

# Treffpunkte

Frankfurter Zeitschrift für Gemeindepsychiatrie



Sommer 2003

Diese Zeitschrift befasst sich mit Psychiatrie

Sie wird von Lesern mitgestaltet und entsteht in gemeinsamer Arbeit von Betroffenen, Angehörigen und von Mitarbeitern der in der Fachgruppe Psychiatrie vereinigten Versorgungsträger

TREFFPUNKTE verstehen sich als ein regionales Forum das dazu beitragen soll, an der Vorbereitung und Durchführung sowie der Reflexion gemeindepsychiatrischer Konzepte und Projekte mitzuwirken

Die Finanzierung des Projektes erfolgt zu wesentlichen Anteilen durch das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main

Die Zeitschrift erscheint im Jahr mit 4 Heften; sie wird an Mitglieder der Fachgruppe Psychiatrie kostenlos abgegeben und liegt bei der Bürgerberatung der Stadt Frankfurt, Römerberg 32 öffentlich aus

Bei Nachbestellung beträgt der Preis für ein Heft 3,- Euro

Herausgeber  
Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V.  
in Verbindung mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Frankfurt  
V.i.S.d.P: Wolfgang Strehse 1.Vorsitzender

Redaktion  
Tagesstätten Frankfurter Verein - Speyerer Str. 3 - 60327 Frankfurt am Main  
Tel. 069 / 75 89 28 60 Fax 069 / 75 89 28 77

Gisela Faißt, Oliver Glaubrecht,  
sowie einem wechselndem Team von Klienten  
der Tagesstätten Gallus / Bockenheim

Druck und Vertrieb  
Reha-Werkstatt Rödelheim - Biedenkopfer Weg 40a - 60489 Frankfurt am Main  
Tel. 069 / 90 74 98 - 0 Fax 069 / 90 74 98 25

Die Redaktion behält sich die Kürzung und Bearbeitung von eingesendeten Beiträgen vor

Alle Bilder/Beiträge dieser Zeitschrift sind urheberrechtlich geschützt  
Namentliche gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber wieder

# Inhalt

Seite 5

Landschaft mit Sprung

Seite 10

Spaziergang am Abend

Seite 12

Der Jüngling mit dem steinernen Unterleib

Seite 15

Falsches und Richtiges über den Suizid

Seite 18

Suizid bei Frauen

Seite 19

Buchbesprechung

Seite 20

Internet-Seiten zum Thema Suizid

Seite 21

Telefonseelsorge

Seite 22

Glück



Seite 25

Einsamkeit

Seite 27

Bamberger Hof – neue Adresse

Seite 28

Was ist Sozialtherapie

Seite 34

Offene Treffs

Seite 37

Kontaktanzeigen

Seite 38

Psychiatrie Woche – Programm 2003

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



weshalb wir uns in dieser Ausgabe vorrangig mit dem Thema „Suizid“ beschäftigen, ist kein Zufall ! Der (fast schon vergessene?) Krieg im Irak war häufiges Thema in unseren Redaktionssitzungen. Wir erlebten besonders in dieser Zeit, dass uns Ängste, Fragen, Unverständnis, Ohnmacht begleiteten und wir in Gesprächen und Assoziationen wie Tötung, Mord, Kamikaze, Harakiri uns dem Thema Suizid näherten. Mitteilungen über eigene Suizidgedanken, Suizidversuche bis hin zu Berichten über Menschen, die den Suizid ausgeführt haben, nehmen Raum ein.

Wir haben den "Suizid" von verschiedenen Seiten betrachtet: von Buchbesprechung über Gedichte und Geschichten bis hin, uns mit der Ausführung von Klaus Dörner zu beschäftigen.

Obwohl oder gerade weil uns diese Thema so fesselte, wollten wir uns jedoch nicht lähmen lassen. Wir haben auf der Suche nach Lösungswegen Hilfsangebote wie Krisendienst, Telefonseelsorge, div. Adressen im Internet, benannt und aufgeführt.

Die Zusammenstellung unserer Beiträge stellt nur einen kleinen Ausschnitt unserer Wahrnehmungen, Gedanken und Ideen dar und ist in der Diskussion und Darstellung nicht abgeschlossen.

Wir erwarten daher gerne Ihre Beiträge zu diesem oder auch zu anderen Themen. Um eine Ausgewogenheit und möglichst breites Spektrum in den TREFFPUNKTEN zu ermöglichen, sind Beiträge von Interessierten, Betroffenen und Fachleuten erforderlich.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen eine Sommerzeit, in der Worte wie Frieden, Menschenwürde und Gewaltlosigkeit nicht nur Floskeln sind.

Gisela Faißt

## Landschaft mit Sprung Tötung und Selbsttötung im Dialog

Nach: Dörner-Plog-Teller-Wendt -  
Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie

Wie nähern wir uns diesem schrecklichen Thema, wo doch jeder Mensch von seiner Einmaligkeit und Unvergänglichkeit (und sei es nur eine Zeitlang notfalls mit life-supporting Systems) überzeugt ist? Der Mensch unterscheidet sich vom Tier durch seine „exzentrische Position“: Er ist nie nur bei sich, sondern immer auch sich überschreitend, transzendierend auf dem Sprung. Wie sieht die „Landschaft der Krise“ aus? Im Vordergrund steht stets ein zwischenmenschliches (z.B. ein Partnerschaftsproblem) und daraus folgende Vereinsamung („Die Hölle – das sind die Anderen!“ aus: Jean P. Sartre „Geschlossene Gesellschaft“). Er/sie ist im Teufelskreis der „Angst vor der Angst“, Kontrolle der eigenen Angst steht im Vordergrund (Alkohol, Medikamente, depressive, neurotische somatische Symptome). Wut auf andere, Selbstaggression, introjizierte Selbstverachtung steigern sich bis zum Sprung ins Offene, man/frau lässt es darauf ankommen (deshalb **Suicidversuch!**) Töten, Getötet werden und gemeinsames Sterben fließen in eins. Die sog. **Tötungskrise** setzt einen zermürbenden Partnerschaftskonflikt voraus, sie dauert mehrere Tage! Zuspitzung zum „Maximalkonflikt“, der Tötung als eigene Abgrenzung, Identitätsfindung, eventuell Rettung des Selbstwertes (siehe **Carl Améry Hand an sich legen**) Dem Psychiater begegnen in der Regel nur Selbsttöter, nicht Fremdtöter, obwohl deren seelische Not genauso groß sein kann!

### Krisen-Diagnose

Eine Krise liegt vor, wenn jede bisherige denkbare Problemlösungsmethode ausweglos (obsolet) geworden ist. Selbst- oder Fremdtötung ist nur eine Variante von vielen (weitere Möglichkeiten: Dauerdepression, Katatonie, Verweigerung jeglicher Hilfsangebote...)

## Befragung der Krise

### Beschreibung

„Was ist es, dass Ihre Lage, ihr Leben jetzt ausweglos macht?“

### Ernstnehmen

„Sind Sie sicher, dass es so auf keinen Fall weitergehen kann?“

### Was verstärkt die Krise was nicht?

Was können Freunde und Angehörige noch tun?

### Schuldzuschreibung

„Welche Anteile Ihrer Krise sind durch Sie, welche durch Andere bedingt?“

### Erwartungen

„Wie empfinden Sie das Eingehen der Anderen? Müssen Sie allein mit allem fertig werden?“

### Frühere Krisen

„Wie haben Sie damals herausgefunden, als es Ihnen schlecht ging?“

### Krisensinn

„Welche Bedeutung hat ihr jetziger Zustand für Sie?“ (Todes/Tötungswünsche)

### Krisenvertiefung

„Eigentlich sind Sie ja schon drüben gewesen, haben ihre Freiheit gefunden?“ Der Arzt muss sich um ein tiefes Verständnis der Krise bemühen, ehe der Patient die Abwehr (die Fassade, die Mauer) wieder hochzieht.

### Krisennutzungspotential

Erst nach dem Durchlaufen des Tiefpunktes im Krisengespräch sind Fragen möglich wie:

„Was mögen Sie an sich? Was sind Ihre Stärken?“

Merke:

„Troost für einen Trostlosen ist Spott.“

## Grundhaltung Selbstwahrnehmung

Was mögen Sie an sich nicht? Was ist ihr Ziel? Wollen Sie anders sein oder wollen Sie so sein wie Sie sind? Was mögen Sie an Ihrem Partner/Ihrer Partnerin, was nicht? Was könnte das mit Ihnen zu tun haben?

**Der erste Schritt:** Wenn wir das nun gemeinsam so sehen, was wäre der erste (der nächste) Schritt? Wäre das für Sie nicht zuviel auf einmal? Es soll Ihnen auf jeden Fall ein Signal sein, dass der Sprung zum anderen Ufer geglückt ist.

Die Fragen sollen den Patienten langsam von der Selbstdiagnose zur Selbsttherapie bringen. Ihr suizidales Tun kündigen 80% mit Worten/Handlungen an (Aufräumen, Verschenken, Rückzahlen). Vergrössertes Risiko wird auch indiziert durch:

1. Wiederholt und ruhig geäußertem Todes-/Tötungswunsch.
2. Panisch gesteigerter Kampf gegen die Angst (**Angst vor der Angst**)
3. psychotischer Kampf (depressiv - eher Selbsttötung; paranoid- eher Fremdtötung)
4. frühere Selbst- und Fremdtötungsversuche (Griffnähe von Medikamenten oder Schusswaffen. **„Mit dem Degen kannst Du umgehen - aber hast Du nicht gestern heimlich mit Gift hantiert??“** Dag Hammarskjöld in „Zeichen am Weg“) Unerträgliche Stressoren, die sich u.U. potenzieren: Unfälle, Selbstverletzungen, unheilbare körperliche Krankheiten, Abhängigkeit, Altern, Isolation, Verluste von Partnern, fehlender Lebenssinn, soziale Not usw.

### Krisen-Theorien

Es gibt soziologische (Durckheim 1897 *„Über den Suicid“*), die auf Verwirrung von Ziel und Mitteln beim Kranken abhebt, die psychoanalytische, die auf Hass-Liebe (*double-bind*) gegenüber dem Anderen abhebt (*Freuds Todestrieb*), medizinisch wird vom *„Präsuizidalen Syndrom“* gesprochen, Eingengung, sozialer Rückzug, Sinn- und Ausweglosigkeit, Ideenflucht, Selbsttötungsabsicht, Selbsttötung (der Sprung); Narzissmustheorie befasst sich mit besonders leicht kränkbar Menschen, die ständig zwischen Minderwertigkeits- und Grössenphantasien (Grandiosität und Depression) schwanken, auch Rückzug, Verschmelzung mit dem All (der Grieche Empedokles sprang in den Ätna. Heinrich von Kleist und seine Geliebte Henriette Vogel begingen Doppelselbstmord.)

In einer auswegslosen Krise von einem empathischen Menschen verstanden werden, ist paradox: Verstehen hebt die Ausweglosigkeit auf! Einen Menschen durch Gespräche vom **„Sprung ins Nichts“** abhalten und zum Sprung ans andere Ufer motivieren, ist das therapeutische Ziel schlechthin. Er muss seine ausweglose Situation aber zunächst akzeptieren (s. Jean Amerys *„Hand an sich legen“*) **Einen auswegslosen Menschen kann man nur bei seiner Ausweglosigkeit erreichen, sonst zunächst nirgends.** **Trost für einen Trostlosen ist Spott.** Selbsttötung war innerlich erlaubt, weil die Verzweiflung äußerlich so groß war (**„Du bist ein Nichts!“**) Dieses Tun verlangt vom Therapeuten den tiefsten Respekt vor dem, der aus Verzweiflung sein Selbstbestimmungsrecht verabsolutiert: **„Ich gehöre nur mir selbst!“** also völlig konträr zur christlichen Auffassung vom Leben als Geschenk Gottes, das nur ER zurückfordern kann. Absolut verboten ist es (dem Therapeuten), nach den Gründen, den Motiven einer versuchten Selbsttötung zu fragen.

### Vollständigkeit der Wahrnehmung

Jeder erlebt sich und seine Landschaft in der Krise als unerträglich und zugleich sich selbst als unerträglich und zugleich sich als entschlossen, das Unerträgliche nicht länger zu ertragen, das Leid abzukürzen, auf dem Wege zur totalen Befreiung. (s. Hamlets Monolog: **„Wer ertrüg der Zeiten Falschheit, des Rechtes Aufschub, der Ämter Übermut, verschmähter Liebe Pein???“** Dann später: **„Schlafen, Träumen, jedoch welch Träume da kommen mögen; das unbekannte Land von dem kein Wanderer je wiederkehrt; so macht Gewissen Feige aus uns allen!“** Nach Heinrich von Kleists Doppelselbstmordentschluss fühlten seine Geliebte und er sich **„wie zwei fröhliche Luftschiffer“**. Manchmal weiß man erst, warum man leben kann, wenn man weiß wogegen! (Lina Braake-Effekt) Jeder Todeskandidat will zugleich auch leben! (Nur nicht zu jeden Bedingungen! ...**daß mir auf Erden nicht mehr zu helfen war!** Schrieb Heinrich v. Kleist in seinem Abschiedsbrief an seine Schwester.)

## Normalisierung der Beziehung

Was bewirkt schon die Zeitungsnotiz über die Selbsttötung/Tötung eines mir bekannten Menschen? Angst, Aufregung, Unsicherheit? Wie konnte er/sie mir das antun! Hätte ich es verhindern können, die Signale (Hilfeschreie) erkennen müssen? Eine Schuldzuweisung bleibt, eine Bitterkeit, denn kein Mensch bringt sich doch aus freien Stücken um, oder??? Aber warum dann der Begriff Freitod???

