det britiske videnskabsmagasin New Scientist. Kameraerne virker også i mørke, og formålet er at skabe tryghed for de passagerer, der er blevet bange for at flyve efter flykaperingerne 11. september. På en konference om luftfartsteknologi i sidste uge fortalte en forening, som kurerer flyskæk, at før 11. september havde ingen blandt 4.000 klienter nævnt kaping som årsag til flyskæk. Siden er kaping blevet den primære skræk for en tredjedel af klienterne. (Poli)

The Washington Post

Efter tusinder af undersøgelser, millioner af recepter og milliarder af dollar i omkostning står to ting helt klart om piller til behandling af depression. Antidepressive midler som Prozac, Paxil og Zolof virker. Og det gør sukkerkugler også.

I en ny analyse har man fundet frem til, at i flertallet af de forsøg, der er udført af medicinalfirmaer de seneste årtier, har piller med sukker i gjort det lige så godt som eller bedre end - antidepressive midler. Firmaerne har været nødt til at gennemføre adskillige forsøg for at få to, der viser et positivt resultat. Og to positive forsøg er det amerikanske fødevarer- og medicin-direktorats (FDA) minimum for at godkende produktet.

Dertil kommer, at sukkerpiller - eller placeboer - udløser dybe forandringer i de samme områder af hjernen, som bliver påvirket af medikamenterne. Det viser en videnskabelig undersøgelse, der blev offentliggjort i sidste uge. En forsker har bedrevet konkluderet, at flere deprimerede patienter får det bedre med placeboer end for tyve år siden.

Placeboer - eller kalkpiller - er længe blevet anvendt for at hjælpe forskere med at adskille den 'virkelige' virkning af medicin fra de 'illusoriske' følelser hos patienter. Placeboeffekten - det fænomen, at patienter føler sig bedre tilpas, efter at de er blevet behandlet med kalkpiller - er kendt overalt inden for sundhedsområdet. Men ny forskning tyder på, at placebo kan spille en usædvanlig vigtig rolle i behandlingen af depression - her er det, hvordan mennesker har det, der udgør forskellen mellem sygdom og sundhed.

Placebo virkede bedst

Forskningen kan kaste nyt lys på andre forskningsresultater. For eksempel dem, der kom frem ved en undersøgelse i sidste måned. Her blev urtemedicinen St. Johns urt sammenlignet med Zolof. St. Johns urt helbrede 24 procent af deprimerede mennesker fuldstændigt. Zolof helbrede 25 pro-

cent. Det resultat betyder ikke, at antidepressive midler ikke virker. Men klinisk og forskere siger, at flere undersøgelser tyder på, at amerikanere kan overvurdere medicinens virkning, og at de største fordele ved medicin kan stamme fra den omsorg og pleje, som patienter modtager under et klinisk forsøg - en omsorg, som ikke eksisterer for millioner af patienter, der spiser medicinen i den virkelige verden.

Ni ud af ti får medicin

»Medicine virker, og jeg udskriver recepter på disse medikamenter, men de er slet ikke de vidundermidler, som de er skrevet op til at være«, siger Wayne Blackmon, en psykiater fra Washington, hvis praksis i høj grad omfatter patienter, der lider af depression.

»Jeg ved fra kliniske erfaringer, at medicin alene ikke er nok«.

Alligevel er medicin blevet den behandlingsform, som læger tyer til per refleks. Langt den største del af de amerikanere, der modtager lægelig behandling for depression, får medicin. I USA eteg antallet af lægebøger for depression fra 14 millioner i 1987 til næsten 25 millioner sidste år, og der blev udskrevet medicin til ni ud af ti patienter, fremgår det af en undersøgelse, der blev offentliggjort i sidste uge.

Man ved ikke, hvor mange patienter der fik medicinen i en terapeutisk sammenhæng, selv om forskning har tydet på, at en kombination af medicin med psykoterapi giver det bedste resultat.

Den gennemsnitlige deltager i et otte ugers forsøg bruger omkring 20 timer på at blive undersøgt af de dygtige eksperter og af højt uddannede plejere, siger Arif Khan, der er psykiater fra Seattle, og som har studeret placeboeffekten i forsøg, der er foretaget sundhedsmyndighederne. Deltagerne - herunder dem, der har modtaget sukkerpiller - får detaljerede spørgsmål om, hvordan de har det, og enhver psykologisk forandring, de måtte føle, bliver omhyggeligt noteret.

Til sammenligning taler den gennemsnitlige deprimerede patient med en læge omkring 20 minutter om måneden, siger Khan.

Hans analyse af 96 forsøg med

»Alt dette viser noget om, hvor svært det er at klassificere og identificere de sygdomme, vi står overfor«, siger Thomas Laughren, der leder en gruppe forskere, som evaluerer medicinske forsøg.

»Psykiatriske diagnoser er beskrevne. Vi ved ikke rigtig noget om psykiatriske helser på et biologisk plan«.

Patienter med de samme symptomer kan have forskellige problemer med kemien i deres hjerner, forklarer han. Videnskabsmanden forsøger ikke de neurologiske mekanismer ved depression - eller hvorfor medicin som Prozac og Paxil virker.

»Vi vil gerne tro, at vi giver mennesker en behandling, og at de får det bedre«, siger Andrew Leuchter, professor i psykiatri.

»Vi lider af den vildfarelse, at vi gør fremskridt, men vi kender ikke grunden til, at et eneste menneske får det bedre. Der er ingen tvivl om, at en af de faktorer, der betyder noget, er den tid, vi bruger med patienterne og den kontakt, som vi giver dem«.

Forandret hjerneaktivitet

I januar offentliggjorde Leuchter en undersøgelse i et amerikansk tidsskrift for psykiatere. Her sporede han nogle af de hjerneforandringer, der forbindes med Prozac og Effxor. Da Leuchter sammenlignede hjerneforandringer hos patienter, der fik placeboer, blev han overrasket over at opdage, at mange af dem havde forandringer i de samme dele af hjernen - de dele, som menes at kontrollere vigtige sider af et menneskes humør.

Patienter, der fik det bedre på placeboer, udviste øget aktivitet i den forreste pandelap, og denne aktivitet blev ved med at øges i de otte uger, som undersøgelsen varede. De mennesker, som reagerede på medicinen, ndviste først et fald i aktiviteten i den forreste pandelap og derefter en stigning, som efterhånden aftog. 38 procent af patienterne reagerede på placeboer, og 52 procent på medicinen.

Da først forsøget var forbi, og de patienter, som havde fået placeboer, fik at vide, at de var blevet ' snydt', fik de det hurtigt dårligt igen. Menneskers tro på antide-

pressive midler er en reel virkning.

»Medicin er en behandling, der lægges oven i placeboeffekten«, siger Helen Mayberg, neuropsykiatriske læge i Toronto.

I en undersøgelse, der blev offentliggjort i et amerikansk lægetidsskrift, evaluerede Mayberg hjerneforandringer under forsøg ved hjælp af avancerede billeder af hjernen. Hun fandt ud af, at medicin ud over at virke i områder, som aktiveres af placeboer, virker i områder dybt nede i hjernestammen som hippocampus og striatum.

Eftersom lægerne stadig ikke ved særlig meget om både depression og virkningen af medicin, ved man heller ikke, hvad disse forandringer betyder.

Nogle mener, at forandringerne ikke betyder noget, men Mayberg siger, at det er en bedre forklaring, at medicinen virker på områder dybt inde i hjernen og derefter arbejder sig udad, så den virker på dele af hjernen, som kontrollerer humøret.

Placeboer kan virke den omvendte vej. Dette kan til dels forklare, hvorfor medicinens virkning i det lange løb forkommer at være mere stabil end placeboer.

Mayberg sammenligner depression med et værelse, hvor der er et hul i vinduet.

»Man prøver at regulere termostaten - det er 40 grader varmt udenfor, og man ønsker at have en rumtemperatur på 20 grader. Hvis man stiller termostaten på 20 grader, virker det ikke. Men hvis man stiller den på 10 grader, snyder man systemet og får temperaturen ned på 20 grader«.

Både medicin og placeboer - kemikalier og tro - kan udløse forskellige kemiske forandringer i hjernen, som får 'temperaturen' ned på det normale. Det virkelige problem er naturligvis, at ingen ved, hvordan man reparerer hullet i vinduet, eller bare præcist hvor hullet er.

»Dette er et puslespil med tusinder af brikker uden noget billede uden på æsken«, sukker Mayberg.

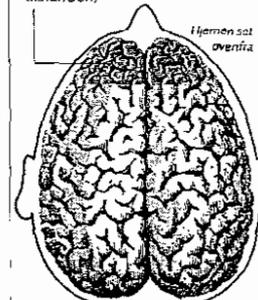
Blackmon, psykiateren fra Washington, siger, at det er op til klinikerne inden for psykisk sundhed på en bedre måde at integrere virk-

Hos patienter, der fik det bedre, blev der registreret forandringer i aktiviteten i den forreste del af hjernen - forreste pandelap - uanset om de havde fået den ægte eller den falske medicin.

Hos patienter, der havde fået placeboer, blev der med et registreret øget aktivitet i hjerneregionen. Patienter, som havde fået den ægte medicin, udviste dermod først et fald i aktiviteten i den forreste pandelap og derefter en stigning, som siden aftog.

Resultatet kan hjælpe læger til at finde ud af, hvornår medicin kan hjælpe en patient.

Forreste pandelap (Området, som regulerer humørtilstanden)



Kilde: The Washington Post

ningen af biologisk behandling med effekterne af tro og terapi.

»Vi ville synes, at det var absurd, hvis en specialist i medicinske sygdomme sagde: Jeg tror på penicillin, så alle skal have penicillin, uanset om de har kræft eller brækket et ben«, siger han.

Oversættelse: Lars Davidsen

Forskere fjernstyret rotter

Af Claus Paaske

Forskere er nu i stand til at fjernstyre rotter ved hjælp af elektroder implanteret i dyrenes hjerner. Den fjernstyrede rottes adfærd kontrolleres fra en computer, som sender instruktioner til rottens hjerne via en radiosender fastspændt på dyrets ryg. Og så kan man ellers bare

bede den om at løbe, hoppe, klatre og dreje til højre og venstre.

Bag 'robotrotten' står forskere fra State University of New York, som for nylig offentliggjorde deres resultater i det videnskabelige tidsskrift Nature.

Rotterne har en aktionsradius på 500 meter. Og de amerikanske forskere forudser blandt andet, at 'opkob-

lede' rotter udstyret med GPS-satellitensendere kan trænes til at søge efter sprængstoffer eller menneskekroppe og således bruges under sikkerheds- eller katastrofeindsatser.

For at kunne fjernstyre rotten har forskerne opereret elektroder ind i rottens hjerne. En elektrode stimulerer det sted i hjernen, som får rotten til at føle sig godt

tilpas, mens to andre elektroder sender signaler til de højre og venstre knurhår.

Forskerne træned først de fjernstyrede rotter til at dreje til højre og venstre gennem en labrynt ved hjælp af elektronisk stimulering af deres knurhår.

Når rotterne lystrede de kunstige højre- og venstrestimuli, blev de belønnet med en euforiserende impuls i

den del af hjernen, som får dem til at føle sig godt tilpas.

Men snart lystrede rotterne højre- og venstresignalerne uden at få en belønning.

Forskningslederen John K. Chapin siger til The Washington Post, at der blot er tale om betinget adfærd og sammenligner det med at lære sin hund at hente og aflevere en pind.

»Men det adskiller sig ved,

at du her kan gøre det via fjernstyring«, siger han.

Efter godt en uges træning i en ottetalslabrynt var forskerne i stand til at styre rotterne igennem en hvilken som helst tredimensionel rute. Ligeledes kunne de få dem til at gå op ad stiger, ned ad ramper og navigere dem gennem et ujevnt terræn.

videnskab



Fysiker fyret for fusk

■ Jan Hendrik Schön - ung højt anerkendt nanofysiker - har begået videnskabelig uredelighed (Inf. 16. september) og er prompte blevet fyret. I 16 tilfælde har Schön forfattet og fabrikeret videnskabelige data, konkluderer et uredelighedsudvalg ved Bell Labs. Samme udvalg frikender Schöns nærmeste kolleger, men understreger, at de som medforfattere bærer et professionelt ansvar for fejlfulde videnskabelige artikler. Tidsskriftet Nature gør opmærksom på 'forureningsfaren' i fem artikler og opfordrer Schön og medforfattere til at trække artiklerne tilbage. *Inf.*

Redaktion:
Rasmus Kragh Jakobsen
Telefon:
33 69 61 24
Telefax:
33 69 61 89
videnskab@information.dk
www.information.dk

Myten om psykofarmaka

Den medicinske behandling af psykiske sygdomme hviler på en illusion om at psyke og adfærd udelukkende er styret af biologi, skriver amerikansk neurolog i en ny bog

Psykiatri

Af RASMUS KRAGH JAKOBSEN

Psykiatrien har på få årtier dramatisk ændret kurs. Fra at moderen var syndebuk og psykiske lidelser forklarede med freudianske teorier om, at ondets rod lå i barnets tidligste oplevelser, skyder man i dag skylden på hjernen. Det er ubalancer i hjernens biokemiske signalstoffer, og depression skyldes f.eks. underskud af serotonin, mens skizofreni skyldes en overdosis af dopamin. For at rette op på disse fysiske defekter nyttede terapeutisk nok ikke. Man må genetablere balancen med intelligent designet medicin, der specifikt rammer de enkelte biokemiske mål. Psykoanalysen er blevet afløst af kemien.

Men er det virkelig så simpelt? Kan en balance mellem få stoffer i hjernen ligge til grund for så komplekse og nye oplysninger som de for

men blot ved at tage den daglige medicin,« siger han.

Tilfældigheder

De moderne psykofarmakas historie begyndte i 1950'erne. Psykisk syge blev ofte opbevaret på anstalter med få læger og hundreder patienter. De læger, der var, havde stort set frit slag til at afprøve behandlinger på de syge. Det var grove metoder som det hvide snit, der ødelagde syge områder, mere spidsfindige som insulinchok, der skulle tømme nervecellernes sukker depoter og næsten desperante teorier, der førte til terpeninindsprøjtninger i muskulaturen, som skulle frembringe en immunreaktion, der igen kunne bekæmpe evt. infektioner i hjernen. Behandlerne anede intet om hjernens funktion, og de første stoffer blev opdaget tilfældigt.

Et kendt stof er LSD, som blev brugt til at få blodårer til at trække sig sammen. Man opdagede, at det mindede om og blokerede serotonin.

»Først efter man viste, at serotonin fandtes i hjernen, begyndte man at tænke over om LSD's effekt, der lignede skizofreni på visse områder, kunne lede til serotonin som en forklaring,« siger Valenstein.

Selv om de videnskabelige beviser ikke er der, vil medicinal-

der gjorde patienten rolig, nemmere at håndtere eller 'åbne en vej til sindets ubevidste korridorer'.

Søforklaringer

De moderne antidepressive lægemidler som Fontex er såkaldte SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)-stoffer, der øger mængden af serotonin.

»Det bygger på nøjagtig det samme princip som de tidlige stoffer,« siger Valenstein.

Pincippet går ud på øge antallet af signalstoffer ved nervecellernes synapser, som er der, hvor signaler fra den ene celle til den anden celle overføres. Er der mere signalstof sendes et kraftigere signal og omvendt med mindre signalstof. Problemet er koblingen til psyke og adfærd, hvor Valenstein kritisk gennemgår forskningsresultaterne og konkluderer, at modellen ikke holder. Depression og skizofreni skyldes ikke for lidt eller for meget signalstof.

Han støttes af en af de mest anerkendte eksperter, neurologen Arvid Carlsson, der forrige år fik nobelprisen i medicin for sit arbejde med et dopamin:

»(Det er), ikke for alvor beviset, at der skulle være nogen forstyrrelse af dopaminfunktionen i skizofreni.« Og Valenstein viser, hvordan forskere og industri forsøger at holde fast i deres hypoteser, selv om evidensen går imod. Med skizofreni holder man fast i, at dopaminaktiviteten er forøget hos de syge, selv om niveauer af signalstoffer var normale. Man



HJERNEKEMI - Psykofarmaka er virkelighed for mange. Dog skyldes depression og skizofreni ikke de kemiske ubalancer i hjernen, som medicinalindustrien påstår. Men pillerne er nemme og billige at ordinere og en milliard-

Grundstoffet der forsvandt

Tunge skyer svæver over kernefysikken, hvor en kendt fysiker er anklaget for at snyde med de tunge kerner

Videnskabsfusk

Af KRISTIAN HVIDTFELT NIELSEN

Opdagelsen af verdens tungeste grundstof er vejet og fundet for let.

For godt tre år siden bekendtgjorde Victor Ninov fra Lawrence Berkeley National Laboratory og 14 andre forskere i det ansete tidsskrift Physical Review Letters, at de havde opdaget grundstof nr. 118 - verdens hidtil tungeste.

I juli måned i år trak hele holdet, på nær Ninov, artiklen tilbage. Resultaterne kunne ikke reproducere, og datamaterialet indeholdt grove fejl.

En intern undersøgelseskomite fandt frem til, at Ninov havde fusklet med data behandlingen. Han blev fundet skyldig i videnskabelig

...kan en balance mellem de stoffer i hjernen ligge til grund for så komplekse fænomener som adfærd og psyke?

Neuroforskeren og psykologen Elliot S. Valenstein har skrevet en nøgtern og velformuleret bog, der udnævner historien om psyko-farmaka og i høj grad sætter spørgsmålstegn ved den videnskabelige evidens bag det dogme psykiske sygdomme i dag behandles efter.

»Jeg vil godt understrege, at jeg ikke er imod en biologisk forklaring på komplekse fænomener som adfærd og psyke. Tværtimod har jeg forsket i det hele mit liv.« siger Valenstein til Information.

»Men undervejs med at skrive bogen blev jeg meget overrasket over at finde ud af, hvor dårligt funderet de gængse teorier om psykiske lidelser er.« Der er i alle Valenstein ingen overbevisende tegn på, at de fleste patienter med psykiske lidelser skulle have en biokemisk ubalance i hjernen eller at psykofarmaka kan rette op på denne balance.

»Alligevel i år holder man det billede, at psykiske sygdomme er som diabetes, og patienter på samme måde kan leve med sygdom-

Selv om de videnskabelige beviser ikke er, vil medicinalindustriens våde drøm om intelligente, medicinmissiler, der specifikt rammer sygdommens rod, udbredes i større grad

»Det viste sig at være forkert - man snakker om dopamin i dag, når man taler om skizofreni - men det var startskuddet for at tænke på en biokemisk balance.«

Medicinalindustrien øjnedes hurtigt de kæmpe indtjeningsmuligheder på et potentielt enormt marked, men der var betydelig skepsis blandt psykiatere. Hvis medikamentet havde en effekt, kunne der højst være tale om symptombehandling, der ikke nåede de dybereliggende årsager bag sygdommen.

Industrien markedsførte derfor de første stoffer med enorme reklamekampagner som et supplement til psykoanalysen - et stof,

med skizofreni er forbundet med dopamin, er forbundet med de syge, ser signalstoffet var normalt. Man konkluderede i stedet, at der måtte være flere receptorer eller, at de var mere følsomme hos skizofrene.

Vi narmer os selv

Trods den manglende dokumentation gør en række faktorer, at vi holdes fast i illusionen. Dels foretrækker patienterne ofte en nem løsning i form af medicin frem for at ændre livstil eller konfrontere nogle tidligere oplevelser. Dels er det langt billigere for sygesikringer og institutioner at bruge medicin frem for terapi, og endelig kan medicin kun ordineres af psykiatere, hvorfor denne metode bruges til at forsvare territoriet mod andre behandlere som f.eks. psykologer. Men den største og vigtigste indflydelse er medicinalindustriens.

»Medicinalindustrien er ikke onde mennesker. De så helst, at vi alle havde det bedre, men der er for mange penge på spil,« siger Valenstein. For eksempel indtjente Fontex alene 2,5 milliarder dollar om året på verdensplan, og som enhver anden virksomhed

HJERNKEMEN - Psykofarmaka er virkelighed for mange. Dog skyldes depression og skizofreni ikke de kemiske ubalancer i hjernen, som medicinalindustrien påstår. Men pillerne er nemme og billige at ordinere og en milliardforretning at sælge.

må de promovere deres produkter og få bredt dem ud til flest muligt.

»Firmaerne bruger enorme summer på markedsføring. De fremhæver hele tiden, hvor mange penge de bruger på forskning, men de bruger endnu flere på markedsføring,« siger Valenstein.

Det er markedsføring i mange afskyninger, fra reklamer i fagblade, direkte kontakt med behandlere til sponsoreret af forelæsninger, rejser, forskning og finansiering af tilsyneladende uafhængige patientforeninger.

»Der er en så massiv påvirkning af forskere, læger og patienter, at det i dag er umuligt at finde en uafhængig forsker,« siger han. »Og der er studier, som tydeligt viser, at forskernes resultater farves af industrien.«

Samfundskritik

Psykofarmaka er virkelighed for mange, og Valenstein er ofte blevet konfronteret med personlige udsagn som »Fontex reddede mit

liv, og så er jeg ligeglad med teorien.«

»Jeg er ikke i tvivl om, at psyko-farmaka har hjulpet nogle, og jeg vil ikke tale folk fra at prøve. Der er folk, som får en ekstra energi, der gør, at de kan komme videre. Men psykofarmaka virker ikke, når man ser på det overordnede billede,« siger han, og fremhæver, at placebo-studier viser, at SSRI-stofferne stort set ingen effekt har på depression.

»Selv om jeg ikke er en fan af elektrochok, er det faktisk den eneste behandling, som dokumenteret kan lindre depression. Det nedslående er bare, at man ikke aner hvorfor.«

Han vil ikke diskutere om den ene eller anden behandling er den rigtige, men retter en kritik mod et samfund, der hastigt bevæger sig videre ud i kemiens lagre verden. En medicinalindustri, der gennem fusioner af enorme virksomheder, bliver stadig mere dominerende og får mindre og mindre modspil. Det er en verden, hvor fokus er

rettet på generne og det biologiske, der konstant fremføres som svaret på alle sygdomme i videnskabelige tidsskrifter, i aviser, reklamer osv. Selv om den videnskabelige evidens ikke er der, vil medicinalindustriens våde drøm om intelligente missiler, der specifikt rammer sygdommens rod, udbredes i større grad.

I fremtiden er det ikke blot depression og skizofreni, som vil være i kemiens vold - det er også skæv og voldelig adfærd, alkoholisme og personlighedsstræk som genertthed eller selvsikkerhed, passivitet eller spændingsøgen. Valenstein gør opmærksom på, hvilke interesser der fremmer denne udvikling og slår et kraftigt slag for at vende tilbage til en evidensbaseret behandling.

■ Hjernen som synde-buk - sandheden om psykofarmaka og psykisk sundhed, Elliot S. Valenstein, Hans Reitzels forlag, 352 sider, 350 kr.

tk@information.dk

Ninov havde fuskret med data-behandlingen. Han blev fundet skyldig i videnskabeligt uredelighed og er nu fjeret.

Ninov, en høj respekteret kerne-fysiker og veldigt blandt sine kolleger, har svaret igen med sagsanlæg mod sin forhen-værende arbejdsgiver.

»Jeg har ikke snydt. Laboratoriet forsøger at gøre mig til synde-buk,« siger Ninov til San Francisco Chronicle.

Stabil kerne-ø

Forskere verden over er på jagt efter nogle bestemte, såkaldte super-tunge grundstoffer, som er yderst vigtige for kerne-fysikken.

Ifølge den alment accepterede teori, 'skalmodellen', plaeeer kernerne bygges-ten, protoner og neutroner, sig i særlige energiskaller. Skalmodellen har i mere end 30 år forudsagt eksistensen af en lille 'ø' af stabile, super-tunge grundstoffer, der alle rummer mellem 114-126 protoner.

Den eksperimentelle ud-forskning af den stabile kerne-ø udbyder skalmodellens forudsigelser og giver dermed fysikerne mere viden om kernerne forunderlige opbygning.

Opdagelsen af grundstof-erne nr. 114 og 116 er allerede annonceret af forskerhold fra kerne-forskningsinstituttet i Dju-bna, Rusland, og Lawrence Livermore National Laboratory (LLNL), men er endnu ikke fuldt bekræftet.

»Ninov-sagen sætter os alle under mistanke,« siger Kenton Moody fra LLNL til fagbladet Chemical & Engineering News.

Jagten går videre

Ninovs problemer giver også tilbagelag for hans tidligere samarbejdspartnere.

Sigurd Hofmann ved Gesellschaft für Schwerionenforschung i Darmstadt arbejdede i 1994 sammen med Ninov ved opdagelsen af grundstofferne nr. 111 og 112. Hofmann har sammen med sine kolleger gennemgået gamle data og gemt eksperimenterne.

Hofmann erkender i en ny-lig artikel i The European Physical Journal A, at deres tidligere resultater indeholdt fejl, der kun kunne være fremkommet ved forfalskning. Trods det bekræfter de nye eksperimenter, at de to grundstoffer findes.

Den endelige blæstempling af nr. 111 og 112 afventes.

Danmark på vej mod udvidet genetikkbank

Muligheden for at koble registre om livsstil med biologiske prøver kan i den nærmeste fremtid blive en guldgrube for Danmark

Biobanker

AF MORTEN ANDREASEN

I England er startskuddet gået til første trin af en enorm og kostbar indsamling af blodprøver fra en halv million raske, middelaldrige englændere. I Sverige har biotek-firmaet Uman Genomics fået eneret til at anvende en samling af blodprøver fra en stor gruppe mennesker i Väster-botten. I Island har firmaet deCode købt rettighederne til at indsamle informationer om islændingenes særlige arveforhold. Og tilsvarende

projekter er i gang i bl.a. Est-land, hvor man ser denne såkaldte biobank som en national satsning.

En biobank er groft sagt en samling af biologisk materiale - sæd, blod, arvemateriale etc. - der kan benyttes til specifikke personer.

I Danmark rigger forskere og industri om en tilsvarende biobank i stor skala, en 'rigsbiobank'. Det kunne man forsikre sig om ved sidste uges folketingshøring om Biobanker, arrangeret af Teknologirådet i samarbejde med Erik Råd. I Danmark har vi helt unikke muligheder for at gøre brug af en sådan, lokker de.

Overraskelser

»Fortæl mig om dine gener og jeg skal sige dig, hvem du er.« Sådan har budskabet lydt fra det 20. århundredes opti-mistiske genetikerne. Mads Melbye, direktør ved Statens Seruminstitut, som ved folketingshøringen var sat til at forklare biobank-diskussionens aktualitet, var netop hjemvendt fra en stor konference i USA, hvor han havde erfaret den ny konsensus: Det

er langt mere kompliceret, end man hidtil har troet.

Beskedene var iblandt en anselig portion svimmelhed over lige præcis, hvor kompliceret det hele er. Sygdomsforløb som man tidligere troede var genetisk bestemt, ses nu som resultat af komplekse vekselvirkninger mellem gener og miljø. Det samme gælder for stort set alle de sygdomme, som rammer bredt i befolkningen, lige fra hjerte-karsygdomme over astma og allergi til skizofreni. Novo har måttet sande, at sukkersyge ikke er én, men måske hundrede sygdomme, hver med deres komplekse samspil mellem gener ind-byrdes og mellem gener og miljø.

Mindre kemoterapi

Den tilbuds-gående forståelse af sygdommene vil gøre det muligt at skabe mere effektiv medicin med færre bivirkninger, understregede flere af høringens oplægsholdere.

Et eksempel på dette er den såkaldte farmako-genetik, der stiller i udsigt at vi en

gang i fremtiden får ordineret medicin efter vores individuelle genetiske behov. Professor Torben Kruse, Odense Universitets-hospital, fortalte ved høringen, at han selv er i gang med undersøgelser af hvordan gensammensætningen i forskellige typer kræft-knuder er bestemmende for om knuden er modtagelig over for kemoterapi.

🔍 **Sygdomsforløb som man tidligere troede var genetisk bestemt, ses nu som resultat af komplekse vekselvirkninger mellem gener og miljø**

Kunne man afdække en sådan sammenhæng, ville der være åbnet op for kun at give kemoterapi til det mindretal af patienter, der er modtagelige, mens alle andre kun-

ne slippe for terapien og dens meget ubehagelige bivirkninger.

På længere sigt kunne erfaringen fra disse studier også medvirke til at hæve antallet af patienter, der er modtagelige overfor kemoterapien.

