

FAMILIENSELBSTHILFE - PSYCHIATRIE  
**ANGEHÖRIGE PSYCHISCH KRANKER**  
IM LANDESVERBAND BERLIN E.V.

**WIR INFORMIEREN ÜBER:**

**Familienselbsthilfe Psychiatrie**

**die Arbeit des Landesverbandes**

**unsere Gesprächsgruppen**

**Projekte für psychisch Beeinträchtigte**

**die psychiatrische Versorgung  
in Berlin**

**Veranstaltungen des Landesverbandes**

**gesetzliche Neuregelungen**



*Liebe ApK-Mitglieder,  
wir wünschen Ihnen und Ihrer Familie ein frohes, sonniges und  
erholsames Osterfest und wir hoffen, dass Sie in den Osterfeiertagen  
neue Kraft und frischen Lebensmut schöpfen können. Für eine ruhige  
Mußestunde möge die Ihnen vorliegende  
ApK-Infozeitung zur informativen und unterhaltsamen Lektüre dienen.*

*Frohe Ostergrüße  
Ihre Apk-Inforedaktion*





Das Projekt ist ein Angebot des Landesverbandes Berlin e.V. Angehöriger psychisch Kranker



## Liebe Mitglieder!

Mit unserem Projekt „Von Mensch zu Mensch“ bieten wir aktive Freizeitgestaltung und Alltagslösungen für Menschen mit psychischen Problemen.

Mit ehrenamtlichem Einsatz werden psychisch beeinträchtigte Menschen, die nicht / nicht mehr ihren Alltag allein bewältigen können, individuell in ihrer häuslichen Umgebung begleitet: Das kann der Weg bspw. zum Amt oder zum Einkauf sein. Oder es ist die Suche nach einem Sportverein oder einem Chor in der Nähe. Möglich sind auch begleitete Museums- und Konzertbesuche oder ein gemeinsames Kaffeetrinken. Gerne kommen die Ehrenamtlichen in´s Haus oder Sie verabreden sich zu einem Ausflug.

Dieses Angebot ermöglicht den Angehörigen Entlastung und Zeit für eigene Aufgaben.

Ich berate Sie gern und freue mich auf Ihren Anruf!!  
Telefonnummer: 030/84 31 57 14.

Ihre Gudrun Weißenborn

Unser Projekt ist ein vom Senat Berlin und den Pflegekassen anerkanntes Angebot nach SGB XI § 45 c.  
Die Finanzierung der Angebote wird bei Anspruchsberechtigung über die Pflegekasse gewährleistet.



Der Flyer unseres Projektes liegt dieser Ausgabe bei.

# Die Arbeit des Landesverbandes

## Apk-Mitgliederversammlung 2011

---

Am 11. März fand die jährliche ordentliche Mitgliederversammlung der Angehörigen psychisch Kranker Landesverbandes Berlin e.V. statt. Unseren Mitgliedern, die nicht an der Mitgliederversammlung im Rathaus Wilmersdorf teilnehmen konnten, geben wir hier einen kurzen Verlauf wieder.

Frau Gudrun Weißenborn begrüßte als Versammlungsleiterin die anwesenden Mitglieder und stellte deren Beschlussfähigkeit und die ordnungsgemäße Versammlungseinberufung fest.

Nach der Genehmigung des Protokolls 2010 verlas das Vorstandsmitglied Marianne Schumacher den umfangreichen Geschäftsbericht über die im Apk Berlin geleistete Arbeit im Jahr 2010. Der Geschäftsbericht 2010 wird auf unserer Homepage auf der Seite Transparenz öffentlich gemacht.

Grossen Eindruck machte die Vielfalt an Aktivitäten und Projekten, besonders aber das stetig wachsende Ansehen des Berliner Landesverbandes als Interessenvertreter der Angehörigen psychisch Kranker bei den öffentlichen Institutionen und auf politischer Ebene. Frau Schumacher bedankte sich bei allen ehrenamtlich tätigen Mitgliedern, ausdrücklich dankte sie Frau Weißenborn für ihre Ausarbeitung der Konzepte für die beiden Projekte, für die wir die finanzielle Zuwendung vom Land Berlin erhalten haben.

Unser Vorstandsmitglied und für die Finanzen zuständige Heidemarie Müller stellte ihren Bericht über die Finanzen 2010 vor und erläuterte den geplanten Etat für 2011. Die stellvertretende Buchprüferin Dagmar Hasse bestätigte die ordentliche, gewissenhafte Buchführung. Frau Müller dankte Herrn Reim für seine hilfreiche Mitarbeit bei der Bewältigung des Finanzsektors. Eine ehrende Danksagung, mit Überreichung eines Blumengebindes, erhielt Heidemarie Müller selbst durch Marianne Schumacher für ihre jahrelange, extrem umfangreiche ehrenamtliche Arbeit für unseren Landesverband.

Frau Schulze zur Wiesche dankt allen ehrenamtlich tätigen Mitgliedern und warb zur Aufrechterhaltung unseres Verbandes um neue ehrenamtliche Mitarbeiter.

Nach einer erholsamen und unterhaltsamen Kaffeepause mit köstlichem, selbstgebackenem Kuchen hielt Herr Dr. Volkmar Aderhold, Psychiater, tätig am Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald, einen Vortrag zu dem Thema: "Vorstellung der Forderungen der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“



Heidemarie Müller

(DGSP) zur Anwendung der Antipsychotika – 10 Forderungen der DGSP“.

**Die Folien zum Vortrag sind auf unserer Homepage im Internet veröffentlicht: [www.apk-berlin.de](http://www.apk-berlin.de), Link: Public Relation, Öffentlichkeitsarbeit, 2011 Apk-Mitgliederversammlung, Vortrag: “Forderungen der DGSP zur Anwendung von Antipsychotika – die 10 Forderungen der DGSP“.**

Dagmar Hasse

## Vortrag von Volkmar Aderhold auf der Mitgliederversammlung

Der Vortrag regte zu einer lebhaften Diskussion an und wurde mit großem Applaus bedacht.

Einige der interessanten Anmerkungen von Dr. Aderhold wollen wir hier wiedergeben:

- Er stellte z. B. eine neue Studie vor. Man untersuchte sieben Jahre lang bei 211 an Schizophrenie Ersterkrankten Veränderungen in der Gehirnstruktur, die auf Gefahren der Medikation hinweisen könnten. Es zeigte sich: Bei langer Dauer der Einnahme der Antipsychotika ist eine leichte Reduktion der grauen und weißen Substanzen im Gehirn festzustellen. Typika und Atypika bei den Medikamenten zeigen da keinen Unterschied. Auch die Schwere der Erkrankung hat weniger Einfluss. Selbst Drogeneinnahme nicht. Die Dauer der Einnahme der Medikamente ist das Problem. Das ist bisher die beste Studie zu diesem Thema.
- Eine Empfehlung lautet: Die Medikamente nicht ganz absetzen, aber die niedrigste Dosis nehmen. Es sollte auch nur ein Antipsychotikum auf einmal gegeben werden und nicht mehrere gleichzeitig. Denn bei Polypharmazie ist das Mortalitätsrisiko erhöht.



Dr. Volkmar Aderhold, Dr. Melene Bahner

- Durch zu hohe Dosierung werden die Menschen unter Umständen von ihren Lebensmöglichkeiten abgehalten! Die Gefühle flachen mit der Dauer der Einnahme ab, z. B. bei Verliebtsein. Wenn die Medikamente abgesetzt werden, kommen diese Gefühle wieder, aber der Patient könnte bei diesen „unbekannten Gefühlen“ (des Verliebtseins) manchmal wieder psychotisch werden!
- Es ist sehr wichtig, die Medikamente langsam abzusetzen, z. B. 10% in 6 Wochen.
- Bei der Intervall-Behandlung gilt: Nach der Absetzung der Medikamente sollte nichts zwischendurch genommen werden, selbst wenn es dann zu einem Rückfall mit erneuter Medikation kommen sollte, – das ist besser, als die ganze Zeit über die Medikamente zu nehmen!
- Ein gutes Zeichen ist es auch, wenn die Patienten für Schlaf ab 23 Uhr sorgen: Menschen die rechtzeitig „in die Falle gehen“, sind seltener psychotisch!

Soviel zu den Medikamenten. Zu der Behandlung von Psychosen ist als grundsätzliche Maxime zu empfehlen: Gut ist multidisziplinäre Hilfe im Verbundsystem mit frühestmöglicher Integration in Ausbildung und Beruf, mit professioneller Unterstützung wie bei „supported employment“ und der „supported education“.

Gut sind auch psychosebegleitende Soteria-Behandlungen wie z. B. in Zwiefalten bei München. Ein kleines Team begleitet den Kranken und achtet auf die richtige Distanz und Nähe.

Gut ist vor allem die „need-adapted-treatment“ Behandlung nach finnischem Modell. Darunter ist vor allem zu verstehen: Ein ausgebildetes Team sucht bei Akutbehandlung innerhalb von 24 Stunden den Erkrankten in seiner vertrauten Umwelt zu Hause auf. Wichtig ist der

Einbezug von vielen Bezugspersonen, aufmerksames Zuhören und flexibles Eingehen auf die psychische Situation. Bei der Langzeitbehandlung ist sehr wichtig, eine langfristige, tragfähige Beziehungskontinuität, wenn es sein muss. fünf Jahre lang, zwischen Behandlungsteam und Patienten aufzubauen. Das Behandlungsteam hat in Finnland eine dreijährige, systemische Ausbildung hinter sich. Psychiatrieerfahrene und Angehörige sollten in das Behandlungsteam mit einbezogen werden. Bei der Behandlung mit Antipsychotika hat der Patient ein Mitspracherecht. Der Patient in Finnland hat ein gesetzliches Recht auf Psychotherapie.

