BARBARA JOST



ICH GEHÖRE IN DIE KLAPSE

TRAUMJOB PSYCHIATERIN

G|U

»Und, was machst du beruflich?«
»Ich bin Psychiaterin.«
»Ah … okay …«
»Und wo arbeitest du?«
»In einer psychiatrischen Klinik.«
»Also da, wo die richtig Verrückten hinkommen? Mit geschlossenen Türen, Gummizellen und Zwangsjacken?«
»Zwangsjacken gibt es tatsächlich schon lange nicht mehr. Gummizellen auch nicht. Und die meisten Türen sind offen.«

Solche Gespräche habe ich in den 26 Jahren, in denen ich als Ärztin in der Psychiatrie arbeite, unzählige Male geführt. Sobald ich sage, dass ich Psychiaterin bin, schwappt mir eine Welle von Vorurteilen und Befürchtungen entgegen. In den Köpfen vieler Menschen bin ich eine »Irrenärztin«, und ich arbeite einfach »in der Klapse«. Manchmal benutze sogar ich diese Begriffe. Wenn mir ein Patient mit schreckgeweiteten Augen gegenübersitzt, sage ich lächelnd: »Das hätten Sie sich sicherlich nicht träumen lassen, dass Sie mal einer Irrenärztin in der Klapse gegenübersitzen, oder?« Meistens lachen wir gemeinsam. Und gemeinsam lachen zu können, schlägt sofort eine Brücke zwischen Menschen.

BARBARA JOST

ICH GEHÖRE IN DIE KLAPSE

TRAUMJOB PSYCHIATERIN

INHALT

Vorwort 6

1 Willkommen in der Psychiatrie 16
Was macht eigentlich eine Oberärztin in der Psychiatrie? 18
Neurologin oder Psychiaterin – was sind die Unterschiede? 24
Warum müssen angehende Psychiaterinnen selbst eine Therapie machen? 27
Meine Lebenserfahrung hat mich zu einer besseren Psychiaterin gemacht 34
Warum haben Menschen so viel Angst vor einer Psychiaterin? . . . 38
Ich wäre selbst keine »einfache Patientin« und hätte Angst 44

2 »Die Psychiatrie« – was ist das eigentlich? 50
Die Akutpsychiatrie – alle Diagnosen, immer aufnahmebereit . . . 51
Nicht jede Akutpsychiatrie ist für alle Patienten zuständig 56
Was akutpsychiatrische Kliniken noch bieten – Tageskliniken . . . 58
Die psychiatrische Akutbehandlung zu Hause 62
Psychiatrische Institutsambulanzen 63
Psychosomatische Kliniken 64
Forensische Psychiatrie – Behandlung statt Gefängnis 67

3 »Die Psychiatrie ist ein finsterer Ort« – woher kommen die Klischees? 73
Zellen, Ketten und Scheiterhaufen – ein kurzer Abriss der Psychiatriegeschichte 75
Psychiatrie im Nationalsozialismus 78
Psychiatrie vor fünfzig Jahren – Enquete-Kommission und Wallraff undercover 83
Günter Wallraff und die Psychiatrie – die Geschichte geht weiter . . 87
Psychiatrie im Film – der blanke Horror 89
»Psychiatrieskandale« in den Medien – was steckt dahinter? 92
»Kritik an der Psychiatrie ist sinnlos« – warum das nicht stimmt . 95
Warum Vorurteile über »die Psychiatrie« tödlich sein können . . . 99

4 Mein Arbeitsalltag – von Duschgedanken, Feuerwehrfrauen und Therapietaxis 100
»Wie schaffen Sie es eigentlich, am Ende eines Arbeitstages abzuschalten?« 102
Was haben eine Psychiaterin und eine Feuerwehrfrau gemeinsam? . 106
Wie sieht mein Arbeitstag aus? 112
»Wo wollen Sie denn hin?« – von der Fahrt im Therapietaxi . . . 116
Psychopharmaka – oft unverzichtbar 124

5 Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – zwischen Ethik und Gesetz 130
Warum ich bei Zwangsmaßnahmen vermutlich nur verlieren kann 132
Sich an Gesetze zu halten, heißt nicht automatisch, das ethisch Richtige zu tun 134
Welche ethischen Prinzipien gelten (auch) in der Psychiatrie? . . 137
Der freie Wille – das zentrale Problem bei psychischen Erkrankungen 140
Es ist nicht verboten, »völlig verrückt« zu sein 143