Die meisten kündigen ihr Vorhaben (wiederholt) an. Das macht uns Angst (Angstabwehr) wir wollen das nicht hören/wahrnehmen/wissen. Aus Angstabwehr rede ich auf den/die Anderen ein, übersehe seine/ihre Verzweiflung und fördere damit seinen späteren Suicid (*Sprung ins Nichts*).

Ich stelle dem Todeskandidaten Fragen, zeige aber keine Gefühle (Empathie) und treibe ihn/sie so weiter in die Isolation. („Hey you outside of the wall can you hear me? Is there anybody out there?“ Pink Floyd The Wall)

Verantwortlich setze ich medikamentöse, psychotherapeutische oder soziale Massnahmen an und forciere ohne Rücksicht auf die Belastbarkeit des/der Anderen die Krise nach meinem Tempo, nicht nach seinem subjektiven Tempo. (iatrogene Krankheitserzeugung, psychiatrisch begleiteter Suicid).

Aus diesen Fehlern lernen heißt zu einer Begegnung freier Gegner kommen:

1. Ich lasse die Angst so zu, dass ich Tötungssignale wahrnehme. Bei Bedarf erfolgt Einsatz von Zwang.
2. Die Verzweiflung wird vertieft, um an ihren Grund zu gelangen. C. Rogers sagt: *„Wenn jemand damit einverstanden ist, dass u.U. auch der Tod gewählt wird, wird das Leben gewählt werden.“*
3. Schonungslos alle mit der Tötungsabsicht ausgelösten Gefühle mitteilen – Isolation des/der Anderen aufheben.
4. Dem/der Anderen zeigen, dass ich sein/ihr *„Recht auf Tod“* als für ihn im Augenblick sinnvolle Lösung achte. Potentielle Wiedergewinnung der Selbstbestimmung.
5. *„Zeit spielt keine Rolle!“* Damit wird meine Assistenz glaubwürdiger.

## Krisenintervention (Selbst-Therapie)

Ein Netz von rund um die Uhr ansprechbaren Kriseninterventionsdiensten (KID), die Krisen teils ambulant abfangen teils durch kurze stationäre Aufnahme zeitlich begrenzen. Tageskliniken und Angehörigengruppen sollten das psychosoziale Netz vervollständigen.

### Grundsätze der Krisenintervention (KI)

1. KI so schnell wie möglich, wegen der bald vom Patienten hochgezogenen Abwehrfassade.
2. Vom Therapeuten muss der Suicid tief verstanden werden als Selbsthilfe. Krise wegen der Abwehrfassade so lange wie möglich offen halten! Angst ist das gemeinsame Material, mit dem wir arbeiten müssen!
3. Den *Sinn der Krise* muss der Patient selber herausfinden, sonst besteht Rückfallgefahr!
4. Bedürfnisse sind Entlastungsmöglichkeiten. Krankschreiben führt oft zu Isolation!
5. Fast jede Krise hat einen Krisenpartner, der zunächst getrennt, dieselbe Hilfe braucht.
6. In der KI soll im beschützenden Milieu das an Alltagsbeziehungen geübt werden, was später auf die „Normale“ Alltagswelt übertragen wird. Vermeidungen, Todessprünge werden überflüssig.
7. **Ohne Nullpunkt keine Krise. Ohne Krise keine Entwicklung des Menschen.**

Die größte Wiederholungsgefahr für einen Suicid ist in den ersten sechs Monaten danach. Bei isolierten Patienten wird ein Ersatzpartner eingeführt (durch Arzt, Psychologen, Laienhelfer...); die spätere Trennung von ihm muss antizipiert werden! Künftige Krisen werden durchgespielt: Achtung vor der harten Tatsache durch das Team ist unabdingbar, dass ein Mensch seine „Selbsthilfe“ in der Selbst- oder Fremdtötung gesucht hat.

Nochmals: Adolph Meyer (Patient und Psychiater): *„Ein psychiatrisches Krankenhaus, in dem kein Suicid vorkommt, kann kein gutes Krankenhaus sein.“*

## Epidemiologie und Prävention

### Verbreitung

In den 70er Jahren brachten sich jährlich ca. 13 000 Menschen (in der BRD) um, dazu kamen 2500 Fremdtötungen. Inzwischen ist die Suicidrate rückläufig, ebenso die Rate der Suicidversuche (zehn mal so hoch wie die Suicides), aber die Gewaltbereitschaft gegen Andere steigt stetig an (**Morbides Nullsummenspiel?**) Suicide bei zwischenmenschlichen Krisen, Frauen, Jüngeren sind relativ häufiger. Bei Eindeutigkeit des Entschlusses werden harte Mittel angewandt (Schusswaffen, Gift, Erhängen, Ertränken, Fensterstürze etc.).

### Bedingungen

Gefährdungspotentiale für Suicidkandidaten/innen sind: Wohnort Stadt, geschieden, verwitwet, kinderlos (Familie als „leeres Nest“) extremes wirtschaftliches (und damit soziales) Elend, Flüchtlinge, Emigranten, Gefangene (also extrem Entwurzelte), hohes Alter, schwerste unheilbare Krankheiten. Gemeinsam ist diesem allen die Sinnentleerung der Beziehung zu sich, zu Anderen, die totale Vereinsamung (vgl. **David Riesman, Die einsame Masse**) Ebenso suicidal ist potentiell die „Tyrannei der Intimität“ (vgl.: **Edward Albees „Wer hat Angst vor Virginia Woolfe?“** der double-bind des Ehepaares mit Selbstmord-Mord auf Raten!) Selbst- und Fremdtötung hängen i.b. in einer emotional aufgeheizten Partnerschaft immer untrennbar zusammen. Den Statistiken der Suicidforschung sollten wir übrigens nicht trauen (weil wir sie nicht selbst gefälscht haben, frei nach Winston Churchill!)

## Bedeutung

Jede Selbst- oder Fremdtötung hat einen Freiheitsanteil aber keine ist ganz frei. Wären die Lebensbedingungen zur Tatzeit erträglich, kein Suicid muss sein. Es gibt keinen **reinen Bilanz-Suicid!** Die Kirche verurteilte den Suicid aus Furcht vor dem Bestand ihrer Gemeinden. Die junge Psychiatrie interessierte sich erst Ende des 19. Jahrhunderts für das Töten im Zusammenhang mit dem entstehenden modernen Sozialstaat (vgl. Auch die englische Fabrikgesetzgebung nachdem die Arbeiter/innen kreppten wie die Fliegen!) 1897 legte **E. Durckheim** die erste empirische soziologische Untersuchung vor: „Über den Suicid“ Für fragwürdig hält **Douglas** die Methoden der Soziologen, Psychologen und Psychiater, da sie den Patienten/innen ungefragt Theorien überstülpen. Definitionsmachtproblem! Umgekehrt müsse der suicidal Mensch den **Sinn seines Tun** aus sich selbst herausfinden. (vgl. **Methode des Dialogs**) Zum Nachdenken über aktive/passive **„Sterbehilfe“**, NS-Euthanasie, Freitod : Vom Herrn über den eigenen Tod zum Herrn über den Tod anderer (dem 5. Gebot des Dekalogs zum Trotz???) Der Mensch ist ein „Mängelwesen“, ist auf Andere angewiesen (Gemeinschaft, Freunde, Societät, ev. Kommunitarismus); seien Freiheit besteht im nach vorne offenen Lebensentwurf (also auch im Sprung ins Nichts – klassisches Beispiel der griechische **Philosoph Empedokles**, der in den feuerspeienden Ätna sprang, die Sandalen zurücklassend!) Die beiden menschlichen Grundrechte des Selbstbestimmungsrechts einerseits und des Rechts auf Leben anderer sind irgendwann im scharfen Gegensatz zueinander.

## Prävention

Therapie ist zu Recht *tertiäre Prävention* zu nennen. 10% aller Suicidalen sterben später an Suicid. Suicidversuch ohne Therapie kann Akt der Selbsthilfe sein z.B. aus zwanghafter Bindung oder Vereinsamung heraus.) KI hatte jedoch nach Ettlinger fünf Jahre lang keinerlei Einfluß auf Lebenssituation und Suizidrate von Patienten und ihrer Kontrollgruppe ohne KI. (Nach einer statistischen Auswertung hat auch der Psychiater keinen signifikanten Einfluß auf die Genesung der Psychotiker!! Drittel-Drittel-Drittel-Lemma. Stören tun sie allerdings den genesungsprozeß auch nicht!) Als Selbstentwertung empfundene Einrichtungen wie Heim, Reha, Psychiatrische Klinik kann die Selbstmordrate hochschnellen lassen.

Wichtig ist nunmehr die „*sekundäre Prävention*“ d.h. möglichst früh in Kontakt mit den Gefährdeten zu kommen, die eigenen Ängste vor dem Tod so anzusprechen, dass die Frage nach Gewalt gegen sich und andere immer wieder aktiv gestellt werden kann. (s.a. Bert Brecht, Herr Keuner und die Gewalt: *Die Gewalt: „Was sagtest Du eben??“ Herr Keuner: „Ich sprach mich für die Gewalt aus.“*)

Die „*Primäre Prävention*“ geht über den psychiatrischen Bereich hinaus. Sie ist Gemeinwesenarbeit. Gegen alles, was die Beziehungen zwischen den Menschen entwertet, wie Wohnungsbau, Stadtplanung (vgl. A: Mitscherlich, *Die Unwirtlichkeit unserer Städte*)

Alte Menschen, alleinerziehende Mütter, Arbeitslose, Arme, unheilbar oder schwer Kranke. Es stellt sich die Frage, wie unsere bei der „*Entlastung vom Negativen*“ von motorischer Aktivität freiwerdenden Gewaltwünsche zu die Fremdheit des Anderen achtende Gegner-Beziehungen werden können und wie Selbstbestimmungsrecht und solidarisch Zugehörigkeit ihr Gleichgewicht finden. Nur mit dem Tod als vertrautem Begleiter ist unser Leben zuleben. (vgl., *Johan van Tepel, Der Ackermann aus Böhmen*)

**Es hilft nur Gewalt, wo Gewalt herrscht –  
es helfen nur Menschen wo Menschen  
sind. Bertolt Brecht**

Redigiert von M.A.F. Gummibaum 2003-03-17

## Spaziergang am Abend

Soden, 7.11.02

Es ist noch nicht spät, es geht auf 9 Uhr abends zu. Draußen ist es nasskalt. Es herrscht eine dumpfe undurchdringliche Stille. Kein menschlicher Laut ist zu hören, obwohl selbst die verkehrs-beruhigteren Gebiete noch sehr belebt sind. Autos mit grell kalten Scheinwerfern rollen ge-räuschlos auf mich zu. Wenn sie von hinten auf mich zufahren, werfen sie harte Schlag-schatten auf den glänzenden Asphalt vor mir. Dunkle menschliche Schatten huschen an mir vorbei. Ein älterer Mann sitzt verbissen, schweigend mit einem Jungen mit Kapuze über dem Kopf, auf einem Gartenzaun. Es wirkt als würde er mich anschweigen und nicht den Jungen. Diese ganzen Gestalten drücken in Gesicht und Körperhaltung eine wortlose Ablehnung aus.

Einer sitzt unerwartet in einem Seitenweg auf seinem Moped. Erst als ich an ihm vorbei gelaufen bin, höre ich ein paar unverständliche Wort-fetzen. Mir ist vorher nicht aufgefallen, daß er ein handy hat.

Auf dem Rückweg registriere ich einen großen Mann in einem dunklen, knielangen Mantel ziellos und entschlossen in einigem Abstand hinter mir herlaufen. Entfernt erinnert er mich an meinen mir unheimlich gewordenen Ex-Freund. Aber der wirkte unbeholfener, schwerfälliger und unbeweglicher und war weniger gut gekleidet: Schwarze Blousonlederjacke und dunkelgrüne Feinkordhosen (die er oft über dem umfangreichen Bauch hochziehen musste), und einem weißen hellblau gestreiften, schon fadenscheinig gewordenem Oberhemd. Seine ganze Figur schien immer mehr an Kontur zu verlieren.

Der Mann hinter mir wird also nicht mein Ex-Freund sein, außerdem ist er jünger. Ich hoffe er ist im Hotel Rohrwiese gleich rechts zuhause. Aber wir lassen das Hotel hinter uns und er heftet sich weiter an meine Fersen. So ein schieß Gefühl. Manchmal muß ich mich unsicher umsehen, ob er immer noch hinter mir (?) durch die schwarze Nacht läuft. Ich stelle mir vor, was für ein Todesschrecken mich erfassen würde, wäre der Kerl hinter mir tatsächlich mein Ex-Freund in seiner hochaufgetürmten Masse und ich denke daran, daß er mich in seiner breiigen Art ansprechen würde.

Es ist unmöglich, dem chaotisch laut sprechenden Mann mit seinem aufsässig bellendem Hund aus dem Weg zu gehen. An anderer Stelle treffen wir immer wieder aufeinander. Unsere Hunde sind nicht gut aufeinander zu sprechen. Der andere Hund ist groß, dunkel und kräftig und immer damit beschäftigt aufzubegehren und sein Herrchen zu dominieren. Der Mann ist damit beschäftigt, ihn zu erziehen und ihm hilflos beizubringen, daß er sich unterzuordnen hat. Wir begegnen uns immer nur, wenn es dunkel ist, der Hund wird nur an der Leine geführt und es bietet sich immer das gleiche Schauspiel. Der Mann hat keinen Erfolg bei seinem Hund, aber er scheint nicht in der Lage zu sein, das unzähmbare Tier abzugeben. Die Laute, die der Hund von sich gibt, sind weithin vernehmbar, sie hallen über Wiesen und Straßenecken. Ein Bild steigt mir unvermittelt vor meinem inneren Auge auf: Ein ehemaliger Freund, wasserschluckend, prustend, wild mit den Armen rudierend in einem Schwimmbecken, in dem das Wasser nicht tief ist.