Dr. Werner Schütze, vom Klinikum in Nauen arbeitet dort als Chefarzt in seiner psychiatrischen Abteilung mit der need-adapted-treatment- Methode. Dr. Schütze berichtete in der Diskussion darüber: Die Behandlung nach diesem Modell sei ziemlich aufwändig und erfordere viel Flexibilität. Er berichtet von Erfolgen mit dieser Methode. Es erfordere aber Erfahrung und gehe manchmal nur begrenzt, z. B. auch deshalb, weil die Personalbemessung, die in der Psych KG vorgeschrieben ist, oft unterlaufen wird, wenn zu wenig Personal eingesetzt wird. Das Modell mit der „need-adapted-treatment“ Methode soll aber fortgesetzt werden.

Hier noch die Zusammenfassung einiger Empfehlungen von Dr. Aderhold, auch an die Adresse des ApK:

- Es sind neue Finanzierungssysteme in der Entwicklung, neue Entgeltsysteme wie z. B. bei der Integrierten Versorgung, dem Persönlichen Budget und bei den Entgeltsystemen in den Kliniken. Die richtigen Entgeltsysteme können Innovationen ermöglichen! Da sollte auch der ApK Einfluss nehmen!
- Es gibt keine echte Lobby in der Psychiatrie. Hier fehlt es an politischem Druck. Der ApK sollte verstärkt an die gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien gehen. Man könnte sie auch einladen.
- Es fehlt in Deutschland an einer bestimmten Art von an Leitlinien orientierter Schizophrenie-Behandlung wie z. B. NICE in GB oder PORT in den USA.
- Es fehlt eine verbindliche Meldung aller klinischen Studien!

Die Absicht des Memorandums der DGSP ist, was auch im Interesse vom Angehörigenverband ist: Die Tür zum Hometreatment soll auch in Deutschland aufgehen!

Eleonore Fink

## Am Beispiel Nauen – Bedürfnisangepasste Behandlung nach finnischem Modell

---

**Zu einem Aufsatz von W. Schütze,  
U. Karwinkel (Nauen), V. Aderhold (Hamburg)**

Kurzeinleitung von Eleonore Fink

Dr. Werner Schütze, der Gast auf unserer ApK-Mitgliederversammlung am 11.3.11 war, ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Nauen, die zum Versorgungsgebiet der Havellandkliniken GmbH gehört. Hier in Nauen gibt es bereits ein in den letzten Jahren aufgebautes Beispiel für die Anwendung des Behandlungsmodells nach skandinavischem Vorbild mit der Bedürfnisorientierten Methode („need-adapted“) und dem Einsatz von Hometreatment.

In der Zeitschrift „Kerbe“ 3/2010 der Evangelischen Behindertenhilfe, BEB, hat Werner Schütze, zusammen mit seinem Mitarbeiter Ulrich Karwinkel und Volkmar Aderhold, einen Aufsatz veröffentlicht, in dem die Voraussetzungen, Strukturen der Durchführung, ein praktisches Beispiel und die bisherigen Erfahrungen und Zwischenergebnisse dieses Modells beschrieben werden. Mit seiner freundlichen Erlaubnis drucken wir das „Beispiel“ hier ab, weil es gut zur Veranschaulichung des Vortrags von Dr. Aderhold auf unserer Mitgliederversammlung passt. Außerdem möchten wir unseren Lesern die „Erfahrungen“ und bisherigen „Ergebnisse“ dieses Modells nicht vorenthalten. Wenn wir uns als ApK-Verband an der öffentlichen Diskussion von neuen Strukturen wie Hometreatment und Bedürfnis-angepassten Behandlungsmethoden beteiligen wollen, ist es sicher wichtig, ein Klinikbeispiel dafür, das sozusagen vor unserer Berliner Haustür liegt, kennenzulernen und zu verstehen. Hier das Beispiel:

### **„Aus der Praxis**

Herr A., 30-jährig, kam abends in Begleitung des Rettungsdienstes und seiner Eltern in die Notaufnahme. Zuvor hatte er sich mit den Eltern in einem Einkaufszentrum in der Umgebung aufgehalten, wo er plötzlich und aus nicht erklärlichen Gründen einen akuten Erregungszustand erlitt und davon sprach, ihn beschimpfende Stimmen zu hören. Vom Sicherheitsdienst des Einkaufszentrums fühlte er sich bedroht und wollte weglaufen. Die Eltern schilderten, dass sich Herr A. seit ca. zwei Wochen verändert habe. Er sei zunehmend verschlossen, misstrauisch und unruhig. Schlafen könne er kaum noch.

In einem vergleichbaren Zustand hätten sie ihren Sohn noch nicht erlebt. Der Patient erhielt in der Notaufnahme Lorazepam zur Beruhigung und es wurde die Aufnahme auf unsere allgemeinpsychiatrische Station vereinbart. Am nächsten Morgen kamen wir zu der Einschätzung, dass es sich wahrscheinlich um eine erste psychotische Episode im Rahmen einer paranoiden Schizophrenie (F20.0) handelt. Entsprechend unserer Behandlungsgrundsätze sahen wir von der Gabe eines Neuroleptikums ab, verordneten zur Beruhigung weiterhin Lorazepam und organisierten die bedürfnisangepasste Behandlung. Das erste Psychoseteam, bestehend aus einer Sozialarbeiterin, einer Ärztin und einem Psychologen, fand sich schnell zusammen. Das Team nahm Kontakt mit dem Patienten auf der Station auf und lud ihn und die von ihm als wichtig benannten Bezugspersonen (die Eltern sowie die ältere Schwester) zu einem ersten Netzwerktreffen am selben Tag ein. In diesem Treffen ging es neben der Kontaktaufnahme um die gemeinsame Einschätzung der Situation und die erste mögliche, bedürfnisangepasste Hilfestellung. Außerdem erläuterten die Mitglieder des Psychoseteams unser Hometreatment-Konzept. Da sowohl der Patient als auch seine Verwandten von dem Erlebten zutiefst verunsichert waren, wurde zunächst der weitere Aufenthalt von Herrn A. auf der Station und ein weiteres Netzwerktreffen am Folgetag vereinbart. In diesem Treffen gelang es dem Team, Herrn A. und seine Angehörigen zu ermutigen, das Krankenhaus zu verlassen und die Behandlung mit dem Psychoseteam zu Hause fortzusetzen. Zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung bestand noch eine produktiv psychotische Symptomatik mit paranoidem Erleben und akustischen Halluzinationen, die Entlassungsmedikation bestand aus Lorazepam 4 x 1,5 mg. Die weiteren sieben Monate besuchten wir den Patienten und sein Netzwerk, dessen Kern weiterhin aus seinen Eltern und der älteren Schwester bestand, in seiner Wohnung. In den ersten Wochen fanden dort zweimal wöchentlich Netzwerktreffen statt, später wöchentlich und im abschließenden Behandlungsabschnitt vierzehntägig und vierwöchentlich (insgesamt 22mal). Es gelang dem Patienten mit Unterstützung seines Netzwerks sowie des Psychoseteams, trotz zwischenzeitlicher Verschlechterung seines Zustands die psychotische Episode ohne Neuroleptikagabe zu überwinden. Wir passten die Lorazepam-Dosis nach der gemeinsamen Einschätzung des Befindens von Herrn A.

---

in den Netzwerktreffen kontinuierlich an. Ab April war der Zustand von Herrn A. insgesamt so stabil (es bestand keine produktiv psychotische Symptomatik mehr, der Patient war affektiv stabil und im Kontakt gut erreichbar), dass keine Medikation mehr notwendig war. Andere wichtige, die Behandlung betreffende Entscheidungen, bspw. Häufigkeit und Ort der Netzwerktreffen oder die Teilnahme weiterer Personen an den Treffen, wurden ebenfalls durchgehend gemeinsam in den Netzwerksitzungen getroffen. Abschließend wurde auf Herrn A.'s Wunsch das Ende der Begleitung durch das Psychoseteam beschlossen. Der Patient nahm in der Folgezeit gelegentliche Angebote unserer Ambulanz (z. B. Hilfestellung des Sozialdienstes bei der Klärung seiner finanziellen Situation) wahr. Er und seine Angehörigen wissen, dass sie sich bei Bedarf jederzeit an das Psychoseteam wenden können.“

Am Ende des ersten Praxisjahres kann die Klinik in Nauen nun auf sechs Behandlungen, zunächst beschränkt auf Ersterkrankungen, nach Prinzipien des Need-Adapted Treatment, zurückblicken:“

#### **ZWISCHENERGEBNISSE – am Ende des ersten Praxisjahres:**

- „Die sechs psychotisch erkrankten Patienten (vier weiblich und zwei männlich) waren im Alter zwischen 20 und 37 Jahren.
- Wir vergaben viermal die Diagnose „paranoide Schizophrenie“ (F20.0) und zweimal „akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie“ (F23).
- In allen sechs Fällen fanden nach dem Erstkontakt weitere Netzwerktreffen statt.
- Alle Patienten befanden sich zu Beginn der Behandlung entweder vorübergehend zur Krisenintervention oder auch nach Wiederaufnahme in stationärer Behandlung.
- Insgesamt waren 14 Behandler an den Home-treatments beteiligt (sieben Pflegekräfte, zwei Ergotherapeutinnen, zwei Ärztinnen sowie zwei Psychologen, eine Sozialarbeiterin).
- Insgesamt fanden ca. 65 Netzwerktreffen außerhalb der Klinik statt. Im Durchschnitt waren es zehn Netzwerktreffen pro Patient. Die Frequenz der Netzwerktreffen variierte in den verschiedenen Behandlungsphasen von dreimal wöchentlich bis einmal pro Monat.
- Drei Patienten erhielten im Laufe der Behandlung Neuroleptika, drei überwandten die psychotische Erstepisode ohne Neuroleptika.

Alle sechs Patienten erhielten vorübergehend Lorazepam.

- Zu den Behandlungen erfolgten insgesamt ca. 20 Supervisionsstunden beim leitenden Arzt der Klinik.
- Ende 2009 gab es drei aktive und drei ruhende Teams.