Warum jeder eine Vorsorgevollmacht erstellen sollte 145
Was ist eine rechtliche Betreuung? 148
»Ich ordne Ihre Unterbringung in der Psychiatrie an« 150
Eine offene »Akutstation« – wie geht das? 152
»Wunder gibt es immer wieder« – wenn es gelingt, Vertrauen zu gewinnen 159

6 Wenn die Krankheit das Steuer übernimmt 165
Überwachungszimmer – Sicherheit und Reizabschirmung 168
Wenn das »Lebensauto« außer Kontrolle gerät 173
Fixierungen – letztes Mittel, um für Sicherheit zu sorgen 176
Zwangsmedikation – manchmal der einzige Weg, um zu helfen . . 186
Behandlungsvereinbarungen – Vorsorge für die nächste Krankheitsphase 192
Der Erdmännchen-Vertrag 193
Noch etwas zum Schluss 196

7 Warum die Akutpsychiatrie manche Erwartungen enttäuschen muss 199
»Ich kann unmöglich schon entlassen werden« – die Grenzen stationärer Behandlungsbedürftigkeit 201
Wenn es beim Metzger keinen Kuchen gibt 205
Erwartung und Realität in anderen Bereichen der Medizin 208
Erwartungen und Enttäuschungen – vermeintliche psychiatrische Notfälle 212
Wer über eine stationäre Aufnahme entscheidet 216
»Wie, ich habe keine psychiatrische Diagnose?« – wenn Dr. Google und Dr. TikTok anderer Meinung sind als wir . . . 219
Nicht jedes unangenehme Lebensereignis ist ein Trauma 223
»Autismus-Spektrum-Störung« – nicht immer die Erklärung für »Anderssein« 227
Warum ich gegen eine »Psychiatrisierung« aller Menschen bin . 229

8 »Ich möchte mich beschweren« – Alltag und Konflikte in der Psychiatrie 236
»Ich kann unmöglich im Zweibettzimmer liegen« – warum Einzelzimmer selten sind 237
»Die Therapien fallen ständig aus« – vom konstruktiven Umgang mit nicht änderbaren Dingen 242
»Die pflegerischen Mitarbeiter kümmern sich gar nicht um die Patienten, wirken überlastet und unfreundlich« 246
»Ich habe noch nie mit der Psychologin gesprochen« – warum Psychotherapie keine Massage ist 254
Meine therapeutische Grundhaltung bedeutet viel Arbeit – für die Patienten 261

9 Die »Murmelärztin« 268
Suizidalität gehört zu unserem Arbeitsalltag 270
Die Erfindung des Murmelvertrages 276
Suizide – wenn psychische Erkrankungen tödlich verlaufen 281
Wenn wir helfen könnten, aber nicht helfen können. 285
»Ihr behandelt doch sowieso nur Symptome und nicht Ursachen« 288

Schlussgedanken 293
Dank 296
Anmerkungen 298
Register 301

es aber diese Erkrankungen gibt und dass sie für das Leben von Millionen Menschen sehr reale Konsequenzen haben, daran besteht kein Zweifel. Zumindest für diejenigen nicht, die selbst eine psychische Erkrankung erlebt oder die Menschen mit einer solchen begleitet haben.

Der Unterschied zwischen einer Psychiaterin und einer Psychologin ist übrigens, dass Letztere nicht Medizin, sondern Psychologie studiert hat. Ihre Kernkompetenz ist die psychotherapeutische Behandlung, Medikamente verschreibt sie hingegen nicht.