Er muß kämpfen, daß er seinen Kopf an der Wasseroberfläche halten kann.

Er blubbert,  
schluckt Wasser,  
schnappt hektisch nach Luft,  
halb ober-, halb unterhalb  
des Wassers und ruft dabei  
atemlos und leise:  
„Ich bin ein Genie,  
ich bin ein Genie,  
ich bin...“

(Wie idiotisch!)

Endlich bin ich zuhause, die kalte Anspannung fällt ab und ich denke, daß der fast fertig renovierte Flurgang in meinem Stockwerk gar nicht schlecht aussieht: ein neuer Teppich mit hohen Leisten in einem warmen rötlich-hellbraunen Farbton, noch ohne Flecken und Abnutzung. Die dezente helle Cognac-Farbe an den Wänden, über die die Mieter abstimmen sollten, glänzt noch wie abwaschbar.

Die Lampenschirme sind noch nicht wieder angebracht, die Glühbirnen noch nackt

Die Wohnungstüren sind dunkel gebeizt und schimmern matt. Es riecht frisch gestrichen.

Am Ende des langen Flures, vor dem Fenster stehen mein zum Baum gewordenen Benjamini und mein Farn.

Ansonsten ist der endlose Gang, der noch immer an Hotel erinnert, völlig leer und unpersönlich.

Ich mag es draußen lieber als bei mir drin (!)?!

## Der Jüngling mit dem steinernen Unterleib

Von M.A.F. Gummibaum

Es war einmal ein wunderschöner vornehmer Jüngling in einem fernen Lande. Er war so schön, dass allen, die ihn erblickten sofort das Herz auf und die Augen übergingen. Lang wallendes bis auf die Schultern reichendes blondes Haar zierte sein Haupt, blitzende blaue Augen wie Saphire hatte er, ein römisches Profil, einen herrlichen sinnlichen Kussmund, breite Schultern, schlanke nervige Hände, muskulöse Arme und Beine, mit anderen Worten, er war in jeder Hinsicht wohlproportioniert. Als Prinz herrschte er über ein kleines Reich von vielleicht zehntausend Seelen. Er war im Volk beliebt wegen seiner Güte, bei Schurken und Verbrechern gefürchtet wegen seiner Strenge. Er erhob wenig Steuern und Abgaben und hielt seine Pächter an, die Bauern anständig zu entlohnen und nicht auszubeuten. Seinen Geburtstag feierte er in seinem Schloss mit seiner Familie, seinem Gesinde und zwei Dutzend ausgewählter Bürger, Handwerker und kleiner Leute, darunter auch sehr Arme und Bettler, die waren seine Ehrengäste. Stets erhielten die Gäste Geschenke von ihm; er weigerte sich solches von denen anzunehmen, das war sein Brauch, Geburtstag zu feiern. Reich genug war er, um dieses zu tun und sein Lieblingsspruch war: **„Nur wer nichts hat, kann nichts geben!“** Der Ruhm von seiner Großzügigkeit hatte sich weit im Lande und über das Land hinaus verbreitet. Man nannte ihn „Jakob, den Großherzigen, den Sohn der Sonne“. Wenn er eine der vielen hübschen Prinzessinnen umarmte, dann schmolz diese dahin wie der Schnee in der Frühlingssonne. Auch war er ein exzellenter Liebhaber. Das sagten alle seine Frauen. Von welcher er sich dann aber trennte – und er war etwas unstet in seinen Frauenbeziehungen – die weinte tage- und nächtelang bittere, bittere Tränen. Eines Tages hatte eine Frau aus der Stadt ein Auge auf ihn geworfen, die war der Schwarzen Magie mächtig, was der Prinz nicht wusste. Vergebliche Liebesmüh trieb die Dame um und um, was sie auch versuchte, sich ihm zu nähern, ihn um den

Finger zu wickeln, ihn zu umgarnen, er zeigte ihr die kalte Schulter, denn sie entsprach nicht annähernd seinen Vorstellungen von weiblicher Schönheit. Als er nun wieder einmal an ihrem Hause vorbeikam, auf einem Ausritt auf seinem Apfelschimmel mit einigen Begleitern, sprang sie herbei, spritzte mit einem Reisigbesen einen Zaubersaft auf sein Gesicht und rief dabei mit einer gellenden Falsettstimme:

**Lass die Liebe ewig sein  
Denn Du bist jetzt halb aus Stein!**

und das Ganze rief sie dreimal mit ihrer schrecklichen Hexenstimme. Der Jüngling erschauerte bei diese Worten, kalt lief es ihm den Rücken hinauf und hinunter und plötzlich spürte er, wie sich sein Unterleib unterhalb des Gürtels immer steifer und steifer anfühlte und immer schwerer und schwerer wurde. Das Pferd wieherte laut auf wie vor Schmerz, scheute zunächst und brach dann in die Knie wie unter einer ungeheuren Last! Zum Entsetzen des Gefolges fiel nun der Prinz vom Pferd und blieb regungslos liegen; er konnte beim besten Willen nicht mehr aufstehen, denn sein ganzer Unterleib unterhalb des Gürtels war nun durch den Hexenspruch in puren Marmor verwandelt worden! Jedoch blieb die Schönheit des ganzen Menschen seltsamerweise erhalten. Vier aus dem Gesinde hoben ihn nun auf einen schnell aufgetriebenen Ochsenkarren und spannten zwei Ochsen davor und mit Trauern und Wehklagen über die schreckliche Verwandlung ihres Herrn fuhren sie zurück in den Palast mit dem halb gelähmten Prinzen. Die Hexe war so schnell verschwunden nach ihrem heimtückischen Zauberspruch, wie ein Wiesel in einem Erdloch. Auch schien sie keiner der Bewohner zu kennen oder es wollte sie niemand kennen.

So war an eine Bestrafung des heimtückischen Menschens nicht zu denken. Man schrieb sie allerdings zur Fahndung aus, setzte einen Klumpen Gold auf ihre Ergreifung aus und erklärte sie für vogelfrei! Aber der verzauberte Prinz weinte nun Tag und Nacht, weil er nie mehr eine Frau würde lieben können. Manchmal hatte man den Eindruck, dass auch sein Gesicht schon begonnen hatte, zu versteinern. Außer Trauer und Wut kannte er nun keine Gefühlsäußerungen mehr. Sein wunderschönes helles Lachen, das alle so erfreut hatte, war für immer verstummt. Er fing dann sehr bald an, sich zu betrinken, Tag für Tag. Die edelsten Tropfen die auf seinen Weingütern wuchsen, waren ihm gerade gut genug. Ebenso der teuerste Sekt, der feinste Cognak, denn trotz seines Elends achtete er auf Qualität und sein selbstzerstörerisches Werk sollte wenn schon dann stilvoll geschehen! Seine Angehörigen und Bediensteten schüttelten den Kopf und redeten auf ihn ein, er solle nicht Schlimmes noch schlimmer machen, nannten ihn einen Selbstmörder auf Raten, baten, bettelten ihn an, er solle innehalten, aber der unglückliche Prinz stellte sich einfach taub. Höchstens rief er wütend aus: „Ja, ja, ihr habt ja so recht, so recht!“ Ja, ja sagen trotzig Kinder, die ihre Ruhe haben wollen, nah dem Motto: „Ihr könnt mich alle mal am A... lecken!“ Erst war es eine Flasche Wein, mit der er sich täglich versuchte zu trösten, bald waren es drei oder vier, nach acht Wochen dann fünf bis sechs. Nüchtern sah man ihn im Palast schon lange nicht mehr, seine Stimme wurde sehr seltsam, unfroh, stockend, lallend; oft gab er seinem Gesinde Kommandos in ungewohnt scharfem Ton, was diese aufs Heftigste erschreckte und weigerte sich oft, auch nur eine Kleinigkeit zu essen. Er magerte sichtbar ab, sein Haupthaar war zunehmend von grauen Strähnen durchzogen und er pflegte sich nur noch selten. Da er der Herr im Hause war, wagte fast niemand etwas dazu zu sagen, aber in den Ecken und Winkeln und in den Gesindestuben war ein ständiges

Tuscheln und Raunen nach dem Motto: „Wie er sich gehen lässt! Wo soll das alles bloß noch enden?“ Alle Warnungen seines alten Leibarztes bezüglich der Trinkerei schlug er in den Wind – wenn er schon im Unterleib nichts mehr spüren sollte, dann wollte er wenigstens im Magen etwas haben, was die Nerven kitzelte! Und wie es kitzelte! Morgens schon hatte er Zittern und Schweißausbrüche, dazu kamen Weinkrämpfe und von der Toilette kam er oft stundenlang nicht zurück, und wenn dann kreidebleich im Gesicht.

2003-03-17



Matthias Schmidt

NEKROLOG IM HERBST

Lass alle Hoffnung fahren  
„s gibt keine Wiederkehr  
nach allen diesen Jahren  
so einsam um mich her  
ich grüß den Straßenfeger  
er lächelt kurz zurück  
ich drück mich an die Häuser  
schenk niemand einen Blick.  
Die Sonne scheint zu schlafen  
Viel Nebel ist jetzt da  
Ich geh' nicht mit den Schafen  
Ich sing kein trallala  
Der Tag beginnt von neuem  
Die Nebel steigen jetzt  
Hab vieles zu bereuen  
Bin wie zu Tod' gehetzt.  
Der Tod will mich nicht haben  
Ich schneid' ihm eine Nas'-  
Viel schwärzer als die Raben  
Steigt aus dem Pflaster Gas.

## Falsches und Richtiges über den Suizid

### **Falsch:**

Wer vom Suizid redet, wird ihn nicht begehen.

### **Richtig:**

Auf zehn Suizidenten kommen acht, die unmißverständlich von ihren Absichten gesprochen haben

### **Falsch:**

Suizid geschieht ohne Vorzeichen.

### **Richtig:**

Viele Beobachtungen lehren, daß Menschen, die sich das Leben nehmen, dies meist durch unmißverständliche Zeichen oder Handlungen ankündigen.

### **Falsch:**

Wer Suizid begeht, will sich nicht unbedingt das Leben nehmen.

### **Richtig:**

Die meisten Menschen, die an Selbsttötung denken, schwanken zwischen dem Wunsch zu leben und dem zu sterben; sie „spielen mit dem Tod“, und sie überlassen es den anderen, sie zu retten. Kaum einer nimmt sich das Leben, ohne seine Gefühle einem anderen zu offenbaren.

### **Falsch:**

Wer einmal zum Suizid neigt, wird es immer wieder tun.

### **Richtig:**

Lebensmüde haben nur während einer begrenzten Zeit ihres Lebens den Wunsch, sich zu töten.

### **Falsch:**

Besserung nach einer suizidalen Krise bedeutet das Aufhören des Risikos.

### **Richtig:**

Die meisten Suizide geschahen in den drei Monaten nach beginnender „Besserung“, wenn der Patient von neuem die Energie hat, selbstzerstörerische Entschlüsse auszuführen.

### **Falsch:**

Suizid gibt es öfter bei den Reichen oder – umgekehrt – fast ausschließlich bei den Armen.

### **Richtig:**

Suizid ist weder das Problem der Reichen, noch die Plage der Armen. Er ist sehr „demokratisch“ und kommt in allen Bevölkerungsschichten vor.

### **Falsch:**

Suizid ist erblich oder ein „Familienübel“.

### **Richtig:**

Er ist nicht erblich, sondern eine individuelle Erscheinung.

### **Falsch:**

Alle, die Suizid begehen oder begehen wollen, sind geisteskrank, jeder Suizid ist die Handlung eines Psychotikers.

### **Richtig:**

Es ergibt sich aus dem Studium von Hunderten von letzten Aufzeichnungen, daß der suizidale Mensch zwar äußerst unglücklich, aber nicht notwendigerweise geistesgestört ist

© S.Roderer-Verlag 1999 / Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

## Unsystematische Sammlung einiger Hinweise, die sich aus den Theorien zur Suizidalität ergeben.

1. Der Suizid ist keine Krankheit, aber oft Abschluß einer krankhaften Entwicklung; in jedem Fall Ausdruck einer äußeren oder inneren Not. Zur Beseitigung dieser Not sollte der Versuch einer Hilfe, einer Suizidprävention, unternommen werden.
2. Die Fortschritte der Medizin und Psychologie können allein keine Senkung der Suizidrate ermöglichen. Die von daher kommenden Hilfen können effektiver gestaltet werden durch verbesserte Koordination und Kooperation entsprechend den Forderungen der Psychiatrie-Enquête und der Expertenkommission der Bundesregierung. Sie sind auch Voraussetzung für weitere Spezialisierungen.
3. 80 % der Suizide waren vorangekündigt. Also müssen alle Ankündigungen ernst genommen werden.
4. Die Wiederholungsgefahr ist groß; 10 % sterben später an einem weiteren Suizidversuch. Deshalb muß die Prophylaxe nach einem Suizidversuch sehr eingehend betrieben werden.
5. Der Fürsorge der Hinterbliebenen muß besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.
6. Allgemeine Voruntersuchungen mit Hilfe von Tests und anderen Meßinstrumenten bringen keine Gewißheit über die Suizidgefährdung des einzelnen. Wir sind bei der Abschätzung der Suizidalität auch in Kenntnis der Suizid-Theorien auf unsere allgemeine Wahrnehmungsfähigkeit in der intersubjektiven Situation angewiesen.
7. Zwischen Anlaß, Motiv und Ursache ist zu unterscheiden. Es ist nicht gut, sich bei dem Anlaß aufzuhalten oder sich mit dem Motiv, das die Umwelt mitteilt, zufrieden zu geben. Die Ursache kann in einer psychischen oder körperlichen Krankheit, einer Kommunikationsstörung, einer sozialen Behinderung liegen.
8. Der Suizidalität liegt eine Ambivalenz zwischen Leben und Tod zugrunde, und zwar in dem Sinn, daß der Suizident sich außerstande fühlt, in der bisherigen Weise weiterzuleben. Nach Ansprechen der Ambivalenz sollte herausgearbeitet werden, wie der Betroffene anders weiterleben kann.
9. Häufig wird nur eine Lebenspause gesucht. Die Herausnahme aus dem Krisenfeld und der Konfliktsituation ist ein hilfreicher Akt. Der Betreuer sollte darauf achten, daß eine solcherweise entstehende Pause nicht zur Langeweile ausartet, sondern ohne Druck produktiv genutzt wird.
10. Der Suizidversuch hat in der Biographie des Menschen seinen Stellenwert, der ausfindig gemacht werden sollte. Hilfreich ist es auch, die bisherigen Konfliktlösungsstrategien des Betroffenen ihm selbst erkenntlich werden zu lassen. Dazu gehören Weglaufen, Flucht in Tagträume, in pseudoharmonische Welten, Fixierung an körperliche und seelische Mißbefindlichkeiten.
11. Der Gefährdete braucht wenigstens für einen Augenblick unsere volle Aufmerksamkeit. Entsprechend kann er nicht einfach an einen Spezialisten weiterverwiesen werden. Es muß vielmehr mit dem nächsten Betreuer oder Spezialisten eine genaue Terminierung durch den Gefährdeten selbst oder in seinem Beisein getroffen werden.
12. Die Zuverlässigkeit des Helfers in seiner Zuwendungsbereitschaft ist sehr wichtig wegen der häufig zugrundeliegenden Kommunikationsstörung und Unfähigkeit zur kontinuierlichen Beziehungnahme. Ein Wechsel der Bezugspersonen, der Helfer, der Wohnungen, der Arbeit etc. sind dringend zu vermeiden. Kinder dürfen nicht von einem Heim ins andere verlegt werden.