Inzwischen stoßen wir an organisatorische Grenzen. Die bisherigen Organisations- und Finanzierungsformen erlauben keine Ausweitung. Deshalb suchen wir nach alternativen Entgeltformen und sind zum Ergebnis gekommen, dass uns ein sektorübergreifendes Finanzierungsmodell (Regionalbudget) ermöglichen würde, mehr Patienten in der beschriebenen Weise zu begleiten.

Wir setzen derweil unsere Qualifizierungsmaßnahme fort. Seit 2010 gibt es einen zweiten Ausbildungszyklus, womit dann 2/3 unserer Mitarbeiter und Kollegen geschult wären. Auch eine Gruppe der bereits ausgebildeten Kollegen soll weiter geschult werden, damit sie dann möglicherweise einen 3. Zyklus selbst gestalten können. Damit sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass sich das System später aus sich selbst heraus erneuern bzw. weiterbilden kann.

#### **Die Erfahrungen**

Die eindrücklichsten therapeutischen Erfahrungen sind die grundlegende Verschiedenheit der einzelnen (Behandlungs-) Verläufe sowie die Intensität, mit der die Behandler involviert sind.

Im Krankenhaus tätige Therapeuten (Damit sind alle beteiligten Berufsgruppen gemeint.) sind es gewohnt, im Schutz einer etablierten Institution zu arbeiten. Die Institution Krankenhaus arbeitet mit Definitions- und Behandlungsstandards, in die die Patienten eingeordnet werden. Individuelle Bedürfnisse und Lebenskontexte können nur in sehr begrenztem Rahmen mitgedacht und berücksichtigt werden. Psychische Krankheit wird somit nur unzureichend als Ausdruck zwischenmenschlicher Störungen verstanden und i.d.R. unter unzureichender Berücksichtigung zentraler interindividueller Kontexte behandelt. In der Behandlungspraxis einer psychiatrischen Station oder Tagesklinik können vielmehr häufig Anpassungsleistungen an die standardisierten Vorgaben der Institution als Behandlungserfolge verkannt werden. Diese Anpassungsleistungen haben oftmals wenig mit einer nachhaltigen Besserung der Situation des Betroffenen in seinen Lebensbezügen zu tun.

---

Diese sind nach seiner Entlassung aus der Institution häufig nicht relevant und tragfähig. Das gilt leider häufig auch für innerhalb der Institution erbrachte Entwicklungsschritte. Es könnte so im Zusammenhang mit der standardisierten Krankenhausbehandlung psychischer Krankheit vom Vorrang der „treatment adapted needs“ vor dem „need adapted treatment“ gesprochen werden. Den in der Psychiatrie therapeutisch Tätigen dagegen bietet die Institution mit ihren Vorgaben Sicherheit, Orientierung und oftmals das für die Berufsausübung wichtige Gefühl, die nachhaltige Gesundung psychisch kranker Menschen mitzuerleben und selbst wichtige Beiträge dazu geleistet zu haben.

Das angesprochene Erleben der Behandler, sich beim Hometreatment mit psychotischen Menschen und ihren Netzwerken auf einen überaus intensiven und komplexen Prozess einzulassen, hängt mit dem Verlassen der Institution und dem Hineinbegeben in das Lebensumfeld der Betroffenen wie auch mit der dadurch erforderlichen Neuorientierung in der Therapeutenrolle zusammen. Behandler sind nun nicht mehr Experten der Erkrankung und Lotsen im Heilungsprozess innerhalb einer Orientierung und Sicherheit bietenden Institution. Sie sind gefordert, von ihrer traditionellen Expertenrolle Abstand zu nehmen und darauf zu vertrauen, dass die Betroffenen und ihr Netzwerk selber wissen bzw. gemeinsam entwickeln, was die Erkrankung/die Symptomatik im Kontext bedeuten könnte und was das günstigste gemeinsame Vorgehen ist. Die Aufgabe der Behandler ist es nun, den Erkrankten sowie die Mitglieder seines Netzwerks so miteinander ins Gespräch zu bringen, dass das für den Betroffenen Unsagbare, das sich in der Symptomatik (etwa in den vom ihm halluzinierten Stimmen) ausdrückt, eine gemeinsame Sprache findet.

Überhaupt Sprache: alle Stimmen sollen im Dialog des Netzwerks gehört werden und gleichberechtigt nebeneinander stehen können. Die Therapeuten stellen ihre Eindrücke und Überlegungen wertschätzend durch Reflexionen zur Verfügung. Der Patient und sein Netzwerk sollen so wichtige Impulse erhalten, um eigene Bewältigungsmöglichkeiten mobilisieren zu können.

Das ist alles sehr ungewohnt und für alle Seiten verunsichernd. Wir haben oftmals in der häuslichen Umgebung der Patienten Einblicke in komplizierte Dynamiken zwischen dem Erkrankten und Mitgliedern des Netzwerkes

bekommen, die sich im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht geboten hätten. Es ist uns dabei häufig schwergefallen, uns in die neue Therapeutenrolle zu finden. Etwa aus in der Familie des Patienten gut eingeübten, aber dysfunktionalen (entwertenden, rigiden, aggressiven, grenzüberschreitenden oder vernachlässigenden) Kommunikationsmustern konstruktive Dialoge zu machen, in denen auch noch die halluzinierten Stimmen als gleichberechtigte Stimmen im Chor hätten gewürdigt werden können. Es gibt therapeutisch noch viel zu lernen.

Wie eine unserer Krankenschwestern für die Pflegekräfte formuliert hat, tun sich einige am Hometreatment beteiligte Pflegende mit dem geforderten therapeutischen Selbstverständnis insgesamt noch schwer. Zur Verunsicherung trägt zudem bei, dass die im Krankenhaus gewohnte ärztliche Anwesenheit entfällt. Die Anforderung, auch in brenzlich erscheinenden Situationen mit dem Netzwerk selbstverantwortlich um zumindest bis zum nächsten vereinbarten Treffen tragfähige Lösungen zu ringen, ist schwierig. Das gilt für alle Beteiligten.

Organisatorisch hat sich gezeigt, dass der Aufwand von Hometreatment personell und zeitlich hoch und im Rahmen des berichteten ersten Probelaufs logistisch sehr aufwendig ist. Alle Behandler mussten sich aus ihren alltäglichen Aufgaben lösen und arbeiteten neben dem laufenden Alltagsgeschäft in einem Psychosteam. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die im Schichtdienst arbeitenden Pflegekräfte besonders zu kämpfen hatten, sich aus dem Alltagsbetrieb der Stationen herauszulösen, um regelmäßig an Netzwerktreffen teilnehmen zu können. Das setzte gerade für die Pflegekräfte viel Flexibilität und Engagement voraus.“

**Soweit der Teil-Abdruck aus diesem interessanten Artikel. Wenn Sie, liebe Leser, Näheres erfahren wollen oder Kontakt aufnehmen wollen, erhalten Sie die genaue Anschrift der Klinik und die Email-Adressen der Verfasser in unserer Geschäftsstelle.**

# Die psychiatrische Versorgung in Berlin

## Ein kurzer Eindruck von den 6. Berliner Psychiatrietagen 13.1.–15.1.2011

---

Berichtet von Eleonore Fink

### **Thema: „Die süchtige Gesellschaft – Sucht im Wandel der Zeit“**

Die Berliner Psychiatrietage finden, von der Charité organisiert, immer in der 3. Januarwoche statt. Es gab wieder interessante und intensive Vorträge. Über: Alkoholabhängigkeit, Internetsucht, Glücksspielsucht, Drogenabhängigkeit und Sexsucht.

Ich hatte diesmal nicht so viel Zeit, an allen drei Tagen, z. T. von morgens 9 Uhr bis abends 19 Uhr, teilzunehmen, sondern ich habe nur bei einigen Veranstaltungen reingeschaut wie z. B. beim Thema „Doppeldiagnose: Abhängigkeit und psychische Erkrankungen“, das uns Angehörige ja auch besonders beschäftigt. Es gab eine Reihe von neuen Erkenntnissen und Informationen dazu z. B.:

- Bei Doppel- oder Dualdiagnosen gibt es in Berlin nach wie vor kaum integrierte Versorgungsangebote, wo beide Probleme zugleich behandelt werden. Nach wie vor ist das Krankheitsbild schwierig zu diagnostizieren, weil Krankheitsbilder imitiert werden. Die Behandlung ist mit hohen Kosten verbunden. So kommt es immer noch vor, dass die Krankheit erst nach 10 bis 15 Jahren richtig diagnostiziert wird z. B. bei Bi-Polaren.
- Es gibt neue Studien über den Drogenkonsum bei Jugendlichen, die zeigen, dass die Klientel der Drogensüchtigen „altert“: Von 1990 bis 2008 steigt das Durchschnittsalter beständig an, so dass sich bald die Frage stellt: Wohin mit den älter gewordenen Drogensüchtigen?
- Die Behandlung mit Substituten wie Methadon hat sich als erfolgreich erwiesen. Doch diese Substitute müssen auch akzeptiert und nachgefragt werden.
- Es gibt Studien, die zeigen, dass bei Interviews von psychisch kranken Jugendlichen erstaunlich viele, die um die 20 Jahre alt sind, aussagen, dass sie sich in ihren Gedanken beeinflusst und kontrolliert fühlen. Hier spielt vielleicht der Cannabis-Konsum eine Rolle, da das Risiko, an Psychosen zu erkranken, um das 4,3fache erhöht ist. Auch die verbreitete Internet-Sucht könnte zu dem Ergebnis beitragen. Aber auch soziale Einflüsse spielen mit: Sehr hoch ist bei den psychisch kranken Jugendlichen auch der Anteil aus Trennungsfamilien.