Die Psychiatrie ist aus meiner Sicht das Fach der Medizin, in dem es am meisten auf Erfahrung und das Erlernen des »klinischen Blicks« ankommt. Und elementar auf den Kontakt mit jedem einzelnen, individuellen Patienten. Ein entzündeter Blinddarm oder ein gebrochener Knochen sieht bei allen Patienten mehr oder minder gleich aus. Und auch die Behandlung unterscheidet sich nicht grundlegend. Das ist in der Psychiatrie anders. Obwohl die Symptome der einzelnen Krankheitsbilder prinzipiell die gleichen sind, ist doch jede Depression und jede Psychose anders. Weil jeder Mensch anders ist. Auch der Krankheitsverlauf unterscheidet sich von Patientin zu Patientin, die Verträglichkeit und Wirksamkeit der Medikamente ebenso. Der Zugang zu jeder einzelnen Patientin muss individuell gefunden werden. Manche sind bereits überzeugt davon, krank zu sein und Hilfe zu benötigen, andere bezweifeln beides. Manche wollen jeden Beipackzettel lesen, andere sagen: »Ich nehme alles, was Sie mir empfehlen.« Das ist das Herausforderndste, Schönste und manchmal Frustrierendste auf dem Ausbildungsweg zur Psychiaterin – dass Psychiatrie ein so persönliches, individuelles und nicht rein »lehrbuchmäßiges« Fach ist. Psychiatrie lernt man auch aus Büchern, klar. Aber vor allem lernt man von denen, die Erfahrung im Beruf haben.

Und das sind keineswegs nur die Oberärztinnen, sondern oft auch erfahrene Pflegekräfte.

Um Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie werden zu können, muss man nach dem Studium eine mindestens fünfjährige klinische Weiterbildung absolviert haben, davon zwölf Monate in der Neurologie. Ein Weiterbildungskatalog der Ärztekammer legt fest, welche Kenntnisse wir in der Weiterbildungszeit zur Fachärztin erwerben und anwenden müssen. Hierzu gehören mindestens 300 psychiatrische Behandlungsfälle, Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Gutachten für Betreuungs-, Sozial- und Strafgerichte sowie Theorieseminare. Eine Besonderheit unseres Faches ist, dass wir im Rahmen der Weiterbildung nicht nur Patienten behandeln, sondern selbst eine Art Therapie absolvieren müssen – genannt »Selbsterfahrung«. 150 Stunden nehmen wir selbst verpflichtend entweder an einer Gruppen- oder Einzelselbsterfahrung teil.[2]

Warum müssen angehende Psychiaterinnen selbst eine Therapie machen?

Gängige Vorurteile über Menschen, die in der Psychiatrie arbeiten, sind: »Die haben alle selbst einen an der Klatsche« oder »Die therapieren sich doch alle selbst«. Immer wieder ein Brüller, wenn Sie mich fragen. Nun könnte man ja annehmen, die für die Erlangung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebene »Selbsterfahrung«, die de facto eine Einzel- oder Gruppenpsychotherapie ist, belegt die Richtig-

keit dieser Annahme. Kein Chirurg, keine Internistin, kein Gynäkologe muss während der Facharztweiterbildung verpflichtend eine »Selbsterfahrung« machen, warum dann angehende Psychiaterinnen? Aus meiner Sicht gibt es hierfür zwei Gründe.

Der erste Grund ist, dass wir selbst das wichtigste »diagnostische Werkzeug« für unsere Patienten sind – wichtiger als Apparate wie die Computertomografie oder der Kernspintomograf und wichtiger als alle Laboruntersuchungen oder Tests, die wir durchführen. Der Chirurg untersucht einen Patienten und hat den Verdacht: Der Knochen ist gebrochen. Den Beweis hierfür liefert das Röntgenbild. Der Chirurg ist darauf angewiesen, dass das Röntgengerät bestimmungsgemäß funktioniert. Dass es klare, scharfe, verlässliche Bilder liefert, keine verwaschenen »Könnte sein, könnte nicht sein«-Aufnahmen. Nur mit diesen kann er die Diagnose eines Knochenbruches sichern oder ausschließen.

Wir haben keine Röntgengeräte, keine technischen Mittel, die unsere Verdachtsdiagnose, unseren klinischen Eindruck objektiv bestätigen oder ausräumen. Wir haben keine Röntgengeräte für gebrochene Seelen. *Wir sind* die »Seelen-Röntgengeräte« für unsere Patienten. Unser Wissen, unsere Erfahrung, unsere Intuition – und unsere Einschätzung dessen, was wir bei unseren Patienten sehen, hören und wahrnehmen – entscheiden darüber, ob etwas noch im Bereich des »Normalen« liegt, eine Normvariante des Menschseins ist oder bereits die Grenze zur psychischen Störung überschreitet. Unser klinischer Eindruck ist dabei entscheidend. Natürlich immer gepaart mit unserem Fachwissen und unserer Berufserfahrung, aber entscheidend in vielen Situationen, so finde ich zumindest, sind der klinische Eindruck, die Intuition, das »Bauchgefühl«.