13. Daß wir von Suizidversuchen meistens überrascht werden, liegt auch daran, daß unsere Wahrnehmung durch eigene Ambivalenz und Angst gehemmt ist. Die Suizidankündigung darf uns nicht in Angst versetzen. Wir dürfen uns nicht bannen lassen, nicht kopflos werden. Wir müssen den Menschen auch in seiner Entscheidungsfähigkeit und damit in seiner Entscheidung zum Suizid ernst nehmen. Der Helfer kann allerdings fordern, daß er selbst ernst genommen wird. Rettung um jeden Preis heißt, den Wert, den der Suizident im Suizid sieht, nicht ernst zu nehmen.

14. Selbstwertminderung ist suizidfördernd. Deshalb zielt die Suizidverhütung auf Werterhaltung, Selbstwertstärkung, Entdeckung neuer Werte.

15. Suizidenten sind in ihrer Ambivalenz außerordentlich leicht kränkbar. Die Kränkbarkeit sollte angesprochen werden. Es ist aber unmöglich, jede Kränkung vom Betroffenen fernzuhalten. Manche Kränkung ist eine irrealer, vom Gefährdeten auf den Helfer projizierte. Enttäuschungen führen zu Kränkungsgefühlen.

16. Depression (traurig, verzweifelte Stimmung, Ängstlichkeit, Verlangsamung im Denken und Handeln, Negativismus, Druck auf der Brust und andere körperliche Beschwerden) geht häufig mit Suizidalität einher. Sie sollte unbedingt vom Facharzt für Psychiatrie diagnostiziert und behandelt werden.

17. In der Depression werden aggressive Regungen unterdrückt. Durch Ansprechen von Enttäuschungen, Kränkungen und Selbstwertminderungen werden Aggressionen manchmal freigesetzt. Soweit sie nicht destruktiv wirken, sollte der Helfer sie aushalten können. Dazu ist es wichtig, Freiräume zum Ausagieren zu schaffen und körperliche Bewegungsfreiheit nicht einzuengen. Jemanden in einem verschlossenen Raum zu halten oder sich ihm als Helfer aufzudrängen, bedeutet Erhöhung der aggressiven und selbstzerstörerischen Impulse. Entsprechend ist es wichtig, größere Wohnungen, größere Bewegungsräume, Spielplätze, Begegnungsstätten, Erlebnismöglichkeiten zu schaffen.

18. Der Gefährdete sollte Gelegenheit haben, sich seine Bezugspersonen aus eigenem Antrieb zu suchen. Er sollte nicht auf eine einzige Person angewiesen bleiben.

19. Gefühle sind wertvoll, gezeigt zu werden. Ungewohnte Erlebens-, Wahrnehmungs- und Gefühlsweisen des Suizidenten dürfen nicht entwertet werden. Gegebenenfalls einen Fachmann zu Rate ziehen.

20. Isolierung und Einsamkeit erhöhen die Suizidgefahr. Die Begleitung sollte dem Gefährdeten ausreichend Distanz lassen. Durch die Hilfe darf nicht eine neue Abhängigkeit entstehen: In der Nähe bleiben; kleinste Verabredungen ermöglichen; nicht weggehen, ohne den weiteren Verlauf festgelegt zu haben; keine stundenlangen Diskussionen; Gesprächspausen einlegen; keine Beratung über 50 Minuten hinaus. Fordert der Gefährdete längere Zuwendung, so genügt reines Zuhören wie in der Telefonseelsorge.

21. Es ist sehr hilfreich, die eigene Reaktion auf den Suizidgefährdeten zu vermerken; Wut, Ohnmacht, Liebe auf Realität hin zu überprüfen; eigene Ambivalenz gegenüber dem Leben und der Suizidalität zu reflektieren.

*Michel Heinrich Stuttgart 1996*

## Suizidversuch bei Frauen: oftmals ein Hilferuf

Die registrierten Suizide werden zu über zwei Drittel ( 72,1%) von Männern begangen. Studienergebnisse zeigen dagegen bei Suizidversuchen das umgekehrte Verhältnis: sie werden zu 63% von Frauen unternommen. Aufgrund eher „weicher“ Suizidmethoden bei Frauen, wie Vergiften und Ertrinken, dürfte die Dunkelziffer noch höher liegen. Jüngere Frauen zwischen dem 15. Und 30. Lebensjahr, versuchen sich häufig das Leben zu nehmen als ältere. Verschiedene Studien zeigen, dass ledige und Geschiedene häufiger als Verheiratete betroffen sind. Insbesondere Trennungen, ein niedriger sozioökonomischer Status sowie sexuelle und körperliche Gewalt können suizidales Verhalten bei Frauen fördern. Deshalb ist ein länderübergreifendes Versorgungskonzept mit einer gemeindenahen Beratung und Krisenintervention erforderlich.

Bundesministerium für Familie,  
Senioren, Frauen und Jugend  
Bericht zur gesundheitlichen Situation  
von Frauen in Deutschland 2001

## Verantwortung abgeben

Aus dem Leben gehen

Hand anlegen  
Kapitulieren

*In die Enge getrieben*

Ausweglosigkeit

## Selbsttötung

Freie Assoziationen zum Thema SUIZID:

Sich das Leben nehmen

„andere“ im Stich lassen

Harakiri  
Kamikaze

*Selbstmord*

Freitod

Dem Leben entfliehen

## Selbstmord

Buchbesprechung

Roger Willemsen: Der Selbstmord.

Briefe, Manifeste, Literarische Texte.

KiWi, Köln 2002

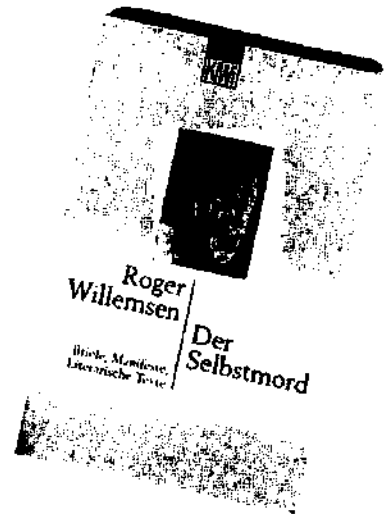
Bei etwa 13000 Selbstmorden im Jahr in Deutschland ist dieses Buch ein besonderes, ein wichtiges Buch.

Es enthält Texte aus verschiedenen Jahrhunderten zumeist europäischer Kulturgeschichte. Die Texte sind lesenswert und nachdenkenswert. Da es fraglich ist, ob die Literatur sich dem Selbstmord in adäquater Weise nähern kann, enthält das Buch viele authentische Abschiedsbriefe. Verschiedene Positionen und Argumente über Leben und Tod sind in den Texten enthalten.

Die Gründe für einen Selbstmord werden nicht immer deutlich artikuliert. Es lassen sich aber einige nachweisen: Krankheit, Kummer, finanzieller Zusammenbruch, Schulangst, Angst vor dem Hohn der Leute, uneheliche Schwangerschaften, Alkoholismus und Altersschwäche. Das Postulat, so lange wie möglich zu existieren, für sich und alle sozialen Beziehungen, hat für den Selbstmörder keinen Sinn mehr. Seine Hoffnung ist die, in eine ewige Ruhe eingehen zu können. Die Problematik des bestehenden Lebens ist so erdrückend, dass der Selbstmörder den Tod nicht mehr fürchtet, weil er ihn sucht, und da er ihn will. Ein berühmter Abschiedsbrief ist der der englischen Schriftstellerin Virginia Woolf. Sie wollte nicht mehr leben, weil sie keine Kraft mehr hatte, ihre psychische Krankheit zu bekämpfen. Sie hörte Stimmen, fürchtete den Wahnsinn und wollte niemandem zur Last fallen. „Der Selbstmord ist ein Akt, dessen Ausführung in der einen, dessen Konsequenz aber in einer anderen stattfindet,“ heißt es im Text.

Es ist das Verdienst dieses Buches, das Thema Selbstmord in seinen facettenreichen Bewertungen den Lesern nahe zu bringen. Die Frage, ob man mit dem Selbstmord in einen unzulässigen göttlichen Machtbereich eingreift, oder ob der Mensch in selbstbestimmender Autonomie handelt, ist nur eine der vielen Fragen, die dieses lesenswerte Buch aufwirft.

Waltraud Gehrman



## Internet-Seiten zum Thema Suizid

<http://de.dir.yahoo.com/Gesellschaft>

Verzeichnis der Suchmaschine yahoo zu den Themen

<http://www.suizidprophylaxe.de>

Homepage der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)  
mit vielen Informationen und Links zu Suizid und Krisenintervention

<http://members.aol.com/suicidepsy/home.html>

Homepage von Dr. phil. Wolfram Dormann zu Psychotherapie, Suizidprävention  
und Krisenintervention, Verzeichnis der stationären und ambulanten Einrichtungen  
für Krisenintervention

<http://w3.pflegen.net/isfp/praxis/konzepte/hilferufe.html>

Hilferufe- oder: Wie gehe ich als Pflegepersonal mit Suizidäußerungen von  
Patienten um?

[http://www.depressions-sprechstunde.de/Suizid/DSS\\_suizid.htm](http://www.depressions-sprechstunde.de/Suizid/DSS_suizid.htm)

Umgang mit Suizidalität, Hinweise für Bezugspersonen

<http://www.altenpflege-tod-und-sterben.de/suizid.html>

Informationen zum Thema Suizid in unserer Gesellschaft, Vorbeugung, Auslöser...

<http://www.suicideinfo.org/german/main.htm>

Informationen über Selbstmord und Krisen

<http://www.agus-selbsthilfe.de>

AGUS- Angehörigengruppe um Suizid

<http://www.telefonseelsorge.de>



***bundesweit • 24h/Tag • anonym • gebührenfrei***

Die TelefonSeelsorge ist ein Beratungs- und Seelsorgeangebot der Evangelischen und Katholischen Kirche. Sie ist unter den nachfolgenden Rufnummern kostenfrei und rund um die Uhr für ein anonymes und vertrauliches Gespräch zu erreichen:

**0800-111 0 111 und 0800-111 0 222**

Auf den Internetseiten der TelefonSeelsorge finden Sie Informationen über die Arbeit, die Struktur und die einzelnen örtlichen Stellen der Telefonseelsorge in Deutschland. Wenn Sie an einer ehrenamtlichen Mitarbeit in der TelefonSeelsorge interessiert sind, finden Sie weitere Informationen auf den Visitenkarten der einzelnen örtlichen Stellen.

## Glück

Den einen Weg zum Glück, den Königsweg, der für jeden und zu jeder Zeit taugt, scheint es nicht zu geben. Aber es gibt eine Jahrtausende alte Suche, die durchaus fruchtbare Glücksangebote hervorgebracht hat. Sich von diesen alten Einsichten zum Glück inspirieren zu lassen, scheint lohnenswert zu sein.

In der abendländischen Philosophie wurde nie so selbstverständlich über Glück nachgedacht wie in der Antike. Die Sinnenfreuden waren nur allzu bekannt, aber auch die Tatsache, dass ein unkluger Umgang mit ihnen, sich nachteilig auf das Glück auswirkt.

Als Feuerprobe des Glücks erweist sich die Frage nach dem Sinn des Lebens, besonders, wenn das Leben bitter schmeckt.

Über das Glück ist viel geschrieben worden. Es gibt eine Auflistung Abertausender Glücksmomente, persönlicher Erfahrungsmomente. Es gibt Handbücher über Glückstheorien verschiedener Zeiten. Gibt es überhaupt etwas Neues, bisher Ungesagtes zu diesem Thema?

Dem Menschen als einem fühlenden, wahrnehmenden, denkenden, wollenden und handelnden Wesen geht es immer um Glück, und ein Leben ohne Glück wird als sinnlos erachtet. Immer geht es um das Begehren von etwas, dessen Besitz vollständige Erfüllung verspricht.