Men for de fleste sygdomme er sammenhængen mellem gener, miljø og sygdomsforløb desværre så kompliceret, at der er lang vej igen, før vi forstår nok til at kunne forbedre behandlingen. Det er her de store - helst landsdækkende - biobanker kommer ind i billedet.

Livsstil

Der findes allerede adskillige store biobanker i Danmark. En biobank på 80.000 blodprøver er tilknyttet projekter 'Bedre sundhed for mor og barn', en anden er Kræftens Bekæmpelses undersøgelse af sammenhængen mellem kost og kræft, begge med brug af biologisk materiale fra raske mennesker.

Idéen med disse store biobanker er, at man ikke nøjes med at kigge på der biologiske materiale, men også ser

på livsforløbet hos den pågældende donor. Ved groft sagt at sammenholde informationer om det liv donoren fører med hendes genetiske oplysninger, kan man få et indblik i sammenhængen mellem sygdom, gener og miljø. Problemet er imidlertid, at variationerne er så mangfoldige, dels på grund af den genetiske kompleksitet, dels det faktum, at vi lever så forskellige liv, at et nuanceret billede kræver meget store datamængder - og dermed store biobanker. Tilsvarende kræver det store datamængder om de liv, vi lever, til at sammenholde med. Når lille Danmark har særligt gode betingelser for at få et godt afskud af investeringerne i biobanker skyldes det, at Danmark er et af de mest gen-nemregistrerede lande, hvad livsoplysninger angår. Disse oplysninger vil pludselig - i bogstavelig forstand - være guldstøv, og medicinal-firmaerne er stærkt interesseret.

500.000 blodprøver

Såvel forskere som erhvervsliv mener, at en ev-

tuell landsdækkende biobank, en 'rigsbiobank' som den hurtigt blev døbt ved folketingshøringen, i givet fald bør startes op af det offentlige, med tilhørende indspørgning af kroner.

Hvad en investering i en landsdækkende biobank lige præcis vil stå i, kan man måske få en idé om ved at skelle til Englands 'Biobank UK', hvor man med privat fondsstøtte har skrabt godt en halv mia kroner sammen til blot at få indsamlingen af de 500.000 blodprøver sat i gang.

■ Politikerne skal i den kommende tid overveje, hvilken regulering, der skal gælde for oprettelse og anvendelse af biobanker. En arbejdsgruppe under Indenrigsministeriet har lavet en redegørelse om biobanker. www.im.dk

■ En udskrift fra høringen vil senere være tilgængelig på www.tekno.dk

Morten Andreassen studerer biologi ved Københavns Universitet

Et forsøg på alternativ

medicinfri behandling i Berlin

I Berlin har man siden 1. januar 1996 været i gang med et forsøg på medicinfri behandling i det såkaldte "Weglaufhaus", "løbe-væk-hus", kaldet Villa Ströeckle.

Referat

Af Inger Fredtoft

I villaen kan der tilbydes ophold til fortrinsvis hjemløse personer med diverse psykiske sygdomme og problemer, som ønsker at leve uden psykiatriske diagnoser, og som er flygtet fra psykiatriens tvang og overgreb. De ønsker at frigøre sig fra psykiatriens svingdørseffekt.

Her kan de komme til kræfter, tale om deres oplevelser og få hjælp til at lægge planer for fremtiden - eksempelvis vedrørende bolig og arbejde. De kan få tilbudt ambulant samtale med læger og psykologer, og man formidler kontakt til forskellige alternative terapiformer, herunder tysk heilpraktik og homøopatiske midler, massage og fysisk træning.

Man lægger vægt på bofællesskabets tryghed, og der er dag og nat altid personale, der har tid og lyst til en samtale. Her er man fritaget for den psykiatriske sygdomsforståelse og behandling, som ofte undertrykker ens følelser og kan vanskeliggøre løsningen af personlige og sociale problemer.

Personer der er afhængige af alkohol eller stoffer, eller som er under juridisk pålagt behandling, kan ikke blive optaget i projektet.

Af et team på 15, arbejder 8 fast 30 timer om ugen på skift hele døgnet, og 7 er deltidsansatte. Halvdelen af personalet er fhv. psykiatribrugere, der har egen erfaring og de rette menneskelige egenskaber og uddannelser. Derudover er der tilknyttet socialarbejdere, sociologer og psykologer.

Huset kan optage max. 13 personer - fra nogle uger og op til et halvt år. I 1996 blev der

lavet en statistik, som viste, at af de i alt 52 personer, der havde boet mindst 6 uger i "Løbe-væk-huset", var 19% flyttet i egen lejlighed, 24% var flyttet til bofællesskab med støttende funktioner tilknyttet. Andre 24% var vendt tilbage for at leve med deres forældre eller partner.

Aldersfordelingen mellem mænd og kvinder har svinget mellem 18 og 65 år, i gennemsnit 30 år. Alle beboerne har tidligere været behandlet med psykoaktive stoffer, oftest imod deres vilje eller uden at være tilstrækkeligt informeret. De

gennemgår en langsom aftrapping under lægeligt tilsyn i projektet, men det sker, at folk bliver psykotiske og meget støjende eller er meget svære at nå ind til og få kontakt med, og derfor kan det ske, at de må tilbage til psykiatrisk hospital for en periode. De kan senere igen optages i projektet. Det er af hensyn til bofællesskabet, og et hensyn man er nødt til at tage til naboerne, der ikke alle har den fornødne forståelse. Man har således været ude for, at politiet blev tilkaldt, hvis støjen blev for gennemtrængende.

Projektet huser i øjeblikket 12 beboere af begge køn, og der er en venteliste på 4 personer. Projektet støttes offentligt og det får i øjeblikket ca. 800 kr. om dagen pr. beboer. Men det modtager også tilskud fra velgørenhedslotterier og sponsorater fra andre sammenslutninger og fra individuelle personer.

De 800 kr. bliver bevilget individuelt, hvilket medfører et enormt bureaukrati inden for projektets rammer. Dertil kommer, at nogle lokale myndigheder skaber vanskeligheder med langvarig sagsbehandling og forsinkede bevillinger.

Beboerne føler som regel et ophold i Weglaufhaus som meget



positivt, og medarbejderne tilstræber, at give hver enkelt beboer en byggesten med ud derfra - noget værdifuldt at bygge videre på, noget støttende og lærerigt.

Projektet i Berlin er på forsøgsbasis. Og det har vist sig, at ikke alle kan klare sig uden medicinen, afhængig af arten af deres psykiske sygdom.

Oplysninger til artiklen af Uta Wehde, psykolog og Regina Zettelmayer, der er medarbejdere i projektet.

Løbe-væk-huset

"Løbe-væk-huset" er den første, offentligt drevne institution af sin art i Tyskland. Sammenslutningen for beskyttelse imod psykiatrisk tvang, som står bag huset og foreningen, har kæmpet i 10 år for at få lov til at etablere det antipsykiatriske projekt, der først kunne realiseres, da en gave på 1 million DM blev skænket af en pårørende. Man kunne herefter anskaffe sig en ældre villa i Berlins nordlige del, og "Villa Ströeckle" med plads til 13 beboere, både mænd og kvinder, var en realitet. Villaen blev opkaldt efter Tina Ströeckle, som medvirkede under projektets første tilblivelsesfase - hun døde i 1992.

Ny landsdækkende brugerorganisation

På den landsdækkende brugerkonference i Helsingør lør/søn. den 28-29 marts 98, blev der taget initiativ til at danne en landsdækkende brugerforening.

Initiativtagerne har holdt deres første møde lørdag den 9 maj på Vækststedet i Kolding, hvor de diskuterede formål og økonomi. Der er planlagt endnu et møde den 15 juni i Århus, og er der brugere rundt omkring i landet, der kunne tænke sig at indgå i arbejdet med at stifte den nye organisation, så kan de henvende sig på nedenstående tlf.nr. Der mangler specielt repræsentanter fra Nord-, Vest- og Sønderjylland.

Du kan kontakte:

Karl Bach Jensen, Vækststedet, Kolding, 7553 0894

Morten Breum, FAP, Århus, 8617 7777 Lok:3273

Erik Olsen, Netværkstedet Thorvaldsen, Frederiksberg, 31356647

NET VÆRKSTEDET

Offside

Tlf. 31357344

Undervisning, aktiviteter og socialt samvær

Et aktivitetssted for mennesker med psykiske og sociale problemer, førtidspensionister, bistandsmodtagere, efterlønnere o.a. Vi er et hyggeligt sted, hvor du kan møde nye kammerater omkring fælles interesser.

I denne sæson tilbyder vi undervisning på følgende kurser: Yoga, Svømning, EDB, Tekstilværksted, Tegning/maling, Drømmetydning, Astrologi, Badminton, Kropsbevidsthed, Sang, Musik, Medieværksted, Aerobic.

Vi har endvidere en ugentlig debatgruppe, og der arrangeres foredrag, danseaften, udflugter o.a.

Kom ind og få et program - eller ring og hør nærmere.

Prinsesse Charlottesgade 28, 2200 Kbh. N.

Willkommen im Weglaufhaus »Villa Stöckle« !

Hier finden Sie Informationen über

- **das Weglaufhaus Berlin**
- **Selbsthilfe, Antipsychiatrie & Alternativen zur Psychiatrie**
- **Publikationen zum Thema Weglaufhaus, Selbsthilfe, Antipsychiatrie & Alternativen zur Psychiatrie**



Information in the ~~English~~ and the Norwegian language

Das Weglaufhaus in Berlin-Reinickendorf

Ab dem 1.6. oder zum 1.7.2001 eineN psychiatriebetroffeneN StudentIn/SelbständigeN für ca. 20 h/Wo im Schichtdienst auf Honorarbasis. Bewerbung bitte mit Rückporto ans Weglaufhaus.

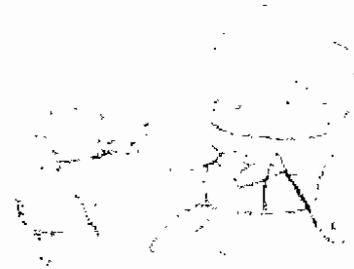
Wir haben die Web_

Diese Website wird gefördert vom Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag Berlin. Web-Design: ~~Mohran Freundschaft~~ / ~~Lars Ulrich~~ ~~Schickhaus~~

Weglaufhaus Berlin

Hier finden Sie Informationen über

- [das Weglaufhaus im Überblick](#)
- [Anschrift und Informationsmaterial](#)
- **seine Konzeption incl. Aufnahmebedingungen, Mitarbeiterinnen & Mitarbeiter, angebotene Hilfen, Finanzierung des Aufenthalts und Trägerverein**
-
-
- **die Möglichkeit, das Weglaufhaus mit einer [Spende oder Patenschaft](#) zu unterstützen.**



Das Weglaufhaus im Überblick

Warum weglaufen?

Es gibt viele gute Gründe. Die Psychiatrie behandelt außergewöhnliche Wahrnehmungen, persönliche Krisen oder Konfliktsituationen mit

- willkürlichen und demütigenden Diagnosen
- Zwangsunterbringung auf geschlossenen Stationen, Zwangsbehandlung
- Fixierung
- Neuroleptika und Antidepressiva: chemischen Nervengiften, die fast immer verabreicht werden und die künstliche Hirnkrankheiten hervorrufen
- Elektroschocks.

Wer es trotz Menschenrechtsverletzungen, Einschüchterung und chemischer Knebelung wagt, die Psychiatrie hinter sich zu lassen, zeigt mehr Mut und Kraft als viele andere draußen.



Aber wohin?

Ohne Arbeit, Geld und Wohnung endet rechtlos die Flucht meist dort, wo sie begann: in der psychiatrischen Anstalt. Das Weglaufhaus bietet 13 wohnungslosen Frauen und Männern für etwa sechs Monate Schutz und Aufnahme. Sie können hier neue Kraft schöpfen, sich austauschen und Unterstützung finden bei der Verarbeitung

ihrer Psychiatriegeschichte, dem Absetzen der Psychopharmaka, der Wiedererlangung der bürgerlichen Rechte, der Entwicklung neuer Berufs- und Lebensperspektiven.

Wer lebt im Weglaufhaus?

Wohnungslose Psychiatriebetroffene, die das psychiatrische Netz verlassen haben und ihr Leben wieder in die eigene Hand nehmen wollen. Nicht aufgenommen werden können Alkohol- und Drogenabhängige; außerdem Betroffene, deren Unterbringung nicht vorzeitig aufgehoben werden kann, sowie Menschen, die aufgrund von Straftaten in der Gerichtspsychiatrie untergebracht sind.

Wer arbeitet im Weglaufhaus?

Qualifizierte MitarbeiterInnen, die eigene Erfahrungen mit Verrücktheit,

Psychiatisierung oder sonstigen schwierigen Lebenssituationen gemacht und bewältigt haben. Sie stehen den BewohnerInnen rund um die Uhr zur Verfügung.

Was passiert im Weglaufhaus?

Sicher ist, es gibt hier keine PsychiaterInnen, keine psychiatrischen Diagnosen und keine Therapien. Aber es gibt genug zu tun. Im persönlichen Bereich (Wohnung, Arbeit, Ausbildung, Ämtergänge, Arzt- und Anwaltstermine, Verhältnis zu Angehörigen, FreundInnen, KollegInnen usw.). Im gemeinsamen Haushalt (Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen, Reparaturen, Gartenarbeit usw.). Verrückte sind nicht krank, sondern auf einem für andere schwer verständlichen Weg auf der Suche nach ihrem Platz in der Welt. Dafür brauchen sie keine Psychopharmaka, die ihr Gehirn lahmlegen, und keine Therapie, die ihnen einredet, sie seien behindert. Statt dessen brauchen sie Ruhe, Zeit, Verständnis und Ermutigung.

Wer bezahlt das?

Die Sozialämter übernehmen die Kosten nach § 72 Bundessozialhilfegesetz (»Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten«). Für alle Ausgaben, die davon nicht abgedeckt sind, benötigen wir Ihre Unterstützung. Wenn Sie unser Projekt fördern wollen, informieren wir Sie gern, auch über die Möglichkeit einer Patenschaft.

Der Verein ist als gemeinnützig anerkannt, Spenden sind steuerlich absetzbar.

Warum »Villa Stöckle«?



Tina Stöckle (Foto links) war eine der GründerInnen der Weglaufhaus-Projektgruppe. Ihr zu Ehren trägt das Weglaufhaus den Beinamen »Villa Stöckle«. Seit 1982 engagierte sie sich für die Idee des Weglaufhauses. Geboren 1948 in Günzburg/Bayern, Hauptschullehrerin, mehrmals in Psychiatrischen Anstalten interniert.

Zweitstudium Sozialpädagogik an der Technischen Universität Berlin. Stieß im Herbst 1980 auf die Irren-Offensive Berlin. Leistete ab 1983 wesentlichen Anteil am Aufbau des (mit Landesmitteln finanzierten) Treffpunkts der Irren-Offensive und an seinem Betrieb. 1989 Gründungsmitglied des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. Starb im April 1992, eine Woche nach der Kündigung ihres Arbeitsplatzes durch den Vorstand der Irren-Offensive e.V.

Buchveröffentlichung von Tina Stöckle: Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatriepflem, Frankfurt am Main: Extrabuch-Verlag 1983.

**Weglaufhaus
Postfach 280 427
D-13444 Berlin**

Bei Postbriefen bitte Rückporto nicht vergessen. Falls Sie Informationsmaterial wünschen: Bitte schreiben Sie uns und legen Sie DM 10,- in Form von Briefmarken als Ausgleich für unsere Unkosten bei. Danke.

**Tel. +49 – (0)30 – 4063 2146
Fax +49 – (0)30 – 4063 2147
Internet: www.weglaufhaus.de
E-mail: weglaufhaus@web.de**

Webmaster: p.lohmann@berlinet.de

Weglaufhaus Villa Stöckle

**Konzeption der Kriseneinrichtung nach § 72 BSHG /
gemäß § 93 BSHG**

(Stand vom 1. 5. 2001)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort

1.1. Die konzeptionellen Grundlagen

Das *Weglaufhaus* - „*Villa Stockie*“ ist eine Kriseneinrichtung für 13 wohnungslose und akut von Wohnungslosigkeit bedrohte Psychiatrie-Betroffene.

Auf der Grundlage des § 72 BSHG („Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten“) finden im *Weglaufhaus* Menschen, die auf Grund ihrer unterschiedliche Lebensbereiche betreffenden Schwierigkeiten einer niedrigrschwelligigen und individuell gestalteten Unterstützung bedürfen, einen intensiv betreuten Schutz- und Wohnraum.

Das *Weglaufhaus* ist eine Einrichtung für Menschen, deren aktuelle Notlage am besonders problematischen Schnittpunkt existenzieller sozialer und psychischer Krisen angesiedelt ist. Insbesondere ist das *Weglaufhaus* ein Zufluchtsort für Menschen, die vor der Gewalt der Psychiatrie fliehen oder von psychiatrischen Behandlungsverfahren enttäuscht sind und nach einer Alternative suchen, die ihrem erhöhten Unterstützungsbedarf Rechnung trägt. Außerdem haben sie die Möglichkeit, psychiatrische Psychopharmaka (schrittweise) abzusetzen.

Im *Weglaufhaus* können sie Kraft schöpfen, Erfahrungen austauschen und Zukunftspläne schmieden, ohne daß ihnen psychiatrische Krankheitsbilder und Diagnosen den Zugang zu ihren Gefühlen, Vorstellungen und persönlichen oder sozialen Schwierigkeiten verstellen.

Vor diesem Hintergrund stellt ein Aufenthalt im *Weglaufhaus* ein Hilfsangebot für unterschiedliche Gruppen von in Not geratenen Menschen dar, die aufgrund ihrer individuellen Bedürfnisse, der Schwere ihrer Krise oder der Kombination ihrer verschiedenen Schwierigkeiten von den Angeboten anderer Einrichtungen des psychosozialen Versorgungsnetzes häufig nicht erreicht werden:

- Menschen, die aus dem Zirkel von Obdachlosigkeit und Psychiatrisierung ausbrechen wollen
- Menschen, die aufgrund ihrer individuellen Schwierigkeiten und Bedürfnisse in einer einfachen Obdachlosenunterkunft nicht angemessen unterstützt werden können und deshalb Gefahr laufen, daß sich ihre Krise erheblich verschlimmert
- Menschen, die aufgrund ihrer psychosozialen Schwierigkeiten in unzumutbaren Verhältnissen leben oder vor dem Verlust ihrer eigenen Wohnung stehen
- Menschen, die aufgrund ihrer besonderen Lebensverhältnisse in Verbindung mit besonderen sozialen Schwierigkeiten einen unmittelbaren, intensiven Hilfebedarf haben
- Menschen, die auch in kritischen Phasen ihres Lebens psychiatrische Behandlung ablehnen und nach alternativen Umgangsweisen mit ihren Schwierigkeiten suchen oder solche Alternativen überhaupt erst einmal kennenlernen und ausprobieren wollen
- Menschen, die in kompetenter Begleitung die häufig langjährig eingenommenen psychiatrischen Psychopharmaka reduzieren oder absetzen wollen
- Menschen, die vor der direkt oder indirekt ausgeübten Gewalt der Psychiatrie fliehen oder deren Zwangsunterbringung gemäß den Vorgaben des PsychKG aufgrund des Nachweises einer anderen angemessenen Betreuung aufgehoben werden kann
- Menschen, die aufgrund unterschiedlicher sozialer Probleme psychiatrisiert wurden und deshalb kompetenter Hilfe bei der Wiedergewinnung und

Stabilisierung ihrer sozialen Fähigkeiten, Beziehungen und Ressourcen benötigen

Um effektive Hilfe bei der Bewältigung dieses breiten Spektrums psychosozialer Schwierigkeiten leisten zu können, stellt das *Weglaufhaus* rund um die Uhr eine Reihe unterschiedlicher, fachlich qualifizierter Hilfsangebote bereit. Diese reichen von der kompetenten Krisenintervention im Rahmen zeitaufwendiger Einzelbetreuung bis zu den für die Lösung konkreter sozialer Probleme erforderlichen Maßnahmen klientInnenzentrierter Sozialarbeit bei der Wohnraumbeschaffung, bei Behördenangelegenheiten und bei gesundheitlichen, rechtlichen, finanziellen und familiären Problemen.

Die unterschiedlichen Unterstützungs- und Betreuungsmaßnahmen orientieren sich an dem übergeordneten Ziel, die Betroffenen dazu zu befähigen, im Rahmen des Hilfeprozesses ihr ganzes Potential an Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Eigeninitiative zu aktivieren.

Die BewohnerInnen organisieren den Alltag im *Weglaufhaus* (Gestaltung der Wohnräume, Einkauf, Kochen, Ordnung, gemeinsame Unternehmungen) weitgehend selbständig. Die auf intensive Kommunikation untereinander angewiesene, immer wieder konfliktreiche Gemeinschaft der BewohnerInnen bietet geeignete Voraussetzungen, das für die Bewältigung psychosozialer Schwierigkeiten zentrale Selbsthilfepotential zu wecken.

Dabei stehen den BewohnerInnen rund um die Uhr MitarbeiterInnen zur Seite, die neben ihren fachlichen Qualifikationen auf Grund ihrer persönlichen Lebensgeschichte, eigener Psychiatrie-Betroffenheit oder selbst durchlebter und verarbeiteter Krisen fähig sind, sich in die besonderen Schwierigkeiten der BewohnerInnen einzufühlen und sie auf der sich daraus entwickelnden Basis gegenseitigen Vertrauens durch ihre Krise zu begleiten.

1.2. Zur Projektgeschichte

Seit der Eröffnung am 1. Januar 1996 bietet das *Weglaufhaus* wohnungslosen Psychiatrie-Betroffenen Wohnraum, Schutz und Betreuung in psychosozialen Krisen an, nachdem der *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V.* über 7 Jahre lang an dem Konzept, der Finanzierungsgrundlage, der politischen Durchsetzung und der praktischen Realisierung gearbeitet hatte.

In dieser langen Vorbereitungsphase konnten in Frohnau, im Bezirk Reinickendorf, in der Berliner Fachöffentlichkeit und bei den zuständigen Senatsverwaltungen nach und nach die teilweise erheblichen Vorbehalte gegen das Projekt ausgeräumt und ein Finanzierungskonzept auf der Grundlage des § 72 BSHG entwickelt werden.

Dabei wurde der *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V.* durch eine große Zahl privater SpenderInnen finanziell und von vielen Fachleuten aus der Politik, der praktischen Sozialarbeit, der Sozialpsychiatrie, der Medizin und anderen Wissenschaften inhaltlich unterstützt - ein breit gestreutes Engagement, ohne das die Realisierung des Projekts *Weglaufhaus* undenkbar geblieben wäre.

Eine weitere entscheidende Voraussetzung für die Verwirklichung des Konzepts bestand in einer zweckgebundenen privaten Spende, mit der ein geeignetes Haus

im Norden Berlins gekauft werden konnte. Dieses Haus steht dem Projekt heute auf der Basis eines Nießbrauchvertrags langfristig und uneingeschränkt zur Verfügung, auch wenn der Trägerverein nicht selbst der Eigentümer ist.

Bei der Ausarbeitung des Konzepts standen für die Mitglieder des *Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* und seine UnterstützerInnen zwei Überlegungen im Vordergrund:

1. In der langjährigen Beratungstätigkeit des Vereins wurde deutlich, daß es im Umfeld des sich immer stärker ausdifferenzierenden (sozial-) psychiatrischen Netzes in der Bundesrepublik, besonders aber in einer Großstadt wie Berlin, eine eklatante Versorgungslücke gab: Menschen, aus deren psychosozialer Krisensituation ein dringender, niedrighschwelliger und umfassender Hilfebedarf resultierte, die sich gleichzeitig aber nicht in psychiatrischen Einrichtungen behandeln lassen wollten, fanden keinen Ort, an denen ihnen kompetent und entsprechend ihren Wünschen geholfen werden konnte. Sie gerieten deshalb in einen Kreislauf von Obdachlosigkeit, Zwangshospitalisierung, Drehtürpsychiatrie und sozialer Isolation, den sie desto schlechter wieder durchbrechen konnten, je länger sie darin befangen blieben.

2. Eine große Zahl der Gründungsmitglieder des *Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* hatte in Selbsthilfeorganisationen vielversprechende Erfahrungen mit der Aktivierung des Selbsthilfepotentials und der Erschließung brachliegender psychischer, sozialer und kreativer Ressourcen von Psychiatrie-Betroffenen gemacht. Doch wurde immer deutlicher, daß reine Selbsthilfekonzepte nicht ausreichten, um den großen Bedarf an einem nicht-psychiatrischen, nutzerInnenkontrollierten und an den Erfahrungen von Betroffenen ausgerichteten Umgang mit psychosozialen Krisen abzudecken. Deshalb schien es sinnvoll und notwendig, die in der Betroffenenbewegung gemachten Erfahrungen mit einem neuen Konzept auch als professionelle Hilfe für in Not geratene Menschen anzubieten, die reine Selbsthilfeansätze bei der Lösung ihrer aktuellen Probleme nicht nutzen konnten.

Die Weglaufhäuser, die in den 70er und 80er Jahren in den Niederlanden entstanden und das *Soteria*-Projekt, das Loren Mosher in den 70er Jahren in Kalifornien entwickelt hatte, lieferten wichtige konkrete und in der Praxis erprobte Bausteine für die neu zu entwickelnde Konzeption eines an die sozialen, juristischen und psychiatrischen Bedingungen in der Bundesrepublik angepaßten *Weglaufhauses*.

Zwischen 1989 und der Eröffnung des *Weglaufhauses* im Januar 1996 wurde sein Konzept auf zahlreichen Kongressen, Diskussionsveranstaltungen, Tagungen und in Publikationen sowohl in der Tagespresse als auch in der Fachliteratur vorgestellt und diskutiert. Parallel dazu wurden die juristischen, baulichen, finanziellen und organisatorischen Auflagen des Berliner Senats und des Bezirksamts Reinickendorf eingearbeitet.

Ende 1995 kam es auf der Grundlage des § 93 BSHG zum Abschluß einer Entgeltvereinbarung nach § 72 BSHG. Damit konnte ein neuartiges Angebot für eine besonders unterstützungsbedürftige Klientel von mehrfach psychosozial benachteiligten Menschen geschaffen werden.

2. Der Träger

Träger des *Weglaufhauses* ist der seit 1989 in das Vereinsregister Berlin-Charlottenburg eingetragene und vom Finanzamt für Körperschaften als gemeinnützig und als mildtätig anerkannte *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* Er ist seit 1993 Mitglied des *Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands (dpw)*. Der Verein besteht etwa zur Hälfte aus Menschen, die selbst von Psychiatisierung betroffen waren. Durch das in der Satzung garantierte Vetorecht der Psychiatrie-Betroffenen Vereinsmitglieder ist das Prinzip der NutzerInnenkontrolle berücksichtigt.

Über den Aufbau und Betrieb des *Weglaufhauses* hinaus berät der Verein Psychiatrie-Betroffene und hat in Zusammenarbeit mit RechtsanwältInnen das Psychiatische Testament (weiter-) entwickelt, in dem Betroffene festlegen können, wie sie im Fall einer Psychiatisierung behandelt bzw. nicht behandelt werden wollen.

Ein Hauptinteresse des Vereins gilt dem Aufbau weiterer nutzerInnenkontrollierter Angebote für Psychiatrie-Betroffene. Aufgrund des durch die Praxis im *Weglaufhaus* deutlich gewordenen immensen Beratungsbedarfs arbeitet der Verein derzeit in Zusammenarbeit mit dem *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE e.V.)* an der Realisierung einer Beratungsstelle von Psychiatrie-Erfahrenen für Psychiatrie-Erfahrene. Außerdem ist ein Nachsorgeprojekt (BEW oder ein Netz von EinzelfallhelferInnen) für den Kreis der BewohnerInnen des *Weglaufhauses* in Planung, der eine weniger intensiv betreute Wohnform nutzen möchte, in der ihre psychiatriekritische Haltung respektiert wird.

Der Verein ist Mitglied im *European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP)* (*Europäisches Netzwerk von Psychiatrie-Betroffenen*) und arbeitet ebenfalls am Aufbau des *World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP)* mit. Der Verein nimmt regelmäßig an nationalen und internationalen Kongressen und Fachtagungen in den Bereichen Obdachlosigkeit, soziale Arbeit, (Sozial-)Psychiatrie, Therapie etc. teil und organisiert selbst Tagungen.