Diese Sätze mögen seltsam klingen und bestätigen vielleicht Ihre Vorbehalte gegenüber meinem Berufsstand. »Intuition und

Bauchgefühl? Wenn ich zu einer Ärztin gehe, will ich klare Diagnosen und Behandlungsempfehlungen aufgrund wissenschaftlich erwiesener Fakten. Kein Stochern im Nebel aufgrund von Intuition und Bauchgefühl!« Ich stimme Ihnen völlig zu – *nur* mit Intuition und Bauchgefühl sollte kein Arzt und keine Ärztin arbeiten, auch und gerade Psychiaterinnen nicht. Bevor wir beispielsweise Psychopharmaka verschreiben, sollten wir uns anhand geltender Diagnosemanuale sicher sein, dass tatsächlich eine psychische Erkrankung vorliegt – und dies nicht nur »bauchgefühlsmäßig« annehmen. Das tun wir auch, wir arbeiten nach wissenschaftlichen Standards. Und dennoch bleibt es aus meiner Sicht dabei: Ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit lässt sich nicht zwischen zwei Buchdeckel bannen, nicht in Testbatterien abbilden, *wir* sind die entscheidenden Röntgengeräte für »gebrochene Seelen«.

Wenn mir ein weinender Mensch gegenübersitzt, der kaum ein Wort herausbringt vor lauter Schluchzen und mir alle typischen Symptome einer Depression schildert – er kann nicht schlafen, grübelt nur noch, hat keinen Appetit, kommt morgens kaum aus dem Bett, möchte keinen Menschen sehen, am liebsten wäre er tot, dann kann ich diese Symptome lehrbuchgemäß »abhaken« und gemäß der geltenden Diagnosemanuale und des klinischen Eindrucks eine schwere depressive Episode diagnostizieren. Wenn mir dieser Mensch aber sagt, dass vor einer Woche seine Frau nach langer Krebserkrankung gestorben ist, sieht die Sache gleich ganz anders aus. Dieser Mann hat keine Depression, er betrauert den Tod seiner geliebten Ehefrau. Seine Reaktion, eine Woche nach ihrem Tod, ist kein Zeichen einer psychischen Erkrankung, sondern im Gegenteil ein Zeichen, dass mit ihm, psychiatrisch-diagnostisch betrachtet, alles in Ordnung ist.

Säße er mir lachend gegenüber, würde ich mich fragen, ob entweder die Ehe sehr unglücklich war und er nun maßlos erleichtert ist – oder ob er die Tatsache nicht realisiert, dass seine Frau verstorben ist. Dies könnte dann ein Hinweis auf eine psychische Störung sein (beispielsweise eine Demenzerkrankung). In diesem Fall springt mein eingebautes »Seelen-Röntgengerät« an. Es vergleicht das, was ich höre und sehe, mit meiner Lebenserfahrung, mit dem, wie die meisten Menschen auf den Tod eines geliebten Menschen reagieren würden. Ich hake nicht Symptome eines Diagnosemanuals ab, sondern fühle mich in mein Gegenüber ein. Wie würde es mir gehen an seiner Stelle? Wie habe ich es bei anderen Menschen in seiner Situation erlebt? Haben sie genauso intensiv getrauert wie er oder sprengt seine Trauer den Rahmen des Erwartbaren? Dauert sie länger als »normal«? Ist sie ausgeprägter als üblich? Wie wäre es, wenn seine Frau nicht erst vor einer Woche, sondern bereits vor drei Jahren gestorben wäre? Empfände ich seine Trauer dann noch immer als angemessen und nachvollziehbar?