- Der Konsum von Drogen, was den Typ der Drogen oder die Art der Einnahme anbelangt, verändert sich ständig. Eine besonders gefährliche Versuchung unter ganz jungen Leuten ist im Moment die Einnahme eines Schmerzmittels mit dem Namen „Tilidin“. Es wird in Tropfenform genommen und eignet sich deshalb besonders zur Täuschung z. B. wenn man das Fläschchen fälschlicherweise als harmlose „Magentropfen“ umetikettiert. Man kann dann die Drogentropfen vor aller Augen konsumieren, ohne dass Eltern oder Lehrer aufmerksam werden. Der Inhalt ist aber sehr gefährlich. Tilidin ist ein Schmerzmittel der Stufe 2, das zunächst eine angenehme Wirkung an: Es lockert und erleichtert Kontakte bei denen, die gehemmt sind. Und es mindert den Appetit bei der Nahrungsaufnahme. Aber die mittelfristige Wirkung von Tilidin ist sehr gefährlich. Selbst bei regelmäßigem Fitness-Studie-Besuch kann es zu Muskelabbau kommen. Es zeigen sich auch plötzliche Krampfanfälle und eine extreme Reizbarkeit. Auch die Libido ist eingeschränkt bei längerem Konsum. Das sind die Probleme auch beim Entzug, und nur wenige Ärzte kennen sich damit aus.
- Nach den Vorträgen gab es auch eine lebhaft Diskussionsrunde unter den Fachleuten und mit den Zuhörern, mit Problemen und Vorschlägen. Ein Hauptproblem bei Doppeldiagnosen in Berlin ist, dass das Angebot an Aufnahmemöglichkeiten der speziellen Einrichtungen und die Behandlung durch Psychiater nicht ausreicht. „Patienten fallen durch die Maschen“. Finanziert wird die Behandlung oft über die Eingliederungshilfe. Es fehlt auch an wirksamer Öffentlichkeitsarbeit. Das Thema „Sucht“ müsste überall als ein ernst zu nehmendes Thema anerkannt werden. Es fehlt aber an der Ausbildung von Experten, die z. B. in der Schweiz besser ausgebildet sind. Es fehlt auch an sofort wirksamen Medikamenten und sofort einsetzbaren Therapien, so dass die Helfer durch Misserfolge oft frustriert sind.  
Für die Substitution von Drogen braucht es noch bessere Bekanntheit der Anlaufstellen. Das gilt auch für Leute mit Migrationshintergrund wie Vietnamesen und Türken und Polen. Es werden auch zu wenig z. B. türkische Therapeuten einbezogen.  
Diskutiert wurden auch Fragen wie „Strafen oder Straffreiheit“? Oder die Erschwerung von

---

der Zugänglichkeit von Suchtmitteln (wie beim Alkohol in Schweden) oder deren soziale Ächtung wie bei Zigaretten.

Wichtig ist, dass die Anlaufstellen für diejenigen, die von Doppel-Diagnosen betroffen sind, wirklich bekannt und zugänglich sind. Deshalb werden die wichtigsten Adressen, die ich bei meinem Besuch mitbekam, hier aufgeführt. Sie sind unter diesen Bezeichnungen leicht im Internet zu finden:

**AID**, Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige, mit Ambulanzen für Integrierte Drogenhilfe Psychosoziale Betreuung in Kreuzberg, Neukölln und Friedrichshain

**PROWO**, Wegweiser Suchthilfe, Berlin

**Par-ce-val**, Jugendhilfe und Suchthilfe im

Verbund, Berlin und Brandenburg

**Landesstelle Berlin für Suchtfragen e.V.**, Gierkezeile 39, 10585 Berlin, Tel. 34 38 91 60. Dort gibt es auch Informationen über Suchtselbsthilfegruppen in Berlin.

Eine Gesamtübersicht von 155 Seiten über die Sucht- und Drogen-Hilfe in Berlin gibt es in einer Broschüre von 2003 der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz im Internet herunterzuladen: „Sucht Drogen – Rat & Hilfe“.

Das waren nur einige Eindrücke von dieser großen Tagung. Die nächsten Berliner Psychiatrietage finden 2012 wieder in der 3. Januarwoche statt. Das Thema steht im Moment noch nicht fest.

## Die psychiatrische Versorgung in Berlin

### 4. Bipolar-Selbsthilfe-Tag am 21.1.2011 im Humboldt-Klinikum in Reinickendorf

---

#### Thema: „Bausteine zum Umgang mit der Bipolaren Störung“

Einleitung von Eleonore Fink

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Vivantes Humboldt-Klinikum in Reinickendorf und die bipolaris-Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg, in Kooperation mit der DGBS, Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störung, luden ein zum 4. Bipolar Selbsthilfetag und viele kamen: z. B. hat Bipolaris, 2008 gegründet, bisher ca. 50 feste Mitglieder, aber fast doppelt so viele füllten für 6 Stunden den Tagungsort, die malerisch gelegene Tagesklinik der Humboldt-Klinik. Es gab Vorstellungen, Vortrag und sehr intensive Workshops.

Unser Angehörigenverband war dort vertreten mit Frau Berg-Peer, die unseren Verband sehr gewandt vorstellte, Frau Dr. Grötzebach, die beim ApK eine Bipolar-Gruppe leitet, und mir.

In der Einführung hörten wir: Ein zentrales Anliegen einer Veranstaltung wie dieser ist der Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen, ein Austausch, der Ermu-

tigung bringt. Der Gastgeber der Veranstaltung, das Humboldt-Klinikum in Reinickendorf, hat sich in der Abteilung Psychiatrie besonders stark auf die Behandlung von bipolar Erkrankten spezialisiert und hat da eine führende Stellung. Ein besonderes Angebot ist z. B. die bipolare Tagesklinik und das Angebot von Psychoedukation für alle: Es wird ein standardisiertes Programm angeboten von 12 Sitzungen, in denen die Betroffenen lernen, mit ihren Stimmungsschwankungen umzugehen. Sie erhalten Basisinformation über ihre persönlichen „Frühwarnsysteme“ und lernen ihre eigene Rhythmen kennen und sie stabilisierend zu beeinflussen. Es gilt, die eigenen evtl. „dysfunktionalen“ Gedanken zu identifizieren und selbst zu lenken und dann evtl. gegenzusteuern, z. B. in Kommunikation mit anderen, vielleicht nach einem „Krisenplan“. So können die persönlichen Belastungsfaktoren in der Balance gehalten werden, Wochenpläne können entrümpelt werden, um schließlich Halt zu finden in einem sozialen Netzwerk, das funktioniert. Es geht um eine kluge Einteilung der täglichen Energie: 1/3 Vergnügen, 1/3 Ruhe, 1/3 Arbeit als Faustregel sind angesagt.

Medikamente können helfen beim „Kappen“

---

oder „Deckeln“ der Stimmungsschwankungen, der Einsatz von Verhaltenstherapie ist darüber hinaus eine besonders wirksame Hilfe, um diese Balance zu erreichen und zu sichern. Für die kognitive Verhaltenstherapie gilt allerdings noch: Es fehlt an einem Netzwerk von Psychotherapeuten, die ansprechbar sind und einbezogen werden können. Da gibt es Wartelisten und zu wenig Angebot an Therapeuten. Da muss noch an einer Verbesserung der Situation gearbeitet werden.

Nach den informativen Einführungsrunden wurde fast 3 Stunden lang in Workshops gearbeitet. Frau Berg-Peer, Frau Dr. Grötzebach und ich gingen absichtlich in unterschiedliche Workshops, damit wir ein breites Spektrum von Eindrücken für den Angehörigenverband sammeln konnten.

### **1. Workshop-Bericht: „Viel hilft viel? Wie viele Pillen braucht der Mensch?“**

von Eleonore Fink

Moderator: Prof. Peter Bräunig, Humboldt-Klinikum

Mein Workshop wurde von Prof. Peter Bräunig vom Humboldt-Klinikum geleitet und hatte den Titel „Viel hilft viel? Wie viele Pillen braucht der Mensch?“ Prof. Bräunig hat eine besonders entgegenkommende, verbindliche Art auf gleicher Augenhöhe im Umgang mit anderen und wohltuend ist auch sein optimistischer Grundton. So betonte er das gewaltige Fortschrittstempo in den letzten 20 Jahren bei der Behandlung von bipolaren Erkrankungen. Es gibt inzwischen weniger Neuerkrankungen. Der Einsatz von Medikamenten ist vielseitiger und wirksamer geworden. Früher gab es nur Lithium mit seinen Nebenwirkungen. Es machte oft träge und langsam, drückte auf die Schilddrüse und schädigte die Nieren. Auch heute kommt es noch manchmal zum Einsatz, es wirkt z. B. besonders gut anti-manisch. Aber daneben gibt es zahlreiche andere wirksame Medikamente wie die bekannten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, die bei der Stabilisierung helfen. Selbst das gute alte Haldol kommt noch kurzfristig zum Einsatz, weil es bei der akuten Manie besonders schnell hilft.

Ja, man kann sagen, die bipolar Erkrankten haben von den neuen atypischen Medikamenten am meisten profitiert. Vor allem die Manie ist heute gut in den Griff zu bekommen mit

Medikamenten. Die bipolare Depression dagegen ist auch heute noch schwer zu behandeln, einmal wegen des Switch-Risikos z. B. bei einer „agitierten Depression“ über das Ziel hinaus in eine erneute Manie, zum andern ist die Lösung aus einer depressiven „Versteinerung“, wo alles bis hin zum Wimpernschlag verlangsamt sein kann, schwierig: Die post-manische Depression ist noch ein Riesenproblem. (Prof. Jules Angst, Psychiater an der Universitätsklinik Zürich ist hier ein bekannter Experte, der an dem Problem seit Jahren arbeitet.) Aber es gibt kaum noch pharmakologische Depressionen wie früher häufig, die durch die Umstellung oder Abstellung von Medikamenten entstanden. Da hat man inzwischen an Erfahrung gewonnen.

Der Einsatz von EKT, Elektrokrampftherapie, hilft oft in schlimmen Fällen und ist auch sehr zu empfehlen. Aber die Hilfe ist nicht immer von Dauer. Grundsätzlich gilt bei allen Maßnahmen: Immer entscheidet die „Krankheitslast“, die der Patient trägt und ihre Einschätzung über die notwendigen Maßnahmen. Das gilt für die Variabilität des Einsatzes von Medikamenten genauso wie über die Psychoedukation und die kognitive Verhaltenstherapie, über die eingangs berichtet wurde.