3. Begriffsbestimmungen

3.1. Krise

Für die Arbeit im *Weglaufhaus* bezeichnet der Begriff Krise die aktuelle Zuspitzung der sozialen und existentiellen Situation mit den Folgen, daß dem Betreffenden die notwendigen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten, die zur Bewältigung des eigenen Alltags notwendig sind, fehlen. Die Anlässe für eine Krise können innerer oder äußerer Natur sein.

In einer solchen akut bedrohlichen Lebenssituation sind die Betroffenen häufig nicht mehr in der Lage, selbständig Hilfesysteme in Anspruch zu nehmen. Nahe Bezugspersonen oder andere soziale Kontakte sind entweder überfordert oder fehlen ganz.

Derartige Krisen sind durch eine hohe Dynamik gekennzeichnet, können lebensgefährliche Folgen haben und zu völliger Isolation führen.

Krisen gehören zum Leben und können einen neuen Zugang zu eigenen

Ressourcen eröffnen. Sie können aber auch in einen psychischen und sozialen Ausnahmezustand münden, der eine unmittelbare und niedrigschwellige Unterstützung rund um die Uhr notwendig macht.

3.2. Antipsychiatrie

Konzeptionell basiert das *Weglaufhaus* einerseits auf den theoretischen Ansätzen der Antipsychiatrie der 70er und 80er Jahre, andererseits auf neueren Positionen und Erfahrungen der Psychiatrie-Betroffenen- und Selbsthilfebewegung.

Antipsychiatrie bedeutet, daß im *Weglaufhaus* der Schwerpunkt auf der Wahrnehmung, Entwicklung und Stärkung der Selbstbestimmung von Psychiatrie-Betroffenen Menschen liegt. Maßgeblich für die Unterstützung, die die BewohnerInnen des *Weglaufhauses* erfahren, sind die jeweils individuellen Vorstellungen darüber, welche Formen der Beratung, der Hilfe und des Schutzes den Betroffenen wünschenswert erscheinen.

Der psychiatrische Krankheitsbegriff und die entsprechenden Diagnosen spielen für die Arbeit mit den BewohnerInnen keine Rolle und werden von den MitarbeiterInnen als Arbeitsgrundlage prinzipiell abgelehnt. Die BewohnerInnen gelten weder als krank noch als fremdbestimmt, sondern bleiben für ihre Handlungen und Äußerungen selbst verantwortlich. Eine der zentralen antipsychiatrischen Positionen besteht in der Überzeugung, daß es psychische Krankheit als Entität mit kategorisierbaren Ursachen, Verläufen und Prognosen nicht gibt und daß die Diagnostizierung einer solchen „Krankheit“ zusätzliche Probleme erzeugt, statt bei der Lösung der bestehenden zu helfen. Die Ablehnung der psychiatrischen Raster ermöglicht in der Praxis antipsychiatrischer Arbeit überhaupt erst einen unvoreingenommenen Blick auf die besonderen Schwierigkeiten der Einzelnen und führt zu einer radikalen individuellen Anpassung der jeweiligen Formen der Unterstützung an die spezifische Situation der Betroffenen. Eine auf diesen Grundlagen durchgeführte Krisenintervention erfüllt damit auch häufig vernachlässigte präventive Funktionen.

Im Zentrum antipsychiatrischer Positionen steht auch die Kritik an der Vergabe von Neuroleptika und anderen psychiatrischen Psychopharmaka sowie Elektroschocks, besonders wenn sie gegen den erklärten Willen der Betroffenen geschieht. Aus diesem Grund bietet das *Weglaufhaus* als einziges Projekt in Deutschland im Rahmen einer konzeptionellen Festlegung umfassende Aufklärung und Beratung über die Wirkung von psychiatrischen Psychopharmaka und Unterstützung beim Absetzen an. Aus der antipsychiatrischen Kritik folgt keine eindeutige und detaillierte Handlungsanweisung für die Realisierung eines alternativen Ortes zur Bewältigung tiefgreifender sozialer und psychischer Krisen. Eine Institution, die lediglich Theorie und Praxis der Psychiatrie mit umgekehrten Vorzeichen zu ihrer eigenen machte, brächte sich um die Chance, etwas ganz Anderes und Neues in ihre Praxis zu integrieren. Deshalb ist das *Weglaufhaus* ein auf der Grundlage dieser Kritik konzipierter, geschützter Ort, an dem die jeweiligen BewohnerInnen gemeinsam mit den MitarbeiterInnen und Mitgliedern des Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt die Praxis einer antipsychiatrischen Institution überhaupt erst hervorbringen, entwickeln und immer wieder revidieren.

3.3. Psychiatrie-Betroffenheit

Als *Psychiatrie-betroffen* gelten Menschen, die in psychiatrischen Anstalten

behandelt werden oder früher behandelt wurden.

Diese Definition dient der Abgrenzung von einer subjektiven oder abgeleiteten „Betroffenheit“, wie sie angesichts von Berichten über Verletzungen der Menschenwürde in der Psychiatrie entsteht. Psychiatrie-Betroffenheit bezeichnet auch nicht die Umstände, in der Psychiatrie zu arbeiten oder Angehörige/r von Psychiatrie-Betroffenen zu sein.

Mindestens die Hälfte der MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* sind Psychiatrie-Betroffene. Für die Tätigkeit im *Weglaufhaus* ist die reflektierte Auseinandersetzung mit der eigenen Psychiatrie-Betroffenheit neben der beruflichen eine zentrale interne Qualifikation. Diese Tatsache bildet auch die Grundlage für das Angebot, im *Weglaufhaus* eine andere Art des Verständnisses gegenüber verrückten (im Sinne von ver-rückt von der Norm) Verhaltens- und Erlebensweisen zu finden.

Diese besondere Art von Verständnis für Verrücktheit, das auch von Menschen ohne Psychiatrieerfahrung im Kontext der Verarbeitung eigener Krisen entwickelt werden kann, kann keine professionelle Ausbildung vermitteln. Im Gegenteil belegen Forschungsergebnisse über das kalifornische Soteria-Projekt, daß Menschen, die keine psychiatrische Ausbildung hatten, für die Unterstützung von Menschen in extremen psychischen Situationen besser geeignet sein können als „ExpertInnen“, da sie eher in der Lage sind, spontan und direkt auf extreme Handlungs- und Sinnesweisen zu reagieren und ihre Gegenüber nicht als „psychisch Kranke“, sondern als Menschen in ihrem besonderen sozialen Kontext erleben.

4. Zielgruppe und Hilfebedarf

4.1. Beschreibung der Zielgruppe und ihres besonderen Hilfebedarfs

Das Angebot des *Weglaufhauses* richtet sich an Psychiatrie-betroffene Menschen, die wohnungslos bzw. von Wohnungslosigkeit bedroht sind oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Da sie sich aufgrund ihrer besonderen Lebensverhältnisse in einer akuten Notlage befinden, bedürfen sie einer unmittelbaren Hilfe und Unterstützung in Form von Krisenintervention.

Im *Weglaufhaus* können 13 erwachsene Frauen und Männer aller Altersgruppen aufgenommen werden, davon ausgeschlossen sind Eltern, die gemeinsam mit ihren Kindern einziehen wollen.

Wohnungslos sind Menschen, die keine eigene Wohnung haben und auf der Straße oder in Obdachlosenunterkünften leben. Auch Menschen, die bisher in der Wohnung ihres Partners bzw. ihrer Partnerin, bei Angehörigen, in Wohngemeinschaften oder betreuten Einrichtungen gelebt haben ohne einen eigenen Mietvertrag zu besitzen, sind ab dem Zeitpunkt ihres Auszuges wohnungslos.

Von Wohnungslosigkeit bedroht sind Menschen, die durch ihre zugespitzte psychosoziale Situation oder Probleme mit dem Wohnumfeld aktuell in der Gefahr sind, ihre Wohnung zu verlieren, indem ihnen fristlos gekündigt wurde oder eine Zwangsräumung ansteht. Außerdem sind Menschen dann von Wohnungslosigkeit bedroht, wenn sie aufgrund einer Krisensituation nicht mehr in der Lage sind, allein eine Wohnung zu bewirtschaften, diese in einem bewohnbaren Zustand zu halten

- Gefährdung durch Alkohol und Drogen
- belastender Kontakt zu Familienangehörigen oder Partner/in und Kindern
- Mißbrauchserfahrungen
- Gewalterlebnisse durch das Leben auf der Straße, die Psychiatrie, die eigene Familie und aktuelle oder frühere Beziehungen mit sexuellen Übergriffen

Frauen und Männer, die sich an das *Weglaufhaus* wenden, haben oft wiederholt gewaltsame Übergriffe und sexuellen Mißbrauch erlebt. In der Psychiatrie erleben sie die Gewalt, die durch Zwangsmaßnahmen und -behandlungen ausgeübt wird, häufig als eine Wiederholung bzw. Fortsetzung dieser traumatischen Erlebnisse. Schaffen speziell Frauen den Schritt aus einer Gewaltbeziehung, beispielsweise aus der gemeinsamen Wohnung oder aus dem Elternhaus, dann sind sie in der Regel wohnungslos. Die Berliner Obdachloseneinrichtungen stellen wenig spezifische Angebote und Schutzräume für Frauen zur Verfügung, so daß sie auch hier oft Gewalt ausgesetzt sind. Spezielle Einrichtungen für Frauen, wie zum Beispiel Frauenhäuser, bieten häufig keine ausreichende Betreuung für Psychiatrie-betroffene und wohnungslose Frauen an, wie die Erfahrung des *Weglaufhauses* in den vergangenen Jahren gezeigt hat .

Das *Weglaufhaus* bietet diesen Frauen einen Schutzraum, der neben dem bewußten Umgang mit ihren speziellen Problemen und Bedürfnissen auch durch eine so weit wie möglich geschützte Adresse und eine Frauenetage innerhalb des Hauses gewährleistet ist.

4.2. Die Notwendigkeit des *Weglaufhauses* für das Land Berlin

Das *Weglaufhaus* deckt in der Berliner Versorgungslandschaft einen vielfachen Bedarf ab:

1. Als Kriseneinrichtung der Obdachlosenhilfe kann das *Weglaufhaus* flexibel auf den unmittelbaren Hilfebedarf von wohnungslosen Menschen, die auf der Straße in Krisensituationen leben, reagieren. Hiermit leistet das *Weglaufhaus* einen wichtigen Beitrag zur Deckung des in den *Leitlinien zu Hilfe für Wohnungslose in Berlin und Obdachlosenrahmenplan der 13. Wahlperiode* auf Seite 10 beschriebenen Bedarfs: "Psychisch beeinträchtigte Wohnungslose benötigen niedrigschwellige Einrichtungen, die sowohl auf die spezifische Problemlage des Klientels in Verbindung mit Wohnungslosigkeit als auch mit starken psychischen Störungen ausgerichtet sind."

Der Anteil von Menschen, die im Zusammenhang mit einer Einweisung in die Psychiatrie obdachlos geworden sind, ist hoch. Wohnungslosigkeit stellt in vielen Fällen eine Verschärfung der ohnehin schwierigen Situation von Psychiatrie-Betroffenen dar, z.B. wenn daraus eine Verlängerung des Anstaltsaufenthaltes resultiert. In Berlin haben frühere Untersuchungen ergeben, daß einige Institutionen der Nichtseßhaftenhilfe "zu 80 bis 90% mit Wohnungslosen mit psychiatrischer Vorgeschichte belegt waren." Diese Einrichtungen sind jedoch mit den besonderen Problemen dieser Klientel überfordert.

Die Autoren einer epidemiologischen Studie über alleinstehende Wohnungslose ziehen folgendes Fazit: "Die Ergebnisse unserer empirischen Studie unterstreichen den dringenden Handlungsbedarf für Obdachlose und für die Untergruppe der psychisch kranken Obdachlosen, wobei neben unkonventionellen medizinisch-psychiatrischen Hilfen vor allem sozial- und wohnungsbaupolitische Maßnahmen notwendig sind."

Die MitarbeiterInnen des *Weglaufhaus* sind besonders qualifiziert, mit der Mehrfachproblematik umzugehen, die sich aus der Kombination von Psychiatrisierungserfahrung und Wohnungslosigkeit ergibt.

2. Das *Weglaufhaus* deckt die Versorgungslücke, die für diejenigen Psychiatriebetroffenen Wohnungslosen entsteht, die aufgrund der Zugangsbedingungen oder ihrer bisherigen Erfahrungen keine anderen Hilfen nach BSHG in Anspruch nehmen können oder wollen. Für diese Menschen, deren intensivem sofortigen Hilfebedarf sonst nicht angemessen begegnet werden könnte, ermöglicht das *Weglaufhaus* einen Einstieg ins Hilfesystem und erfüllt eine Clearing-Funktion für Anschlußhilfen.

3. Schließlich bietet das *Weglaufhaus* auch noch eine Alternative zu stationärer, klinischer psychiatrischer Behandlung für Menschen, die diese ablehnen bzw. sich dort nicht angemessen unterstützt fühlen.

Damit erfüllt das *Weglaufhaus* einen wichtigen sozialen Auftrag, der auch von dem Berliner "Gesetz für Psychisch Kranke" vom 20. März 1985 (PsychKG) näher beschrieben wird: Die Unterstützung durch das *Weglaufhaus* verkürzt stationäre Klinikaufenthalte und trägt dazu bei, "eine Unterbringung zu vermeiden" und die "Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern und eine neue Unterbringung zu verhüten". Das *Weglaufhaus* bietet außerdem Hilfen, die "von den Betroffenen freiwillig angenommen werden", dient auf diese Weise der Förderung der Selbsthilfe und erfüllt den Grundsatz der Wahrung der Persönlichkeitsrechte (PsychKG §§ 2, 3 und 5).

4.3. Zum Umgang mit Alkohol und Drogen im *Weglaufhaus*

Das *Weglaufhaus* ist keine geeignete Einrichtung für Menschen, deren primäre Schwierigkeiten im Bereich der Alkohol- oder Drogenabhängigkeit liegen.

Die Praxis bei der Betreuung von wohnungslosen Psychiatrie-Betroffenen zeigt jedoch, daß viele Menschen in psychosozialen Krisensituationen im Umfeld der Psychiatrie *zusätzlich* Probleme mit Alkohol oder Drogen haben oder hatten.

Einrichtungen für Drogen- und Alkoholabhängige haben in der Regel Zugangsvoraussetzungen, die Psychiatrie-Betroffene mit ihren sehr speziellen Schwierigkeiten zumindest vorübergehend überfordern oder sie sogar von vornherein ausschließen. Umgekehrt machen die Mehrzahl der Einrichtungen des sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzes eine strikte Alkohol- und Drogenabstinenz zur Aufnahmevoraussetzung.

Im *Weglaufhaus* können diese mehrfach belasteten Menschen aufgenommen und betreut werden, wenn sie bereit und in der Lage sind,

- im *Weglaufhaus* jeglichen Konsum von Alkohol und Drogen zu unterlassen,

- keinen Alkohol oder Drogen im *Weglaufhaus* zu lagern,
- sich im *Weglaufhaus* nicht in durch Alkohol oder Drogen spürbar beeinträchtigter Verfassung aufzuhalten,
- die anderen BewohnerInnen des *Weglaufhauses* nicht zum Drogen- oder Alkoholkonsum zu animieren und auf deren häufig anzutreffende Sensibilität gegenüber dem Konsum von Drogen und besonders Alkohol individuell Rücksicht zu nehmen,
- weder innerhalb noch außerhalb des *Weglaufhauses* mit Drogen zu handeln,
- außerhalb des *Weglaufhauses* Alkohol oder Drogen nur in einem Maß zu konsumieren, das ihre Ansprechbarkeit und Kooperationsfähigkeit nicht spürbar und anhaltend beeinträchtigt, das keine regelmäßige und suchtbedingt notwendige Gewohnheit darstellt, das nicht zu einer deutlichen Verschlechterung ihrer psychosozialen Verfassung führt und über das ein kritischer und vertrauensvoller Austausch mit den MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* möglich ist,
- die zusätzlichen Hilfen von Drogenberatungsstellen anzunehmen, wenn die Situation es erfordert. Die MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* absolvieren regelmäßig Fortbildungen, die die Betreuung von wohnungslosen Psychiatrie-Betroffene mit Drogen- oder Alkoholproblemen, die unter den angeführten Bedingungen als überschaubar und sekundär im Verhältnis zu den besonderen sozialen Schwierigkeiten gelten können, ermöglichen.

5. Ziele der Leistung

Das *Weglaufhaus* bietet wohnungslosen Psychiatrie-betroffenen Menschen in einer akuten Notlage und psychosozialen Krisensituation auf der Grundlage des Bundessozialhilfegesetzes eine befristete, niedrighschwellig zugängliche Wohnmöglichkeit, entlastet unmittelbar von der krisenverschärfenden Wohnungslosigkeit, macht ein individuell zugeschnittenes Angebot zur Überwindung der Notlage und ermöglicht eine persönliche, soziale und psychische Stabilisierung. Um die aktuelle Notlage zu überwinden, bietet das *Weglaufhaus* auf der Basis von Kriseninterventionsarbeit sofortige Hilfe in Form von Unterstützung und Übernahme an.

Ziel ist dabei eine individuell angepaßte Hilfe, um den Kreislauf von Wohnungslosigkeit und Psychiatisierung zu durchbrechen, eine erneute Psychiatisierung zu verhindern und die BewohnerInnen auf ein möglichst selbständiges Leben vorzubereiten.

Durch die Niedrighschwelligkeit des Zugangs zum *Weglaufhaus* sollen Menschen, die sich in akuten Notlagen befinden, für das spezielle Angebot des *Weglaufhauses* entscheiden und Anspruch auf von Kriseneinrichtungen zu erbringende Leistungen nach § 72 BSHG haben, erreicht werden. Ferner ermöglicht es Menschen, denen sonst keine angemessene Hilfe zur Verfügung stehen würde oder für die aufgrund ihrer Erfahrungen keine anderen Einrichtungen in Frage kommen, ein Hilfeangebot zu nutzen.

Die Ziele beinhalten im einzelnen:

1. Existenzsicherung (gesundheitliche und soziale Grundstabilisierung)

- Entlastung von Obdachlosigkeit
- Sicherung der gesundheitlichen und finanziellen Grundversorgung

2. Krisenintervention und persönliche Stabilisierung

- Abwehr von Tendenzen zur Eigen- und Fremdgefährdung
- Auffangen einer Krise und Krisenbegleitung
- Verarbeitung der Psychiatrieerfahrung und anderer belastender Ereignisse
- Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für zukünftige Krisen
- Entwicklung, Wiederherstellung oder Festigung sozialer Kontakte

3. Perspektivplanung und -realisierung

- Suchen einer geeigneten Wohnform bzw. in Einzelfällen Erhalt des alten Wohnraumes
- Erarbeiten einer Übersicht der in Berlin angebotenen geeigneten Wohnformen, ihrer Möglichkeiten und Bedingungen und Motivation, eine solche Hilfemaßnahme anzunehmen und (in Begleitung) die erforderlichen Schritte zu unternehmen
- Vorbereitung auf und Weitervermittlung in ein anderes, bedarfsgerechtes Hilfeangebot
- Verhinderung der Verschlimmerung der sozialen Schwierigkeiten und Vorbereitung auf spezialisierte Hilfeangebote
- Milderung der sozialen Schwierigkeiten, um den Übergang in eine weniger intensiv betreute Wohnform zu ermöglichen

4. Hilfe zur Selbsthilfe

- Aktivierung von Selbsthilfemöglichkeiten und Ressourcen
- Entwicklung von Strategien zur Bewältigung eventueller zukünftiger Krisen
- Information über Rechte, Pflichten und Möglichkeiten innerhalb unterschiedlicher Hilfesysteme und Betreuungsverhältnisse

Das spezielle Angebot des *Weglaufhauses* umfaßt die Unterstützung bei der Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, die zu einer akuten psychosozialen Krise geführt haben. Diese Unterstützung ist jenseits des

medizinischen Krankheits- und Behandlungsschemas angesiedelt. Die BewohnerInnen haben im *Weglaufhaus* auf dieser Grundlage eine in dieser Form einmalige Möglichkeit, einen selbstbestimmten Weg zu wählen und gemeinsam mit den MitarbeiterInnen individuelle Ziele und Perspektiven zu erarbeiten. Außerdem werden die BewohnerInnen beim (schrittweisen) Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka begleitet .

6. Die Einrichtung - Strukturqualität

6.1. Das Haus

Das *Weglaufhaus* ist eine am Stadtrand im Norden Berlins gelegene zweistöckige Altbauvilla, welche für die Nutzung als Kriseneinrichtung mehrfach umgebaut und erweitert wurde. Die Villa ist von einem ca. 1.000 m² großen Garten mit Teich umgeben und liegt nur einige hundert Meter von der Stadtgrenze entfernt, an die sich lange Feldwege und Wälder anschließen.

Im Haus ist Platz für 13 Männer und Frauen in Einzel- und Zweierzimmern.

Im Erdgeschoß befinden sich neben dem Eingangsbereich die großen Gemeinschaftsräume: ein multifunktionaler Angebotsraum, der als Eßzimmer dient sowie Musik- und andere Freizeitbetätigungsmöglichkeiten bietet, und das Wohnzimmer mit Bibliothek. Vom Mehrzweckraum geht eine geräumige Terrasse hinab in den Garten. Ferner liegen im Erdgeschoß die gemeinschaftlich genutzte Küche mit separatem Telefonraum für die BewohnerInnen, ein Bad mit WC und Dusche sowie das zentrale Büro.

Eine gewundene Treppe führt in den ersten Stock, in welchem man zu drei Einzelzimmern und drei Zweibettzimmern gelangt, die von Männern und Frauen bewohnt werden können. Hier befindet sich außerdem ein großes Wannenbad mit Toilette und zusätzlich eine separate Toilette. Ein kleiner Raum, der von den BewohnerInnen flexibel genutzt werden kann, liegt an der Treppe, die zum Dachgeschoß führt.

Die zweite Etage ist eine Frauenetage und soll Frauen mit spezifischen Rückzugsbedürfnissen dienen. Dazu stehen den Bewohnerinnen zwei Zweibettzimmer und ein Duschbad mit Toilette zur Verfügung.

Die Zimmer sind ausgestattet mit Einzelbetten sowie Nachttischen, Sitzmöglichkeiten, Tischen, Schränken oder Regalen. Die Räume können während des Aufenthaltes von BewohnerInnen individuell gestaltet werden.

Im Kellerbereich befinden sich ein weiterer gut ausgebauter Gemeinschaftsraum für BewohnerInnen mit Fernseher und Musikanlage und daneben ein kleines als Büro nutzbares Gesprächs- und Beratungszimmer. Zusätzlich liegen im Keller ein Sportraum mit diversen Geräten (z.B. einem Boxsack), die Waschküche mit Waschmaschine und Trockner sowie Lagerungsmöglichkeiten für Bettzeug und Handtücher. An diese Räume grenzen eine Werkstatt, ein Heizungskeller mit abgeschlossenem Stauraum und ein Fundusraum mit Kleidungsstücken für den aktuellen Bedarf von BewohnerInnen.

Insgesamt stehen den BewohnerInnen ca. 350 m² Wohn- und Gemeinschaftsfläche zur Verfügung. Davon dienen ca. 115 m² als Wohnfläche und ca. 235 m² als

Gemeinschaftsfläche.

6.2. Die Erreichbarkeit

Trotz der Lage am nördlichen Stadtrand ist das *Weglaufhaus* mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen: Sieben Fußminuten entfernt liegt der nächste S-Bahn-Anschluß; bis zum S-Bahnhof Friedrichstraße sind es 26 Minuten Fahrzeit. Zusätzlich befindet sich in unmittelbarer Nähe des Hauses eine Bushaltestelle.

Die Erreichbarkeit ist durch eine Nachtbus-Anbindung rund um die Uhr gegeben.

6.3. Zugang, Aufenthaltsdauer, Aufnahme, reguläre Beendigung und Abbruch

Der **Zugang** erfolgte in den ersten drei Jahren vorrangig durch Selbstmelder. Seitdem nimmt die Vermittlung durch Beratungsstellen, betreute Wohnprojekte, Krisendienste, sozialpsychiatrische Einrichtungen und durch die *Sozialen Wohnhilfen* der Bezirksämter spürbar zu.

Die **Aufnahmebedingungen** sind orientiert an der Zielgruppe .

Die Aufnahme kann jederzeit und unmittelbar erfolgen.

Nach einem ausführlichen Aufnahmegespräch entscheiden die anwesenden beiden MitarbeiterInnen sofort, ob jemand aufgenommen wird.

Die **Aufenthaltsdauer** richtet sich nach dem individuellen Hilfebedarf, im Durchschnitt halten sich die BewohnerInnen ca. 60 Tage im *Weglaufhaus* auf. Das Ziel ist es, die Dauer des Aufenthaltes möglichst kurz zu gestalten, wobei die jeweilige Aufenthaltsdauer zwischen einem Tag und mehreren Monaten liegt.

Das Verfahren bei Aufnahme, Abbruch und regulärer Beendigung gestaltet sich in der Regel wie folgt:

Auch bei Vermittlung durch andere Einrichtungen gilt, daß sich die InteressentInnen selbst telefonisch mit den MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* in Verbindung setzen. In diesem Erstkontaktgespräch wird das Angebot des *Weglaufhauses* erläutert und vorab geklärt, ob die Person die grundsätzlichen Aufnahmebedingungen erfüllt. Dann wird ein Termin für das ausführliche Aufnahmegespräch vereinbart, das noch am selben Tag stattfinden kann. Dies gilt auch für InteressentInnen, die sich ohne telefonische Voranmeldung direkt ans *Weglaufhaus* wenden.

Im **Aufnahmegespräch** werden folgende Fragen thematisiert:

- Entspricht das Angebot des *Weglaufhauses* dem Hilfebedarf und den Wünschen des Betreffenden?
- Besteht der leistungsrechtliche Anspruch auf Unterstützung nach § 72 BSHG?
- Welche Möglichkeiten der Teilnahme am Alltag der Hausgemeinschaft hat die Person?

- Besteht die Bereitschaft, die Grundregeln des Zusammenlebens im *Weglaufhaus* zu akzeptieren (Hausordnung)?
- Besteht der Wunsch, psychiatrische Psychopharmaka abzusetzen?

Wenn Platz frei ist, kann der hilfeschende Mensch gleich im *Weglaufhaus* bleiben.

So schnell wie möglich wird dann im Namen der neu Aufgenommenen der Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt . So schnell wie möglich erfolgt dann die Benachrichtigung des zuständigen Sozialhilfeträgers.

Innerhalb der ersten Woche verfassen die MitarbeiterInnen in Zusammenarbeit mit den BewohnerInnen eine ausführliche Sozialanamnese und Begründung des Hilfebedarfs und leiten sie an die *Soziale Wohnhilfe* des zuständigen Bezirksamtes weiter.

Alle BewohnerInnen sind vorläufig aufgenommen, bis die Kostenübernahme bewilligt wurde.

Der Abbruch kann durch plötzliches Beenden des Aufenthaltes durch die BewohnerInnen erfolgen, aber auch von seiten der MitarbeiterInnen, wenn die Hausordnung gravierend verletzt oder die Unterstützungsmöglichkeiten des *Weglaufhauses* ausgeschöpft wurden. In diesem Fall bemühen sich die MitarbeiterInnen, einen geeigneteren Platz zu finden.

In schwierigen Situationen, die das Zusammenleben der Hausgemeinschaft und damit die Hilfemaßnahme gefährden, bemüht sich das Team des *Weglaufhauses* gemeinsam mit der bzw. dem Betroffenen darum, spezielle Vereinbarungen zu treffen, die Verhaltensänderungen ermöglichen und einen vorzeitigen Abbruch verhindern können.

Bei regulärer Beendigung des Aufenthaltes haben die BewohnerInnen im Idealfall

- eine weniger intensiv betreute Wohnform gefunden,
- ihre psychosoziale Situation stabilisiert
- ihre Alltagskompetenzen zumindest insoweit wiedererlangt und trainiert , daß sie geeignete Anschlußhilfen in Anspruch nehmen können
- Strategien zur Bewältigung eventueller neuer Krisen entwickelt
- soziale Kontakte wiederbelebt oder aufgenommen
- erste Schritte in Richtung der Aufnahme/Fortsetzung eines Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnisses unternommen

Ressourcen und das Selbsthilfepotential mobilisiert worden.