Warum aber denn nun die verpflichtende Selbsterfahrung aka Therapie im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung? Kann man nicht einfach mit ein bisschen Lebenserfahrung und Menschenkenntnis »Seelen röntgen«? Ich glaube nicht. Wenn wir das entscheidende diagnostische Instrument sind, um unsere Patienten einzuschätzen, muss unser »Seelen-Röntgengerät« möglichst frei von eigenen »Störbildern« sein. Stellen Sie sich ein Röntgengerät für Knochen vor, dessen Linse einen Fehler hat. Dieser Linsenfehler führt dazu, dass auf allen mit diesem Gerät gemachten Bildern eine scharfe weiße Linie auftaucht. Weiße Linien beim Röntgen von Knochen können Hinweis auf einen Bruch sein. Aufgrund der defekten Linse wird ein Chirurg also bei allen mit diesem Gerät

geröntgten Knochen den Verdacht auf einen Bruch haben – und einen Gips anlegen oder im schlimmsten Fall operieren. Obwohl der Knochen völlig intakt war und nur die Linse einen Fehler hatte.

Wenn ich als angehende Psychiaterin einen »Fehler in der Linse« habe, wird sich dieser Linsenfehler meines »Seelen-Röntgengeräts« ebenfalls auf die Diagnostik und Behandlung meiner Patienten auswirken. Um beim Beispiel des Unterschieds zwischen Trauer und einer Depression zu bleiben: Wenn ich selbst den Tod meiner Mutter vor vielen Jahren noch nicht verwunden habe und noch immer so um sie trauere, dass diese Trauer meinen Alltag bestimmt, werde ich es vermutlich »normal« finden, wenn ein Patient seit dem Tod seiner Mutter vor zehn Jahren ebenfalls noch immer trauert und alle Symptome einer anhaltenden, schweren Depression zeigt. Ich werde eher einen »Seelenverwandten« in ihm sehen als einen – nach objektiven Maßstäben betrachtet – anhaltend depressiven Patienten, dessen Trauer den erwartbaren Rahmen einer »normalen« Trauerreaktion sprengt und der psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt werden sollte.

Wenn ich als Ärztin selbst täglich eine Flasche Wein trinke, werde ich einen objektiv kritischen Alkoholkonsum meiner Patienten vermutlich nicht so beherzt thematisieren wie eine Kollegin, die überhaupt keinen Alkohol trinkt. Ein klassischer Fall von »Linsenfehler«, dem es auf die Spur zu kommen gilt – im Interesse meiner Patienten. In meiner Selbsterfahrungsgruppe haben wir uns ein ganzes Wochenende mit dem Thema »Tabus« beschäftigt. Welche Themen waren in unserem Elternhaus tabu? Worüber durfte nicht gesprochen werden? Welche Themen sind mir heute unangenehm, sodass ich sie tunlichst vermeide? Solche eigenen »Tabuthemen« könnten in meinem Job als Psychiaterin und Psychotherapeutin ein »Linsenfehler« sein – wenn nämlich genau das

Ansprechen dieser Tabuthemen meinem Patienten helfen könnte. Wenn beispielsweise für mich das Thema Sexualität tabu ist – wie soll ich dann einer Patientin helfen, die unter ihrer Angst vor sexueller Nähe leidet? Oder einem Mann, der meine Hilfe aufgrund eines suchthaften Pornografiekonsums sucht? Wenn für mich das Thema Sexualität tabubehaftet ist, werde ich unbewusst diese Themen weiträumig »umschiffen« – und sollte besser nicht Sexualtherapeutin werden.

Genau dazu dient die verpflichtende Selbsterfahrung im Rahmen der Facharztweiterbildung. Sich eigener Tabuthemen, eigener noch nicht bewältigter Lebensthemen, eigener »Macken« bewusst zu werden – um sie nicht zu »Linsenfehlern« in der Behandlung unserer Patientinnen werden zu lassen.

Der zweite Grund, warum ich die verpflichtende Selbsterfahrung im Rahmen der Facharztweiterbildung wichtig finde, ist: Ärzte sollten wissen, wie sich das für die Patienten anfühlt, was wir als Behandelnde mit ihnen machen. Es kann sehr überraschend und erhellend sein, mal die Rollen zu tauschen. Ich habe während meines Studiums auf einer Intensivstation Nachtwachen gemacht, um mir etwas dazuzuverdienen. Zusammen mit einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger habe ich damals bis zu sechs schwer kranke Patienten versorgt. Da sie alle nicht aufstehen durften, habe ich in den Jahren meiner Tätigkeit dort bestimmt Hunderte von Menschen auf einen metallenen Schieber, eine Bettpfanne gesetzt, die wir in einem Abstellraum lagerten. Jahre später, als ich frisch operiert auf einer Intensivstation lag, musste ich selbst zum ersten Mal auf einer solchen metallenen Bettpfanne »Platz nehmen«. Und bin vor Schreck laut quiekend fast aus dem Bett gefallen – das Ding war eiskalt. »Haben Sie die aus dem Eisfach geholt?«, fragte ich die Krankenschwester, die mir die Bettpfanne gebracht hatte.