Wichtig für die Gesundung, um Wirksamkeit zu erzielen und Rückschläge und Rückfall zu vermeiden, ist und bleibt aber noch etwas anderes: die eigene Einstellung und das Verhalten der Betroffenen. Viele Patienten leben überhaupt nicht danach oder zeigen keine Compliance oder brechen die Behandlung mit Medikamenten sofort ab, wenn unerwünschte Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme bei Depression sich einstellen. (Bei Manie nimmt man oft ab.) Angst und Sucht verhindern richtiges Verhalten. Gut ist z. B. Sport, kein Leistungssport, aber Sport regelmäßig jeden Tag. Hilfreich ist ausreichend Schlaf und der Verzicht auf nächtliche Ausflüge in den Dschungel der Großstadt.

Bei Manie ist ein Krankenhaus-Aufenthalt besonders gut. Das Krankenhaus kann eine Zufluchtstätte sein, auch vor den eigenen Angehörigen, die bei einer Manie nicht immer alles (Verrückte) mitbekommen müssen. Das vergiftet evtl. nur den Familienfrieden.

Auf der Ärzteseite gilt es noch Fehldiagnosen zu vermeiden z. B. bei der Abgrenzung der bipolaren Erkrankung von einer schizophrenen Psychose. Die richtige Diagnose braucht oft noch zu lange.

---

## 2. Workshop-Bericht: „Du hast das auch? – Erfahrungen mit anderen teilen. Selbsthilfe hilft.“

Teil I von Janine Berg-Peer

Moderator/in: Ilse Coordes und Uwe Wegener, bipolaris e.V.

Dieser Workshop wurde von Frau Coordes und Herrn Wegener geleitet, die beide über eine langjährige Erfahrung mit der Leitung Selbsthilfegruppe „Balance“ in Schöneberg besitzen. Herr Wegener ist Vorstand des bipolaris Selbsthilfeverbandes e.V. Die Teilnehmer/innen in unserem Workshop setzen sich zusammen aus Betroffenen und einigen Angehörigen, die zum Teil mit ihren betroffenen Kindern/Eltern gekommen waren.

Um die Teilnehmer/innen mit einzubeziehen wurde zunächst eine Assoziationstechnik angewandt. In Gruppen diskutierten wir unsere Assoziationen zum Thema „Selbsthilfe“ bzw. „Bipolar“ und hielten sie in einem Mindmap fest. Eine Selbsthilfegruppe wurde von allen wahrgenommen als Unterstützung, Freundschaft, fachliche und persönliche Information, Struktur gebend und insgesamt als große Stütze für den Einzelnen. Zum Thema „Bipolar“ kamen viele Einfälle von Stimmungsschwankungen über Schuldgefühle bis zu „Pech gehabt“.

Im Anschluss daran stelle Frau Coordes sehr lebensnah und anschaulich das Konzept ihrer Selbsthilfegruppe „Balance“ vor. Das Konzept der Selbsthilfegruppe leitet sich aus dem Mittelalter ab, wo sich Menschen mit gleichen Interessen in Gilden zusammenschlossen, um gemeinsam stärker zu sein. Aktuelle Beispiele heute sind etwa auch die Anonymen Alkoholiker.

Die von Frau Coordes vorgestellten Regeln und Abläufe treffen vor allem auf die Balance-Gruppe zu, finden sich aber auch in anderen Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfegruppen treffen sich in der Regel einmal in der Woche für zwei Stunden. Voraussetzung für die Teilnahme ist ausschließlich eine diagnostizierte bipolare Erkrankung (Natürlich muss niemand ein Attest des Arztes mitbringen!). Manche der Gruppen sind sehr groß, was nicht für jeden das Richtige ist. Für Interessent/innen empfiehlt es sich, vorher ein Gespräch mit einer/m Gruppenleiter/in zu führen, um nicht „erschlagen“ zu werden. Für „Neue“ können die angesprochenen Themen anfangs belastend oder erschreckend wirken. Es kann sich auch empfehlen eine Gruppe nach

Alter oder Geschlecht zu wählen. In jedem Fall sollten Interessierte in mehrere Gruppen „hineinschnuppern“, sich in die Gruppe einfühlen und auf die Stimmung zu achten, um in eine passende Gruppe zu kommen.

Wichtig für das Gelingen sind eine formale Struktur und feste Regeln. Die Gruppe beginnt zunächst mit einem kurzen Blitzlicht, wobei es immer eine Zeitbegrenzung gibt. Anschließend wird die Runde gefragt, welche Themen heute diskutiert werden könnten. Themen können etwa sein: Depression, Sexualität, Querulanten-tum oder auch Medikamente, wobei letzteres eingeschränkt werden sollte, weil es sonst zum Dauerbrenner wird. Auch bei der anschließenden Diskussion wird auf Redezeitbegrenzung geachtet, um alle Teilnehmer/innen zu Wort kommen zu lassen. Wer zum Schluss der Gruppe noch ein Redebedürfnis hat, findet im Zweiergespräch immer jemanden, mit dem er sich austauschen kann. Häufig gehen einige nach der Gruppe noch gemeinsam etwas trinken.

Im Workshop weisen Teilnehmer/innen mit Gruppenerfahrung auch darauf hin, wie wichtig eine formale Struktur und feste Regeln für das Gelingen von Gruppen ist, um Frustrationen zu vermeiden. Ein „Kaffeeklatsch“ hat sich als wenig ertragreich erwiesen. Es gibt immer eine/n Moderator/in, wobei die Moderation wechselt. Ausgewählt werden die Moderator/innen nach einem Losverfahren, aber es kann sich auch jemand dafür melden. Wer will, kann als Teilnehmer/in auch anonym bleiben. Vereinbart wird, dass alles Angesprochene in der Gruppe bleibt (Vertraulichkeit), dass es eine Redeliste gibt und dass Konflikte besprochen werden müssen. Niemand darf in der Diskussion Urteile über andere aussprechen, Aufforderungen oder Ratschläge wie „Du solltest ...“ werden ausschließlich auf Anfrage gegeben.

Für mich war es interessant zu hören, dass manche gleich zu Beginn in den Gruppen darauf hinweisen, dass sie heute z. B. sehr aggressiv seien und dass die anderen Teilnehmer/innen ihnen durch ein Zeichen signalisieren sollten, wann es zu viel würde. In der Geborgenheit der Gruppe könne auch eine Rückmeldung über inadäquates Verhalten gegeben werden, ohne dass dadurch Verletzungen entstehen („Brüll mich nicht an!“, „Lass mich mal ausreden“). Hilfreich ist es auch, Optimismus mitzubringen, um die anderen stützen zu können.

Eine wichtige Funktion der Selbsthilfegruppen ist die gegenseitige praktische Unterstüt-

---

zung. Es existiert eine Telefonliste, man ruft sich gegenseitig an, kümmert sich auch mal, wenn jemand nicht mehr auftaucht. Die vielseitigen Kompetenzen in der Gruppe ermöglichen es, sich gegenseitig zu helfen (Anträge ausfüllen etc.).

Für mich waren zwei Erkenntnisse in diesem Workshop besonders wichtig: Nicht nur wir Angehörigen haben Schuldgefühle, auch die Betroffenen denken darüber nach, dass sie ihre Kinder oder Partner/innen vernachlässigen, ihre Eltern belasten oder dem Staat als junger Mensch auf der Tasche liegen. Vielleicht sollten wir Angehörigen öfter berücksichtigen, dass unsere erkrankten Kinder oder Partner/innen durchaus wissen, dass sie uns belasten und dass dieses Wissen zusätzlich zu ihrer Krankheit noch eine weitere Belastung für sie selbst darstellt. Auf meine Frage, was denn Betroffene von uns Eltern erwarten, wenn doch so häufig über uns geschimpft wird (Wir kümmern uns zu wenig, zu viel oder eben falsch), folgte die zweite Erkenntnis. Als ich fragte, ob wir uns ganz zurücknehmen oder den Kontakt dennoch halten sollen, brachte eine Teilnehmer/in brachte es auf den Punkt: „Auch wenn ich meiner Mutter sage, sie solle mich in Ruhe lassen, dann wäre ich ihr doch sehr böse, wenn sie sich daran halten würde.“

### **Workshop-Bericht „Du hast das auch – Erfahrungen mit anderen teilen“, Teil II, „Heilung – Genesung – Recovery“**

Nach der Kaffeepause folgte ein eher theoretischer Teil, in dem Herr Wegener über die Themen Heilung, Genesung, Recovery informierte. Leider konnte ich an diesem Teil nicht mehr teilnehmen, so dass ich die informativen Folien von Herrn Wegener zusammenfasse.

Mit „Das Ende der Unheilbarkeit“ soll mit dem Mythos Unheilbarkeit aufgeräumt werden. Eine Genesung von psychischen Erkrankungen ist möglich; Erfahrungen von Betroffenen und Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass eine Genesung von schweren psychischen Erkrankungen realistisch ist – für Jeden! Aber was bedeutet Genesung? Es muss nicht notwendigerweise eine Wiederherstellung ohne Unterstützung und/oder Medikamente bedeuten. Betroffene können aber Bewältigungsstrategien entwickeln, die sie fähig machen, mit ihren Erlebnissen umzugehen und ohne von psychiatrischen Diensten abhängig zu sein. Es muss

nicht um die Verbesserung von Symptomen gehen, sondern Genesung kann als Prozess oder eine Einstellung gesehen werden, der das Individuum dabei unterstützt, Selbstachtung und Identität zu entwickeln und seine Rolle in der Gesellschaft zu finden.