Die MitarbeiterInnen präzisieren den Hilfeplan in Zusammenarbeit mit den BewohnerInnen erneut und geben diesen zusammen mit einem Abschlußbericht entsprechend der in den Anlagen für Kriseneinrichtungen des Berliner Rahmenvertrags festgelegten Regelungen an den Kostenträger weiter.

Wenn es von ehemaligen BewohnerInnen gewünscht wird und dies zur Absicherung der anschließenden Hilfemaßnahmen sinnvoll erscheint, halten die MitarbeiterInnen den Kontakt und versuchen, Vorabsprachen mit allen Beteiligten über eventuelle Notübernachtungen in Krisensituationen zu treffen .

6.4. Zu rechtlichen Fragen bei der Aufnahme im *Weglaufhaus*

6.4.1. Gerichtliche Unterbringungen

Menschen, die sich um Aufnahme im *Weglaufhaus* bemühen und bei denen eine gerichtliche Unterbringung nach PsychKG oder nach dem Betreuungsrecht (BtR und BGB) vorliegt, können nur dann aufgenommen werden, wenn die Unterbringung aufgehoben oder vorläufig ausgesetzt werden kann.

Die MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* fragen deshalb vor der Aufnahme, ob eine gerichtliche oder staatlich angeordnete Unterbringung vorliegt.

Soweit Unterbringungen durch Behörden oder Gerichte vorliegen, setzen sich die MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* unverzüglich mit den zuständigen BetreuerInnen und den ÄrztInnen der psychiatrischen Station, auf der die Betroffenen gerichtlich untergebracht sind, in Verbindung und versuchen, eine vorläufige Beurlaubung bis zur gerichtlichen Aufhebung der Unterbringung zu erreichen. Die Erfahrung zeigt, daß gerichtliche Unterbringungen nach PsychKG oder Betreuungsrecht häufig aufgehoben werden, wenn eine angemessene Unterstützung der Unterbrachten in einer Einrichtung ihrer Wahl gewährleistet werden kann. Diese Praxis entspricht auch den Bestimmungen des *Psychisch-Kranken-Gesetzes des Landes Berlin (PsychKG)*, da das PsychKG Gerichte und psychiatrische Institutionen dazu verpflichtet, jederzeit zu überprüfen, ob nicht andere Möglichkeiten der Betreuung bestehen, die eine gerichtliche Unterbringung überflüssig machen könnten.

Außerdem nehmen die MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* binnen 24 Stunden nach der Aufnahme und vorläufigen Beurlaubung von gerichtlich Unterbrachten Kontakt mit der Stelle auf, die die Unterbringung angeordnet hat, mit dem Ziel, aufgrund der intensiven Betreuungssituation im *Weglaufhaus*, die Unterbringung auch formal aufheben zu lassen, falls dies nicht von den zuständigen PsychiaterInnen erledigt wird.

6.4.2. Gesetzliche Betreuungsverhältnisse

Im Aufnahmegespräch werden die zukünftigen BewohnerInnen auch gefragt, ob sie unter gesetzlicher Betreuung stehen. Die BetreuerInnen werden umgehend in Anwesenheit der BewohnerInnen über deren Aufenthalt im *Weglaufhaus* informiert, um die Aufgabenbereiche des Betreuungsverhältnisses festzustellen, finanzielle und formale Zuständigkeitsfragen zu klären und im Interesse der Betroffenen eine gute Zusammenarbeit einzuleiten. Langjährige Erfahrungen der MitarbeiterInnen

des *Weglaufhauses* haben gezeigt, daß BetreuerInnen in aller Regel gern mit der Kriseneinrichtung *Weglaufhaus* kooperieren und eine Kostenübernahme durch den zuständigen Sozialhilfeträger befürworten.

Es kommt jedoch in Einzelfällen auch vor, daß sich Menschen an das *Weglaufhaus* wenden, die unter gesetzlicher Betreuung stehen, deren Vertrauensverhältnis zu ihren BetreuerInnen nachhaltig zerrüttet ist und die nicht wollen, daß ihre BetreuerInnen von ihrem aktuellen Aufenthalt erfahren. In solchen Fällen können die MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses*, die in größeren Abständen an Fortbildungen über das Betreuungsrecht teilnehmen, davon absehen, BetreuerInnen unmittelbar zu informieren, weisen die Betroffenen jedoch darauf hin, daß eine Benachrichtigung innerhalb einer überschaubaren, nach Tagen zu bemessenden Frist in jedem Fall erfolgen muß. Die Betroffenen erhalten auf diese Weise Gelegenheit, ihre aktuellen, mit einer Benachrichtigung der BetreuerInnen verbundenen Ängste und Befürchtungen zu thematisieren, zu überdenken und mit der Verabredung einer geeigneten Unterstützung und Begleitung zu überwinden.

BewohnerInnen werden während ihres weiteren Aufenthaltes im *Weglaufhaus* je nach ihren Wünschen und Fähigkeiten dabei unterstützt, einen BetreuerInnenwechsel, die Aufhebung der Betreuung oder die Veränderung der Aufgabenbereiche bei den Vormundschaftsgerichten zu beantragen, geeignete neue BetreuerInnen zu finden oder mit Hilfe von gemeinsamen Gesprächen und anderen geeigneten Maßnahmen Differenzen auszuräumen und das Vertrauensverhältnis zu den jeweiligen BetreuerInnen wieder herzustellen.

6.4.3. Ausschluß von forensisch Untergebrachten

Menschen, für die eine freiheitsentziehende Maßregel nach den §§ 63ff Strafgesetzbuch (StGB), ein Sicherungsverfahren nach den §§ 413ff Strafprozeßordnung (StPO) oder eine einstweilige Unterbringung nach § 126 StPO angeordnet wurde (also alle forensischen Psychiatrie-Betroffenen), werden im *Weglaufhaus* nicht aufgenommen. Das bedeutet, daß alle Personen, die durch ein Strafgericht im Maßregelvollzug oder nach der StPO in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht sind, unter keinen Umständen einen Platz im *Weglaufhaus* beanspruchen können.

In den ersten fünf Jahren seines Bestehens haben sich allerdings auch noch nie forensisch Untergebrachte um Aufnahme im *Weglaufhaus* beworben.

6.5. MitarbeiterInnen

Die Kriseneinrichtung *Weglaufhaus* bietet auf der Basis der vereinbarten Tagessätze die ständige Anwesenheit von qualifiziertem Personal. Dies ist aufgrund der krisenhaft zugespitzten psychosozialen Problemlage der BewohnerInnen des *Weglaufhauses* auch notwendig und zweckmäßig.

Im *Weglaufhaus* arbeiten rund um die Uhr SozialarbeiterInnen oder sonstige MitarbeiterInnen, die aufgrund gleichwertiger Fähigkeiten und Erfahrungen entsprechende Tätigkeiten ausüben. Eine/r dieser MitarbeiterInnen nimmt im Rahmen ihrer/seiner Arbeitszeit die Leitungsaufgaben wahr.

Außerdem arbeitet ein/e Psycholog:in auf Honorarbasis im *Weglaufhaus*, der die MitarbeiterInnen in besonders schwierigen Fällen bei den psychologischen Aspekten der Krisenintervention anleitet, um damit eine gezieltere und effektivere Überwindung der besonderen sozialen Schwierigkeiten zu ermöglichen.

Zusätzlich arbeiten Honorarkräfte im Haus als Ergänzung für Nacht- und Tagdienste. Die Honorarkräfte sind für ihre Betreuungsaufgaben durch einschlägige Berufserfahrungen, -abschlüsse oder ein begleitendes Studium geeignet.

Eine Verwaltungskraft ist darüber hinaus im *Weglaufhaus* beschäftigt.

6.5.1. Zusätzliche interne Qualifikationskriterien

Psychiatrie-Betroffenheit

Ein internes Qualifikationskriterium für die Auswahl der MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* ist die eigene reflektierte und verarbeitete Psychiatrie-Erfahrung. Mindestens die Hälfte der MitarbeiterInnen waren selbst InsassInnen einer psychiatrischen Anstalt und haben diese Erfahrung in ihrem Leben bewältigt. Gemäß der Ansätze der Psychiatrie-Betroffenen-Bewegung wird im *Weglaufhaus* die eigene Psychiatrie-Betroffenheit als besondere Qualifikation in der Arbeit mit den BewohnerInnen betrachtet. Qualifiziert sind MitarbeiterInnen, die eigene Erfahrungen mit Verrücktheit, Psychiatrisierung oder anderen schwierigen Lebenssituationen gemacht und diese bewältigt haben. Den BewohnerInnen stehen so Beispiele dafür zur Verfügung, daß es möglich ist, Psychiatrie-Erfahrungen zu bewältigen und ein Leben jenseits des psychiatrischen Versorgungssystems zu führen. Außerdem ermöglicht die reflektierte eigene Krisenerfahrung, die auch die nicht-betroffenen MitarbeiterInnen haben, eine besondere Empathie und eine größere Toleranz gegenüber extremen Handlungs- und Wahrnehmungsweisen.

Antipsychiatrische Grundhaltung

Qualifiziert sind MitarbeiterInnen, die ohne das psychiatrische Krankheitsmodell und die psychiatrische Diagnostik auskommen und die gesellschaftlich tief verwurzelte Trennung in "Gesunde" und "psychisch Kranke" reflektiert und überwunden haben. Sie sollen das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen respektieren und die direkten und indirekten psychiatrischen Zwangsmethoden (der gewaltsame Einsatz von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks, Manipulation und eine mangelnde Aufklärung) ablehnen. Eine antipsychiatrische Grundhaltung bedeutet in der Praxis, daß der Schwerpunkt auf der Wahrnehmung, Entwicklung und Stärkung der Selbstbestimmung Psychiatrie-betroffener Menschen liegt.

6.6. Die Ausbildung von PraktikantInnen

Das *Weglaufhaus* ist eine anerkannte Praxiseinrichtung für die Ausbildung von StudentInnen der Psychologie und Sozialarbeit.

Die Ableistung eines durchschnittlichen Praktikums im *Weglaufhaus* dauert mindestens 6 Monate mit 20 - 40 Wochenstunden.

Die PraktikantInnen, etwa 3 - 4 pro Halbjahr, werden von zwei entsprechend qualifizierten MitarbeiterInnen supervidiert und fortgebildet.

7. Das konkrete Vorgehen – Prozessqualität

Auf der Basis eines individuell auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen abgestimmten Hilfeplanes, der die besonderen sozialen Schwierigkeiten der Einzelnen berücksichtigt, werden im *Weglaufhaus* alle Leistungsinhalte des Leistungstyps Kriseneinrichtung gemäß BRV (Berliner Rahmenvertrag) angeboten. Diese umfassen:

7.1. Information

Die BewohnerInnen werden zu Beginn ihres Aufenthaltes umfassend über die

Angebote des *Weglaufhauses* und mögliche Alternativen sowie die für einen Aufenthalt notwendigen Bedingungen (Beantragung der Kostenübernahme, Einhaltung der Hausregeln) informiert. Das Angebot umfaßt Hilfen bezüglich persönlicher, sozialer, gesundheitlicher und rechtlicher Fragen. Darüber hinaus werden BewohnerInnen über die verschiedenen zur Verfügung stehenden Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten, die an einen Aufenthalt im *Weglaufhaus* anschließen können, informiert.

Falls es nach einem Vorgespräch nicht zu einer Aufnahme im *Weglaufhaus* kommt, werden die InteressentInnen über andere Einrichtungen und Hilfeangebote informiert und auf Wunsch dorthin vermittelt.

7.2. Beratung

Es finden regelmäßige Beratungen statt mit dem Ziel, die psychosozialen Bedingungen, unter denen sich die Krise zugespitzt hat, bewußt zu machen und Schritte zur Bewältigung der Schwierigkeiten zu erarbeiten. Gemeinsam mit den BewohnerInnen werden individuelle Hilfepläne erarbeitet, die in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch ein Mal im Monat, überprüft und angepaßt werden.

Die Beratung umfaßt auch Informationen über Angebote und Hilfen außerhalb des *Weglaufhauses* und die Vermittlung an entsprechende Institutionen und Einrichtungen.

Die Beratung umfaßt die folgenden Bereiche:

- Ansprüche gemäß BSHG und anderer Sozialgesetzbücher
- Ansprüche bei Sozialversicherungsträgern (Krankenkassen, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung)
- Inangriffnahme der Schuldenregulierung, evtl. Vermittlung an eine Schuldnerberatungsstelle
- Beratung bei anhängigen Strafsachen und ggf. Weitervermittlung an geeignete AnwältInnen
- psychiatrische Psychopharmaka und Vermittlung an ÄrztInnen
- Beratungsstellen zu speziellen Themen wie Sucht, Gewalt, Mißbrauch
- Selbsthilfegruppen
- gesundheitliche Fragen
- weiterführende Hilfeangebote nach BSHG

7.3. Anleitung, Unterstützung, Übernahme

Bei der Umsetzung der im individuellen Hilfeplan erarbeiteten Handlungsschritte bieten die MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* Hilfe in Form von Anleitung, Unterstützung und Übernahme an. Außerdem wird eine persönliche Begleitung zu Terminen, beispielsweise bei Ämtern, ÄrztInnen und Gerichten, angeboten. Im Vordergrund steht dabei die Förderung von Selbsthilfemöglichkeiten und

vorhandenen Fähigkeiten, die bei der Bewältigung der akuten Krise hilfreich sind. Tätigkeiten, die für die Existenzsicherung nötig sind, werden von den MitarbeiterInnen teilweise oder vollständig übernommen, wenn diese mit Anleitung oder Unterstützung nicht ausgeführt werden können. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn in einer akuten Krisensituation Alltagshandlungen nicht mehr allein ausgeführt werden können.

Die Übernahme findet nur statt, wenn sie ausdrücklich im Interesse der BewohnerInnen ist.

Die Anleitung und Unterstützung umfaßt u.a. folgende Bereiche:

- Beschaffung von Dokumenten und Nachweisen
- Sicherung der finanziellen Lebensgrundlage
- Kontakt mit Behörden und Institutionen
- Kontaktaufnahme mit Gerichten, BetreuerInnen, AnwältInnen, BewährungshelferInnen, ÄrztInnen und TherapeutInnen
- Erarbeitung von Konfliktbewältigungsstrategien
- Kontaktaufnahme mit Familien, FreundInnen oder anderen Bezugspersonen
- Alltags- und Freizeitgestaltung
- Organisation des Tagesablaufs und Einhaltung von Terminen

7.4. Krisenintervention

Das *Weglaufhaus* bietet eine 24-Stunden-Betreuung mit überwiegend doppelt besetzten Schichten, was in Krisensituationen eine besonders intensive Begleitung und Unterstützung möglich macht. Ziele der Krisenintervention sind die Verhinderung einer weiteren Zuspitzung der psychosozialen Notlage sowie die Stabilisierung und die Rückgewinnung der notwendigen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten zur Überwindung der Krise.

Die Krisenintervention im *Weglaufhaus* geht in der Regel über die sofortigen Hilfemaßnahmen in einer akuten Krisensituation hinaus. Deshalb stellt sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt die individuellen Bedürfnisse, Erfahrungen und Kompetenzen sowie die sozialen Bedingungen der betroffenen Person in den Mittelpunkt des Unterstützungsangebots.

Die Vorgehensweise im *Weglaufhaus* umfaßt die voneinander unterscheidbaren Phasen Krisenintervention (im engeren Sinne), Krisenbegleitung und Krisennachsorge. Die Dauer der einzelnen Phasen kann je nach Ursachen und Ausprägung der Krise individuell stark variieren.

Die Krisenarbeit im *Weglaufhaus* orientiert sich an Theorien der *Sozialen Einzelfallhilfe*, die den Fokus auf die individuellen Erfahrungen und Kompetenzen der Betroffenen legen. Der Ansatz, individuelle Krisenausprägungen und -verläufe

in den Vordergrund der Arbeit zu stellen und die BewohnerInnen als ExpertInnen für ihre Krisen zu betrachten, sind spezielle Merkmale der Arbeit im *Weglaufhaus*, die ein hohes Maß an Flexibilität voraussetzen. Aus diesem Grund ist die Kriseninterventionsarbeit im *Weglaufhaus* durch einen kontinuierlichen Austausch der MitarbeiterInnen mit den BewohnerInnen über das zur Verfügung stehende Unterstützungsangebot gekennzeichnet, das es ermöglicht, auf ein breites Spektrum verschiedener Ausdrucks- und Erlebensweisen von Krisen einzugehen und zu reagieren.

7.4.1. Krisenintervention (im engeren Sinne)

Alle Menschen, die im *Weglaufhaus* aufgenommen werden, befinden sich in einer akuten sozialen und psychischen Notsituation. Die Krisenintervention im engeren Sinne gliedert sich in eine Aufnahmephase, in der die Bedingungen der Krisenarbeit im *Weglaufhaus* geklärt werden, und eine Durchführungsphase, in der aktiv und konkret Unterstützung unter Anwendung verschiedener Methoden angeboten wird.

Aufnahmephase

Zunächst stellt die Aufnahme im *Weglaufhaus* für die BewohnerInnen eine Entlastung von akuter Wohnungslosigkeit sowie eine existenzielle körperliche Grundsicherung dar. Die 24-stündige Präsenz und Ansprechbarkeit der MitarbeiterInnen führt in der Regel schon zum Zeitpunkt der Aufnahme zu einer emotionalen Entlastung der BewohnerInnen. Diese Bedingungen bilden den Rahmen, innerhalb dessen ein Auffangen der Krise möglich ist.

Im Aufnahmegespräch geht es um eine Verständigung über die individuelle Krisensituation und die Abklärung der Möglichkeiten, die das *Weglaufhaus* zur Krisenintervention bieten kann.

Die BewohnerInnen werden ausführlich nach ihren bisherigen Krisenerfahrungen gefragt, auch nach möglichen suizidalen und aggressiven Tendenzen. Außerdem werden Faktoren, die als bedrohlich erlebt werden und wesentliche Auslöser der Krise sein können, herausgearbeitet.

Da der persönliche Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen und den BewohnerInnen das zentrale Instrument der Krisenarbeit im *Weglaufhaus* darstellt, wird von Beginn des Aufenthaltes an große Aufmerksamkeit auf den regelmäßigen Kontakt sowie den Austausch relevanter Informationen zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen gelegt.

Die BewohnerInnen werden aufgefordert, das Formblatt „Zum Umgang mit Krisen im *Weglaufhaus*“ auszufüllen, in dem es darum geht, bisherige Krisen zu beschreiben, hilfreiche Erfahrungen aus vorangegangenen Krisensituationen festzuhalten und konkrete Unterstützungswünsche an die MitarbeiterInnen zu äußern. Persönliche und soziale Ressourcen werden dabei berücksichtigt und aktiviert. Dies dient sowohl der Verhinderung einer weiteren Zuspitzung der Situation als auch als zusätzliche Verständnishilfe und Anleitung für die MitarbeiterInnen in Situationen, in denen die verbale Kommunikation möglicherweise deutlich erschwert ist.

Durchführungsphase

Die Krisenintervention im engeren Sinne, also die Hilfe in maximal zugespitzten Krisensituationen, die sich oftmals in ver-rückten Zuständen und extremen Angstzuständen äußern, wird im *Weglaufhaus* unter hohem Zeitaufwand der MitarbeiterInnen betrieben.

Die Grundlage der Krisenarbeit ist der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung. Dies findet vor allem in Form von Einzelgesprächen, aber auch durch andere Formen der Kommunikation und des gemeinsamen Handelns statt .

Entscheidend in dieser Phase ist die Methode des Dabeiseins , eine Unterstützungsleistung, die durch einen intensiven und kontinuierlichen Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen und BewohnerInnen gekennzeichnet ist und die individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen eingeht. Dabei ist oft das im Laufe des Aufnahmeverfahrens und in weiteren Gesprächen erworbene Vertrauen von entscheidender Bedeutung. Ein Ziel ist es dabei, den BewohnerInnen einen sicheren Rahmen zu bieten, im dem sie in ihrer Krise aufgefangen werden. Das Dabeisein kann sich sowohl im verständnisvollen Zuhören als auch im bewußten Setzen von Grenzen ausdrücken. Wichtiger als die konkrete Handlung ist dabei, ein höchstmögliches Maß an Toleranz und Akzeptanz gegenüber ungewöhnlichen Verhaltens- und Erlebensweisen zu vermitteln. Diese Grundhaltung ermöglicht den Betroffenen, sich trotz ungewohnter und extremer Zustände in einen Hausalltag zu integrieren, der sie mit der Alltagsrealität konfrontiert.

Die MitarbeiterInnen intervenieren mit dem Ziel der emotionalen Entlastung und der persönlichen Stabilisierung der BewohnerInnen. Hierzu dienen stützende Verfahren wie Zuhören und Ermutigung, aber auch nonverbale Kommunikation, Herstellen von Realitätsbezug in konkreten Situationen. Dabei spielt der Hausalltag eine wichtige Rolle, da die Betroffenen durch die an sie gestellten Anforderungen immer wieder mit ganz konkreten Situationen und Handlungen konfrontiert werden. Dies gilt auch für die Unterstützung bei einer regelmäßigen Ernährung sowie der Körperhygiene. Beides wird in akuten Krisensituationen häufig vernachlässigt. Auch ist es wichtig, ein Minimum an Zeitstruktur sowie die Einhaltung eines möglichst regelmäßigen Tag-Nacht-Rhythmus' zu unterstützen. Dazu werden beispielsweise beruhigende Gespräche vor dem Schlafengehen und Spaziergänge angeboten. Die Aufforderung an die BewohnerInnen, sich auch nachts an die anwesenden MitarbeiterInnen zu wenden, wird in dieser Phase noch einmal verstärkt. BewohnerInnen können in besonderen Ausnahmesituationen auch im Büro unter permanenter Anwesenheit von MitarbeiterInnen übernachten. Wenn es hilfreich erscheint, werden auch Zeitpunkte festgelegt, an denen eine Kontaktaufnahme durch die MitarbeiterInnen stattfindet. Außerdem wird eine grundlegende Gesundheitsversorgung durch die MitarbeiterInnen sichergestellt, die im Notfall die Kontaktaufnahme mit einem Arzt/einer Ärztin übernehmen, zu Terminen begleiten oder einen Hausbesuch organisieren.

Die MitarbeiterInnen konzentrieren sich in ihrer Arbeit mit den BewohnerInnen in dieser Phase auf die jeweils wesentlichen Bedingungen im Hier und Jetzt.

Die Teilnahme an Aktivitäten der Hausgemeinschaft wird gefördert und persönliche Unterstützung bei der Erledigung der anfallenden Haushaltsaufgaben sowie bei der Teilnahme an den Hausversammlungen angeboten. Die Hausgemeinschaft sowie das Zusammenleben und der Austausch mit anderen Psychiatrie-Betroffenen kann sich in dieser Phase stabilisierend auswirken.

Die anwesenden MitarbeiterInnen achten besonders auf Tendenzen der Eigen- und Fremdgefährdung und auf Suizidalität und ergreifen bei Bedarf prophylaktische

Maßnahmen , wie zum Beispiel kurzfristige Vereinbarungen und ständiger Kontakt zu den BewohnerInnen, besonders auch nachts.

Die MitarbeiterInnen intensivieren ihren Austausch im Rahmen der Durchführung der Krisenintervention. Während der gemeinsamen Schicht tauschen sich die KollegInnen mehrmals aus. In der Dienstübergabe, im Diensttagebuch und dem BewohnerInnen-Ordner werden Ereignisse sowie fachliche Einschätzungen ausführlich weitergegeben. In der Teamsitzung wird dies alles vollständig zusammengetragen und gemeinsam erörtert. Dabei wird ständig überprüft, mit welchen konkreten Maßnahmen und ob überhaupt die notwendige Hilfe geleistet werden kann. Falls die MitarbeiterInnen zu der Einschätzung kommen, daß innerhalb der gegebenen Möglichkeiten und Grenzen des *Weglaufhauses* ein weiterer Aufenthalt – etwa auf Grund von Selbst- oder Fremdgefährdung - nicht verantwortet werden kann, werden alle notwendigen Maßnahmen ergriffen, die betreffende Person in eine besser geeignete Einrichtung zu begleiten.

7.4.2. Krisenbegleitung

Nach dem Überwinden des Höhepunkts der akuten Krise geht die Hilfeleistung in die Phase der Krisenbegleitung über.

Die vorübergehend notwendig gewordenen Maßnahmen zur Abwehr der Selbst- und Fremdgefährdung (zum Beispiel die Vereinbarung, nicht allein das Haus zu verlassen) können nun schrittweise aufgegeben werden, dennoch bleibt ein erhöhter Betreuungsaufwand bestehen. Im Mittelpunkt der Krisenarbeit steht zu diesem Zeitpunkt die psychosoziale Stabilisierung. Darüber hinaus kann nun gemeinsam an der Strukturierung der Situation gearbeitet werden.

Hierfür wird ein Hilfeplan erstellt oder der schon bestehende fortgeschrieben. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Entwicklung von Zukunftsperspektiven und der Beratung zu verschiedenen Möglichkeiten, eine individuell optimal angepaßte Betreuung, auch über die Zeit im *Weglaufhaus* hinaus, zu gewährleisten.

Die Intensität der stützenden Interventionen wird verringert, die Alltagsorientierung wird, teilweise auch durch konfrontative Techniken, gefördert. Die Hausgemeinschaft des *Weglaufhauses* entwickelt sich dabei in aller Regel zu einem neuen stabilisierenden Teil des Netzwerkes. Die MitarbeiterInnen begleiten bei Besorgungen, Spaziergängen oder Terminen, Aktivitäten im Haus und mit anderen BewohnerInnen finden wieder verstärkt statt.

Zur Förderung der Selbsthilfe gehört auch, die Krise zu bearbeiten, zu reflektieren und in einen biographischen Bezug zu setzen.

Das soziale Umfeld, das zumeist in die Krisenintervention (im engeren Sinne) nicht einbezogen werden kann, wird nun nach Möglichkeit wieder aktiviert. Es wird eine Netzwerkanalyse durchgeführt, wobei besonders die Position von privaten und professionellen HelferInnen beleuchtet wird. Über die obligatorischen Kontaktaufnahmen (z.B. Sozialamt, Betreuer/in, SpD) hinaus setzen sich die MitarbeiterInnen allerdings nur auf ausdrücklichen Wunsch der BewohnerInnen mit anderen Personen in Verbindung.

Die MitarbeiterInnen motivieren dazu, das der Krise innewohnende Potential zu mobilisieren und die Krise als Chance für Veränderung zu sehen. Wichtig ist dabei auch, die Faktoren herauszuarbeiten, die auslösend für die Krise waren, und solche, die während der akuten Krise hilfreich oder schädlich waren.

dieser Phase eine außergewöhnliche Offenheit.

7.4.3. Krisennachsorge

Auch nach Abklingen der akuten Krise ist eine weitere intensive Betreuung notwendig, da in der Phase der Krisennachsorge die Rückschau, die Zukunftsplanung und die allmähliche Auflösung der individuellen Betreuung im Vordergrund der Arbeit stehen. Ein abrupter Kontaktabbruch könnte den Erfolg der Hilfe gefährden. Die Loslösung von der kontinuierlichen Betreuung und dem intensiven Zusammenleben in der Hausgemeinschaft ist für viele BewohnerInnen ein schwieriger und verunsichernder Prozeß, der bei der Planung der weiteren Perspektiven berücksichtigt wird. Das Ziel in der Phase der Krisennachsorge ist es, eine geeignete, weniger intensiv betreute Wohnform mit den BewohnerInnen zu finden.

Außerdem wird versucht, Strategien zur Vermeidung weiterer Krisen und Bewältigungsmöglichkeiten für eventuelle zukünftige Krisen zu erarbeiten. Dabei können die MitarbeiterInnen auf der Grundlage der abgeschlossenen Krisenbegleitung und daraus resultierender gemeinsamer Erfahrungen Beiträge zu dieser Reflexion liefern und gemeinsam mit den BewohnerInnen die zukünftigen sozialen Bedingungen gestalten.

Zur Krisennachsorge gehört außerdem eine umfassende Netzwerkförderung, die sowohl professionelle HelferInnen als auch private soziale Kontakte berücksichtigt.

Die Wohnsituation, eventuell mit Unterstützung von Einzelfallhilfe, der Besuch von offenen Treffpunkten oder Selbsthilfegruppen, Absprachen über mögliche Notübernachtungen im *Weglaufhaus* und private Kontakte zu MitbewohnerInnen werden vorbereitet.