Glück und gutes Leben hängen zusammen. Das gute Leben ist die Bedingung des Glücks.

Seid glücklich! Macht euch keine Sorgen! Dies war das Motto der Blumenkinder und der Flower-Power-Ära. Sie setzten auf einen Sinn, den die Menschen aus eigener Kraft verwirklichen können. Glück gilt hier als menschliche Angelegenheit. Zwar will der Mensch wie Gott ewig selig sein, doch will er es nicht auf eine göttliche, sondern auf eine menschliche Weise. Er will das Glück weder ausschließlich geistig noch ausschließlich sinnlich genießen, er will beides zugleich.

Das Glück ist der größte gemeinsame Nenner der Menschheit, und es besteht kein Zweifel, dass alle Menschen nach Glück streben.

Kleeblätter, Schornsteinfeger, Hufeisen und Schweine haben als Glückssymbole Hochkonjunktur. Der Aberglaube mit Horoskopen, Glaskugeln, Kaffeesatz oder Teeblättern zeigt Beschwörungen des Glücks, zeigt, wie unendlich begehrenswert uns ein glückliches Leben erscheint.

Aber nicht selten ist der Traum vom absoluten Glück, das in absoluter Freiheit und Bindungslosigkeit gesucht wird, durch das Unglück der Mitmenschen erkaufte. Der Traum vom freien und unabhängigen Leben ist der Traum aller Aussteiger. Familie und Arbeit werden als alltägliche Zwänge bewertet. Nur im Märchen scheint das Leben aus unabhängigem Genuss zu bestehen.



Was also ist Glück? Und gibt es Glücksexperten? Das Glück des Kopfes erklären uns Theologen und Philosophen, das Glück des Herzens Dichter und Schriftsteller. Psychologen arbeiten irgendwo zwischen Kopf und Herz. Für die Region des Unterleibs fühlen sich Kochkünstler und Gourmets, sowie Erotiker und Pornographen zuständig.

Das größte Problem in Sachen Glück ist seine Flüchtigkeit. Man möchte es ununterbrochen haben als dauerhaften Besitz. Aber nicht selten ist Glück nur ein Augenblicksphänomen. „Wer glücklich ist, genießt sein Dasein voll und ganz und holt damit das Unermessliche, nämlich ein Stückchen Ewigkeit, in das Messbare, die Zeit, hinein“ formuliert die Philosophin Annemarie Pieper.

Weiterhin stellt sich die Frage, ob Glück ganz diesseitig, und nicht in einem transzendenten Jenseits zu finden ist.

Für den französischen Existentialisten Camus bedingen sich Liebe und Glück wechselseitig. In der Antike galt für viele ein hedonistisches Glück, das sich in sinnenfreudigen Symposien verwirklichen ließ. Erst Epikur mahnte zu mehr Bescheidenheit, auch im Glück. Camus betont, dass man sich seinen immer plagenden Sisyphus als einen glücklichen Menschen vorstellen muss. Für ihn ist Liebe die Bedingung des Glücks. Wer liebt, bringt einen Sinn in die Welt, indem er aktiv zu seinem Glück beiträgt. In diesem Fall kann man es sogar verschmerzen, wenn man keine Gegenliebe findet. Erst durch Zuwendung zu Menschen und Dingen zeigt man der Absurdität des Daseins ein menschliches Antlitz.

Der Glücksforscher Bentham hat ein eingängiges Glücksspektrum erarbeitet. Er erwähnt Sinnesfreuden, Freuden des Reichtums, der Kunstfertigkeit oder der Geschicklichkeit, der Freundschaft, des guten Rufes, der Macht, der Frömmigkeit, der Fantasie und der Erinnerung, sowie das Glück der Erwartung, der gesellschaftlichen Freuden und der Entspannung. Glück wird hier als qualifizierter Nutzen verstanden.

Es stellt sich die Frage, ob Glück nicht mehr sein kann, etwa in der sittlichen, der ethischen oder der religiösen Lebensform.

Eine sittliche Form des Glücks wurde von Platon und Aristoteles entwickelt. In dieser als eudämonistisches Glück bezeichneten Lebensform ist die Seele Schauplatz eben dieses Glücks. Für Aristoteles ist Glück der Name für jenes Gute, das durch menschliches Handeln erstrebt wird. Somit gehören Augenmaß und Besonnenheit dazu, wenn es darum geht, aus den zur Auswahl stehenden Lebensmustern dasjenige herauszufinden, welches ein glückliches Leben ermöglicht.

Als ethische Lebensform des Glücks gehört das leidenschaftslose, das asketische, das stoische Glück. Wir reden hier vom Glück in Zusammenhang mit der Tugend. Zu kritisieren wäre, dass Wille und Vernunft um das Glück des Menschen rivalisieren. Oft werden zwei Arten des Glücks unterschieden, weil man eine vernunftgewirkte als höherrangige und selbstbestimmte Form des Glück annimmt gegenüber einer gefühlbedingten Variante.

Bei Seneca fallen Glück und Tugend zusammen, während es bei Immanuel Kant kein von der Sinnlichkeit losgelöstes Glück gibt. Er hat die Glücksgefühle demnach nicht aus der Moral verbannt. Für Nietzsche ist Glück nicht das Ziel, sondern eine ungeheure Kraft im Menschen und im Menschsein, die sich ausgeben will.

Erst der Wille bestimmt, worin das Glück des Einzelnen besteht.

Die religiöse Form des Glücks wird als kontemplativ verstanden. Auch in der christlichen Lebensform spielt der Wille eine besondere Rolle. In ihr soll Platz gemacht werden für einen höheren Willen, der an die Stelle des menschlichen Eigenwillens tritt. Der Mensch möchte sich für seine Entscheidungen und Handlungen der göttlichen Willen so zu Eigen machen, als wäre es sein eigener. Ganz durchdrungen vom Willen Gottes, handelt das Individuum wie Gott, - weder überwältigt noch fremdbestimmt, - sondern freiwillig. Dies ist nicht das Glück eines flüchtigen Augenblicks, sondern es ist ein dauerhaftes, das Leben umschließendes Glück. Es ist aber auch kein passives Verhalten. Mit der Annahme des göttlichen Willen ist zugleich die Übernahme der göttlichen Freiheit verbunden. Im freien Handeln fallen somit göttliches und menschliches Leben zusammen.

Die religiöse Lebensform beruht auf dem Entschluss, alles Denken, Wollen, Fühlen und Handeln als Ausprägung einer Gottesbeziehung aktiv zu gestalten. Das dabei erlebte Glück der Geborgenheit hat zwar Handlungscharakter, ist aber dennoch auch kontemplativ durch den unverrückbaren Blick auf Gott.

Was also ist Glück? Offenbar kennt das Glück viele Spielarten, aber keine von ihnen ist auf ein bestimmtes Individuum zugeschnitten. Daher muss jeder Mensch für sich selbst herausfinden, was ihn glücklich macht. Die verschiedenen Glückskonzepte sind aber auch nicht streng voneinander isoliert.

Glück ist ein universales Bedürfnis, und ohne ein Mindestmaß an Glück kommt auch der Asket nicht aus.

Es gilt demnach abzuwägen, wie viel Glück von welcher Sorte nicht nur angenehm, sondern auch zuträglich ist.

Lebensklugheit gehört demnach unbedingt zu einer gelungenen Lebensführung, denn die tausend kleinen Glücksmomente, die es im Alltag zu entdecken gilt, sorgen dafür, dass der Glückspegel konstant bleibt.

Wichtig ist diese Arbeit am Glück, die Einsicht, dass man für dieses Glück etwas tun muss, seelisch, alltäglich, ein Leben lang.

Es ist eben nicht der bloße Zufall, der die Möglichkeit des Glücks mit sich bringt. Aus dem Gegebenen immer das Schönste zu machen, darin besteht Glück. Dies umfasst die ganze Spannweite des Lebens, und dieses Glück eines erfahrungsreichen, erfüllten Lebens ist etwas Dauerhaftes.

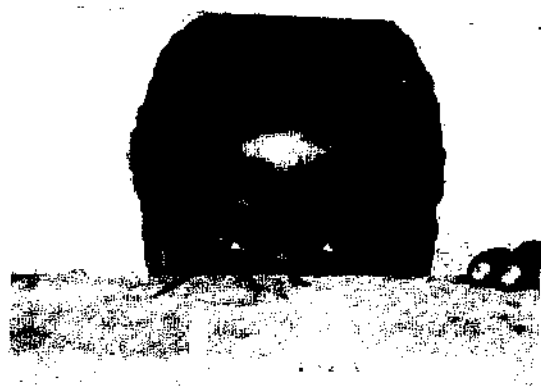
Man darf sich nicht von den Urteilen Anderer abhängig machen, wenn es darum geht, das Leben so zu gestalten, dass es bejahenswert ist.

Waltraud Gehrman

Literaturhinweise:

Annemarie Pieper: Glückssache.  
Die Kunst gut zu leben.  
Hoffmann und Campe 2001.

Wilhelm Schmid: Schönes Leben?  
Einführung in die Lebenskunst.



## Einsamkeit

Einsamkeit ist eine Krankheit unserer Zeit. Nicht nur ältere Menschen leiden an ihr als Problem, sondern das Leiden an der Einsamkeit geht quer durch alle Generationen. Unsere schnelllebige Zeit wirkt der Stille entgegen, und so nimmt es nicht wunder, wenn viele auf der Flucht vor der Einsamkeit sind.

Wovor fliehen wir, wenn wir vor Einsamkeit fliehen? Vor Langeweile, vor der inneren Leere, vor der Konfrontation mit dem Selbst, vor der Besinnung auf das eigene Selbst? Wir können uns selbst nicht ertragen und verstecken uns lieber hinter den Belanglosigkeiten des Lebens, hinter Lärm und Lautstärke, ja sogar hinter Sucht. Was ist das Bedrohliche und Bedrückende an der Einsamkeit, das uns veranlasst, sie so sehr zu meiden? Ist es das Gefühl völliger Ungeborgenheit, des ganz und gar Auf-uns-selbst-gestellt-seins: Wenn niemand mit uns spricht und wir glauben, uns an niemanden wenden zu können. Wir empfinden nur Leere in uns und um uns, eine hoffnungslos erscheinende, entsetzliche Leere, eine unbestimmte Angst, völlig allein zu sein.

In der Einsamkeit stellt sich die Frage nach dem Sinn des Lebens. Weichen wir auch dieser Frage aus, wenn wir vor der Einsamkeit flüchten. Oder glauben wir gar, daß sie nicht zu beantworten ist. Einsamkeit aber ist Langeweile, eine Form des Verschlossenseins, eine Interesselosigkeit, ein trotziges sich-dem-Leben-verweigern. Einsamkeit ist ein Ausweichen vor irgendeiner Form der Tätigkeit, der aktiven Zuwendung zu Menschen oder Dingen. Einsamkeit isoliert. Sie versperrt den Weg zu einer Beglückung, die aus dem Erfüllen einer Aufgabe zuwachsen kann.

In der Einsamkeit stellt sich nicht nur die Frage nach dem Sinn des Lebens, es stellt sich auch die Frage nach Gott. Nur in der Stille kann der Mensch sich selbst, den anderen und Gott schauen. Nur in der Stille kann die Gottferne überwunden werden. In der Bibel hat die Einsamkeit einen positiven Wert.

Der Mensch steht einsam in bedrohter Umwelt. Erdurchlebt eine existentielle Einsamkeit. Nur in Gott findet er seine Mitte wieder. Er braucht, sucht, verlangt und findet eine menschliche Begegnung mit Gott. Hier findet die tiefste schicksalshafte Einsamkeit ihre Geborgenheit, selbst im Sterben.

Einsamkeit gehört zum Menschsein, gehört zur Person. Sie gehört wesentlich zum Menschen als der ihm eigene Weg. Es gibt kein Leben ohne Einsamkeit. Der Mensch muß die Einsamkeit in sich austragen, darf nicht vor ihr fliehen. Nur solche, die einsam sein können, sind auch zur Gemeinschaft fähig. In sich selbst einen Freund, einen Gesellschafter zu haben, darauf kommt es an. Einsamkeit kann als beglückend empfunden werden, aber sie kann auch quälend und zerstörend sein. Es gibt erfülltes Alleinsein können und entsetzliche Vereinsamung.

Immer aber tragen wir einen persönlichen Schuldanteil für unsere Einsamkeit. Wir sind gerufen, unsere Einsamkeit zu überwinden in voller Verantwortlichkeit. Was wir brauchen, ist die Einsicht, daß es ganz und gar an uns liegt, ob wir mit unserer Einsamkeit fertig werden oder nicht. Wir müssen den inneren Weg aus Isolation und Leere finden. Wie kann man also die Vereinsamung als entartete Form der Einsamkeit in einen Zustand schöpferischer Einsamkeit, lebensspendender Energie überführen?

Nur in der Einsamkeit öffnet sich der Weg zur eigenen inneren Tiefe, zur schöpferischen Möglichkeit, zum Aufgeschlossensein für den Ruf Gottes. In der Einsamkeit durchstehen wir Phasen der Gottesferne, der Gottverlassenheit, der inneren Leere. Nur wer lernt, diese Einsamkeit durchzustehen, dem öffnet sich der Weg zum eigenen Ich in der Besinnung nach innen, auf die eigene Tiefe. Einsamkeit kann so zur großen Chance des menschlichen Lebens werden.