»Nein«, erwiderte sie lachend, »die lagern wir in einem Gestell im Abstellraum«. Ich hatte also Hunderte von Patienten auf eine eiskalte Bettpfanne gesetzt, ohne mir darüber bewusst zu sein. Ich hatte selbst keine Ahnung gehabt, wie unangenehm es sich für meine Patientinnen angefühlt haben musste. Hätte ich es gewusst, hätte ich die Bettpfanne vorher in der Spüleinrichtung für Bettpfannen angewärmt.

In der Selbsterfahrung machen angehende Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen selbst die Erfahrung, wie es sich anfühlt, im Rahmen einer Therapie nach sehr intimen Dingen gefragt zu werden. Wie war die Beziehung zur Mutter? Welche negativen Erfahrungen gab es in der Familie? Welche in der Schule? Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie durch die entscheidende Prüfung gefallen sind? Wie gehen Sie mit Ihren Ängsten vor dem Alleinsein um? Warum suchen Sie sich immer wieder Partner aus, von denen Sie wissen, dass Sie in der Beziehung mit ihnen unglücklich werden? Warum versuchen Sie noch immer, den Ansprüchen Ihrer Eltern gerecht zu werden, obwohl die doch schon lange tot sind? Diese Fragen stellen wir unseren Patienten ganz selbstverständlich – es ist gut zu wissen, wie es sich anfühlt, mit solchen Fragen konfrontiert zu werden.

Aus diesen beiden Gründen – zum Erkennen eigener »Linsenfehler« und um selbst zu erfahren, wie es sich anfühlt, in der Therapie auf den Zahn gefühlt zu bekommen – halte ich es für überaus sinnvoll, dass die Selbsterfahrung zur Facharztausbildung verpflichtend dazugehört. Meiner Meinung nach sollte dies für alle Ärztinnen und Ärzte gelten, auch Internisten und Chirurginnen würde Selbsterfahrung sicher guttun. Und ihren Patienten auch.

BARBARA JOST ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, systemische Therapeutin und leitende Oberärztin in einer akutpsychiatrischen Klinik. Seit mehr als 26 Jahren arbeitet sie in der Psychiatrie. Bekannt wurde sie durch die ARD-Doku-Serie Akutstation Psychiatrie. Mithilfe von Glasmurmeln schließt sie stille Verträge mit ihren Patienten: Bleibt die Murmel in der Tasche, signalisiert sie Stabilität. Wird sie abgegeben, ist sofort Hilfe nötig. Als „Murmelärztin" setzt sich Barbara Jost für einen offenen und vorurteilsfreien Umgang mit psychischen Erkrankungen ein.

Sie finden Barbara Jost online unter: www.murmelärztin.de

DIE PSYCHIATRIE IST EINER DER MEISTGEFÜRCHTETEN ORTE UNSERER GESELLSCHAFT. ZU UNRECHT.

Barbara Jost arbeitet seit mehr als 25 Jahren dort, wo Menschen in ihren schwersten Krisen Hilfe suchen. Als Psychiaterin erlebt sie täglich, wie schnell jede und jeder von uns an einen Punkt geraten kann, an dem nichts mehr geht. Und wie oft neue Hoffnung dort beginnt, wo man sie am wenigsten erwartet.

Offen, klug und überraschend zeigt sie, was wirklich auf psychiatrischen Stationen geschieht, räumt mit Mythen über Psychopharmaka, Zwangsmaßnahmen und geschlossene Stationen auf und erklärt, warum psychische Erkrankungen uns alle betreffen.

Ein Buch, das die Angst vor der Psychiatrie nimmt – und den Blick auf psychische Erkrankungen grundlegend verändert.

www.gu.de
€ 18,00 [D]
ISBN 978-3-7589-0408-0