Am Ende des Aufenthaltes im *Weglaufhaus* wird ein ausführliches Abschlußgespräch geführt, in dem gemeinsam die entscheidenden Punkte des Aufenthaltes noch einmal herausgearbeitet werden.

Das *Weglaufhaus* bietet eine 24-Stunden-Betreuung, die in Krisensituationen eine intensive Begleitung und Unterstützung möglich macht. Das Ziel der Krisenintervention ist die Rückgewinnung der notwendigen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten, die zur Überwindung der Krise notwendig sind. Erfahrungsgemäß tritt ein besonders hoher Bedarf an intensiven und schnell verfügbaren Maßnahmen einer qualifizierten Krisenintervention häufig abends, nachts, an Wochenenden und Feiertagen auf .

7.5. Methoden

Die Grundlage der Methoden, die in der Arbeit im *Weglaufhaus* angewandt werden, ist die antipsychiatrische Haltung der MitarbeiterInnen .

- **Einzelgespräche**

Es finden regelmäßig Einzelgespräche statt, bei Bedarf auch mehrmals täglich. In den Gesprächen werden aktuelle Anliegen und Bedürfnisse der BewohnerInnen besprochen. Außerdem dienen sie der Krisenintervention, der Verarbeitung belastender Ereignisse und der Perspektivplanung. Die Gespräche werden flexibel angeboten und finden nach Bedarf auch nachts statt. Die Einzelgespräche sind zentral für den Kontakt zwischen den BewohnerInnen und MitarbeiterInnen. Wird

Krisenauslösende und belastende Ereignisse und die Psychiatrieerfahrung können nun bearbeitet und reflektiert werden. Dafür besteht häufig bei den Betroffenen in dieser Phase eine außergewöhnliche Offenheit.

der Kontakt weniger oder droht er ganz abzubrechen, so werden von Seiten der MitarbeiterInnen verstärkt Gespräche oder andere Formen der (nonverbalen) Kommunikation angeboten.

- **Training von Alltagskompetenzen**

Einen wichtigen Teil des Aufenthalts im *Weglaufhaus* stellt das alltägliche Leben in der Hausgemeinschaft dar. Diese ist für Einkauf, Kochen, Putzen, Garten, etc. selbst verantwortlich. Neben der gemeinsamen Planung und Durchführung bieten die MitarbeiterInnen Anleitung und Unterstützung bei diesen Tätigkeiten an.

Im *Weglaufhaus* tritt an die Stelle von Beschäftigungs-, Arbeits-, Gruppen- oder Einzeltherapien die komplexe und vielerlei konkretere Anforderungen stellende Wirklichkeit des Gemeinschaftslebens in einem großen und von sehr unterschiedlichen Menschen intensiv genutzten Haus. Für die BewohnerInnen ist dies eine Möglichkeit, Alltagskompetenzen wiederzuerlangen, die sie zum Teil aufgrund jahre- oder jahrzehntelanger Aufenthalte in Psychiatrien oder Heimen verlernt oder nie erlernt haben.

Das (Wieder-)Erlernen von Alltagshandlungen stellt eine wichtige Voraussetzung für die Vorbereitung auf ein selbständigeres Leben dar.

- **Hausversammlungen**

Zwei Mal pro Woche finden mit den beiden anwesenden MitarbeiterInnen Hausversammlungen statt, in denen alle die Hausgemeinschaft betreffenden Fragen wie die Organisation der Hausarbeit, die Zimmerverteilung und die Planung von gemeinsamen Aktivitäten besprochen und diskutiert werden. Auch für Konflikte unter den BewohnerInnen wird die Hausversammlung als Ort für klärende Gespräche genutzt. Außerdem kann die Hausversammlung ein Votum bei der Aufnahme neuer BewohnerInnen, der Einstellung neuer MitarbeiterInnen und PraktikantInnen und der Gestaltung des Hauses abgeben. Dieses wird vom Team bzw. den Gremien des Trägervereins bei den anstehenden Entscheidungen berücksichtigt.

- **Vertrauenspersonenmodell**

Die BewohnerInnen wählen aus dem Team zwei MitarbeiterInnen, mit denen sie regelmäßige Gespräche über anstehende Probleme und Perspektiven führen. Aufgabe der Vertrauenspersonen ist es, einen Überblick über anstehende Schritte, die die Planung und Realisierung der erarbeiteten Perspektiven betreffen, zu behalten. Grundsätzlich stehen jedoch alle MitarbeiterInnen allen BewohnerInnen in ihren jeweiligen Dienstzeiten für Gespräche zur Verfügung.

- **Transparenz**

Es gilt das Prinzip vollständiger Transparenz bei der Einsicht von Berichten und Stellungnahmen für Behörden oder andere Einrichtungen und bei Aufzeichnungen der MitarbeiterInnen, die sich auf die BewohnerInnen beziehen. Darüber hinaus gibt es für die BewohnerInnen die Möglichkeit, diese aktiv mitzugestalten. Die BewohnerInnen haben immer das Recht auf Teilnahme an Teamsitzungen oder auswärtigen Terminen, bei denen über sie gesprochen wird. Mit Dritten sprechen die MitarbeiterInnen über die BewohnerInnen nur mit ihrer ausdrücklichen

Zustimmung.

- **Mediation/Vermittlung in Konfliktsituationen**

Bei Konflikten von BewohnerInnen untereinander, mit MitarbeiterInnen oder nahestehenden Personen außerhalb des *Weglaufhauses* besteht das Angebot, unter Anleitung von (nicht involvierten) MitarbeiterInnen klärende Gespräche zu führen. Diese finden in Krisensituationen, die sich kurzfristig zuspitzen, auch sofort statt. Bei Konflikten zwischen BewohnerInnen, die nicht in der Hausversammlung ausgetragen und geklärt werden können, finden Gespräche der Beteiligten mit den anwesenden MitarbeiterInnen statt.

- **Methoden zum Umgang mit Krisensituationen und verrückten Zuständen**

Zu Beginn ihres Aufenthaltes im *Weglaufhaus* werden BewohnerInnen aufgefordert, ihre bisherigen Erfahrungen mit Krisensituationen festzuhalten und zu überlegen, was sie in solchen Situationen als hilfreich oder störend erlebt haben und wie diese Erfahrungen im *Weglaufhaus* umgesetzt werden können. Im Keller steht ein „Toberaum“ zur Verfügung, in dem in Anwesenheit von MitarbeiterInnen Wut, Aggressionen oder Ängste physisch abreagiert werden können. Andere Möglichkeiten sind begleitete Spaziergänge auf die nahe gelegenen Felder, gemeinsames schriftliches oder zeichnerisches Festhalten von verrückten Vorstellungen oder Wahrnehmungen und vieles mehr, das jeweils aus den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen heraus zu entwickeln ist.

- **Dabeisein**

In akuten Krisensituationen, in denen die BewohnerInnen einen vorübergehenden intensiven Kontakt benötigen, bieten die MitarbeiterInnen eine Krisenbegleitung in Form des „Dabeiseins“ an.

Grundlage des Dabeiseins ist ein intensiver und kontinuierlicher Kontakt zwischen den betreffenden BewohnerInnen und den anwesenden MitarbeiterInnen mit dem Ziel, die Kommunikation in einer von den Betroffenen gewünschten Form aufrecht zu erhalten.

- **Nonverbale Kommunikation**

Über die Einzelgespräche hinaus bieten die MitarbeiterInnen andere Formen der Kommunikation und Kontaktaufnahme an, vor allem dann, wenn BewohnerInnen sich vorübergehend nicht mehr verbal ausdrücken können oder wollen. Die Kommunikation kann dann in schriftlicher Form stattfinden, über gemeinsame Tätigkeiten (z.B. Musik hören, Spazieren gehen), durch körperlichen Kontakt (Hand halten, in den Arm nehmen) oder in Form des „Dabeiseins“.

- **Helferkonferenzen**

Die MitarbeiterInnen organisieren gemeinsam mit den zuständigen SozialarbeiterInnen der Sozialdienste Helferkonferenzen, wenn dies im Interesse der BewohnerInnen ist und hilfreich, um Fragen der Kooperation zwischen den einzelnen Hilfsangeboten und der weiteren Perspektiven zu klären. An der Helferkonferenz nehmen die BewohnerInnen, die zuständigen MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* und der *Sozialen Wohnhilfe* oder des *Sozialpsychiatrischen*

Dienstes teil. Außerdem wird versucht, möglichst viele weitere Personen in die Helferkonferenz einzubeziehen wie gesetzliche BetreuerInnen, behandelnde ÄrztInnen, TherapeutInnen, frühere oder zukünftige EinzelfallhelferInnen, MitarbeiterInnen von Beratungsstellen oder Krisendiensten und Angehörige oder andere nahestehende Personen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß bei etwa 10 bis 15% der *Weglaufhaus*- BewohnerInnen solche Helferkonferenzen sinnvoll und notwendig sind.

- **Absetzprotokoll**

Bei der Begleitung des Absetzens psychiatrischer Psychopharmaka gibt es neben den Einzelgesprächen die Möglichkeit, ein „Absetzprotokoll“ zu führen, in das während des Absetzprozesses täglich Eintragungen über die körperliche Befindlichkeit, Stimmungszustände und Ernährung gemacht werden. Dieses dient den BewohnerInnen zu einer bewußteren Wahrnehmung der Veränderungen, die das Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka mit sich bringen kann und hilft den MitarbeiterInnen, die BewohnerInnen zu unterstützen.

7.6. Unterkunft

Das *Weglaufhaus* bietet neben der Betreuung die Unterkunft in Einzel- und Doppelzimmern. Die Räume im Erdgeschoß stehen der Gemeinschaft zur Verfügung. Die obere Etage des Hauses ist Frauen vorbehalten.

7.7. Umfang der Leistung

Der Umfang der Leistung bezieht sich auf einen Betreuungsschlüssel von 1 : 2,1 SozialarbeiterInnen oder sonstigen MitarbeiterInnen, die aufgrund gleichwertiger Fähigkeiten und Erfahrungen entsprechende Tätigkeiten ausüben, im Verhältnis zu den zur Verfügung stehenden Wohnplätzen im *Weglaufhaus*.

7.8. Inhalte der angebotenen Hilfen

Die Grundlage der im *Weglaufhaus* angebotenen Hilfen ist ein individueller und gemeinsam mit den BewohnerInnen erarbeiteter Hilfeplan, der die folgenden Bereiche umfaßt:

7.8.1. Hilfen bei sozialen Schwierigkeiten

Wohnungssuche

Die BewohnerInnen werden bei der Beschaffung von Wohnraum unterstützt, indem sie über die verschiedenen Möglichkeiten und einzelnen Schritte bei der Suche einer geeigneten Wohnung bzw. Wohnform informiert und angeleitet werden. Entsprechendes gilt in Ausnahmefällen für den Erhalt von Wohnraum oder einer bestimmten Wohnform. Zunächst geht es darum, gemeinsam mit den BewohnerInnen zu klären, welche Wohnform (Betreutes Einzel- oder Gruppenwohnen, Wohngemeinschaft, Übergangswohnhaus, eigene Wohnung) die geeignete ist.

Wollen BewohnerInnen im Anschluß an den *Weglaufhaus*-Aufenthalt in eine betreute Wohnform ziehen, so unterstützen sie die MitarbeiterInnen bei der

Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Einrichtungen, bieten Begleitung zu Besichtigungsterminen und Vorgesprächen an und planen gemeinsam mit den BewohnerInnen den Umzug.

Bei der Suche nach einer eigenen Wohnung wird Hilfe bei der Beantragung eines Wohnberechtigungsscheines, bei der Kontaktaufnahme mit Wohnungsbaugesellschaften und anderen Vermietern oder bei dem Antrag auf Aufnahme in das geschützte Marktsegment geleistet. Außerdem wird mit den jeweiligen Sozialämtern die Frage der Kostenübernahme geklärt.

Berufstätigkeit und Ausbildung

Falls bei BewohnerInnen ein Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis besteht, so unterstützen die MitarbeiterInnen auf Wunsch der BewohnerInnen dessen Erhalt. Ansonsten klären die MitarbeiterInnen gemeinsam mit den BewohnerInnen die beruflichen Perspektiven, wobei Fragen des Schulabschlusses, der Ausbildungs-, speziellen Förderungs- und Arbeitsmöglichkeiten oder der Beantragung einer Rente geklärt werden. Die MitarbeiterInnen begleiten zu Terminen beim Arbeitsamt oder Berufsinformationszentrum und unterstützen bei der Wiederbeschaffung von Zeugnissen und Dokumenten sowie beim Erstellen von Bewerbungsunterlagen.

Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft

Die BewohnerInnen gestalten gemeinsam mit den MitarbeiterInnen den Alltag im *Weglaufhaus*. Nach den schwierigen und belastenden Erfahrungen der BewohnerInnen, die häufig eine soziale Isolierung, Interessen- und Hoffnungslosigkeit zur Folge haben, sind die Möglichkeiten zur Rückkehr ins soziale Leben sehr wichtig, z.B. geselliges Beisammensein, der Besuch von kulturellen Veranstaltungen und gesellschaftliches Engagement.

Die MitarbeiterInnen fördern durch persönliche Gespräche den Aufbau und die Wiederbelebung von sozialen Beziehungen, führen auf Wunsch Gespräche mit den Angehörigen oder FreundInnen, unterstützen bei der Realisierung von Freizeitinteressen, planen gemeinsam mit den BewohnerInnen Veranstaltungen im *Weglaufhaus*, Ausflüge und den Besuch von kulturellen Veranstaltungen.

7.8.2. Hilfen bezüglich der finanziellen und juristischen Situation

Bei finanziellen Schwierigkeiten werden die BewohnerInnen dabei unterstützt, ihre Lage genau zu klären. Falls Schulden vorliegen, werden unter der Einbeziehung von Schuldnerberatungsstellen und in Rücksprache mit den Gläubigern mittelfristige Rückzahlungspläne erarbeitet. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob bei Behörden oder Verwandten finanzielle Ansprüche geltend gemacht werden können.

Es wird geklärt, ob Strafanzeigen vorliegen oder Strafverfahren anhängig sind. Gegebenenfalls vermitteln die MitarbeiterInnen den erforderlichen Rechtsbeistand.

Die BewohnerInnen werden auf ihre Rechte innerhalb gerichtlicher Betreuungsverhältnisse, auf ihre PatientInnenrechte (z.B. Akteneinsicht, Psychiatrisches Testament) und den Anspruch auf Schadenersatz hingewiesen und zu Gerichtsterminen begleitet.

7.8.3. Hilfen bezüglich der medizinischen und psychischen Situation

Bei akuten Verletzungen und Krankheiten wird den BewohnerInnen eine angemessene ärztliche Behandlung vermittelt.

Ein spezielles Angebot des *Weglaufhauses* besteht darin, BewohnerInnen auf ihren Wunsch hin beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka zu unterstützen. Die MitarbeiterInnen beraten dabei aufgrund der bestehenden langjährigen Erfahrung von Selbsthilfegruppen, innerhalb der Betroffenenbewegung und des Trägervereins des *Weglaufhauses* und vermitteln ÄrztInnen, die den Entzug psychiatrischer Psychopharmaka ambulant begleiten. Die BewohnerInnen werden auf mögliche Folgen des Absetzens hingewiesen (z.B. Schlaflosigkeit, Rebound-Phänomene). Strategien zum Umgang mit Schwierigkeiten, die während des Absetzens auftreten können, werden gemeinsam erarbeitet.

Die MitarbeiterInnen stehen den BewohnerInnen rund um die Uhr für Gespräche zur Verfügung. Dabei geht es neben dem Auffangen aktueller Krisen auch um die Verarbeitung psychisch belastender Erfahrungen und Erlebnisse. Falls der Wunsch nach einer Psychotherapie oder Beratung zu speziellen Themen besteht, vermitteln die MitarbeiterInnen den Kontakt.

7.9. Die Regelungen für das Alltagsleben im *Weglaufhaus*

Die BewohnerInnen halten sich nur eine relativ kurze Zeit im *Weglaufhaus* auf und haben aufgrund ihrer unterschiedlichen Vorgeschichten, Krisenverläufe, Schwierigkeiten und Bedürfnisse individuell stark differierende Möglichkeiten und Fähigkeiten, das persönliche und das gemeinsame Alltagsleben (mit-) zu gestalten. Deshalb gibt es im *Weglaufhaus* jenseits eines gemeinsamen Minimalkanons von Alltagspflichten kein für alle verbindliches Angebot zur Strukturierung des Alltags. Der Alltag der einzelnen BewohnerInnen ist außerdem tagsüber durch zahlreiche Anforderungen von außen (z.B. Termine bei Ämtern, ÄrztInnen oder TherapeutInnen) geprägt.

Darüber hinaus ist es ein wichtiges Element sowohl der Krisenintervention und der Aktivierung von Selbsthilfepotentialen als auch des Trainings von Alltagskompetenzen, den jeweils anwesenden BewohnerInnen die Regelung und Bewältigung der Alltagsrealität in einer komplexen Hausgemeinschaft im größtmöglichen Maß selbst zu überlassen. Die MitarbeiterInnen intervenieren deshalb nicht im Rahmen der Umsetzung einer starren Tagesstruktur, sondern auf der Grundlage der je aktuellen, individuellen und gemeinsamen Alltagsnotwendigkeiten und der Bewältigung der in diesem Kontext regelmäßig auftretenden Konflikte. Auf diese Weise wird es möglich, auch im Alltagsleben flexibel und spezifisch auf die ganz besonderen Fähigkeiten und Schwierigkeiten der einzelnen BewohnerInnen zu reagieren und sie in einem möglichst realitätsnahen Umfeld auf ihr weiteres Leben vorzubereiten.

7.9.1. Die Rechte der *Weglaufhaus*-BewohnerInnen

Die Rechte der BewohnerInnen ergeben sich zunächst aus ihrem Anspruch, diejenigen Hilfen zu erhalten, die sich aus dem Berliner Rahmenvertrag für Kriseneinrichtungen nach § 72 BSHG im Allgemeinen ergeben und die in dieser

Konzeption für die Kriseneinrichtung *Weglaufhaus* im Besonderen näher erläutert werden.

Ferner sind ihre Rechte bei der Nutzung der Räume des Hauses und bei der Gestaltung der Unterstützung und Betreuung durch die MitarbeiterInnen in einem Nutzungs- und Betreuungsvertrag, der innerhalb der ersten Woche nach der Aufnahme von beiden Parteien unterzeichnet wird, im Sinne der konzeptionellen Grundlagen der Einrichtung näher geregelt. Diese Rechte sind inhaltlich eng mit ihren Pflichten verknüpft.

Insbesondere enthält dieser Vertrag Regelungen, unter welchen Bedingungen die MitarbeiterInnen berechtigt sind, BewohnerInnen aufzufordern, die Einrichtung unmittelbar oder nach Ablauf einer angemessenen Frist zu verlassen. Auch an diesem sensiblen, für alle Beteiligten schwierigen Punkt hat die Praxis des *Weglaufhauses* ergeben, daß für Entscheidungen der MitarbeiterInnen über die vorzeitige und unfreiwillige Beendigung des Aufenthaltes von BewohnerInnen – abgesehen von einigen wenigen Grundregeln in bezug auf Gewalt, Alkohol und Drogen – individuell stark variierende Faktoren eine größere Bedeutung haben als die pauschale Durchsetzung eines detaillierten Regelsystems. In jedem Fall gilt jedoch, daß solche Entscheidungen sowohl gegenüber den betroffenen BewohnerInnen als auch gegenüber den Sozialhilfeträgern nachvollziehbar begründet und dokumentiert werden.

Die BewohnerInnen haben jederzeit das Recht, die über sie angelegten BewohnerInnen-Ordner vollständig einzusehen. An Besprechungen, die sie betreffen, können sie teilnehmen. Alle sie betreffenden von MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* aufgesetzten Briefe oder Stellungnahmen dürfen erst weitergegeben werden, wenn die BewohnerInnen sie gelesen und sich damit einverstanden erklärt haben. Dies gilt für jedes einzelne Schriftstück, eine generelle Bevollmächtigung gibt es aufgrund der an Transparenz und Selbstbestimmung orientierten Arbeit im *Weglaufhaus* nicht.

Die BewohnerInnen wählen sich innerhalb der ersten 14 Tage ihres Aufenthalts aus dem Team der MitarbeiterInnen jeweils zwei Vertrauenspersonen. Die Wahl der Personen steht ihnen in den Grenzen der individuellen Belastbarkeit der einzelnen MitarbeiterInnen frei, nicht jedoch der Umstand, sich überhaupt Vertrauenspersonen auszusuchen.

7.9.2. Die Pflichten der *Weglaufhaus* -BewohnerInnen

Die Pflichten der BewohnerInnen sind in einem Nutzungs- und Betreuungsvertrag und zusätzlich in einer Hausordnung festgehalten, die bei der Aufnahme von den BewohnerInnen akzeptiert und unterzeichnet werden muß. Darin werden die BewohnerInnen auf die Einhaltung des oben erwähnten 'Minimalkonsens' gemeinsamer und individueller Pflichten festgelegt: Verbindlich ist die Teilnahme an den zwei Mal pro Woche abends stattfindenden Hausversammlungen von allen BewohnerInnen und den anwesenden MitarbeiterInnen sowie an den in unregelmäßigen und größeren Abständen stattfindenden Vollversammlungen, an denen neben den BewohnerInnen das gesamte Team und VertreterInnen des Trägervereins teilnehmen. Obligatorisch ist außerdem die aktive Mitwirkung am gemeinsamen Hausputz an jedem Samstag Nachmittag. Bei der Aufnahme müssen die BewohnerInnen darüber hinaus einwilligen, für die Zeit des Aufenthalts im *Weglaufhaus* wöchentlich einen festgelegten Pauschalbetrag (zur Zeit DM 50) für Verpflegung und andere Verbrauchsmittel in eine gemeinsame, anteilig auch von

den MitarbeiterInnen bediente Haushaltskasse einzuzahlen.

Die BewohnerInnen müssen den MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* eine Vollmacht für die Beantragung der Kostenübernahme erteilen und im Rahmen ihrer sozialhilferechtlichen Mitwirkungspflicht mit angemessener Unterstützung und Begleitung die von den Sozialhilfeträgern geforderten Auflagen erfüllen, Nachweise erbringen und Termine einhalten.

Die BewohnerInnen können faktisch das *Weglaufhaus* jederzeit endgültig verlassen. Doch sind sie während ihres Aufenthaltes verpflichtet, zumindest telefonisch Bescheid zu geben, wenn sie sich für längere Zeit oder über Nacht nicht im *Weglaufhaus* aufhalten wollen. Da Kriseneinrichtungen keine Freihalterregelung haben, verlieren BewohnerInnen den Anspruch auf ihren Platz, wenn sie dem Haus länger als 48 Stunden unabgesprochen fernbleiben.

Schließlich erklären sich die BewohnerInnen mit der Aufnahme im *Weglaufhaus* dazu bereit, ihre Zimmer sauber zu halten und sich aktiv, wenn auch in einer Form, die die individuellen Fähigkeiten und Schwierigkeiten flexibel und differenziert berücksichtigt, an der Erfüllung der gemeinschaftlichen Alltagspflichten (Einkaufen, Kochen, Küchendienst, Ordnung und Hygiene in den Gemeinschaftsräumen) zu beteiligen und an deren verantwortlicher Organisation mitzuwirken.

Das *Weglaufhaus* ist ein beschützter Ort, der konzeptuell einerseits auf die verantwortungsvolle und aktive Mitwirkung seiner BewohnerInnen angewiesen ist, andererseits aber gleichzeitig eine hohe Toleranzschwelle für ungewöhnliche Verhaltensweisen, individuelle Besonderheiten und krisenbedingte Einschränkungen der Alltagskompetenzen einräumt. Die alltagspraktische Umsetzung dieser beiden Grundprinzipien kann nur mit den jeweils anwesenden BewohnerInnen immer wieder neu ausgehandelt, modifiziert und konkret erprobt werden. Dabei lernen die BewohnerInnen, aufeinander Rücksicht zu nehmen und ihr eigenes Verhalten, Empfinden und Denken, häufig nach langen Zeiten sozialer Isolation, in konkreten Lebenszusammenhängen zu überprüfen und zu reflektieren. Die in diesem Kontext stattfindenden, durchaus konfliktreichen gruppenspezifischen Prozesse, die von den MitarbeiterInnen moderiert und nötigenfalls entschärft, nicht aber bestimmt werden, stellen ein zentrales Element bei der Realisierung des Betreuungskonzepts der Kriseneinrichtung *Weglaufhaus* dar.

7.10. Vernetzung und Kooperation

Als überbezirkliche Einrichtung für Psychiatrie-betroffene Wohnungslose kooperiert das *Weglaufhaus* mit zahlreichen und unterschiedlichen Behörden und Ämtern, freien Trägern, Wohn-, Betreuungs- und Beratungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen und Betroffenenorganisationen, ärztlichen und therapeutischen Praxen, Anwaltskanzleien, Betreuungsvereinen, Wohnungsbaugesellschaften und Krankenhäusern.

Für die Zusammenarbeit gelten die Prinzipien einer größtmöglichen NutzerInnenorientierung. Auf Grund der Vielfalt der konkreten Wünsche und Bedürfnisse der *Weglaufhaus*-BewohnerInnen bei einer vergleichsweise geringen Anzahl von Plätzen ist es weder sinnvoll noch praktikabel, zwischen dem *Weglaufhaus* und anderen Einrichtungen auf Trägerebene feste und an den Angeboten der jeweiligen Einrichtungen ausgerichtete Kooperationen zu vereinbaren. Statt dessen geht es im *Weglaufhaus* darum, aus der Vielzahl

möglicher Kooperationen ein jeweils aktuell variiertes und aus den Erfordernissen der Situation zu entwerfendes Netz psychosozialer Hilfemaßnahmen zu erarbeiten, das den jeweils Einzelnen eine weitgehend „maßgeschneiderte“ Form der Unterstützung in ihrer augenblicklichen Lebenssituation zu sichern versucht, ohne daß die dafür notwendigen Kooperationen institutionalisiert und verallgemeinert werden könnten.

Der Trägerverein und die MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* bemühen sich, durch eine intensive Öffentlichkeitsarbeit, häufige Projektvorstellungen und die Teilnahme an Kongressen und Fachveranstaltungen eine möglichst große Zahl von Einrichtungen und von Professionellen des psychosozialen Bereichs über die Arbeit und die Angebote des *Weglaufhauses* zu informieren, um bei der Unterstützung und Betreuung der BewohnerInnen des *Weglaufhauses* auf ein großes Reservoir von Kooperationsmöglichkeiten zurückgreifen zu können.