Waltraud Gehrmann

## Umsonst

Es bedarf so gewaltiger Kräfte,  
um dieses Leben zu meistern  
und selber zu lenken,  
anstatt gelenkt zu werden.  
Es bedarf genialer Freunde,  
um sich weiter zu entwickeln,  
es bedarf der Romantik,  
guter Bücher,  
des Schnees,  
der Blumen,  
des Holzes,  
aber vor allem einer anderen,  
gütigeren Welt,  
ich versage,  
in diesem Gedanken.  
Ich weiß nicht wessen es bedarf.  
Aber in dieser Welt bedarf es vor allem  
des Geldes.  
Was sollen da zwei arme Leute tun?  
Ich komme aus einer anderen Zeit.  
Hier finde ich mich nicht zurecht.  
Die Leute auf der Straße sind mir ver-  
haßt.  
Sie glotzen mich blöd an,  
wollen nur mein Geld,  
keiner strahlt Liebe aus,  
oder sie haben nicht mein Niveau.  
Ich hasse diese Welt.  
In der man nur bezahlen muß,  
in der es nichts umsonst gibt.



Malika Touati

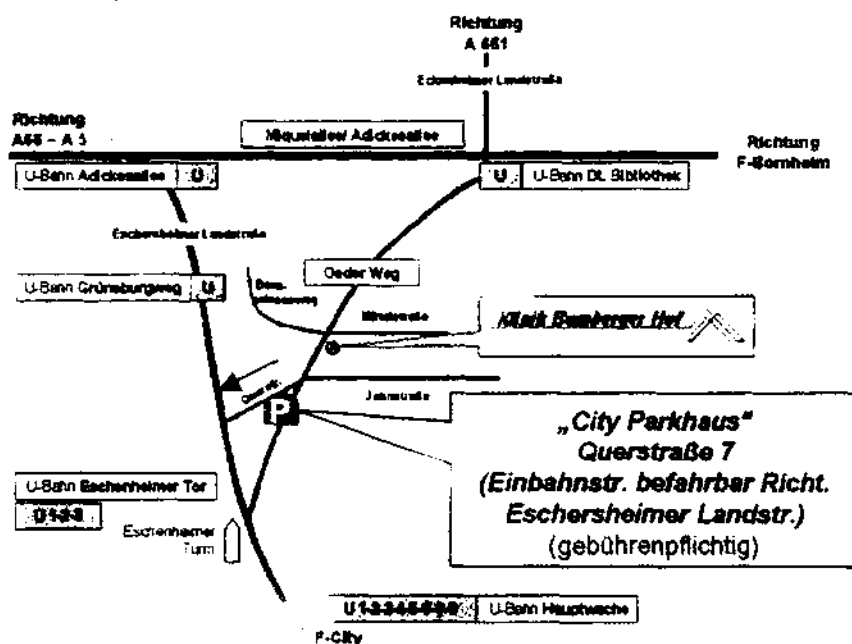
# Neue Adresse Neue Adresse Neue Adresse

**Klinik Bamberger Hof  
Oeder Weg 46**

**60318 Frankfurt am Main**

Telefon 069-678002-0 • Telefax 069-678002-255

Besuchen Sie uns auch im Internet:  
<http://www.zsp-hochtaunus.de>



**Parkplätze:** Parkplätze im Oeder Weg sind knapp. Gebührenpflichtige Parkmöglichkeiten bieten Parkhäuser, z.B. das „City Parkhaus“ in der Querstraße

**Mit öffentlichen Verkehrsmitteln** (z.B. U 1-2-3) bis Haltestelle Eschenheimer Tor oder Grüneburgweg oder Stadtbus 36 bis Bornwiesenweg

**mit dem Auto aus Richtung A 5 - A 66 - A 661 - F-Bornheim:**

Ecke Adickesallee/Eckenheimer Landstraße (Deutsche Bibliothek) Richtung City, halbrechts in den Oeder Weg

**mit dem Auto aus Richtung Hauptwache - City:** Eschersheimer Landstrasse Richtung F-Eckenheim, rechts in die Wolfgangstrasse, rechts in den Oeder Weg

**oder:** Eschersheimer Landstrasse bis Miquelallee, rechts Richtung F-Bornheim, an der Kreuzung Eckenheimer Landstrasse (Deutsche Bibliothek) rechts Richtung City, halbrechts in den Oeder Weg

## Was ist Sozialtherapie ?

### Plädoyer für eine tiefenpsychologisch fundierte Sozialtherapie

Sozialtherapie grenzt sich einerseits ab von der Psychotherapie, andererseits kommt es zu befruchtenden Überlappungen mit derselben. In der Vergangenheit gab es ein Wirrwarr von Definitionen, weil sich die Profis (Sozialarbeiter / Sozialpädagogen / Sozialtherapeuten / Psychiater / Psychotherapeuten u.a.) nicht auf eine Definition einigen konnten. Hier sollen nun die Autoren kurz zu Wort kommen, die am prägnantesten die Thematik beschreiben. H.E. Richter: „Sozialtherapie will Einzelne, Paare, Familien innerhalb ihrer komplexen, sozialen Beziehungen verstehen und unterstützen. Sozialtherapie achtet darauf wie Menschen wohnen und arbeiten, wie sie mit Nachbarschaft und Behörden umgehen. Sozialtherapie will nicht nur Menschen helfen, sich gegen äußere Entfremdung und Überforderung besser zu schützen oder durchzusetzen, sondern präventiv auf soziale Bedingungen selbst einzuwirken.“ Damit wird deutlich, wie nahe Sozialtherapie bei der Sozialarbeit angesiedelt ist. Der Ansatz der Sozialarbeit will ganzheitlich sein, d.h. neben dem einzelnen Menschen und der Gruppe soll auch das Gemeinwesen, die politischen Verhältnisse mitberücksichtigt werden. Desweiteren sollen Ressourcen für den Klienten erschlossen werden, wie z.Bsp. materielle Unterstützung, persönliche Betreuung sowie die eigenen Fähigkeiten des Klienten. Bei soviel Nähe zur Sozialarbeit wird die Sozialtherapie von der akademischen Sozialarbeitschaft aber leider kaum beachtet. Stattdessen finden sich sozialtherapeutische Elemente im Kontext von Sozialmanagement oder aktuell im „Case Management“ oder sie finden sich in Vorstellungen zur klinischen Sozialarbeit. Also, es gibt hier eine Beliebigkeit im Verständnis von Sozialtherapie. Dörner und Plog weisen auf folgende unterschiedliche Verständnisse von Sozialtherapie hin: „Die einen reden von Sozialtherapie, wenn sie psychotherapeutische Maßnahmen meinen, die auf die soziale Einstellung von Menschen gerichtet sind, die

anderen, wenn sie von Techniken sprechen, die der Beeinflussung der mitmenschlichen Umwelt (Milieuthherapie) dienen; Dritte wiederum, wenn sie Gruppenpsychotherapie mit schizophren Erkrankten im Sinn haben. Dann gibt es solche, die von Soziotherapie sprechen, wenn Sozialarbeiter oder Ergotherapeuten therapeutisch aktiv werden.“ Für die Autoren Dörner und Plog ist Soziotherapie (als eine Art von Sozialtherapie) die Basis (psycho-)therapeutischen Handelns in der Psychiatrie. Psychotherapie kann deshalb nur wirklich gelingen, wenn die sozialen und kulturellen Voraussetzungen und Lebensverhältnisse geschaffen sind, um psychotherapeutisch darauf aufzubauen. Dabei ist zu untersuchen, wie massiv soziale Bedingungen die seelische Gesundheit gefährden können.

Die Autoren Pehl und Eggebrecht haben eine Vorstellung von Sozialtherapie, die mit einem integrierenden Handlungskonzept sozialarbeiterische, psychologische und therapeutische Interventionen miteinander verbindet. Zunächst war Sozialtherapie keine eigenständige Methode, sondern sie war ein umfassender Oberbegriff, ein Rahmen für verschiedene therapeutische Arbeitsweisen, für verschiedene berufliche Wege der Hilfe für Patienten. Dies machte es schwierig, eine Identität als Sozialtherapeut zu entwickeln. In Übereinstimmung mit praxiserfahrenen und engagierten Sozialarbeitern habe ich die jahrzehntelange Erfahrung gemacht, daß sozialtherapeutische Vorgehensweisen und Konzepte notwendiger und populärer sind denn je. Unsere Gesellschaft bietet den Menschen wenig Halt und Orientierung und trägt damit nur mangelhaft zur Entwicklung und Erhalt einer gutartigen inneren psychosozialen Struktur bei, die wesentlich für die Erreichung und Aufrechterhaltung von Gesundheit ist. Flexible, an den sozialen und seelischen Bedürfnissen der Menschen orientierte Vorgehensweisen und Hilfestellungen sind deshalb unabdingbar. Tagesstrukturierungen und Therapiepläne müssen Rücksicht nehmen auf individuelle Belange, Unzulänglichkeiten, Unpünktlichkeiten u.a. der Patienten.

Oft reicht eben „nur“ Psychotherapie bei psychischen Problemlagen, oder „nur“ sozialarbeiterische Hilfe bei der Schuldenregulierung nicht aus. Nicht selten gehört beides zusammen und muß sich ergänzen. Genauso sind Suchtprobleme auch nicht allein medizinisch, nicht allein psychotherapeutisch, nicht allein sozialpädagogisch, nicht allein soziologisch-politisch zu behandeln, sondern sie alle müssen im Sinne und Interesse der Patienten zusammenarbeiten, sozialtherapeutisch oder gemeindepsychiatrisch. So können sich auch Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie miteinander befruchten, statt sich gegenseitig auszuschließen. Vor diesem Hintergrund sollte man deshalb Sozialtherapie eher als eine Haltung verstehen, die die Wechselwirkung von Sozialem, Ökonomischem, Körperlichem und Psychischem beständig reflektiert und weniger als klar konturierte Disziplin mit eigenem, unverwechselbarem Interventionsbesteck.

Deshalb kann man Sozialtherapie auch nicht einer Berufsgruppe zuschreiben, auch wenn sich hier SozialarbeiterInnen in ihrem professionellen Selbstverständnis und vom Studium her in erster Linie angesprochen fühlen müssten. (Über die neuen Soziotherapie-Richtlinien siehe mein Artikel in den „Treffpunkten“ Heft 3/2002). Auch in der Psychiatrie-Personalverordnung sind nun SozialarbeiterInnen exklusiv mit der Sozialtherapie beauftragt worden.

### **Sozialtherapie - Soziotherapie - Soziale Therapie**

Diese drei Begriffe werden mit drei unterschiedlichen inhaltlichen Vorgehensweisen in Verbindung gebracht. Sozialtherapie wird als ein allgemeines Handlungskonzept verstanden, in das sich alle Berufsgruppen einer sozialtherapeutischen Institution einbringen, unabhängig von deren Qualifikation. Alle Mitarbeiter sollten ein Verständnis haben für die (therapeutische) Wirksamkeit der institutionellen Strukturen einer Organisation (wie Tagesstätte, Wohnheim, Betreutes Wohnen, u.a.)

und arbeiten so „irgendwie“ sozialtherapeutisch. Soziotherapie konkretisiert sich als spezifisches, spezielles Behandlungskonzept quasi-psychotherapeutischer Art, deren Übergänge zur Psychotherapie nicht festgelegt werden können, deren Fokus jedoch auf der sozialen Interaktion aller Beteiligten liegt. Soziotherapie ist an ein „setting“ (=präzise Therapiemaßnahmen) gebunden, das wiederum durch den sozialtherapeutischen Rahmen gesichert wird. Soziotherapie steht dann in der Wortfamilie Somatherapie-Psychotherapie - Soziotherapie als gezielte einzelfallbezogene Behandlungsform. Diese Mitarbeiter nennen sich Soziotherapeuten und verfügen über eine entsprechende, spezielle Aus- und Fortbildung.

Soziale Therapie charakterisiert hingegen die „Therapie des Sozialen.“ Sie erhebt den Anspruch, auf die institutionellen Strukturen einer Organisation einzuwirken. Es wird also Einfluss auf die Aussenwelt genommen. Wenn auch nicht unmittelbar gesellschaftsverändernd, so formuliert die Soziale Therapie doch den Anspruch, institutionsverändernd zu wirken. In der Praxis sieht das so aus, daß Sozialarbeit durch Soziale Therapie beständig darauf hinwirkt, die krankmachenden Strukturen von Organisationen zu verändern und die heilenden Strukturen weiter zu entwickeln oder neu zu gründen. Haus- und Therapieordnungen von Suchtkliniken und die neue Gemeindepsychiatrie entstammen diesem Geiste. Das sozialtherapeutische Konzept vieler Sozialarbeiter in der Psychiatrie, wenn sie denn eines haben, sieht oftmals vor, dass in erster Linie „Krankheitsfolgen“ und weniger biografische Krankheitsbedingungen bearbeitet werden. Das bedeutet, dass die individuelle Therapie darauf zielt, den Patienten ein Leben zu ermöglichen, ohne die möglichen „Erkrankungsursachen“ aufzudecken. In der Psychiatrie ist es umstritten, inwieweit biografisch aufdeckend oder stützend vorgegangen werden soll. Während einige Sozialtherapeuten den betroffenen Menschen ermöglichen wollen, ihre Ängste durch spezielle Bewältigungsverfahren

und Trainings zu überwinden, versucht der lebens-geschichtlich-sozialtherapeutische Ansatz, diese Ängste vor dem Hintergrund früherer sozialer traumatischer Konflikt-erfahrungen zu verstehen, aufzudecken und zu bearbeiten. Aus Erfahrung kann ich sagen, dass beides geschehen sollte – je nach Bedarf: psychoanalytisch aufdeckend **und** verhaltens-therapeutisch den normalen Alltag ermöglichen und stabilisieren.

Zur Sozialen Therapie möchte ich sagen, daß z.Bsp. auch der Landeswohlfahrtsverband (LWV) flexibler werden muß, damit Sozialarbeiter vor Ort bedarfsgerechter und klientenzentrierter sich um die Belange der Patienten kümmern können und somit **nicht** institutionelle, behördliche, organisatorische Regeln, Maßgaben und Gesetze die Gesundheitsentwicklung eines Klienten behindern können.