### **Das Recovery-Modell**

Das Recovery-Konzept oder die „Wiedergesundung“ unterstützt das Genesungspotenzial der Betroffenen. Es fördert Hoffnung, zwischenmenschliche Beziehungen, Problemlösungskompetenz, soziale Integration und Selbstbestimmung. Jeder Mensch kann Verantwortung übernehmen und Entscheidungen für sich treffen. Der Recovery-Prozess besteht aus einer Reihe kleiner Anfänge und kleiner Schritte, er ist kein linearer Prozess und kann nicht professionell erzeugt werden. Ohne Hoffnung kann er nicht gelingen – aber wenn man seiner Krankheit couragiert gegenübertritt, kann man Einschränkungen überwinden, unabhängig leben und einen Beitrag zur Gesellschaft leisten. Von Nutzerinnen wird als wichtigste Faktor zur Genesung die Entscheidung, dass es besser werden soll, genannt, gefolgt von Selbsthilfe und Freunde haben. Faktoren, die eine Genesung behindern sind aus der Sicht der Nutzer/innen die negativen Aspekte von Medikamenten und der negative Einfluss von Professionellen.

### **Empowerment**

Mit Empowerment wird ein emanzipatorischer Ansatz bezeichnet, mit dem man Macht über sich und für sich gewinnt. Man gewinnt Einfluss auf das eigene Leben und entdeckt wieder eigene Kräfte und Fähigkeiten. Lernprozesse aus der Empowermentperspektive sind: Auf Ressourcen und Kompetenzen schauen statt auf Defizite und Krankheit. Wichtig sind: Partnerschaftliche Kooperation, Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen – statt gelernter Hilflosigkeit und Demoralisierung –, soziale Unterstützung durch selbstbestimmte Lebensentwürfe und Teilhabe an sozialen Netzen, die Diskussion von Hilfe und Kontrolle – statt einer „fürsorglichen Belagerung“, mit dem Konflikt zwischen wohlwollenden Helfer/innen und eigenen Ansprüchen.

Ich hätte gerne die Diskussion verfolgt, weil ich gemerkt habe, dass auch wir Angehörigen viel von dem Recoverykonzept lernen können. Vielleicht haben wir oft die falschen Wünsche und Hoffnungen für unsere erkrankten Kinder

---

oder Partner/innen? Vielleicht helfen wir zu oft viel, erdrücken mit Fürsorglichkeit oder machen uns zu viele Sorgen, weil wir die kleinen, selbstgesetzten Schritte nicht gebührend sehen oder anerkennen.

Im Workshop erhielten wir eine umfangreiche Literaturliste und Links zu den angesprochenen Themen. Für mich ein interessanter Workshop, aus dem ich wichtige Erkenntnisse mitgenommen habe. Gespräche zwischen Betroffenen und Angehörigen sollten häufiger stattfinden. Einen Dank an Frau Coordes und Herrn Wegener von bipolaris e.V. für ihre kompetente und zugewandte Moderation.

### **3. Bericht über den Workshop „Ständig in Alarmbereitschaft? Meine persönlichen Frühwarnzeichen plus Aufbau eines Frühwarnsystems“**

von Dr. Renate Grötzebach

Moderation: Dipl. Psych. Lilith Rupf und M.Sc. Psych. Marie Tolkmitt

Die Vorstellungsrunde ergab, dass außer einem Elternpaar und mir nur Betroffene in dieser Runde saßen.

Wir mussten alle selbst einschätzen, ob wir uns auf einer Skala von 1 bis 10 als Expert/innen im Frühwarnsystem oder als Leute ohne Erfahrung mit dem Frühwarnsystem einschätzten. Mehrere Betroffene betonten, dass sie die Frühwarnzeichen zwar erkennen könnten, aber nicht gegensteuern könnten.

Aber bei den Frühwarnzeichen, d. h. beim Übergang der Depression in die Manie oder umgekehrt, ist die beste Möglichkeit, einzugreifen. Wir sammelten deshalb gemeinsam die Frühwarnzeichen der Depression. Das sind z. B.: Antriebslosigkeit, Post wird nicht geöffnet, Pflichten werden vernachlässigt, man geht nicht mehr ans Telefon, die Veränderung des Appetits z. B. Heißhunger auf Schokolade, Vernachlässigung der Körperpflege, es fällt schwer, Entscheidungen zu treffen, größeres Schlafbedürfnis, man kommt nicht mehr hoch aus dem Bett, weniger soziale Kontakte, viel fernsehen, Pflichten vor sich herschieben, grundlose Traurigkeit, Ängste, Alkohol zur Verbesserung der Stimmung.

Nach der Pause sammelten wir die Frühwarnzeichen für Manie: größerer Redebedarf, Abnahme des Schlafbedürfnisses, energiegeladener, sprunghaftes Denken, gesteigertes Selbstbewusstsein, vermehrte soziale Kontakte,

Alkohol wird schon mittags getrunken, es wird mehr geraucht, Musik wird sehr laut gehört, das Geld reicht nicht, das Geld sitzt trotzdem lockerer, man kann andere mitreißen und motivieren, da ist eine schnelle Entscheidungsfindung, da ist eine andere Körperhaltung, und vermehrtes sexuelles Interesse, man ist schlagfertig und kreativer, die Risikobereitschaft ist größer, da die Angstgrenze höher liegt.

Aus diesen von unserer Gruppe gesammelten Frühwarnzeichen sollte dann jeder die 6 Frühwarnzeichen herausuchen, die für ihn besonders gelten und dann ein Stimmungstagebuch führen. So kann dann ein persönliches Frühwarnsystem erarbeitet werden mit einem Krisenplan, der besagt, wann und wo Hilfe zu suchen ist.

Man spricht von „Rapid Cycling“, wenn es mehr als 4 Phasen im Jahr gibt, von einer „gemischten Phase“, wenn innerhalb einer Woche sowohl manische wie depressive Zeichen erkennbar sind.

Das sind die Berichte für unsere Info-Leser/innen von uns drei fleißigen ApK-Besucherinnen dieser sehr interessanten und informativen Tagung.

#### **Zum Schluss noch der Hinweis auf wichtige Adressen und weitere Termine zum Thema:**

- Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Vivantes Humboldt-Klinikum ist zu erreichen unter Am Nordgraben 2, 13509 Berlin, Tel. 030-130120
- Die Bipolar-Tagesklinik im Vivantes Humboldt-Klinikum ist zu erreichen: Am Nordgraben 2, 13509 Berlin, Tel. 030-130122418
- Die „bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfvereinigung Berlin-Brandenburg“ ist zu erreichen: Nachbarschaftsheim Schöneberg, Jeverstr.9, 12161 Berlin, Tel. 91708002, [www.bipolaris.de](http://www.bipolaris.de)

Die nächste Informationsveranstaltung von Bipolaris in Zusammenarbeit mit dem ApK LV Berlin ist im April zum Thema „Muss es immer Krankenhaus sein? Alternativen zur vollstationären Behandlung“.

## USE-Standort „pier36eins“, ein außergewöhnlicher Rahmen für ein Geburtstagsfest

---



### ApK-Mitarbeiterin feiert ihren runden Geburtstag in den maritimen Einrichtungen der USE gGmbH

Die langjährige ApK-Mitarbeiterin Dagmar Hasse feierte im Februar 2011 ihren besonderen Geburtstag „stilgerecht“ in einer an der Wassersportallee 2 in Grünau gelegenen, großflächigen Einrichtung der USE gGmbH, Union Sozialer Einrichtungen. Die USE ist ein sozialer Träger in Berlin, der Arbeitsplätze in Werkstätten besonders für psychisch erkrankte Betroffene anbietet. Bei einer Zusammenkunft von ApK- und USE-Vertretern hatte Dagmar Hasse dieses wunderschön am Wasser gelegene Anwesen der USE kennengelernt und sogleich beschlossen, dort solle ihr Geburtstag gefeiert werden. Versammelt waren zahlreiche Mitglieder ihrer großen Familie, Freunde von Dagmar Hasse, und vier ApK-Vertreterinnen waren auch dabei: Karin Peschel, Vera Porth, Maria Abel und Eleonore Fink.

Die Geburtstagsfeier hatte einen besonders festlichen Rahmen. Es gab ein reichhaltiges,

feines Büffet, hervorragend zubereitet und präsentiert von den bei USE beschäftigten Betroffenen. Etwas ganz Besonderes war auch die musikalische Gestaltung des Festes durch Familienmitglieder des Geburtstagskindes. Die erlesene Live-Musik aus Klassik und Unterhaltung am Keyboard, mit Geige, Saxophon und Gitarre zauberte eine feierliche und mit Freude erfüllte Festtagsatmosphäre. Das Geburtstagskind und alle Gäste waren sehr begeistert. Dagmar Hasse hielt eine Ansprache, in der neben ihren zahlreichen familiären Aufgaben auch ihre langjährige Tätigkeit bei dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker erwähnt wurde. Zur Erinnerung: Dagmar Hasse arbeitet seit sieben Jahren intensiv bei ApK mit: Sie war zwei Jahre lang Vorstandsmitglied, sie macht regelmäßige ehrenamtliche Büro- und Beratungstätigkeit und sie ist seit Jahren die zuständige Herausgeberin der ApK-Zeitschrift, der „Info“.

Nach dem festlichen Essen mit herrlichem Ausblick auf das Berliner Gewässer „Dahme“ gab es noch eine Attraktion besonderer Art, zu der uns der USE-Standort „ pier 36 eins“ inspiriert hatte. Eine mehr als 3-stündige Fahrt auf dem liebevoll restaurierten und auf den heutigen technischen Stand gebrachten Salonschiff „METAMERA“ der USE, entlang der hier sehr breiten Dahme durch den Langen See bis nach Schmöckwitz und dann auf der anderen Seite zurück bis nach Köpenick. Das Wetter war zwar verhangen, aber es war eine unvergessliche Atmosphäre, weil wir zu dieser Jahreszeit ganz allein mit einem Ausflugsschiff auf dem Wasser waren. Nichts versperrte den Ausblick nach allen Seiten, die Sonne blendete nicht, es war einfach ruhig und wohltuend.



Die vier ApK- Vertreterinnen saßen bei Kaffee und Kuchen an einem Tisch und unterhielten sich prächtig. Dagmar Hasse war eine perfekte Gastgeberin und kümmerte sich um jeden ihrer Gäste an Bord. Sie ging von Tisch zu Tisch und sorgte für alles. Die Geburtstagsfeier war ein insgesamt 7-stündiges Programm, aber es war niemals anstrengend. Die Zeit verging „wie im Flug“.