7.10.1. Die Praxis der Vernetzung und Kooperation

Zwischen dem *Weglaufhaus* und folgenden Institutionen, Behörden und Fachleuten finden regelmäßige Kooperationen statt:

- mit den *Sozialen Wohnhilfen* der Abteilungen für Soziales aller Berliner Bezirksämter in Fragen der Feststellung des individuellen Hilfebedarfs, der Kostenübernahmen, der Hilfepläne, Entwicklungs- und Abschlußberichte, der Wohnungsvermittlung und der Weitervermittlung in andere Einrichtungen
- mit den Sozialpsychiatrischen Diensten der Berliner Bezirksämter:
 1. Mit einer Reihe von *Sozialen Wohnhilfen* konnte im Einvernehmen mit den jeweiligen Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDs) die Vereinbarung getroffen werden, daß die SpDs für die Begutachtung der BewohnerInnen des *Weglaufhauses* im Rahmen der Betreuung nach § 72 BSHG nicht zuständig sind, um im Interesse der Betroffenen Konflikte oder unterschiedliche Auffassungen im Bereich von Diagnostik und Krankheitsverständnis zwischen einer psychiatrischen und einer antipsychiatrischen Institution zu vermeiden und den besonderen Interessen der KlientInnen des *Weglaufhauses* gerecht zu werden.
 2. Mit dem lokal zuständigen SpD in Berlin-Reinickendorf besteht eine pragmatische Kooperation im Interesse der jeweils Betroffenen, falls besondere Situationen es erfordern.
 3. Auch in den übrigen Bezirken, die für die Kostenübernahme für einen Aufenthalt im *Weglaufhaus* eine Begutachtung durch den bezirklichen SpD für notwendig halten, ist die Kooperation mittlerweile in aller Regel auf die besonderen Bedürfnisse und Schwierigkeiten der Klientel des *Weglaufhauses* abgestimmt.
- mit den bezirklichen Wohnungsämtern und mit verschiedenen Wohnungsbaugesellschaften bei der (Wieder-) Beschaffung von Wohnraum für die wohnungslosen BewohnerInnen des *Weglaufhauses*
- mit unterschiedlichen freien Trägern im Bereich des Betreten

Einzelwohnens, des Betreuten Gruppenwohnens, von Übergangswohnhäusern, Therapeutischen Wohngemeinschaften und mit EinzelfallhelferInnen in verschiedenen Bezirken

- mit unterschiedlichen Schuldnerberatungsstellen
- mit geeigneten RechtsanwältInnen in Fragen des Betreuungsrechts, des PsychKG, von Unterbringungen oder von Vorausverfügungen wie dem Psychiatrischen Testament oder Behandlungsvereinbarungen
- mit verschiedenen AllgemeinärztInnen und PsychiaterInnen in verschiedenen Bezirken Berlins, um unter anderem einen medizinisch verantwortlichen Entzug psychiatrischer Psychopharmaka zu gewährleisten. (Dabei gilt für die BewohnerInnen des *Weglaufhauses* selbstverständlich der Grundsatz der freien Arztwahl: Die MitarbeiterInnen können, abgesehen von medizinischen Notfallsituationen, nur informieren, beraten und auf Wunsch geeignete ÄrztInnen und/oder HeilpraktikerInnen vermitteln.)
- mit unterschiedlichen Selbsthilfegruppen
- mit PsychotherapeutInnen unterschiedlicher fachlicher und methodischer Ausrichtung und Spezialisierung
- mit allen Berliner Frauenhäusern und unterschiedlichen Beratungseinrichtungen für Frauen
- mit allen anderen Kriseneinrichtungen in Berlin
- mit dem zuständigen Kontaktbereichsbeamten und dem Polizeiabschnitt 11 (z.B. bei Vermisstenmeldungen oder akuter Fremdgefährdung durch BewohnerInnen des *Weglaufhauses*)
- Darüber hinaus wird nach Maßgabe des Einzelfalls mit Spezial- und Fachberatungsstellen im Sinne der Ressourcenerschließung für die NutzerInnen zusammengearbeitet.

7.10.2. Mitarbeit in Fachgremien

- Der Trägerverein des *Weglaufhauses* ist Mitglied des *dpw*. MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* sind kontinuierliche Mitglieder in den sowohl für die Wohnungslosenhilfe als auch für den Psychiatriebereich einschlägigen Fachgruppen dieses Wohlfahrtsverbands (*AK § 72/Schuldnerberatung*, *AK § 72/Qualität* und *Fachgruppe Psychiatrische und Psychosoziale Versorgung*). Außerdem partizipieren sie an allen vom *dpw* koordinierten Maßnahmen der Qualitätskontrolle und der Entwicklung adäquater Qualitätsstandards.
- MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* vertreten das Projekt regelmäßig in den Sitzungen der bezirklichen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Berlin-Reinickendorf. Auch als überbezirkliches Projekt ist das *Weglaufhaus* auf diese Weise in die lokalen Strukturen der psychosozialen Versorgung eingebunden.

- Darüber hinaus ist das *Weglaufhaus* auch mit einem ständigen Mitglied in der überregionalen PSAG des Landes Berlin vertreten.
- MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* sind ständige Mitglieder des vom Berliner Senat eingerichteten Fachgremiums *Arbeitskreis Wohnungsnot* und auf diese Weise über die aktuellen Entwicklungen der Wohnungslosenpolitik informiert und in die entsprechenden Diskussionen und Planungen einbezogen.

8. Strukturen und Massnahmen zur Qualitätssicherung - Ergebnisqualität

Das Angebot der Kriseneinrichtung *Weglaufhaus* richtet sich an Personen, die zur Notlagenüberwindung auf der Basis von Kriseninterventionsarbeit vorübergehend der sofortigen Hilfe in Form von Unterstützung und Übernahme bedürfen. Die Ziele für die Arbeit im *Weglaufhaus* ergeben sich in erster Linie aus den Vorgaben des § 72 BSHG und betreffen „alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten (der HilfennehmerInnen) abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (...)“.

Zusätzliche Ziele, die die im BSHG genannten Vorgaben qualitativ ergänzen, ergeben sich aus den besonderen Anliegen und Aufgaben des Trägervereins, des gemeinnützigen und mildtätigen *Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V.*

Die quantitative und qualitative Evaluation der Arbeit des *Weglaufhauses* bei der Erreichung dieser Ziele erfolgt auf der Grundlage folgender, im jeweiligen Hilfeplan individuell berücksichtigter Kriterien:

- **Existenzsicherung**
 - Wohnraum, Kleidung, regelmäßige Ernährung und basale soziale Kontakte werden kurzfristig und niedrigschwellig zur Verfügung gestellt.
 - Eine angemessene ärztliche Behandlung und die notwendigen Maßnahmen zur finanziellen und juristischen Sicherung der sozialen Existenz werden unmittelbar eingeleitet und gemeinsam mit den BewohnerInnen durchgeführt.
- **Krisenintervention und persönliche Stabilisierung**
 - Überwindung der aktuellen psychosozialen Krisenverfassung
 - Aufbrechen der sozialen Isolation
 - Aufnahme des Trainings von Konfliktfähigkeit und Alltagskompetenzen in einer intensiv betreuten Hausgemeinschaft mit einem individuell modifizierten, kontinuierlich erweiterten Anteil von Eigenverantwortung
 - Entwicklung einer den Betroffenen gemäße Form der Verarbeitung der Psychiatrie-Erfahrung und von Bewältigungsstrategien für eventuelle neue Krisen
 - Absetzen der psychiatrischen Psychopharmaka oder Einübung einer

selbstbestimmten Anwendung psychiatrischer Psychopharmaka in ambulanter ärztlicher Behandlung

- **Perspektivplanung und -realisierung**

- Eine neue Wohnmöglichkeit konnte gefunden bzw. die alte erhalten werden.
- Die medizinische, psycho-, gruppen- oder körpertherapeutische Begleitung ist eingeleitet und auf mittlere Sicht abgesichert.
- Juristische und finanzielle Probleme sind gelöst, oder es wurde mit professioneller Unterstützung damit begonnen, sie kompetent und kontinuierlich zu bearbeiten.
- Alte soziale Kontakte (Familie, FreundInnen, KollegInnen) konnten reaktiviert oder Ansätze zum Aufbau eines neuen sozialen Umfeldes entwickelt werden.
- Ein Anschluß an adäquate, den Wünschen der Betroffenen entsprechende Hilfesysteme wurde hergestellt.
- Die Betroffenen halten es für sinnvoll, auch nach der Zeit im *Weglaufhaus* vorübergehend Unterstützung und Betreuung in Anspruch zu nehmen, und sind über die entsprechenden Angebote und Möglichkeiten informiert.
- Nach Maßgabe des besonderen Hilfebedarfs und auf der Grundlage der eigenen Pläne der Betroffenen ist eine Vermittlung an adäquate Hilfesysteme geleistet, die ersten Schritte sind begleitet worden.

- **Hilfe zur Selbsthilfe**

- Die Betroffenen geraten über eine Aktivierung ihrer Möglichkeiten zur Selbsthilfe (Empowerment) wieder in die Lage, eigene Schritte bei der Lösung ihrer Schwierigkeiten zu unternehmen.
- Die Betroffenen entwickeln eigene Ansätze zur Reflexion der Ursachen und Bedingungen ihrer (möglicherweise wiederkehrenden) Krisen und suchen nach angemessenen und persönlichen Strategien der Prophylaxe für eventuelle zukünftige Krisen.
- Die Betroffenen erarbeiten sich einen selbstbewußten und selbstbestimmten Umgang mit dem psychiatrischen Versorgungssystem und entwickeln einen individuellen Zugang zu ihren persönlichen Schwierigkeiten jenseits des psychiatrischen Krankheitsbegriffs, sofern sie diesen für sich ablehnen oder als nicht hilfreich erfahren haben.
- Die Betroffenen kennen ihre Rechte, Pflichten und Möglichkeiten innerhalb der unterschiedlichen Hilfesysteme und wissen aufgrund ihrer gezielten Einbindung auch in schriftliche und bürokratische Vorgänge um die Grenzen

der Hilfen und die Notwendigkeit ihrer aktiven, bewußten und kompetenten Mitwirkung bei allen Hilfemaßnahmen.

8.1. Maßnahmen zur Sicherung und Entwicklung der Ergebnisqualität

Um die durch die genannten Ziele beschriebene Ergebnisqualität dauerhaft zu sichern und sie an veränderte Bedingungen anzupassen und inhaltlich weiterzuentwickeln, sind folgende Maßnahmen zur Qualitätssicherung Bestandteil des Leistungsumfangs:

- **Teamsitzung:** Wöchentlich findet eine fünfstündige Teamsitzung aller Teammitglieder einschließlich der Honorarkräfte und der PraktikantInnen (mit Ausnahme der im *Weglaufhaus* jeweils Diensthabenden) statt. Auf diesen Sitzungen werden nicht nur die Belange, Schwierigkeiten und Fortschritte der BewohnerInnen besprochen, das gemeinsame Vorgehen koordiniert und organisatorische Fragen geklärt, sondern darüber hinaus inhaltliche und konzeptionelle Punkte erörtert und weiterentwickelt.
- **Teamtage und Teamwochenenden:** In unregelmäßigen Abständen (etwa 5 bis 6 Mal pro Jahr) finden Teamtage (bzw. einmal im Jahr ein Teamwochenende) statt, an denen Fragen und Probleme, die in der Alltagsroutine zu kurz kommen, geklärt, gemeinsame Standards und Wege zu ihrer Umsetzung besprochen und die Konzeption weiterentwickelt werden.
- **Supervision:** Alle 2 bis 3 Wochen findet eine zweistündige Teamsupervision bei einschlägig qualifizierten SupervisorInnen statt. Bei besonders schweren Belastungen, die aus der Arbeit im *Weglaufhaus* resultieren können, steht die Supervisorin bzw. der Supervisor auch einzelnen Teammitgliedern kurzfristig für Einzelgespräche zur Verfügung.
- **Vertrauenspersonen und Intervision:** Die BewohnerInnen des *Weglaufhauses* wählen sich aus dem Team jeweils zwei Vertrauenspersonen, die als besonders verantwortliche AnsprechpartnerInnen den Überblick über das bereits Erreichte und die noch anstehenden Aufgaben behalten. Diese beiden MitarbeiterInnen koordinieren ihre Arbeit gemeinsam mit den BewohnerInnen und unterstützen sich gegenseitig.
- **Fortbildung:** Den MitarbeiterInnen stehen jährlich 5 Tage Fortbildung und eine anteilige Übernahme von Fortbildungskosten durch den Träger zu. In der Regel werden jedoch zur Absicherung eines gemeinsamen Qualitätsstandards ganztägige Fortbildungen durch entsprechend qualifizierte DozentInnen für das ganze Team organisiert (z.B. zu Themen wie Suizid, Alkohol, Drogen, psychiatrische Psychopharmaka oder Betreuungsrecht)
- **Spezialisierung und Arbeitsteilung:** Jedes Mitglied des Teams arbeitet regelmäßig in einer Arbeitsgruppe in den vier Bereichen *Internes und Investitionen, Gremien- und Verbandsarbeit, Finanzen und Personal* und *Öffentlichkeitsarbeit* mit und übernimmt im Rahmen dieser Tätigkeiten die Verantwortung, die anderen Teammitglieder zu informieren, fortzubilden und bestimmte Teilaufgaben zu delegieren.
- **Kontinuierliche Mitarbeit in Fachgremien:** Mitglieder des *Weglaufhaus-*

Teams arbeiten kontinuierlich in bezirklichen und landesweiten Fachgremien (unter anderem in der *PSAG Reinickendorf*, der überregionalen *PSAG* des Landes Berlin und dem *Arbeitskreis Wohnungsnot*) mit und sorgen für einen zeitnahen Informationsaustausch mit anderen Trägern, Einrichtungen, Behörden und sonstigen Institutionen.

- **Mitgliedschaft im dpw:** Der *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* ist seit 1993 Mitglied des Berliner Landesverbandes des *PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes*. Mitglieder des *Weglaufhaus*-Teams arbeiten kontinuierlich in den einschlägigen Fachgruppen und Arbeitskreisen des *dpw* mit und überprüfen die Qualität der Arbeit des *Weglaufhauses* in der zu Fragen der Qualitätssicherung, -entwicklung und -kontrolle eingerichteten Arbeitsgruppe. Zusätzlich zu allen anderweitigen Qualitätsanforderungen erfüllt der Trägerverein des *Weglaufhauses* freiwillig und verbindlich die internen Qualitätskriterien des *dpw*.
- **Qualitätsbeauftragte:** Aus dem Kreis der Teammitglieder wird ein/e Qualitätsbeauftragte/r und ein/e Stellvertreter/in gewählt, die gemeinsam für die projektinterne Umsetzung, kontinuierliche Anpassung und Verbesserung der Qualität der Arbeit im *Weglaufhaus* und ihre Kontrolle verantwortlich sind und sowohl nach innen wie nach außen als AnsprechpartnerInnen für Fragen der Qualität zur Verfügung stehen.
- **Teilnahme an Fachtagungen und Öffentlichkeitsarbeit:** MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* und Mitglieder des *Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.* nehmen regelmäßig an unterschiedlichen nationalen und internationalen Kongressen und Fachveranstaltungen in den Bereichen soziale Arbeit, Wohnungslosigkeit, Psychiatrie, Psychotherapie und der Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung teil und stellen dort die Arbeit des *Weglaufhauses* zur Diskussion. Auf diese Weise ist eine kontinuierliche und grundsätzliche Reflexion der Konzeption und der Qualität der Arbeit des *Weglaufhauses* garantiert.

Darüber hinaus stellen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen des *Weglaufhauses* in unregelmäßigen Abständen das Projekt vor Professionellen und Studierenden des psychosozialen Bereichs vor, erläutern seine Grundlagen und Arbeitsweisen und erhalten umgekehrt auf diesem Weg wertvolle Anregungen und Hinweise zur Verbesserung der Qualität der angebotenen Hilfsmaßnahmen.

- **Fachliteratur:** In der Einrichtung stehen den MitarbeiterInnen und BewohnerInnen Fachzeitschriften und Fachliteratur in den Bereichen Sozialhilferecht, Obdachlosigkeit, Gesundheit, Psychiatrie, Psychotherapie, alternative Formen der Heilbehandlung und der Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung zur Verfügung.
- **KlientInnenbezogene Dokumentation:** Für alle BewohnerInnen wird eine Akte angelegt; diese ist den jeweiligen BewohnerInnen jederzeit zugänglich und enthält mindestens:
 - Aufnahmebogen mit den Sozialdaten, Angaben zur aktuellen Situation und zum Anlaß der Aufnahme im *Weglaufhaus* (Beschreibung der aktuellen Krisensituation in Verbindung mit der Lebenslage)

- Hilfeplan und dessen Fortschreibung
- Chronologische Vermerke zum Verlauf des Aufenthalts
- Fortlaufend aktualisierte Angaben zur juristischen, finanziellen, familiären und gesundheitlichen Situation, zum Stand der Wohnungssuche und zur Perspektivplanung, zum gerichtlichen Betreuungsverhältnis und zur Situation im Hinblick auf Ausbildung und Arbeit, zu den eingenommenen psychiatrischen Psychopharmaka und zum Prozeß des Absetzens von psychiatrischen Psychopharmaka
- KlientInnenbezogene Korrespondenz, Befürwortungen, Stellungnahmen, Zwischenberichte und andere Schriftwechsel
- Dokumentation der Einzelgespräche als zentrales Instrument der Krisenintervention, der psychosozialen Stabilisierung und der Perspektivplanung mit Angaben über Inhalt, Zeitpunkt, Dauer und GesprächspartnerIn
- Abschlußbericht
- **Einrichtungsbezogene Dokumentation:** Von Team und Gremiensitzungen, Terminen der Öffentlichkeitsarbeit, den zentralen Entscheidungen der projektinternen Arbeitsbereiche und den Teamtagen werden Protokolle angefertigt und archiviert. Darüber hinaus werden Anfragen von BewerberInnen und gegebenenfalls die Gründe für ihre Ablehnung oder Weitervermittlung dokumentiert. Es erfolgt eine halbjährlich aktualisierte, quantitative, statistische Erfassung und Auswertung mit den Sozialdaten der BewohnerInnen, vorherigen und anschließenden Aufenthaltsorten und Betreuungsformen, der Aufenthaltsdauer, den Einkommensverhältnissen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe, die in einem Jahresbericht zusammengefaßt werden.

Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der vereinbarten Leistungen entsprechend der Regelungen des Berliner Rahmenvertrages zu prüfen.

9. Finanzierung

Grundlage der Finanzierung ist der Abschluß einer leistungsgerechten Entgeltvereinbarung zwischen dem Land Berlin und dem Trägerverein gemäß § 93 BSHG auf der Grundlage BRV (Berliner Rahmenvertrag) und der entsprechenden Anlagen zum Leistungstyp Kriseneinrichtung. Die jeweils zuständigen Träger der Sozialhilfe (in Berlin: die Bezirksämter) übernehmen die Kosten der im *Weglaufhaus* erbrachten Leistungen, soweit diese den leistungsrechtlichen Bestimmungen des § 72 BSHG (Hilfe in besonderen sozialen Schwierigkeiten) entsprechen und die Einzelfallprüfung des zuständigen Sozialhilfeträgers einen entsprechenden Hilfebedarf ergeben hat.

In dem täglichen personenbezogenen Entgelt (Tagessatz) sind sowohl die

Betreuungs- als auch die Unterkunftskosten enthalten. Diese gliedern sich auf in eine Grund- und eine Maßnahmenpauschale und in einen Investitionsbetrag.

Den persönlichen Bedarf an Verbrauchs- und Lebensmitteln bezahlen die BewohnerInnen aus eigenen Einkünften oder der ihnen zustehenden Hilfe zum Lebensunterhalt.

10. Konzeptentwicklung

Diese Konzeption wird nach Maßgabe der tatsächlichen Veränderungen und Anforderungen überprüft und weiterentwickelt. Änderungen erfolgen nur in Absprache mit dem für die Vereinbarung zuständigen Sozialhilfeträger.

Zu den besonderen Bedingungen, die beim Absetzen zu beachten sind: Fußnote 34, S.

vgl. Fußnote 34, S.

Dasselbe gilt für den zunehmend verwendeten psychiatrischen Begriff der „psychischen Störung“.

Loren Mosher und Alma Z. Menn, Wissenschaftliche Erkenntnisse und Systemveränderungen. Erfahrungen im Soteria-Projekt, in Helm Stierlin, Lynne C. Wynne und Michael Wirsching (Hg.), Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Ein internationaler Überblick, Berlin u.a. 1985, S. 105-122, und: Loren Mosher, Voyce Hendrix und Deborah Fort, Dabeisein: Manual zur Praxis in der Soteria, Bonn 1994

In der gesamten Konzeption beinhalten die Begriffe „wohnungslos“ bzw. „Wohnungslosigkeit“ immer alle hier aufgezählten Möglichkeiten von (drohender) Wohnungslosigkeit.

Menschen, die in nach § 39 BSHG finanzierten Einrichtungen leben, gelten nicht als wohnungslos und müssen auf Kündigungsfristen achten.

Natürlich kann auch das *Weglaufhaus* solche Menschen nur unter bestimmten Bedingungen aufnehmen. Es gibt in diesem Grenzbereich von Gesundheit und Sozialem in Deutschland ein Defizit, wenn man den zahlreichen Berichten von Betroffenen und auch Angehörigen folgt, die den MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* in den vergangenen Jahren bekannt geworden sind.

vgl. Fußnote 34, S.

Immer wieder wandten sich Mitarbeiterinnen von Frauenhäusern und von Frauenberatungsstellen an das *Weglaufhaus*, da die betroffenen Frauen im Rahmen der bestehenden frauenspezifischen Angebote nicht angemessen unterstützt werden konnten.

Ilse Eichenbrenner, Lebensraum Straße. Sich aufhalten – ohne festen Wohnsitz,
in: Thomas Bock und

H. Weigand (Hg.), Hand-werks-buch Psychiatrie, Bonn 1991, S. 86-100

Manfred Koniarczyk, Manfred Fichter und Jörg Wolz, Psychische Erkrankungen bei alleinstehenden wohnungslosen Männern, in: Abschied von Babylon, Bonn 1994, S. 17

Menschen, die einen Anspruch auf andere Hilfemaßnahmen nach BSHG haben, werden mit dem Ziel der Weitervermittlung in eine entsprechende Einrichtung aufgenommen, falls sie dies wünschen. Wenn die Betroffenen eine Weitervermittlung in eine solche Einrichtung ablehnen, gilt es zu prüfen, ob diese Menschen auf der Grundlage des §3 BSHG Anspruch auf Unterstützung im *Weglaufhaus* haben.

vgl. Fußnote 34, S.

Das Haus ist insgesamt nicht rollstuhlgerecht ausgebaut.

vgl. 4.1., S. , 4.3., S. und 6.4., S.

Auch wenn die Absicht, psychiatrische Psychopharmaka abzusetzen, im *Weglaufhaus* nicht als Aufnahmebedingung gilt, müssen die BewohnerInnen die Bereitschaft mitbringen, sich mit den Wirkungen der von ihnen eingenommenen psychiatrischen Psychopharmaka auseinanderzusetzen. Sollten BewohnerInnen nach einer gewissen Zeit zu der Überzeugung gelangen, daß sie ihre psychosoziale Krise in erster Linie durch die Einnahme von psychiatrischen Psychopharmaka bewältigen möchten, würden die MitarbeiterInnen sie in eine Einrichtung vermitteln, deren Programm ihren Bedürfnissen eher entspricht. Das gilt natürlich nicht für Menschen, die für eine Übergangszeit an ihrer Medikation festhalten oder diese sogar für eine gewisse Zeit erhöhen wollen, wenn sie das in dem für manche langwierigen Prozeß des Absetzens oder Reduzierens von Psychopharmaka für notwendig erachten.

Die Bedingungen für einen vorzeitigen Abbruch des Aufenthalts im *Weglaufhaus* regelt der zwischen den BewohnerInnen und dem *Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt* e.V. innerhalb der ersten Woche abgeschlossene Betreuungsvertrag und die bei der Aufnahme unterzeichnete Hausordnung.

vgl. 5., S. und 8., S.

Hierbei handelt es sich um eine Zusatzleistung, die nicht vergütungsrelevant ist.

§§ 3,4 und 12, Absatz 1 PsychKG

Selbstverständlich kann nur dann auf diese Weise verfahren werden, wenn die BetreuerInnen keine gerichtliche Unterbringung erwirkt haben (vgl. 6.4.1., S.)

Nach dem Betreuungsrecht ist gesetzlich Betreuten auch gegenüber ihren BetreuerInnen eine weitgehende Eigenständigkeit einzuräumen. So können gesetzlich Betreute z.B. den Antrag auf bzw. die entsprechende Vollmacht für die Beantragung der Kostenübernahme von Hilfemaßnahmen nach BSHG rechtswirksam unabhängig von ihren BetreuerInnen selbst stellen. Nicht der Umstand, daß eine gesetzliche Betreuung besteht, oder der Zuschnitt der

Aufgabenbereiche entscheiden über die rechtliche Wirksamkeit von Entscheidungen und Anträgen von gesetzlich Betreuten, sondern einzig der Grad ihrer aktuellen Geschäftsfähigkeit, die bis zur Vorlage eines anderslautenden Gutachtens als gegeben vorausgesetzt werden muß, wenn nicht gravierende Gründe – wie z.B. eine weitgehende geistige Behinderung – offenkundig dagegen sprechen.

Dem Maßregelvollzug unterliegen StraftäterInnen, die wegen fehlender strafrechtlicher Verantwortlichkeit nicht zu einer Strafe verurteilt werden können, sondern bei denen psychiatrische Behandlung für erforderlich gehalten wird.

Sicherungsverfahren nach den §§ 413ff StPO und der einstweiligen Unterbringung nach § 126 StPO unterliegen solche Personen, bei denen gerichtlich eine psychiatrische Untersuchung ihrer strafrechtlichen Verantwortlichkeit wegen des Verdachts einer Straftat angeordnet wurde.

Die Kriseneinrichtung *Weglaufhaus* hat einen dauerhaften Beratervertrag mit einem einschlägig spezialisierten Anwalt abgeschlossen, auf dessen juristische Kompetenz die MitarbeiterInnen jederzeit kurzfristig zurückgreifen können.

vgl. 3.1., S.

Golan, N.: Krisenintervention. Strategien psychosozialer Hilfe. Freiburg i. Br. 1983, und Rapoport, L.: Krisen-Intervention als Form der Kurzbehandlung. In: R.W. Roberts & R.H. Nee: Krisentherapie. Freiburg i. Br. 1974.

vgl. 7.5. Methoden: Einzelgespräche, Umgang mit Krisensituationen und verrückten Zuständen, nonverbale Kommunikation und Mediation, S. f

vgl. 7.5. Methoden, S.

Sonneck, G.: Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien 1997

vgl. 3.1., S.

vgl. 3.2., S. , und 6.5., S.

vgl. 6.1., S.

Bei der im *Weglaufhaus* angebotenen Beratung handelt es sich daher um eine nicht-ärztliche Information, um Aufklärung über Patientenrechte und um persönliche Erfahrungsberichte zur Orientierung der Betroffenen. Die BewohnerInnen werden ausdrücklich darauf hingewiesen, daß sie zur Abklärung medizinischer Folgen des Absetzens ärztliche Beratung und Begleitung in Anspruch nehmen sollten, da die MitarbeiterInnen des *Weglaufhauses* keinerlei medizinische oder ärztliche Kompetenzen haben und die Verantwortung für das Absetzen, Reduzieren oder die Einnahme von psychiatrischen Psychopharmaka während und nach dem Aufenthalt im *Weglaufhaus* ausschließlich bei den betreffenden BewohnerInnen und ihren behandelnden ÄrztInnen liegt.

So kann die Anwendung von physischer Gewalt gegen andere, aber auch gegen Sachen ein umgehendes Verlassen des Hauses erforderlich machen, Ähnliches gilt für gravierende und/oder wiederholte Verstöße gegen die geltenden Alkohol- und

Drogenregelungen (vgl. 4.3., S.). Verstöße gegen andere in der Hausordnung und im Betreuungs- und Nutzungsvertrag genannte Pflichten können ebenfalls dazu führen, daß ein Aufenthalt im *Weglaufhaus* vorzeitig beendet wird. Allerdings haben die BewohnerInnen bei Verstößen, die die Sicherheit und die existentiellen Grundbedürfnisse der anderen BewohnerInnen und der MitarbeiterInnen nicht unmittelbar und schwerwiegend bedrohen, das Recht auf eine (schriftliche) Verwarnung und eine (in Tagen zu bemessende) Frist, innerhalb derer sie im Rahmen individuell auszuhandelnder Zusatzvereinbarungen ihr Verhalten korrigieren können oder mit Hilfe der MitarbeiterInnen eine geeignete Alternative finden können.

vgl. 8.1., S.

Die erste Phase der Krisenintervention sollte allerdings nach Möglichkeit nicht durch zu hohe Auflagen und Außenanforderungen gefährdet werden, wenn die angestrebte Hilfemaßnahme nicht schon zu Beginn scheitern oder durch einen vorzeitigen Abbruch von seiten der HilfeempfängerInnen beendet werden soll.

Die BewohnerInnen werden darauf hingewiesen, daß sich aus dieser Mitverantwortung nicht ergibt, daß alle BewohnerInnen quantitativ und qualitativ immer genau gleich viel übernehmen müssen und können, sondern daß sie ihre individuellen, phasenweise und krisenbedingt möglicherweise eingeschränkten Möglichkeiten bei der Übernahme und Verteilung der anfallenden Aufgaben einbeziehen müssen.

vgl. die einrichtungsspezifischen Kriterien für Leistungsvereinbarungen gem. § 93 BSHG d Abs 2,

Anlage zu Zf 3.3. BRV

§ 72 BSHG, Absatz 2

vgl. dazu Punkt 7.7.3. und Fußnote ³⁴, S.

vgl. 7.8.1., S.