### Gedanken zu einer tiefenpsychologisch fundierten Sozialtherapie

Sozialtherapie muß insbesondere in Kraft treten, wenn es eine nur mangelhafte Versorgung in den frühen Lebensphasen eines Klienten gab, mit nachhaltigen Auswirkungen auf die Lebensqualität. Oft muß die Sozialtherapie die Klienten erst soweit bringen, damit sie für eine Psychotherapie zugänglich sind. Sozialtherapie ist trotzdem nicht **die** Behandlungsmethode der Sozialarbeit schlechthin, weil ihre handlungsleitende Basis auf einem entwicklungspsychologischen Verständnismodell gründet (auf Entwicklungspsychologie und Psychoanalyse), ergänzt von psycho- und soziodynamischen Entwicklungsebenen bzw. Entwicklungsnotwendigkeiten. D.h. bestimmte Entwicklungsstadien sind notwendig, **müssen** durchlaufen werden können, weil sonst keine Besserung des Patienten möglich wird. Das erste therapeutische Ziel ist oft: die Klienten zu befähigen, ein Arbeitsbündnis mit den Profis herzustellen und einzuhalten. Sozialtherapie sollte dann eine tiefenpsychologische Erdung herbeiführen.

30

Denn eine tiefenpsychologisch fundierte Orientierung ermöglicht erst sinnvolle, in der Zukunft haltbare Interventionen. Neben den unbewussten Tiefen geht es in der Sozialtherapie um das bewusste Alltägliche. Die Alltagsrealitäten, beeinträchtigte Ich-Funktionen und die Einflüsse des Unbewussten stehen gleichrangig nebeneinander und müssen so Berücksichtigung finden. Dabei geht es auch um die „Professionalisierung von Elternfunktionen“, was zeigt, wie wichtig die Elternfunktionen sind; denn häufig ist es chronisch mangelhafte Versorgung in der frühen Kindheit und Jugendzeit eines Klienten und massive Deprivationserfahrungen (=Trennungen, Entzug oder Verluste in den Beziehungen zu den Erwachsenen, Zerreißsituationen in den emotionalen Beziehungen einer Familie, Überforderungen bei der Reifung und bei der Persönlichkeitswerdung von Jugendlichen, Traumatisierungen z.Bsp. durch Phimose (=Vorhautverengung/Vorhautverwachsung und der dadurch bedingten Verhinderung von Selbstbefriedigung u.a.) Seelische Gesundheit kann sich auf einer so spröden Basis nicht entwickeln, Reifungsprozesse geraten ins Stocken, so dass später in der Therapie Nachreifungsprozesse ermöglicht werden müssen. Sozialtherapie wird dann erfolgreich, wenn sie zu einem Wechselspiel von Psychotherapie und Sozialarbeit wird; dabei soll sie immer wieder den aktuellen Bedarf und die Interessen des Klienten berücksichtigen.



Oft ist geduldiges „zur Verfügung stehen“ des Sozialarbeiters über einen langen Zeitraum für den Klienten notwendig, um Heilungsprozesse, verstanden als seelische Reifung, zu fördern. Dabei wäre es sehr hilfreich für die Klienten, wenn sie immer auf dieselbe Hilfsperson trafen, damit sie nicht immer wieder von neuem **„ihre Geschichte“** erzählen müssen (Objekt Konstanz). Oft spiegelt sich die zerrissene und heillose Welt des Klienten in ebensolchen äußeren Verhältnissen: Verwahrlosung von Wohn- und Lebensverhältnissen, soziale Notlagen, Problemeberge, Problemlabyrinth.

Symptome sind Regungen, „Gedanken“, die vom Verstand noch nicht gedacht werden können oder verdrängt werden und deshalb muß der Körper auf seine Weise das „Denken“ übernehmen (durch Somatisierung u.a.). Dazu benützt er die „Körpersprache“ oder bedient sich der unbewussten Handlungen und Inszenierungen. Für das Individuum ist es normal und gesund, in der Lage zu sein, das Selbst gegen spezifisches Umweltversagen durch ein Einfrieren der verfehlten Situation zu verteidigen. Das Defizit-Erlebnis wird mangels Bewältigungsmöglichkeiten erst einmal auf Eis gelegt und es bildet sich eine Kruste in der Psyche, das bedeutet psychiatrische Symptombildung. Entwicklungsbefreiung, Entwicklungsförderung, Entwicklungsenthemmung im Rahmen einer Therapie geschieht dann durch Regression zu den eingefrorenen Lebensprozessen, deren Belebung und Auftauen. Erfahrene Autoren sehen seelische Erkrankungen nicht in erster Linie als Störungen, also pathologisch, sondern primär unter ihrem funktionalen Aspekt **als Notlösungen** für emotionale Konflikte und Entwicklungsaufgaben. Wie schon S. Freud formulierte: „Die Krankheit selbst darf dem Kranken nichts verächtliches mehr sein, sie muß ihm vielmehr ein würdiger Gegner werden, ein Stück seines Wesens, das sich auf **gute Motive** stützt, aus dem es **Wertvolles** für sein späteres Leben zu holen gibt.“

Symptome helfen somit auch, die Angst, die Probleme zu bewältigen, denn hinter oder unter den Symptomen ist die Angst vor schwereren Problemen. Erst wenn der Hintergrund oder Untergrund, die Ursachen der Symptome erkannt oder gelöst werden, dann weichen auch die Symptome (auf), nicht sofort, sondern phasenhaft, in Etappen, individuell unterschiedlich.

Damit nicht eine wichtige Entwicklungsphase, ein notwendiges Entwicklungsstadium übergangen wird, sollen die Patienten den therapeutischen Prozess **selbst** dosieren können, andernfalls gibt es keine Fortschritte. Ein Zustand der Nicht-Integriertheit (in Familie oder Gesellschaft) von notwendigen Erfahrungen führt zur Unreife, die danach krankhafte Züge annimmt. Die Selbsterkenntnis allein reicht aber noch nicht aus, es müssen **positive Vertrauenserlebnisse**, Gegenenerlebnisse zum krankhaft erfahrenen Erlebnis hinzukommen. Aus Vertrauen muß Verlässlichkeit erwachsen. Erst dann wird die Abtretung, die Ablösung, die Abtrennung des krankhaften Ich, des Nicht-Ich vom gesunden Ich möglich, so daß der Klient vom falschen Selbst zu seinem wahren, gesunden Selbst kommen kann. Der durch Therapie gewonnene Raum, das Vakuum kann dann immer mehr mit kreativem Spiel, mit bedürfnisorientiertem Handeln, mit Symbolen erfüllt werden und dem, was allmählich das kulturelle Erleben ausmacht. Therapie verändert nicht den Menschen, sondern will eine gesunde Entwicklung ermöglichen.

## Probleme der Psychotherapie

Zum **psychotherapeutischen** Arbeitsbündnis gehören sowohl eine Krankheitseinsicht, ein darauf beruhender Leidensdruck und die Fähigkeit, einen aus Krankheitseinsicht und Leidensdruck gebildeten Mitwirkungswillen beim Heilungsprozess zu entwickeln. Deshalb sind hierbei zunächst stützende, sozialtherapeutische Institutionen nötig, die den Rahmen für die Psychotherapie bilden. Die Probleme der Psychotherapie und deren tendenzielle Erfolglosigkeit hat nichts mit der Psychologie und der Psychoanalyse zu tun. Es ist das hochschwellige Angebot und es ist die fortgesetzte Krise oder Unfähigkeit der Psychotherapeuten, die oft nicht wissen, welche Methode sie anwenden sollen. Oft bleibt das Verhältnis zum Psychotherapeuten steril, stur und stereotyp, weil die Psychotherapeuten ideologisch, konzeptionell festgelegt sind, weil sie nicht ausreichend kommunikationsfähig sind, weil sie nicht genügend vorbereitet sind auf die jeweiligen Bedürfnisse der Klienten, weil sie immer nur **einen** Stil anwenden.. So werden möglichst viele Klienten durch die Psychotherapie durchgeschleust, um viel Geld zu machen, aber ohne Erfolg und ohne Qualität für die Patienten.



**Lieb haben, heißt herausfinden,  
was der andere braucht**

## Fazit für die Sozialtherapie

Die Psychoanalyse, die Tiefenpsychologie und die Entwicklungspsychologie bieten so viele wunderbare Erklärungen an für psychische Erkrankungen, so daß man daraus menschlich sehr viel lernen kann. Eitelkeiten, falscher Ehrgeiz, Standesdünkel, elitäres Gehabe und kompromissunfähige Einbildungen stehen einer gemeinsamen Definition von Sozialtherapie im Wege. Oder aber auch aus Überforderung legen sich Sozialarbeiter/Therapeuten kategorisch, ideologisch fest, um sich selbst zu schützen, sich abzuschotten.. Dem Patienten/Klienten ist dieser Streit um Definitionen, Abgrenzungen und Ausschließlichkeitsformeln unverständlich. Dem Patienten/Klienten geht es darum, daß er bedarfsgerecht **die Hilfe** bekommt, die er gerade braucht; ob nun die eine oder andere Theorie, die eine oder andere Sozialtherapie zur Anwendung kommt, ist dabei gleichgültig. Am besten für den Patienten ist es, wenn er ein Angebot für seine alltäglichen Probleme bekommt. Und wenn dieses Angebot auch psychoanalytisch, tiefenpsychologisch angereichert oder fundiert ist, um so besser. Denn die tiefenpsychologische Seite eines Krankheitsgeschehens wird von **den** Patienten nachgefragt, die geistige Bedürfnisse haben oder es sich leisten können, auf den Grund, die Ursache der Erkrankung zu stoßen. Und damit haben **diese** Patienten auch die bessere Therapie- und Heilungsprognose . So gesehen kommt die Psychoanalyse /Tiefenpsychologie in der Sozialtherapie zu kurz.

Günter Koch

Literaturhinweis :  
Thomas Pehl/Frank Eggebrecht: Chaos und  
Beziehung/Begegnungsräume von  
Sozialtherapie,  
Psychotherapie und Beratung/edition  
diskord 2002

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Sie möchten die TREFFPUNKTE regelmäßig beziehen ?  
Sie möchten jede Ausgabe druckfrisch erhalten?  
Sie möchten die Zeitschrift zugesandt bekommen?

Dann bieten wir Ihnen an, die TREFFPUNKTE zu abonnieren.

Für eine Bezugsgebühr von 10,- Euro erhalten Sie alle 4 Ausgaben eines Jahres  
Unmittelbar nach Erscheinen an die von Ihnen gewünschte Anschrift zugesandt.  
Bei Bestellung im Laufe eines Jahres erhalten Sie auch alle bereits erschienenen  
Ausgaben des entsprechenden Jahrgangs.

Das Abonnement ist so lange gültig, bis es mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines  
Jahres (31.12.) gekündigt wird. Die jährliche Bezugsgebühr wird mit Erhalt der Rechnung  
fällig.

Bei Interesse füllen Sie bitte das Bestellformular aus und schicken es auf einer Postkarte  
oder im Briefumschlag an die angegebene Adresse. Unterschrift bitte nicht vergessen.

Vielen Dank.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!	
Abs.: .....	
.....	
.....	
Hiermit abonniere ich ab sofort die Zeitschrift TREFFPUNKTE zu einer jährlichen Bezugsgebühr von 10,- Euro für 4 Ausgaben.	
Mir ist bekannt, daß das Abonnement so lange gültig ist, bis ich es mit einer Frist - von 4 Wochen zum 31.12. eines Jahres kündige.	
Datum.....	Unterschrift.....
Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie Frankfurt am Main e.V. Zeitschrift TREFFPUNKTE Mörfelder Landstr. 45a 60598 Frankfurt am Main	

Allgemeine Öffnungszeiten

# Offene Treffs

der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in Frankfurt am Main

## KAFFESTUBE NIEDERRÄDER HAUS



Frankfurter Verein  
für soziale  
Heimstätten

Lyoner Straße 1  
60528 Frankfurt/M  
Tel.: 069/66909810

Öffnungszeiten:

Dienstags - Samstags  
14.00 bis 20.00 Uhr

Dienstag:  
Ab 16.00 Uhr  
Musik und Bewegung  
im Sportraum

Bus 51, 15  
Straßenbahnlinie 15  
"Hardtwaldplatz"

## INTERNATIONALE BEGEGNUNGSSTÄTTE



Internationales  
Familienzentrum

Gusti-Gebhard-Haus  
Ostendstr. 70-74  
60314 Frankfurt  
Tel.: 069/9434440

Öffnungszeiten:

Dies ist ein Angebot für  
MigrantInnen mit  
psychischen  
Schwierigkeiten

Mi. 16.00 - 19.00

Fr. 16.00 - 19.00

Sa. 15.00 - 18.00  
(1 x monatlich)

Hallensport immer  
Mittwochs,  
16.30 - 18.30 Uhr  
Ostendstraße 35

S-Bahnen,  
"Ostendstraße"  
Straßenbahnlinie 11  
"Zobelstraße"

## OFFENER TREFF HÖCHST



Frankfurter Verein  
für soziale  
Heimstätten

Dalbergstraße 8  
65929 Frankfurt  
Tel.: 069/303214

Öffnungszeiten:

Fr. 14.00 - 17.00

Jeden ersten Freitag im  
Monat: Ausflug

Jeden Dienstag:  
Frühstück  
10.00 - 11.00 Uhr

S-Bahnen S1, S2,  
Buslinien 51, 54, 55, 57, 68,  
59, 802, 807  
Bahnhof Höchst

## TREFFPUNKT OASE



Sozialwerk  
Main-Taunus

Eckenheimer  
Landstraße 172  
60318 Frankfurt  
Tel.: 069/59796715

Öffnungszeiten:

So. 15.15  
Kaffeetreff

Wir haben ganzjährig  
geöffnet. An Feiertagen  
gibt es zusätzliche  
Öffnungszeiten.