Im Namen des ApK-Vorstands überreichte Frau Fink eine Pflanze, eine Bromelie, und gleich eine „süße“ Gießkanne dazu. Dagmar Hasse freute sich sehr über die Teilnahme der ApK-Vertreterinnen und beschloss als Dank noch einen Extra-Kuchen zu backen für den Vorstand, der im Vorfeld der Sitzung mit den Beiratsmitgliedern am 10.3.11 auf den Tisch kommen soll.

Es war ein gelungenes Fest. Wenn Sie, liebe Leser, in ähnlicher Weise die Sozialen Einrichtungen in Berlin nutzen wollen, die Arbeitsplätze im geschützten Rahmen für psy-



Gratulantinnen

chisch Betroffenen bereit stellen, dann wenden Sie sich an unsere ApK-Geschäftsstelle. Sie werden staunen, was die Betroffenen in den zahlreichen Berliner Einrichtungen der sozialen Träger zu bieten haben!

Berichtet von E. Fink



Schiff Metamera

# Die psychiatrische Versorgung

## Neues zur Schizophrenieforschung: Wie eine Doktorarbeit zum Thema „Stimmenhören“ den Forschungsstand beurteilt

---

### Kurzeinleitung von Eleonore Fink

Hier wird ein Text mit freundlicher Genehmigung von Pinel abgedruckt. Pinel hat diese außerordentlich informative Zusammenfassung der Thesen einer Dissertation zu diesem Thema auf der Pinel Homepage veröffentlicht:

[www.pinel-online.de/Nacherzählung\\_](http://www.pinel-online.de/Nacherzählung_)

In den letzten Monaten war das Thema „Doktorarbeiten“ oft in der kritischen Öffentlichkeit. In einer Veröffentlichung von Pinel fanden wir nun einen für unsere ApK-Anliegen interessanten Text: Eine Kurzzusammenfassung der Thesen einer Doktorarbeit (Dissertation) aus dem Jahre 2008 zum Thema „Stimmenhören“ von Frank Puchert, die den Titel hat: „Stimmen, Mitmenschen und Selbstaspekte“. Selbst in der gut gemachten Kurzzusammenfassung von Volker Lenze ist noch deutlich zu erkennen, wie sorgfältig und systematisch eine Dissertation normaler Weise vorgeht: Das Thema wird umfassend angegangen, die gesamte, bedeutsame Literatur wird einbezogen und diskutiert und zum Schluss entsteht eine neue Sichtweise, ein neuer Aspekt, den man so noch nie vorher gesehen hat.

In der Schule dieses methodischen Vorgehens hier also ein Textbeispiel zum „Stimmenhören“ für unsere Leser. Gerade zu diesem Thema, das bei Psychosen und psychischen Erkrankungen oft eine große Rolle spielt, hören wir in der Öffentlichkeit und bei Fachveranstaltungen leider nur selten etwas Genaueres oder Neues. Es scheint auch nicht viele Experten zu geben, die sich mit dem Thema wirklich auskennen.(?)

Hier also der Text – mit Dank für die freundliche Genehmigung an Pinel und die Verfasser:

### Nacherzählung der Doktorarbeit von Frank Puchert, Charité Berlin:

### Stimmen, Mitmenschen und Selbstaspekte

#### Bisherige Forschung

Menschen sind schon immer in der Lage, Stimmen zu hören, deren Quelle nicht ein objektiv messbarer akustischer Reiz ist. Man ist gut beraten, das Stimmenhören von einer allzu en-

gen Bindung an ein Krankheitsgeschehen zu lösen, früher wurden Stimmen hörende Menschen oft als Visionäre geachtet. Bereits im Alten Testament wird über akustische Halluzinationen berichtet Auch heutzutage lassen sich viele Menschen finden, die regelmäßig Stimmen hören, sich aber keineswegs als krank beschreiben würden. Halluzinationen lassen sich zudem durch entsprechende Drogen oder auch Reizentzug provozieren.

- Stimmen hören ist schlicht eine alltägliche menschliche Erlebnismöglichkeit.
- Stimmen hören ist nicht zwangsläufig mit Krankheit in Verbindung zu bringen.

Umgekehrt darf man nicht die Augen vor der Tatsache verschließen, dass ein hoher Prozentsatz der Menschen, die an einer Schizophrenie leiden, Halluzinationen haben und das dabei wiederum das Stimmen hören mit einem überwältigenden Anteil vertreten ist. Es gibt erhebliche Schwierigkeiten mit einer eindeutigen Definition und dementsprechend sind die Zahlenwerte einschlägiger Untersuchungen weit streuend, Halluzinationen entstehen offensichtlich besonders im Umfeld von Schizophrenien sowie bei bipolaren und anderen Depressionen. Unter verschiedenen Fragestellungen kommt aber immer wieder heraus, dass über die Hälfte, eher rund drei Viertel aller schizophren Erkrankten akustische Halluzinationen erleben, also Stimmen hören.

- Halluzination ist nicht eindeutig definiert, es gibt nur eine Konvention.
- Schizophrenie geht sehr häufig mit akustischen Halluzinationen einher.
- Bis zu drei Viertel der Erkrankten hören Stimmen.

Zahlreiche Forscher haben versucht, das Stimmenhören in das Krankheitsgeschehen einzuordnen, sind sie Ausdruck, Folge oder Ankündigung von formalen Denkstörungen, sind es Assoziationsstörungen oder gar Zeichen des Ich-Zerfalls usw. Jeder hat wenigstens ein wenig von seiner These bestätigt gefunden.

Legionen von Psychologen, Analytiker wie Verhaltensorientierte, haben Theorien zum Entstehen des Stimmenhörens entwickelt. Da gibt es Thesen, die besagen, dass bei den Erkrankten die Instanz der Realitätsprüfung gestört sein, dass die eigenen Denk- und Sprechfunktionen sich nie eigenständig entwickelt haben, man also

---

gewohnt ist, in den Denkstrukturen eines anderen mitzufahren usw. Andere fanden z. B. heraus, dass Stimmen fast ausschließlich als allmächtig und allwissend und entweder wohlmeinend oder übelwollend beschrieben werden. Dadurch ist das Verständnis von Coping- (= Bewältigungs-) Strategien verbessert worden.

- Zum Zusammenhang von Erkrankung und Halluzination gibt es massenhaft Forschung.
- Jede Fragestellung hat sich wenigstens ein wenig selbst bestätigt, ein schlüssiges Bild ergibt sich nicht.

Andere Forscher haben sich dann lieber der Erfassung des subjektiven Erlebens gewidmet, Ergebnisse sind u. a.: In der Krise sind Halluzinationen anders als danach, sie werden aber immer als real empfunden und können Denken und Handeln steuern. Zu Stimmen entsteht eine persönliche Beziehung, ähnlich denen zu realen Personen. Wenn man Stimmen eine Bedeutung zubilligt, hilft das, deren Einfluss zu begrenzen. Es wäre hilfreich, wenn Therapeuten versuchen würden, die oft symbolische Sprache der Stimmen zu verstehen, wenn sie den Betroffenen bei ihrer Kommunikation mit den Stimmen helfen würden.

- Die Erforschung des subjektiven Erlebens führt zu vergleichsweise konkreten Ergebnissen.
- Es dürfte hilfreich sein, Betroffene in ihrer Kommunikation mit den Stimmen zu beraten.

### **Fragestellung**

Es erscheint also aussichtsreich, auch hier die Betroffenen als Experten aus Erfahrung ernst zu nehmen. Die Thesen der Doktorarbeit besagen:

- Stimmenhören hat eine psychische Funktion. Es wird angenommen und soll untersucht werden, das Stimmenhören für die Struktur des Denkens und Wahrnehmens eine stabilisierende Wirkung hat.
- Stimmenhören hat recht dauerhafte Inhalte und Strukturen und ist nicht einfach nur chaotisch. Dies gilt beim Einzelnen über längere Zeit. Für mehrere Betroffene lassen sich ähnliche Muster finden.
- Betroffene entwickeln zu ihren Stimmen eine Art persönliche Beziehung, deren Besonderheit lässt sich im Vergleich zu anderen Beziehungen beschreiben.

### **Untersuchte Gruppe**

Befragt wurden Menschen, denen die Diagnose Schizophrenie gestellt worden ist und die sich im Gespräch über die Stimmen unterhalten konnten.

### **Forschungsmethode**

Die Psychologie der persönlichen Konstrukte besagt vereinfacht gesagt, dass Menschen sich in der Welt zurecht finden, indem sie bei der Suche nach Wahrheit zu einer Kombination von Informationssammlung und Bewertung greifen, wobei eine Fülle von Informationen nicht unbedingt bedeutsamer ist als eine bestimmte Erfahrung. Und so leben wir alle in einem persönlichen Netzwerk von Annahmen und Überzeugungen und haben das Ziel, dieses Netzwerk abzusichern und zu verfeinern, um immer bessere Vorhersagen für künftige Ereignisse und Abläufe machen zu können. Diese Vorhersagbarkeit wird als Sicherheit empfunden, das Konstruktsystem kann man auch Persönlichkeit nennen.

So wird alles zum Konstrukt, meine Meinung zum Wetter genauso wie die Gefühle zum Partner, mein Bild von mir selbst ebenso wie die Wertschätzung von Bratkartoffeln. Je nach Fragestellung kann man mehr oder weniger sinnvolle Gruppierungen vornehmen, möchte ich etwas über die Bewertung von Getränken wissen, sollte ich allerdings nicht nach Moralbegriffen fragen, möchte ich etwas über Ängste erfahren, sollte ich nicht nach Automarken fragen usw. Habe ich aber die Annahme, das zu halluzinierten Stimmen eine persönliche Beziehung aufgebaut wird, kann ich sehr sinnvoll mit einer Befragung die Ähnlichkeiten und Unterschiede von Beziehungen zu realen Personen und gehörten Stimmen beschreiben.