Bankverbindung: Weglaufhaus; Bank für Sozialwirtschaft, BLZ: 100 205 00 Konto-Nr.: 3317901

Spendenkonto: Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V., Berliner Sparkasse, BLZ: 100 500 00, Konto-Nr.: 11 500 18 450

Weglaufhaus Berlin

Spenden & Patenschaften

Spenden

Spenden sind immer willkommen – und notwendig, denn die offizielle Finanzierung reicht oft nicht aus, um dem Bedarf der BewohnerInnen gerecht zu werden. Um unsere Arbeit weiterhin leisten zu können, sind wir auf Ihre Spende angewiesen.

Auf Wunsch stellen wir gerne eine Spendenquittung aus. Anruf genügt.

Spendenkonto

Berliner Sparkasse (BLZ 100 500 00), Konto 115 001 8450

Kontoinhaber: Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.

Übernahme von Patenschaften

Liebe Leserin, lieber Leser,

können Sie sich vorstellen, die Rolle eines ungewöhnlichen Paten zu übernehmen? Ungewöhnlich deshalb, weil es eine Patenschaft für ein Haus ist: das Weglaufhaus »Villa Stöckle« in Berlin.

Was ist das?

Mit diesem Haus bieten wir einen Zufluchtsort für Menschen in seelischen Krisen, die aus der gewaltbereiten Psychiatrie weglaufen, wohnungslos sind und psychopharmakafreie Hilfe suchen – vergleichbar den Frauenhäusern.

In Abgrenzung zur Psychiatrie lehnen wir den medizinischen Krankheitsbegriff und die dazugehörigen psychiatrischen Diagnosen (z.B. schizophren, manisch-depressiv usw.) ab. Das Etikett »psychisch krank« zwingt menschliches Leid, Wut, Trauer und Schmerz in abwertende psychiatrische Begriffe und folgenschwere Gutachten. Die Unterdrückung der Symptome durch Elektroschocks und dämpfende Psychopharmaka, die erhebliche »Neben«-Wirkungen haben, lähmen Energie und Kreativität und führen zu einem oft als schmerzlich erlebten Verlust an Lebendigkeit. Das den Krisen und dem seelischen Leiden innewohnende Potential der Selbstheilungskräfte kann so nicht mobilisiert werden.

Was passiert im Weglaufhaus?

Die Menschen, die zu uns kommen, sind für uns keine zu behandelnden Kranken, sondern Persönlichkeiten mit individueller Lebensgeschichte, traumatischen Erfahrungen, intensiven Gefühlen, oftmals verrückten Gedanken, einem eigenen spezifischen Erleben der Welt, einer eigenen

Sprache und einem manchmal eigenartigen Verhalten, was nur schwer oder gar nicht zu verstehen ist.

Bis zu 13 BewohnerInnen können maximal sechs Monate in drei Einzelzimmern, drei Doppelzimmern und einer Frauenetage den Alltag einer Hausgemeinschaft selbstverantwortlich gestalten. Wir, die Mitglieder des Teams, die teilweise selbst Psychiatisierung und die Auswirkungen erlebt und überwunden haben, unterstützen beim (eventuell ärztlich begleiteten) Absetzen der Psychopharmaka und bei der Suche nach Wohnung und Arbeit oder Ausbildung. Gemeinsam mit den BewohnerInnen entwickeln wir Perspektiven für einen Weg in ein selbstbestimmtes Leben.

Wie finanziert sich das Weglaufhaus?

Träger ist der gemeinnützige Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.. Finanziert wird das Pilotprojekt (das erste und bislang einzige Weglaufhaus in Deutschland) über einen mit der Berliner Senatsverwaltung für Soziales ausgehandelten Tagessatz nach § 72 Bundessozialhilfegesetz («Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten»). Viele psychosozialen Einrichtungen in Berlin befürworten diese Alternative zur Psychiatrie, dennoch gibt es noch gewichtige bürokratische und finanzielle Hürden.

Was sind unsere Schwierigkeiten?

Im Vergleich zu den Tagessätzen zwischen 400 DM und 600 DM in den Psychiatrien erhalten wir mit 205,30 DM einen für unseren Betreuungsaufwand (24 Stunden rund um die Uhr) zu niedrigen Betrag, um alle anfallenden Kosten abdecken zu können. Mit einem größeren Budget könnten wir inhaltlich flexibler arbeiten, z.B. ein nichtpsychiatrisches Unterstützungsnetzwerk aufbauen und Kosten abdecken, die über die Tagessatzfinanzierung hinausgehen.

Konkret fehlt es an Geld für Reparaturen und den weiteren Ausbau des Hauses. Dringend brauchen wir ein Fahrzeug für Großeinkäufe, Umzüge, Fahrten zu Ämtern, in Notfällen usw.. Da unser Projekt noch nicht allzu bekannt ist, benötigen wir zu intensiver Öffentlichkeitsarbeit Geld für Plakate, Flugblätter und Aufkleber. Täglich erhalten wir im Weglaufhaus viele Anrufe von Ratsuchenden mit Fragen zum Absetzen von Psychopharmaka, zur rechtlichen Situation bei Zwangsunterbringungen, zum Betreuungsgesetz usw. Um hier angemessen antworten und weiterhelfen zu können, möchten wir eine Beratungsstelle aufbauen, für deren Realisierung wir um Unterstützung bitten. Ebenso erhalten wir Anfragen von Weggelaufenen, die eine Wohnung haben und die wir – trotz ihrer Not- aufgrund unserer eingeschränkten Finanzierungsmöglichkeit (Wohnungslosigkeit als Voraussetzung für die Aufnahme) nicht aufnehmen können.

Da das Weglaufhaus ein einmaliger Ort ist, an dem psychopharmakafrei Hilfe angeboten wird, haben wir auch Nachfragen aus den übrigen Bundesländern sowie dem Ausland. Für Nicht-BerlinerInnen ist die Finanzierung wegen des Zuständigkeits-Pingpongs problematisch.

Was wünschen wir uns von Ihnen als PatIn?

Wir hoffen, dass wir mit dieser Kurzdarstellung unserer Arbeit und Probleme ihr Interesse an unserem Projekt geweckt haben, und würden uns sehr freuen, wenn Sie unser Projekt durch Übernahme einer Patenschaft unterstützen. Für alle Patenschaftsspenden erhalten Sie zu Beginn des folgenden Jahres automatisch Spendenbescheinigungen. Wir sind als gemeinnützig anerkannt, die Spenden sind steuerlich absetzbar. Auf Wunsch informieren wir Sie gern näher und schicken Ihnen unsere ausführliche Konzeption, Literaturempfehlungen und die Termine der einschlägigen Veranstaltungen, an denen wir mit Vorträgen oder Arbeitsgruppen im ganzen Bundesgebiet, in der Schweiz und in Österreich teilnehmen.

Vielleicht kennen Sie Menschen oder Einrichtungen, denen Sie diesen Brief weitergeben könnten. Da wir dringend darauf angewiesen sind, dass möglichst viele von unserem Projekt Kenntnis bekommen, senden wir Ihnen gerne weitere Exemplare des Patenbriefes zur Verteilung zu.

Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein gedrucktes Formular zur Übernahme einer Patenschaft zu. Karte (Weglaufhaus Postfach 280 427, D-13444 Berlin), Anruf (030-40632146), Fax (030-40632147) oder E-mail genügt. Am liebsten ist uns, wenn Sie unser elektronisches Formular verwenden.

**Mit der Bitte, das erste Weglaufhaus in Deutschland zu unterstützen, verbleiben wir mit freundlichen Grüßen
Für den Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.
Peter Lehmann**

Weglaufhaus Berlin

Hier finden Sie Informationen über alles, was mit Selbsthilfe, Alternativen zur Psychiatrie & Antipsychiatrie zu tun hat:

- **Weglaufhaus Berlin (»Villa Stöckle«) und sein Trägerverein: Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V.**
- **Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)**
- **Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen e.V. (FAPI)**
- **PSYCHEX e.V.**
- **European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP; Europäisches Netzwerk von Psychiatriebetroffenen)**
- **World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP; Weltverband von Psychiatriebetroffenen)**
- **Psychiatrisches Testament (PT)**
-
- **Links zu weiteren Organisationen**

Other organisations

Asia

- Japan National Group of Mental Disabled People, P.O.Box No. 28, Kizuna-sha, Komatsu Post Office, 923-8691 Japan, Fax +81-761-24-1332, E-mail: futen@mail7.dddd.ns.jp
- **JAPAN WNUSP NETWORK**, c/o JHC SUNMARINA, 2-31-13, kamiitabashi, Itabashi-ku, Tokyo 174-0076 Japan

Australia / Ocenania

- ECT Survivors Day Project, PO Box 262, SUBIACO 6904, Western Australia, E-mail: ectsurvivoraday@yahoo.com

Europe

- PSYCHEX s.v.
- Deviant is a Dutch magazine for innovation and democratization of mental health services and connected fields. Deviant is a forum for all people involved: helpers, clients/users, family members, scientists, policy makers, politicians, journalists, financiers and other people interested.
- »Norwegian Antipsychiatry«. E-mail: lunde@postbass.no
- International Association of Spiritual Psychiatry: A non-profit organization, created in 1994, based in France, dedicated to promote spiritual approaches to mental health and psychiatry, through conferences, newspapers and books.
- Daily Net Journal on wisdom, health and spirituality in the French language
- Survivors' United Network: electronic newsletter, organised by Andrew Hughes, Co-ordinator. E-mail: sun@artofawareness.co.uk
- The Benzodiazepine Awareness Network International. E-mail: GCBURNS55@aol.com
- Benzodiazepine.org: Prescription Drug Addiction – Information Site And Forum Color Benzodiazepine Addiction, Withdrawal And Recovery Information
- The Heather Ashton Manual on How to Withdraw From Benzodiazepines: brand new 48 page manual containing information about the effects that benzodiazepines have on the brain and body and how these actions are exerted. Detailed suggestions on how to withdraw after long term use and individual tapering schedules for different benzodiazepines are provided. Withdrawal symptoms, acute and protracted, are described along with an explanation of why they may occur and how to cope with them. The overall message is that most long term users who wish to can withdraw successfully and become happier and healthier as a result.

Northern America

- **NARPA**: the National Association for Rights Protection and Advocacy, an

- independent organization, is a unique mix of people who've survived these institutions, of advocates, civil rights activists, mental health workers, and lawyers. NARPA exists to expose abuse, to shed light on coercive and dangerous practices, and to promote real alternatives to a mental health system that even professionals agree is a disgrace.
- [The Lunatics Liberation Front-Website of Irit Shimrat, Canada](#)
 - [The Consumer/Survivor Information Resource Centre of Toronto](#)
 - [Support Coalition International: A non-profit federation of 100 groups in 11 countries united to WIN human rights in the »mental health system«.](#) Address: 454 Willamette, Suite 216, PO Box 11284, Eugene, OR 97440-3484, USA. Toll free order number: 1-877-MAD-PRIDE. Phone: (541) 345-9106 / Fax: (541) 345-3737 / E-mail: dendron@efn.org
 - **PSYCHIATRIC SURVIVORS.** On this side you will find plenty of links on advocacy groups, legal services, and much, much more! We also have a place where everyone can write in their personal opinion about the mental health system. And starting September 15, 2000, we are planning on hosting a weekly chatroom. Chris J. Brunson, PSYCHIATRIC SURVIVORS (HRAC), PO BOX 190084, Richmond Hill, NY 11419, E-mail: hrac4@juno.com.
 - [Consumer Organization & Network Technical Assistance Center \(CONCAC\): Consumer-run technical assistance center](#)
 - [National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse: Consumer-run technical assistance center](#)
 - [Sacred Transformations: Spiritual experiences and personal stories](#)
 - [Windhorse Associates: An alternative treatment program for mental disorders based on Buddhist psychology](#)
 - [The Alaska Mental Health Consumer Web provides recovery stories and other recovery resources.](#)
 - [Advocacy Unlimited, Inc. »is an advocacy education program for persons with mental health disabilities. This web site contains lots of information and resources for persons with mental health disabilities. The highlight is on a training program that educates individuals with psychiatric disabilities in areas of self, systems, and legislative advocacy skills.«](#)
 - [Knowledge Exchange Network \(KEN\): Information for consumers, families, and professionals, including a services locator, free publications, and links](#)
 - [Psych Central! Dr. John GROHOL's Mental Health Page: Comprehensive links to mental health information](#)
 - [Famous People with Mood Disorders](#)
 - [The COSP Research Project: Consumer-Operated Services Program \(COSP\) Research](#)
 - [MadNation: News, resources, and creative expression from the consumer/survivor liberation movement](#)
 - [The PEER Center: The largest drop-in center and consumer-run organization in Florida](#)
 - [The PEER Center's adopted California COSP site](#)
 - [Altered States of the Arts](#)
 - [ZANGMO BLUE THUNDERCLOUD: Sally Clay is Communications Coordinator for PEER Center Research in Fort Lauderdale, Florida. She has worked as a peer advocate for 20 years.](#)

- www.monandcarla.net. **This 24-hour, Monday through Friday (sometimes on weekends), all-talk, topical, webcast radio station strongly support the psychiatric survivor movement and often broadcasts shows on that subject. They will broadcast live, in English, the coming event (June 30 - July 1) of U.N. testimony by psychiatric survivors.**

Runaway-House Berlin

Selfhelp, Antipsychiatry & Alternatives to Psychiatry

Here you find information

- **about the Runaway-house Berlin (»Villa Stöckle«) – available in the English language**
- **about electroshock – available in the German and the English language**
- **about the Psychiatric Will – available in the German language**
- **about the BPE: the German Federal Organisation of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry – available in the English and the German language**
- **about PSYCHEX – available in the German language**
- **about the Forum of Anti-Psychiatric Initiatives (FAPI) – available in the German language**
- **about the European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) – available in the English language**
- **about the World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) – available in the English language**
- **Links to other organisations – available in the English language**

Literatur und Veröffentlichungen zum Thema Weglaufhaus, Selbsthilfe & Antipsychiatrie

Electroshock | Erwerbbaare Literatur |

Publikationen zum Berliner Weglaufhaus



Kerstin Kempker (Hg.): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus

Eine sehr persönliche und spannende, sprachlich wie inhaltlich abwechslungsreiche Sammlung von teilweise bizarren Erfahrungen, von Fragen und Ideen zum einzigen antipsychiatrischen Wohnprojekt für Psychatriebetroffene in Deutschland. Bilder, Texte und Gespräche, wild und widersprüchlich, eigenartig und gewöhnlich, erfunden wie erinnert – aus dem Alltag im Weglaufhaus »Villa Stöckle«. 20 AutorInnen, MitarbeiterInnen und BewohnerInnen, beschreiben und illustrieren das Besondere und das Alltägliche im Weglaufhaus, einem Zufluchtsort frei von therapeutischen Ambitionen. Der zehnjährige Hürdenlauf bis zur Eröffnung 1996 und der ständige Kampf mit den Amtsschimmel in den Sozialämtern werden ebenso plastisch dargestellt wie die Bilanz der bisherigen Arbeit, die Bewältigung von Krisensituationen und die von großer Anerkennung in Presse und Fernsehen bis zu erbostem Widerstand von Nachbarn reichende Resonanz in der Öffentlichkeit. 344 S., 60 Fotos, 65 Abbildungen, Antipsychiatrieverlag, Berlin 1998. Näheres

Das Weglaufhaus

Uta Wehde: Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme



Vorwort von Jeffrey Masson. Über Erfahrungen in holländischen Weglaufhäusern, die Projektvorgeschichte des 1996 in Berlin eröffneten Weglaufhauses, die Schwierigkeit des Entzugs von Neuroleptika und die positiven Erfahrungen psychopharmakafreier Alternativen in aller Welt. Exzellentes Literaturverzeichnis. 192 S., Antipsychiatrieverlag, Berlin 1991. Näheres

Das Weglaufhaus



Kerstin Kempker (Hg.) / Uta Wehde: Das Weglaufhaus – Von der Idee zur Praxis

»Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus« (1998) und »Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene« (1991) im ermäßigten Doppelpack. Antipsychiatrieverlag, Berlin 1999. Näheres



Caspar Abocab: Zwischenraum – Reisebericht



aus dem Berliner Weglaufhaus

Der Autor beschreibt zwei Wochen des Mitlebens im Berliner Weglaufhaus. Ein Idyll kann ein solcher Ort nicht sein. Caspar Abocab bewegt sich unter dem Dach theoretischer Konstrukte und zugleich im wirklichen Leben der BewohnerInnen. Er versucht, sich seinen Reim zu machen. Vor allem findet er den eigenen *Zwischenraum*. Zwischen Tag und Traum, zwischen Beton und Begreifen. Er möchte wissen, was es mit dem auf sich hat, was in dieser Gesellschaft als Wahnsinn, als psychische Krankheit behandelt wird. Hören Sie selbst. Doppel-CD, 133 Minuten, 2000. Näheres

Iris Hölling: *The Berlin Runaway-House – Three Years of Antipsychiatric Practice*, published in: *Changes – An International Journal of Psychology and Psychotherapy*

Roman Janda: *Merkwürdigkeiten eines Praktikanten* (unveröffentlichtes Manuskript)

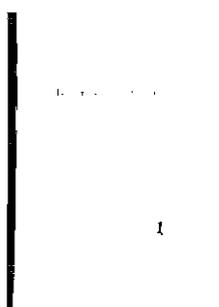
Ulrike Klöppel: *Wir hatten die Psychiatrie nicht nur für überflüssig, sondern für schädlich* in der Zeitschrift *Blau*

Literatur, die sich teilweise mit dem Thema »Weglaufhaus« beschäftigt



Claudia Brügge: *Wohin mit dem Wahnsinn? Ausgewählte Aspekte der Kontroverse um Anstaltspsychiatrie und mögliche Alternativen*

Kritischer Überblick über psychiatrische, antipsychiatrische und feministische Positionen – am Beispiel der Konzeptionen von Soteria (Bern), vom Weglaufhausprojekt Berlin und vom Therapieansatz Polina Hilsenbecks (München). Mit ausführlichen Interviews und umfangreichem Quellenmaterial. 235 A4-S., Edition Libera im Antipsychiatrieverlag, Berlin 2000. Näheres



Susanne Spieker: *Bedarf oder Bedürfnis?! Alternative (zur) Psychiatrie*

Diplomarbeit (Sozialwesen) über Psychiatriereform, Qualitätssicherung und -beurteilung, Nutzerkontrolle (Psychiatrisches Testament, Behandlungsvereinbarung, Psychoseseminare usw.), alternative Kriseneinrichtungen (Weglaufhaus, Soteria usw.). 186 A4-S., Edition Libera im Antipsychiatrieverlag, Berlin 2000. Näheres

Weiteres zum Thema »Selbsthilfe, Alternativen zur Psychiatrie und Antipsychiatrie«

- **Forum Anti-Psychiatrischer Initiativen e.V. (FAPI): Positionspapier vom 2. April 1990**
- **Janda, Roman: Zurück in die Zukunft (unveröffentlichtes Manuskript)**
- **Kaeding, Helmut (Hamburg): www.Ritalin-Kritik.de ist eine persönliche Initiative: eine Artikelsammlung zu den Themen Ritalin und Hyperaktivität und enthält Hinweise auf Bücher und Links**
- **Kempker, Kerstin: Alternatives 2000 – drei BPE-Mitglieder in den USA. Bericht vom Alternativen-Kongreß in Nashville, Tennessee, vom November 2000**
- **Lehmann, Peter: Stop exclusion, dare to share! Commentary of a »Mental Health Advocate« at the World Health Day 2001. Mental Health: »Stop Exclusion – Dare to care«, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland. April 6, 2001**
- **Lehmann, Peter: Der Stand der bundesdeutschen Antipsychiatrie-Bewegung. Diskussionspapier zur Gründung von FAPI. Berlin, 26.9.1989**
- **Lehmann, Peter: Ein Quatrológ der besonderen Art. Psychiatriebetroffene, Eltern, Psychiater und Industrie in Wien im Gespräch, Bericht von einem Zusammentreffen der besonderen Art**
- **Lehmann, Peter: Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka: Pro und Contra, Artikel aus dem BPE-Rundbrief von 1997**
- **Lehmann, Peter: Dialog nicht nur in Psychoseseminaren – Steht der gleichberechtigte Umgang im psychiatrischen Alltag kurz bevor?«, Rede bei der Veranstaltung »Lebenswelten – 10 Jahre Psychoseseminare« in Schwerin, 7. – 9. Juli 2000**
- **Lehmann, Peter: Blinde Flecken in der sozialpsychiatrischen Wahrnehmung, Vortrag bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Berlin, 2. November 2000**
- **Trotha, Thilo von: Über die Unmöglichkeit, eine »Psychose« zu erfahren, oder, was mir nicht hilft, wenn ich verrückt werde. Artikel aus Thomas Bock / Dorothea Buck u.a. (Hrsg.): Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie, Bonn 1995**
- **Trotha, Thilo von: Leserbrief vom 6.4.2001 zu »Stimmen und Blitze im Gehirn« von Claudia Borchard-Tuch in der taz vom 30.3.2001**

Veranstaltungen & Termine

Juni (bis August 2001)

- 10. Juni bis 31. August 2001: »All meine Pfade rangen mit der Nacht«. Über Jakob van Hoddis (1887 – 1942), expressionistischer Dichter, Psychiatriebetroffener und Opfer der Shoah. Eine Ausstellung in der Neuen Synagoge / Centrum Judaicum in Berlin. Kuratorin: Irene Stratenwerth. Näheres siehe www.cjudaicum.de. Ausstellungskatalog

Juli 2001

- 20. bis 21. Juli 2001 in Vancouver, Kanada: Offizieller Gründungskongress des Weltverbands Psychiatriebetroffener (englischsprachig). World Network of Users and Survivors of Psychiatry will hold an independent congress, from 20 to 21 July in Vancouver as well. The Network intends to adopt a new constitution. Info to be found on www.wnusp.org or obtained from Eva Hansen, WNUPS Secretariat: Klingenberg 15, 2 th, DK 5000 Odense C, E-mail: admin@wnusp.org

August 2001

- 27. August 2001, 16.30 bis 18.30 Uhr: »Wer Hilfe in Anspruch nimmt, muss auch auf Rechte verzichten...«? Podiumsdiskussion in Frankfurt/Main mit Impulsreferaten von Prof. Dr. H. Bratzke (Zentrum für Rechtsmedizin der Universität Frankfurt), Peter Lehmann (Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks Psychiatriebetroffener, Antipsychiatrieverlag Berlin) und Dr. Hejo Manderscheid (Caritasdirektor Diözese Limburg). Eine Veranstaltung der Frankfurter Werkgemeinschaft, Consors Center, Wingertstr. 29 – 31, 60316 Frankfurt/Main (Bornheim), Veranstalter: frankfurter werkgemeinschaft e.V. Näheres
- 27. August 2001, 18.00 bis 20.00 Uhr, »Zur professionellen Chronifizierung psychosozialer Probleme...« Vortrag von Klaus Mücke und Peter Lehmann mit nachfolgender Diskussion. Veranstalter: »Phönix« Initiative »integrative Psychiatrie« und die Psychiatrie-Erfahrenen Frankfurt/Main. Die Veranstalter sind Teil des Fachforums Psychiatrie Betroffener Frankfurt. Ort: Mendelssaal des Stadtgesundheitsamtes, Braubachstraße 18 - 22, 60311 Frankfurt/Main (U-Bahnhof Römer), Eintritt frei.
 - Der Referent Klaus Mücke richtet sich gleichermaßen an Profis, Betroffene und Angehörige. In dem Vortrag werden professionelle Sicht- und Verhaltensweisen beschrieben, die zu Chronifizierungsprozessen psychosozialer Probleme bzw. psychischer Leiden führen können. Dabei werden unter systemisch-konstruktivistischen Gesichtspunkten zum einen die Beziehung zwischen Profis und ihren Klienten beleuchtet, und zum anderen ein ungewohnter Blick auf das psychiatrische

Krankheitskonzept der sogenannten endogenen Psychosen geworfen.

- o **Peter Lehmann spricht über die neuroleptikabedingte Chronifizierung psychischer Probleme. Den Blickwinkel auf die Suche nach dem "richtigen" Neuroleptikum zu verengen lenkt ab von der nötigen Eigeninitiative zur Überwindung der Ursachen psychischer Probleme. Indem Neuroleptika einen künstlichen Winterschlaf produzieren, unterdrücken sie "Selbsteilungskräfte". Zudem können sie die Persönlichkeit verändern, indem sie auf biochemischem Weg zu chronischer Apathie ("Syndrom der gebrochenen Feder") führen, Suizidalität herbeiführen oder - bedingt durch Rezeptorenveränderungen - Psychosen chronifizieren.**

Oktober 2001

- **19. bis 21. Oktober 2001, Jahrestagung des BPE in Kassel. Näheres siehe Jahrestagung**

November 2001

- **15. bis 18. November 2001: "10 Jahre Europäisches Netzwerk von Psychiatriebetroffenen", Kongress des European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry, in Ljubljana, Slowenien. Am 4. Juli 2001 bestätigte der Vorstand des Netzwerks das geplante Datum. Kongresssprachen sind englisch und russisch. Näheres siehe ENUSP-Kongress**

- and the Netherlands:** Clipped copy, 105 A5-pages, 1993. DM 10.90 / SFR 10.- / AS 77.- / 5,50 Order-No. 149
- **Sartori, Gisela:** *Toward empathy. Access to transition houses for psychiatrized women.* 225 A4-pages, 1995. DM 25.30 / SFR 23.- / AS 177.- / € 12.90 Order-No. 175
 - **Voiceless Movement:** *Deprived of our humanity. The case against neuroleptic drugs.* 224 pages, 1998. DM 20.- / SFR 19.80 / AS 140.- Order-No. 208

Iris Hölling

The Berlin Runaway-House – Three Years of Antipsychiatric Practice

published in: Changes – An International Journal of Psychology and Psychotherapy (England), Vol. 17 (1999), No. 4 (Winter), p. 278 – 288

The Berlin Runaway-house »Weglaufhaus« was finally opened on January 1, 1996, after ten years of struggle for its realization. It is the first anti-psychiatric institution that managed to get official funding as crisis centre for homeless survivors of psychiatry. [The German term *Psychiatrie-Betroffene* (persons afflicted by / confronted with psychiatry) does not really translate into English. Since most of the members of the Association for Protection against Psychiatric Violence identify as survivors rather than (ex-)users of psychiatry, I chose the term survivors of psychiatry, although it is more radical and critical than *Psychiatrie-Betroffene*. To my mind, however, *Psychiatrie-Betroffene* accentuates the violence of getting into psychiatry compared to the nowadays popular term of *Psychiatrie-Erfahrene* (persons who have experienced psychiatry) which is used by the German national association of (ex-)users and survivors of psychiatry *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener*.] The Runaway-house is a place for people who want to get out of revolving-door psychiatry and have decided that they want to live without psychiatric diagnoses and psychiatric drugs. It opens up a space outside or beyond the (social)psychiatric net that keeps people dependent, a space in which the residents can try to regain control over their lives. Here they can recover, regain their strength, talk about their experiences and develop plans for the future without psychiatric views of illness blocking access to their feelings and their personal and social difficulties. Refusing any diagnoses opens new perspectives on people's lives which for years have been categorized and reduced to symptoms to be combatted or reduced. Responsibility returns to the residents themselves.

It took ten years of fighting

The Runaway-house originates from the survivor movement in Germany. [Some of the basic ideas behind the Runaway-house in its early stages can be found in Uta Wehde's article »the runaway-house: human support instead of inhuman psychiatric treatment« in: *Changes*, Vol. 10, No. 2, June 1992, pp. 154-160.] After being a project group within the Lunatics' Offensive (*Irren-Offensive*), a self-help group for survivors, the Association for Protection against Psychiatric Violence (*Verein zum Schutz vor Psychiatrischer Gewalt e.V.*) was founded in 1989 as a mixed group of survivors and other antipsychiatric activists. In 1990 a private donator whose son killed himself in a psychiatric institution bought the villa which was turned into the Runaway-house. The house being the only prerequisite for the Berlin Senate to assure the financing of its running turned out not to be sufficient any more after political majorities had changed. It took another six years of intensive fighting with contradictory demands of the various authorities involved until finally a day rate remuneration for people's stay in the house was agreed upon according to §72 BSHG (Federal Social Welfare Law) »Help in special social difficulties«. This also meant a limitation of the target group to clients who are homeless or in danger of losing their homes.