U5 "Deutsche Bibliothek",  
Buslinie 32  
"Adickes/Nibelungen  
allee"

Allgemeine Öffnungszeiten

# Offene Treffs

der gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in Frankfurt am Main

**Begegnungsstätte  
TREFF NORD**



**Sozialwerk  
Main-Taunus**

Oberschelder  
Weg 23  
60439 Frankfurt  
Tel.: 069/95822525

**Öffnungszeiten:**

Montag  
14.30 – 16.30 Café  
14.30 – 18.30 Offener Treff

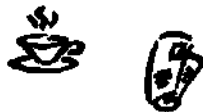
Dienstag  
14.00 - 15.30 Café SMT  
in der Heddemheimer  
Landsraße 144

Mittwoch  
14.00 – 17.00  
Freizeitgruppe  
15.00 – 17.00  
Treff nur für Frauen

Donnerstag  
10.00 - 12.00 Frühstück  
12.00 – 14.00  
Beratungstreff

U1  
"Heddemheimer  
Landsraße"

**Begegnungsstätte  
TREFFPUNKT SÜD**



**Bürgerhilfe  
Sozialpsychiatrie**

Mörfelder  
Landstraße 45a  
60598 Frankfurt  
Tel.: 069/98201870

**Öffnungszeiten:**

Mo. 15.00 – 19.00

Mi. 15.00 – 19.00

Fr. 15.00 – 19.00

So. 15.00 – 19.00

Wir haben ganzjährig  
geöffnet, auch an  
Feiertagen, die auf diese  
Wochentage fallen.

S-Bahn, U-Bahn,  
Straßenbahn Haltestelle  
"Südbahnhof"

**Begegnungsstätte in der  
SCHOPENHAUER-  
STRASSE**



**frankfurter  
werkgemeinschaft**

Schopenhauerstraße 9  
60316 Frankfurt  
Tel.: 069/15050553

**Öffnungszeiten:**

Di. 15.00 – 19.00

Mi. 15.00 – 19.00

Do. 15.00 – 19.00

Alle Freizeit-Ferien-  
Kulturangebote der  
Offenen Stadtarbeit sind  
unserem Monatsprogramm  
"Känguruh aktuell"  
zu entnehmen.

Es kann telefonisch  
angefordert werden unter.  
Tel.: 15050511

U5 "Musterschule"  
Bus 30, Straßenbahn 12  
"Friedberger Platz"

**Begegnungsstätte  
CAFÉ ZEITRAUM**



**Frankfurter Verein  
für soziale  
Heimstätten**

Homburger Straße 36  
60488 Frankfurt  
Tel.: 069/77033871

**Öffnungszeiten:**

Do. 14.30 – 20.00

Fr. 14.30 – 20.00

Sa. 14.30 – 20.00

Wir haben ganzjährig  
geöffnet, auch an  
Feiertagen, die auf diese  
Wochentage fallen.

Café-Atmosphäre mit  
Kaffeespezialitäten,  
Kuchen und belegte Brote

U4/U6/U7  
"Bockenheimer Warte"  
Straßenbahn 16/Bus 36/50  
„Adalbert/Schloßstraße“  
S3-S6 „Ffm West“

Tust Du das Ohne-Tun ist Nichts, das nicht getan  
würde! Tao te-King  
Es gibt nur eine Großmacht auf Erden, das ist

## Die Liebe

Pflicht ohne Liebe macht verdrießlich.  
Wahrheit ohne Liebe macht kritiksüchtig.  
Erziehung ohne Liebe macht widerspruchsvoll.  
Klugheit ohne Liebe macht gerissen.  
Verantwortung ohne Liebe macht rücksichtslos.  
Gerechtigkeit ohne Liebe macht hart.  
Freundlichkeit ohne Liebe macht heuchlerisch.  
Ordnung ohne Liebe macht kleinlich.  
Sachkenntnis ohne Liebe macht rechthaberisch.  
Macht ohne Liebe macht gewalttätig.  
Ehre ohne Liebe macht hochmütig.  
Besitz ohne Liebe macht geizig.  
Glaube ohne Liebe macht fanatisch.

Wehe denen, die in der Liebe geizen!  
Sie tragen Schuld daran, wenn schließlich die Welt  
An Selbstvergiftung zugrunde geht.

Wozu lebst Du, wenn Du nicht lieben kannst?  
Lasst uns die Erde durch Liebe erlösen!

**Lao-tse**



# Kontaktanzeiger

Kontaktanzeiger für psychisch und seelisch Kranke sowie sozial schwache Menschen

## Freizeitgestaltung

Wer ist noch Kind genug, sich in der Hetze des erwachsenen Lebens zum Spielen (freie) Zeit lassen zu können?

Humor, Geduld, Regelmäßigkeit und Neugier auf neue oder anspruchsvollere Spiele (Scrabble, Canasta, Siedler...) spielen mit!

Chiffre 16.

Suche jemanden zur Freizeitgestaltung.

Meine Hobbies sind Schach oder Gesellschaftsspiele, wandern, Kino, tanzen, Theater, Galeriebesuche, schwimmen oder einfach für Gespräche.

Ich wohne in Frankfurt und bin 38 Jahre alt.

Chiffre 20.

## Sie sucht Ihn

Sie, 56 J./1.68 m, Rentnerin, Raucherin, sucht netten, treuen Lebenspartner. Ich liebe ein gemütliches Zuhause, höre gerne Musik und schwimme sehr gerne. Bildzuschriften unter:

Chiffre 1.

## Er sucht Sie

Er, 40 J., sympathisch aussehend, spontan, romantisch, naturverbunden, liebevoll, sucht eine treue Partnerin mit positiver Lebenseinstellung, im Alter bis 50 Jahre, zwecks gemeinsamer Zukunft.

Chiffre 9.

Kann man sich mit 47 Jahren noch verlieben?

Ich, 187 cm, 89 Kg, Rentner, Raucher, schwarzhaarig, tolerant, ledig, etwas sportlich, musikalisch, wünsche es mir sooo sehr!

Chiffre 15.

Er, 50/173/75Kg, Nichtraucher, Nt, humorvoll sucht nette Sie für den Rest des Lebens.

Chiffre 19

Er, 38 J./1,80/ schlank, wünscht sich eine „Freundin“. Welche Frau möchte mich kennenlernen?

Alter, Aussehen, Religion, sind nicht entscheidend, sondern die Sympathie. Wenn „Du“ nicht schreibst, können „wir“ auch nicht gemeinsam glücklich sein! Chiffre 21.

Er, 44 J. / 185 cm, Raucher, Sternzeichen Wassermann, Frührentner, sucht nette Sie (30-40 J.) Zur gemeinsamen Freizeitgestaltung und evtl. Reisen. Chiffre 22.

**Unter den folgenden Rubriken können Sie Annoncen aufgeben:**

Freizeitgestaltung  
Selbsthilfe (Gruppen)  
Sie sucht Ihn  
Er sucht Sie  
X sucht Y  
Mitteilungen / Grüße  
Verschiedenes

**Zuschriften auf eine Anzeige  
und  
schriftliche Anzeigenaufgabe an:**

**Psychozoiale Dienste Bockenheim  
-Kontaktanzeiger-  
Schloßstraße 13-15  
60486 Frankfurt**

**Wir bitten, bei Zuschriften auf eine Anzeige eine Briefmarke 55 Cent beizulegen!**



Liebe Leserinnen und Leser,

zur 15. Psychiatriewoche in Frankfurt am Main vom 5. bis 12. September 2003 möchte ich Sie recht herzlich einladen. Man darf wohl sagen, dass die jährliche Psychiatriewoche bereits bundesweit einen besonderen Platz einnimmt. Die über viele Jahre ständig steigende hohe Teilnehmerzahl bezeugt die Aktualität der Veranstaltung und die Kompetenz aller an der Durchführung beteiligten Partner.

Auch die diesjährige Psychiatriewoche stellt einen „Markt der Angebote“ dar, auf dem Bewährtes und Neues aus dem Bereich der Psychiatrie und der psychosozialen Rehabilitation dargestellt wird. Es können Meinungen ausgetauscht, neue Kontakte geknüpft, neue Kenntnisse und Fertigkeiten erworben, strittige Fragen diskutiert und schließlich auch gemeinsame Entscheidungen an die politischen Entscheidungsträger herangetragen werden. Jeder einzelne ist herzlich eingeladen, mitzumachen. Im Rahmen der Psychiatriewoche wirken zahlreiche Organisationen zusammen, die sich für die Entwicklung auf dem Gebiet der psychosozialen Rehabilitation und Versorgung engagieren.

Besonders wichtig ist die gleichwertige Begegnung von Professionellen, Betroffenen und Angehörigen. Wir können davon ausgehen, dass dieser Austausch eine immer größere Bedeutung für die Reform der Psychiatrie erhält. Alle an der Vorbereitung der Psychiatriewoche Beteiligten waren sehr engagiert, diesen Austausch durch die Vielfalt des Angebotes in die Programmgestaltung einfließen zu lassen. Es liegt an Ihnen allen, durch Ihre Teilnahme neue Denkanstöße zu geben.

Ich bedanke mich bei allen Mitwirkenden, Teilnehmerinnen und Teilnehmern und wünsche dieser für Frankfurt am Main so wichtigen Veranstaltung viel fruchtbaren gegenseitigen Austausch.

Nikolaus Burggraf  
Gesundheitsdezernent

## Programmübersicht

### Auftaktveranstaltung. 03. September 2003

**11.00 Uhr**    **Wahn-Sinn-Migration**  
**Podiumsdiskussion und Kulturelles**

### Freitag, 05. September .2003

**11.45 Uhr**    **Fantasien in Aquarell**  
**Kulturelles**

**12.00 Uhr**    **PSZ Gallus**  
**Informationstand**

**14.00 Uhr**    **Sommerfest und Tag der offenen Tür**  
**in der „neuen“ Klinik Bamberger Hof**

**Fest**

**14.00 Uhr**    **Psychosoziale Dienste Bockenheim**  
**Informationsstand**

**15.00 Uhr**    **Die Tagesklinik feiert**  
**Fest**

**16.00 Uhr**    **Wie anders sind die anderen?**  
**Vortrag**

### Samstag, 06. September 2003

**12.00 Uhr**    **smt**  
**Tag der offenen Tür**

**13.00 Uhr**    **PSZ Gallus**  
**Tag der offenen Tür**

**13.00 Uhr**    **Kindheit, Wahrnehmen und Stimmenhören**  
**Diskussionsveranstaltung**

## Programmübersicht

### Montag, 08. September 2003

- 14.00 Uhr **AUFYN**  
Tag der offenen Tür
- 14.00 Uhr Kundenzufriedenheit im Betreuten Wohnen  
Diskussionsveranstaltung
- 16.00 Uhr Bildung und Arbeit  
Informationsveranstaltung
- 18.00 Uhr Neue Aspekte in der Behandlung von  
Zwangsstörungen Diskussionsveranstaltung
- 18.30 Uhr Fremd und ohne Titel  
Verisage

### Dienstag, 09. September 2003

- 10.00 Uhr Fußballturnier  
Sport
- 14.00 Uhr Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen  
Psychische Aspekte  
Vortrag
- 15.00 Uhr Humor in Psychiatrie und Psychotherapie  
Vortrag
- 15.00 Uhr Markus Krankenhaus  
Fest
- 15.00 Uhr Kündigungsschutz in wirtschaftlich schwierigen  
Zeiten - Chancen  
Informationsveranstaltung
- 15.30 Uhr Ein Ausweg aus der Überschuldung:  
Das Verbraucherinsolvenzverfahren  
Informationsveranstaltung
- 16.00 Uhr Gesunder Umgang mit der  
Familienkrankheit Alkoholismus  
Informationsveranstaltung
- 17.00 Uhr Sucht als Überlebenschance für Frauen mit  
Gewalterfahrung  
Vortrag
- 19.30 Uhr Entgiften, Motivieren und was dann  
Diskussionsveranstaltung

## Programmübersicht

### Mittwoch, 10. September 2003

- 12.00 Uhr Nostalgischer Flohmarkt  
Fest
- 15.00 Uhr Gerontopsychiatrie in einer Psychiatrischen  
Klinik mit Versorgungsauftrag  
Vortrag
- 16.30 Uhr Das „dezentrale“ Wohnheim:  
Außen- und Innenansicht  
Informationsveranstaltung
- 20.00 Uhr Szenische Lesung  
Kulturelles

### Donnerstag, 11. September 2003

- 9.00 Uhr Jahrestreffen der Psychiatrischen  
Institutsambulanz in Hessen  
Diskussionsveranstaltung
- 14.00 Uhr La Strada- Psychiatrie im Auge des Wirbelsturms  
Informationsveranstaltung
- 15.00 Uhr Meta-Quark-Haus  
Fest
- 15.00 Uhr PSZ Nord  
Tag der offenen Tür
- 16.00 Uhr Ambulante gerontopsychiatrische Versorgung-  
Eine Herausforderung für die Zukunft  
Diskussionsveranstaltung
- 16.15 Uhr Psychose und Sucht  
Vortrag
- 17.00 Uhr Angst und Zwang  
Informationsveranstaltung
- 17.00 Uhr „Ich weiß, was gut für dich ist!“  
Informationsveranstaltung

### Abschlußveranstaltung, 12. September 2001

- 14.00 Uhr Sommerfest der Fachgruppe im  
Niederräder Haus
- 15.00 Uhr Im Rahmen des der Abschlußveranstaltung  
Bild und Abbild der Behinderung  
Kulturelles/ Diskussionsveranstaltung