Being an openly antipsychiatric project the Runaway-house continues to challenge psychiatry and to be perceived as provocation for a lot of different social actors. The neighbours went into court in order to prevent the house from opening but did

not succeed. However, they are still carefully observing the house, although so far nothing extraordinarily dangerous has happened. The Runaway-house also has a lot of political enemies, but we hope that the longer we prove that we are working successfully, the weaker their position gets.

Daily life in the Runaway-house

The concept consists of not having a concept. Instead of being a therapeutic institution, the Runaway-house focusses on everyday life. Up to thirteen residents share the old villa in a Northern part of Berlin and organize the household, i.e. cooking, cleaning, shopping, working in the garden or shape the house by themselves. The workers have a different role, but play a part in it and serve as facilitators or supporters and add the perspective of holding the house together, ensuring its functioning.

The team consists of 10 part-time permanent workers and two who work on a honorary basis. More important than formal professional qualifications are qualities such as attentiveness, tolerance, sensitivity, openness, personal experience, the ability to deal with conflicts and a clear antipsychiatric attitude. This means considering the residents without prejudice, being direct, honest and upfront with them, not to think of them in terms of mental illness but to regard them as responsible human beings, who decide about their lives themselves. At least half of the team members are survivors of psychiatry. Having been an inmate of a psychiatric institution does not in itself qualify people for working in the Runaway-house, but having had the experience oneself and reflected upon it and gotten out of it and having found other ways to come to terms with extraordinary emotions, experiences, perceptions, madness [The German word for mad or crazy »verrückt« contains the notion of being distant from normality, if you take it literally. This means madness can be considered as a relationship rather than a quality or defect attributed to the crazy person. According to those connotations I consider madness or craziness as descriptive and not pejorative terms.] than psychiatry's violence against them is a particular knowledge that is part of the foundations of the Runaway-house. However, it is important to note that not every inmate of a psychiatric institution has been crazy. The less significant professional qualifications of team members (of both, survivors and non-survivors) include social workers, pedagogues, philosophers, psychologists, mechanics. There are no medical professionals and especially no psychiatrists working in the house.

Who lives in the house?

The residents who can live in the Runaway-house for up to six months have all been inmates in psychiatric institutions and are homeless or threatened to lose their accommodation. 34% of the residents (statistics referring to 1996-98) came directly out of a psychiatric hospital, 20% were homeless and living in the streets, 23% came from other social(psychiatric) institutions or women's shelters, 13% came from their families, friends or acquaintances and 8% out of their own apartments where they could not stay anymore.

In the first three years 132 persons lived in the house, 63 women and 69 men, the average stay in the house was 62 days. In the first two years women stayed a lot longer than men, 98 compared to 38 days, in 1998 the average stay of women and men was almost identical. The majority of those who seek advice and support in the Runaway-house have long histories of psychiatric treatment, most have been institutionalized various times, have been forcibly treated and heavily drugged.

They have been labelled with all kinds of psychiatric diagnoses during their stays in psychiatric institutions. These diagnostic labels are completely irrelevant in the Runaway-house. If they are 33 years old which is the average age of the residents, although the scope is from 18-68 years of age, psychiatry has mostly determined their lives for more than ten years.

It is decisive to note that hardly anybody gets referred to the Runaway-house by other institutions. We insist on people interested in staying in the house to contact us by themselves. Residents can only be in the house voluntarily and they are free to leave at any time. In the introductory talk where we try to find out whether the Runaway-house is the right place for a person we only rely on the information given to us by the potential resident. We trust his/her self-description and do not demand any authority's opinion. In my eyes, this starting point of taking a person and his/her self-presentation seriously and trusting their own words makes an enormous difference to their former experience due to institutionalization, since almost all the residents have experienced stigmatization and prejudice because of their psychiatric labels.

To my mind, one of the most important characteristics of the Runaway-house is that it offers a choice and a new perspective to those who are dissatisfied with psychiatric services' treatment. Thus, the explicit offer that people can withdraw from psychiatric drugs (neuroleptics, antidepressants, tranquillizers, lithium, carbamazepine etc.) in the supported environment the Runaway-house provides makes it a unique place. Since there are no doctors in the house, the residents are consulting general practitioners or other supportive doctors outside the house that are not easy to find. We mostly advise those residents who have taken their decision to get off psychiatric drugs gradually, especially if they have taken them for a long time. We also talk about questions like: What helps you, if you get crazy? Which kind of support do you want or need? Which experiences do you have with withdrawal? Most residents are amazed when asked about their wishes and experiences because nobody has asked them such questions before. Often they do not know what they would want or need because they never had the possibility to experience it. We then try to find out about helpful strategies together.

What happens in the house? – Forms of support

There is no therapeutic concept behind the work in the Runaway-house. Residents get support in everything they want. They choose two team members as persons of confidence, i.e. workers who feel especially responsible for them, who keep an eye on the things to do or to sort out. The residents can and will discuss and do things with every team member available, but there are sympathies and you get on more easily with some people. This system of special attention or responsibilities also enables the residents to choose with whom they want to talk more intensively.

Besides the important possibility of living through crisis, madness or extreme situations in a supported environment without being numbed by psychiatric drugs, the support is directed mainly to daily life. Planning a future: How do the residents want to live after their time in the Runaway-house: by themselves in an apartment of their own? Together with others in a shared apartment? In some kind of sheltered or supported living? It is often difficult to find some kind of sheltered apartment where the residents' critical attitude towards psychiatry and psychiatric drugs is respected, since we are the only antipsychiatric institution in Berlin. But we sometimes negotiate and succeed in finding solutions.

Most of the residents do not have professional qualification or training, some have not even finished school. Here we talk about their ideas: Do they want to go back to school? Are they interested in an apprenticeship or training? Which kind of professional future do they imagine for themselves? What are their talents? How could they realize their ideas on a long term basis? Dealing with the employment office and training centres, doing applications, filling in forms are practical helps in this field.

On a lower level, spare time activities and interests are relevant. Depending on the interests of the residents art or gardening activities might take place within the house. Excursions outside the house, swimming, going to parties, dancing, sport courses, going to the cinema ..., trying new things. Workers or interns might make suggestions or bring in their own interests, but it is always the residents' choice which activities might happen or not.

Clarifying the financial situation of the residents is also a task. Most of the residents live on Social Welfare aid, some get pensions or unemployment benefits. To find out which benefits they are entitled to, which authorities are responsible and to make the claims correctly are also part of our offer. If residents have debts we advise them in making arrangements with creditors.

Moreover, the juridical situation of the residents can be an issue. Often the residents have guardians for specific tasks. If they want to change their guardian because they cannot trust him/her or feel patronized and not supported, they are helped to change the guardian or to even get rid of him/her at all. We also refer residents to competent lawyers for specific questions.

Another important means to protect yourself, if you end up in psychiatry again is the »Psychiatric Will«, i.e. advanced directives where you declare how you want to be treated and what you refuse, which drugs you might agree to take, who are persons of confidence to be consulted, what you need in crisis... It is important to make such a Psychiatric Will in a state of »undoubted normality«, i.e. when outside a psychiatric institution. This means has some juridical validity in Germany and it enables people to get sooner out of hospitals and also to sue psychiatrists if they do not respect their wills. [The German version of the Psychiatric Will is published in: Kerstin Kempker, Peter Lehmann (ed.), *Statt Psychiatrie*, Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 1993, p. 253-298. The German version refers to Thomas Szasz, »The psychiatric will – A new mechanism for protecting persons against ›psychosis‹ and psychiatry«, in: *American Psychologist*, 1982, Vol. 37, No. 78, p. 762-770, and »The psychiatric will: II. Whose will is it anyway?«, in: *American Psychologist*, 1983, Vol. 38, No. 3, p. 344-346. Cf. also: Kerstin Kempker, Peter Lehmann, »Unconventional approaches to Psychiatry« in: *Clinical Psychology Forum*, Jan. 1993, p. 28-29.]

Most of the residents are very isolated when they come to the Runaway-house. Thus, reflecting upon relationships with (former) friends and family members plays an important role. Sometimes this means to try to reactivate contacts or friendships, sometimes it also means to end destructive relationships. In the house the residents are confronted with a community of survivors who have had similar experiences. To encourage the self-help potential in the residents is an important basis for the events in the house. Some residents get on well with each other, support each other and even develop friendships or contacts that last after their stay in the house. But there are also a lot of conflicts among the residents. Sometimes residents think that others persecute them or want to harm them. If there are conflicts, we first encourage the residents to solve them on their own,

but if they do not succeed, a worker would serve as mediator and be there as a third person. It sometimes takes a lot of work and ongoing discussion and confrontation to clarify that different perceptions of the same reality are equally valid. A feeling of persecution might be real, although the other person does not have any intention or interest to do so. Finding a shared reality is an ongoing struggle.

Every resident has his/her own story. Most residents have not only experienced psychiatric violence, but also sexual, physical or psychic violence during their childhood. Talking about their lives and being believed in the traumatic experiences is an important part in the Runaway-house reality. Residents are empowered to shed a different light on their personal history that goes beyond the psychiatric view, to make sense of their experiences, to reappropriate their past. This is a decisive aspect of the space the Runaway-house opens.

Structures

User-control is assured in the Runaway-house on various levels. In the Association for Protection against Psychiatric Violence the survivor members who currently hold the majority of the members have a right to veto on all matters. In the team we have established a quota which assures that at least 50% of the workers are survivors of psychiatry. Half of the team members have to be women – in fact, there were always more women than men working in the house.

Decision making bodies are the weekly team meeting and the house meeting twice a week with all the residents and the two workers present. From time to time, especially when basic decisions are to be discussed, a »general assembly« of the team and all residents takes place.

As transparency is a key issue for people who have experienced being decided upon without their knowledge or being denied access to their psychiatric files, all official documents and internal notes are written in cooperation with the residents and always accessible to them. They have the possibility to attend the team meeting when we talk about them. We also document what we said about them and tell them afterwards. They always can comment on anything team members write on their behalf. Initially, we did not want to have any files or documentation, but this became indispensable because of official funding through the Social Welfare authorities. However, we do not write anything about residents without their agreement and we try to communicate as few personal details as possible, in order to respect their privacy.

The house meeting is the highest authority in the house. Organisational and everyday life issues are discussed there, common activities are planned, conflicts among the residents can be thematized and all decisions concerning life in the house are made there. This also includes votes on visitors, new residents' stays after a two weeks trial period and on future interns or workers after they have trial worked for a day. The team also has a vote and would take the final decision, if the votes were completely opposite, but we have not had a situation of a team decision completely against the residents' vote. The very final decision, however, lies with the Association. The team members only serve as facilitators at the house meetings.

Finances

The stay in the Runaway-house is financed on grounds of § 72 BSHG (Federal Social Welfare Law). With the day-rate-remuneration which is part of »help in special life situations« guaranteed by the law only the very basic needs are covered. The coverage of the costs has to be granted for each resident individually by one of the 23 different Social Welfare offices in Berlin. This leads to an enormous bureaucracy and distressing situations for the residents, since a lot of the responsible offices raise difficulties for the coverage of the costs, take a long time to decide, grant the aid only for a very short time or demand an enormous amount of documents and justifications. To characterize this type of »official madness«, I invented the new diagnosis »folia officialis« which describes the production of floods of papers, a denial of responsibility, a lack of accessibility etc. [For further details on this topic cf. my article »Ämterwahn« in the book about the Runaway-house: *Flucht in die Wirklichkeit*, ed. by Kerstin Kempker, Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 1998, p.149-158. The book gives an excellent and colourful practical view of the life in the Runaway-house and includes articles by residents, workers, interns and members of the association.]

In times of scarce resources and cuts on budgets, some of the official representatives consider the Runaway-house with a day-rate of 200 DM per day as expensive, but this depends on the object of comparison. Compared to other institutions for homeless people that are not crisis centres but so-called »lice pensions« of very low standards with very little support, the Runaway-house might seem relatively expensive, but compared to psychiatric wards (300-700 DM per day) it is extraordinarily cheap. It is a short-sighted and very limited perspective to just consider your own restricted domain. This narrow perspective combined with the arrogant attitude towards the residents as expensive burden instead of persons in need who claim their rights leads to very humiliating experiences for the residents and often causes fear and anger towards the authorities. In these situations, the support of the residents in the fight for their legitimate demands becomes vital. However, among the 23 different offices in Berlin we also encounter representatives that are very supportive and ready to help who are happy that a place for the doubly discriminated group of homeless survivors of psychiatry exists.

The financial situation of the Runaway-house remains precarious, although we have survived the first three years, but only by means of radical economies, temporary worsening of working conditions and a great deal of self-exploitation of the workers.

The existence of the house is also still in danger. The actual financing agreement (which states the day-rate-remuneration the different Social Welfare authorities are supposed to pay for a resident's stay in the house) comes to an end in December 1999. The change in the §93 BSHG (Federal Social Welfare Law) which sets the juridical grounds for the remuneration of social services now demands a new general agreement for the land of Berlin. However, as negotiations could not be agreed, as planned for the 1.1.1999, a transitory agreement was necessary. It took a lot of public and international support and intensive lobby work to finally persuade the Berlin Senator for Health and Social Services who at first refused to continue the financial basis for the Runaway-house. Probably, the juridical impossibility of cancelling the agreement at that point was the major reason for her to finally give in. Negotiations between the Berlin Senate and the Welfare Associations are continuing for a permanent agreement after 2000. As we still have influential political enemies, we cannot be sure that once again purely political reasons and unfounded prejudice alongside ideologically motivated opposition

might lead to arbitrary denial of funding. This is why the Runaway-house still needs moral and financial support.

Success

It is difficult to conclude success from statistics or to describe it in abstract terms. Moreover, only the residents themselves can evaluate the importance of their time in the Runaway-house.

20% of the residents moved into their own apartments (sometimes with an individual support worker for some hours a week). 25% moved into other institutions such as sheltered accommodation, supported living, women's places. 17% went to stay with friends or their families. 13% went into a psychiatric or psycho-somatic hospital. As for this group it is important to note that e.g. in 1998, four out of eight residents who went into psychiatry stayed only four 4 days in the Runaway-house, the other four less than a month. 7% left for the street or shelters for homeless people and 5% are unknown to us.

Statistically, it is evident that the longer the stay in the Runaway-house the higher the number of those who move into their own apartment or into a considerably less intensive form of supported accommodation.

In my eyes, the ideal of someone moving into her own flat, being socially integrated, having found a job, living an autonomous life free of psychiatric drugs and without ending up in psychiatry again is a very ambitious measure which only a small part of the residents come close to. However, a lot of quality lies in the details of small changes and success cannot be defined in absolute terms.

To me, it is a success, if vivid mimics return back to a face of a person who has suffered from the so-called Parkinson side-effects of neuroleptics, when she gradually withdraws from them during her stay in the house. 60% of the residents did not take psychiatric drugs before moving to the Runaway-house or immediately stopped taking them. All the others gradually withdrew from them supported by general practitioners outside the Runaway-house.

I consider it a big development to start to think differently about oneself than in psychiatric categories of mental illness. This implies not to declare one's (crazy or extraordinary) experiences an illness, but to make sense of them (which I believe every individual can only do for him/herself) and to take responsibility for them. Assuming responsibility can be a heavy task after having been cared for by institutions for years, but it is also a challenge and can lead to completely new perspectives and to step by step realizing possibilities one has dreamed of for ages. Going mad is to a certain extent possible in the Runaway-house, as long as there is some kind of contact to the others around. Contact does not necessarily mean straight verbal communication, but can have various forms. Our form of crisis support consists primarily of »being with« as it was named in the Soteria in California.

Some women e.g. even managed to relive situations of extreme sexual violence they had suffered from as baby or as child. They became the child that was abused, they fought with their rapist. We were just there, prevented them from hurting themselves, talked to them, told them where they are, who we are, that no harm is done to them any more. They did not hear it, but at some point came back to their adult reality. Then it was very important to tell them in detail what had

happened because they could not remember it. In psychiatry those women had been violently tied to a bed by several men and forcibly treated with neuroleptics which just meant a repetition of the original traumatic experience. Sexual violence as a child that very often leads to institutionalization in later life for women but also for men is an important topic in the Runaway-house. This connection is still widely ignored in psychiatry.

Not all forms of crisis or craziness can be supported in the Runaway-house: If contact or mutual agreements become completely impossible or if people several times break the house rules (no violence, mutual respect, no consumption of alcohol or illegal drugs in the house) and do not assume responsibility for it afterwards or if people need permanent presence of a worker for a long period of time, it gets difficult and residents might have to leave the house. This is always very painful because there are hardly any alternatives. Sometimes, however, it helps the residents to get back to the ground, if we clearly point out to our limits and their risking to have to leave the house.

Another aspect of success consists in the residents starting to develop and try out new strategies how to deal with the voices they are hearing or to find alternatives to self harming. Finding different ways to come to terms with phenomena like fear, anger, aggression, persecution, using the sports and raving room, throwing things to the wall with someone else present, walking in the fields, writing, listening to music or playing it, working in the garden, etc. can be helpful actions. All these small steps can favour the residents' self-confidence that mostly has been severely disturbed due to institutionalization. It is not easy to regain trust in one's own perceptions, if one has been attributed a distorted view of reality or a mental illness for such a long time. The survivor members of the team are important partners for discourse on these issues as well as for the experiences with withdrawal from psychiatric drugs, as they have been in a similar situation. They somehow serve as role models, but the exchange with the other residents is at least as essential.

All in all, the three and a half year's practical experience of work in the Runaway-house has shown that psychic crises can be managed without psychoactive drugs and without means of coercion. It is also evident that more survivor-controlled spaces with less restrictions on access need to be created. [The Runaway-house can be reached: Weglaufhaus »Villa Stöckle«, Postfach 280 427, D-13444 Berlin, Germany, Phone: +49-(0)30-40632146 or fax: +49-(0)30-40632147. See the website www.weglaufhaus.de]

Copyright by Iris Hölling

About the author

Iris Hölling has studied Philosophy (M.A.), is working in the Runaway-house since its opening, is member of the Association against Psychiatric Violence since 1994 and has been board member of the European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP) from 1997 – 99 and a member of the international panel of the World Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) since 1997.

Kerstin Kempker, Berlin

Weglaufhaus Berlin

Oversettelse Unni Løkken

Kerstin Kempker, født i Wuppertal i 1958, har siden 1985 bodd i Berlin med sine to døtre. Hun har lært markedsøkonomi og ledelse, har studert sosialarbeid og er medinitiativtaker til *Foreningen til Vern mot Psykiatrisk Vold*, som har grunnlagt Berlins Tilfluktshus. På dette antipsykiatriske krisestedet for bostedsløse psykiatriefre, har hun arbeidet siden åpningen i 1996.

Kerstin Kempker, Zabel-Krüger-Damm 183, D-13469 Berlin. Fax +49 – (0)30 – 85963706. E-mail: kempker@berlinet.de

Bokutgivelser:

- "Teure Verständnislosigkeit – Die Sprache der Verrücktheit und die Entgegnung der Psychiatrie" – "Dyr uforstand – Galskapens språk og psykiatriens motmæle". Berlin 1991
- "Statt Psychiatrie" – "I stedet for psykiatri". Medutgiver Peter Lehmann, Berlin 1993
- "Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus" – "Flukt til virkeligheten – Tilfluktshuset i Berlin". Berlin 1998
- "Mitgift – Notizen vom Verschwinden" – "Medgift – Notater fra de som forsvant". Berlin 2000

Tilfluktshuset i Berlin

Jeg tilbragte mer enn tre år i psykiatrien, fikk mange diagnoser og tusenvis av piller, også elektroshokk og insulinsjokk på 70-tallet. Senere studerte jeg sosialt arbeid, kontaktet Galebevegelsen i Berlin (Die Irren-Offensive) og ble en av initiativtakerne til *Foreningen til Vern mot Psykiatrisk Vold*, og jeg har fra starten arbeidet i Tilfluktshuset.

(Hvis dere er interessert i bilder av huset, noen beboere og betjening, kan dere se videoen med en TV-film laget i 1996 av en av de to nasjonale tyske TV-stasjoner. Vi vil forsøke å oversette den. I fjor utgav jeg en bok om våre første erfaringer med Tilfluktshuset. Den heter: "Flucht in die Wirklichkeit", på norsk "Flukt til virkeligheten". Dere kan få se boka med dens mangfold av bilder. Vi har og brosjyrer og postkort.)

Vi åpnet Tilfluktshuset, "Weglaufhaus" den første januar 1996.

Hvem er vi?

Vi representerer Foreningen til Vern mot Psykiatrisk Vold, grunnlagt sju år tidligere av en liten gruppe overlevende og andre antipsykiatriske aktivister. (I Tyskland snakker vi ikke om overlevende, men om "Psychiatrie-Betroffene";

et begrep som ikke lar seg oversette til engelsk. Begrepet står for folk som er utsatt for, truffet av, eller konfrontert med psykiatrien. Dette er et mindre radikalt, og mer nøytralt begrep enn overlevende, men dog langt unna begrepet bruker.)

Hva er Tilfluktshuset?

Tilfluktshuset er et antipsykiatrisk krisesenter for hjemløse overlevende av psykiatrien; for folk som har tilbragt lang tid i psykiatriske avdelinger, og som ønsker å leve uten psykiatri med dens diagnoser og medisiner. Ønsket om å bestemme over seg selv, og ta ansvar for seg selv er ikke det samme som at ønsket lar seg realisere med en avgjørelse. Etter år langt borte fra egne ønsker, muligheter, endog fra egen kropp, trenger du noe mer enn å ta en avgjørelse.

Du trenger:

- Støtte dag og natt.
- Folk som lytter, som er interessert, som stoler på ens ord, og som har tro på ens fremtid.
- En intensiv utveksling av erfaringer med medbeboerne.
- Noen få regler: Ikke vold, (spesielt psykisk vold mot andre), gjensidig respekt, ikke alkohol eller ulovlige rusmidler i huset.
- Et sted en møter dagliglivets utfordringer på nytt, eller møter dem for første gang.

Etter omkring ti års kamp, er Tilfluktshuset den første tyske institusjon av dette slag som får offentlig støtte. I følge § 72 i den "Føderale lov om sosial velferd", kalt "Hjelp i spesielle sosiale vanskeligheter", kan bare hjemløse få en dagvoté på 200 tyske mark opp til seks måneder. Dette får de ikke lett. I Berlin har vi 23 ulike sosialkontorer med 23 ulike saksbehandlingsrutiner med hensyn til å ta beslutninger, og hver beboer må oppsøke ett av dem og oppfylle alle dets noen ganger utrolige krav. For mennesker med enorme problemer, uten hjem, stort sett venneløse, og med fysiske problemer grunnet medisinbruk, er denne situasjonen meget plagsom selv om de blir fulgt til kontoret.

Hva er antipsykiatrisk i Tilfluktshuset?

- Beboerne er ansvarlige for seg selv. De er ikke mentalt syke selv om de lever i en annen virkelighet, eller er i en dyp krise.
- Ingen diagnoser, ingen medisin, (unntatt de psykiatriske medikamenter folk tar om de foretrekker langsom trinnvis nedtrapping), ingen tvangsanbringelse og ingen psykiatere.
- Alle dokumenter vi må skrive om beboerne er åpne for innsyn. De kan kommentere dem, og også rette opp feil.
- Ikke minst er halvparten av staben overlevende av psykiatrien. (For øyeblikket er vi 12 ansatte – 7 kvinner, 5 menn – 7 er overlevende).
- Stabens profesjonelle kvalifikasjoner er mindre fremtredende enn menneskelige kvaliteter (toleranse, følsomhet, humoristisk sans), og erfaring med å handtere konflikter med en klar antipsykiatrisk holdning.

- De styrende organer, er alle kontrollert av overlevende. Bestemmelser blir tatt i full åpenhet. Den øverste myndighet på huset er husmøtet med alle beboerne og to ansatte to ganger i uka. Staben møtes en gang i uka. Hvis det fattes motstridende bestemmelser, eller grunnleggende spørsmål skal drøftes, nedsettes en "generalforsamling" med alle beboerne og staben samlet. Den endelige bestemmelsen taes av denne.

Hvem bor i huset?

Beboerne kommer for det meste fra Berlin, men også noen ganger fra andre deler av Tyskland og endog fra Sveits. Alle var tidligere innlagt i psykiatriske institusjoner og hjemløse, eller stod i fare for å miste sine hjem. En tredel kommer rett fra psykiatrisk institusjon. 20% er hjemløse og bor på gata. 23% kommer fra andre sosiale- eller sosialpsykiatriske institusjoner, eller kritesentre for mishandlede kvinner. Resten kommer fra sine familier, venner eller meget sjeldent fra egne leiligheter, hvor de ikke kan bo lenger. I de første tre årene bodde det 132 personer i huset. 63 kvinner og 69 menn. Majoriteten har en historie med lengre tids psykiatrisk behandling hvor de fleste har vært institusjonalisert, tvangsbehandlet og tungt medisineret, flerfoldige ganger. Flesteparten har ikke bare opplevd psykiatrisk vold, men også seksuell, fysisk eller psykisk vold gjennom barndommen. Mange har lite utdanning og lever på sosialhjelp. Ofte har beboere verger som tar seg av spesielle oppgaver.

Hva skjer i huset?

Tilfluktshuset er ingen terapeutisk institusjon. Dets innhold er å takle dagliglivets utfordringer som det er nok av. Opp til 13 beboere deler den gamle og ikke så store villaen, og organiserer husarbeidet.

Stabens oppgave er å få alt til å fungere, gi støtte og å rydde opp i konflikter. Det finnes ingen timeplan, intet program, men en mengde individuelle, sosiale, legale og økonomiske problemer som må løses. Hovedoppgaven består i å planlegge fremtiden for hver enkelt beboer, et fremtidig arbeid, holdbart levesett, sosialt nettverk og en fremtid utenfor psykiatrien.

Spesielt om kvelden og om natta gjenopplever beboerne ofte traumatiske situasjoner som gjør at de ikke får sove og har det vanskelig. De har mistet troen på en egen fremtid, og de til og med skader seg selv. Vi deler de søvnløse nettene, foreslår en spasertur på de nærmeste jordene, går sammen til trimrommet hvor en kan rope, bokse eller kaste ting i veggen. Vi lytter og snakker om våre nærmest felles erfaringer.

Så lenge en form for kommunikasjon og en rest av egenansvar eksisterer, er kriser og galskap mulig i Tilfluktshuset. Hvis kontakt og overenskomst blir umulig over lengre tid, og miljøet i huset blir alvorlig forstyrret, må en beboer være nødt til å forlate huset.

Finnes det noen problemer?

Selvfølgelig finnes det mange problemer. Jeg gir deg noen nøkkelord.

- **Tiden: 6 måneder er meget kort tid til å løse grunnleggende problemer.**
- **Husets fiender: Naboer som nitid observerer oss, politiske fiender som prøver å stenge huset, fiender i administrasjonen som ikke betaler; og vår beste og eldste fiende, psykiatrien.**
- **Mangelen på andre antipsykiatriske institusjoner.**
- **Liten toleranse blant beboerne (noen ganger), et ønske om antipsykiatrisk pleie.**
- **Vi er ikke nok ansatte. Derfor går vi noen ganger trøtt, og kan endog, (sjeldent), bli gale (*mad*).**

Derfor er det ikke lett å leve, eller å arbeide i huset. Meget ofte er det bråkete og kaotisk. Kjølenskapet er tomt. Du finner ingen skje eller kaffekanne. Tykke skyer av sigarettøyk henger i lufta, og ingen ønsker å gjøre noe som helst.

Jeg liker dette stedet, men jeg kan ikke arbeide her for alltid. Våre beboere har de beste muligheter i livet når de er i stand til å tilbringe lang tid i dette enestående huset.

Ansv. red.: Dette er en oversettelse av Kerstins Kempkers engelskspråklige manuskript om Weglaufhaus fra Amaliedagene 1999. Før oversettelsen av manuskriptet er en oversettelse av en tyskspråklig presentasjon av Kerstin Kempker. De bøkene som står under presentasjonen av henne kan interesserte henvende seg til Peter Lehmann – p.lehmann@berlinet.de –, som også var gjest under fjorårets Amaliedager. Lehmann er tidligere styreleder og i dag styremedlem i Europeisk Nettverk.

Weglaufhaus:

Foreningen til Vern mot Psykiatrisk Vold (Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt):

Peter Lehmann (selger tysk- og engelskspråklig antipsykiatrisk litteratur):

www.peter-lehmann.de + www.antipsychiatrieverlag.de

Europeisk Nettverk: www.clientenbond.nl/eurdesk/index.html + www.enusp.org