So wurde für die hier beschriebene Untersuchung eine spezielle Liste zusammengestellt, von Mutter und Vater über Menschen, mit denen man sich aus sozialen, gefühlsmäßigen oder interessengeleiteten Gründen umgibt bis hin zu verschiedenen Aspekten der Selbst-Wahrnehmung und schließlich zu den Stimmen.

Für jedes der 13 Listenelemente wurde eine Karte angefertigt, den Interviewpartnern wurden im ersten Schritt je zwei Karten vorgelegt und

---

sie sollten benennen, worin sich diese beiden ähnlich oder gerade unähnlich sind. Dabei wird angenommen, dass man in einer solchen Situation eine persönlich wichtige Kategorie (= ein Konstrukt) benennt. Im zweiten Schritt sollte zu den Begriffen jeweils das Gegenteil benannt werden, so ergab sich jeweils eine höchst persönliche Sammlung von Skalen.

In einer Tabelle von einerseits Beziehungspartnern (darunter die Stimmen) und andererseits persönlich bedeutsamen Eigenschaften konnte auf einer Skala zugeordnet werden, z. B. ...trifft für diese Person kaum zu, trifft hier ganz genau zu usw. So konnte sich jeder Befragte in selbst gewählten Vokabeln ausdrücken, alle hatten aber dennoch vergleichbare Aussagen getroffen. Das Ganze wurde gut einen Monat später wiederholt, um eventuelle Änderungen zur ersten Befragung festzustellen.

Mit mathematisch unumstrittenen Verfahren konnte anschließend errechnet werden, welche Bedeutung die einzelnen Listenelemente haben, wie starr oder beweglich das Denken der Befragten waren, wie ähnlich je zwei Elemente eingeschätzt werden, wie zufrieden die Befragten mit sich selbst waren und ob beim zweiten Mal dasselbe heraus gekommen war wie beim ersten Versuch.

### **Ergebnisse**

1. Die Aussagen zu den Stimmen haben dauerhafte, verlässliche Qualität.
2. Alle gemachten Angaben sprechen dafür, dass Stimmen als einem Wesen zugehörig erlebt werden.
3. Meist können Stimmen einem Namen oder Begriff (z. B. Gott, die Außerirdischen,...) zugeordnet werden, manchmal nur einem Geschlecht.
4. Männern gelingt eine derartige Zuordnung seltener, dann sind es schlicht Stimmen. Ob Männer etwas anderes erleben oder sich nur anders ausdrücken, bleibt offen.
5. Stimmen fordern sehr viel Aufmerksamkeit, sie sind im Vergleich zu realen Mitmenschen bedeutsamer.
6. Wenn man chronisches mit akutem Stimmenhören vergleicht, zeigt sich, dass die Bedeutsamkeit von akuten Stimmen nochmals größer ist. Die Bedeutsamkeit ist bemerkenswerter Weise nach Abklingen, im Rückblick, am größten.
7. In den meisten Fällen drücken Stimmen das Gegenteil vom eigenen Ideal aus, nur selten stehen sie genau auf der eigenen Seite, neutral sind sie wohl nie.
8. Stimmen sind manchmal sehr gut, viel öfter jedoch sehr böse, also immer extrem. Sie können zur moralischen Instanz werden.
9. Je negativer die Stimmen wirken, desto bedeutsamer sind sie.
10. Das Erleben der Stimmen ist bedeutsamer als das Erleben der realen Mitmenschen, das gilt insbesondere für Therapeuten, die ja oft eine professionelle Distanz wahren.
11. Zu Stimmen werden beziehungsähnliche Verhältnisse beschrieben, aber sie sind deutlich etwas ganz anderes als alles sonst bekannte, dabei ist ihre negative Bewertung herausragend, sehr selten werden sie gemocht.
12. Stimmen treten in Konkurrenz zu den sonst üblichen Bewertungsmaßstäben.
13. Stimmen können das Bild beeinflussen, das man sich von anderen Menschen macht.
14. Stimmen können Befehle geben. Dabei ist nicht die ihnen zugeordnete Rolle ausschlaggebend, sondern allein die Intensität.
15. Stimmen können verwirrtes Denken ordnen.

### **Wurden die Thesen der Fragestellung bestätigt?**

Stimmenhören hat für die Strukturen von Denken und Wahrnehmen eine stabilisierende Funktion

➔ Es scheint so, dass Schizophrenie das Denken stört und Wertesysteme durcheinander bringt. Andererseits können Stimmen zu einer Instanz werden, die gedankliche und moralische Orientierung erlaubt, auch wenn letztere oft problematisch ist.

---

Stimmenhören ist nicht chaotisch sondern verfügt über relativ konstante Inhalte und Strukturen

- Eindeutig ja, Stimmenhören unterliegt Mustern, die einerseits beim Einzelnen dauerhaft und andererseits bei vielen ähnlich nachgewiesen werden können.

Betroffene haben eine persönliche Beziehung zu ihren Stimmen

- Das muss unentschieden bleiben. Sie werden überwiegend als negativ beschrieben und bleiben fremd. Dennoch können sie erheblichen Einfluss auf das eigene Weltbild nehmen.

### Folgerungen

- Es wird oft als hilfreich empfunden, über Erlebnisse zu reden. Es ist sinnvoll, auch mit Stimmenhörern nach Verständnis des Erlebten zu suchen und deren eigene Sinnfindung zu fördern.
- Obwohl Stimmen meist negativ erlebt werden, scheinen sie in chaotischen Zeiten eine Ordnungsfunktion zu übernehmen. Deshalb ist damit zu rechnen, dass eine Unter-

drückung der Stimmen auch zu Destabilisierung führen kann.

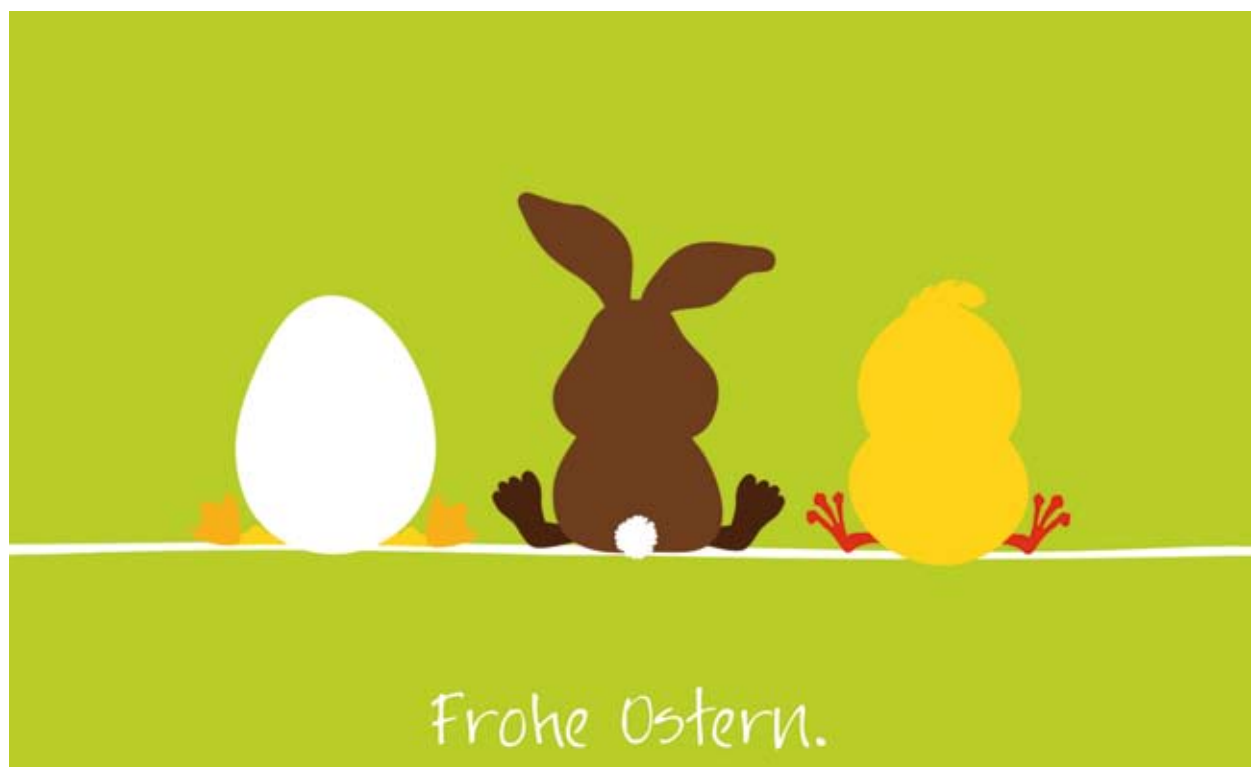
**Nacherzählung von Volker Lenze, Pinel gGmbH, Berlin, nach:**

**Dissertation von Dr. Frank Puchert: Stimmen, Mitmenschen und Selbstaufmerksamkeit, Charité Berlin, 2008**

Hier möchten wir auch noch darauf hinweisen, wo es in Berlin vor allem Informationen zum „Stimmenhören“ gibt. In der Selbsthilfe gibt es Informationen bei: NeST, Netzwerk Stimmenhören e.V., Uthmannstr. 5, 12043 Berlin. Tel. 78718068 Website: [www.stimmenhoeren.de](http://www.stimmenhoeren.de)

Bekannte Literatur zum Thema, die gut lesbar ist, ist z. B.:

„Stimmenhören akzeptieren“ von M. Romme und S. Escher, 2002, Psychiatrie-Verlag. Oder: „Aufbruch aus dem Angstkäfig – Ein Stimmenhörer berichtet“ von Andreas Gehrke, Paranus-Verlag, 2003. Beide Bücher u. a., können in der ApK-Geschäftsstelle, Mannheimer Str. 32, auch ausgeliehen werden.



# Die psychiatrische Versorgung in Berlin

## Beschwerde- und Informationsstelle in Berlin "BIP"

---

**Die zentrale Beschwerde- und Informationsstelle für Psychiatrie BIP wurde offiziell und feierlich am 2. Februar 2011 eröffnet mit einem Tag der offenen Tür.**

Die ansprechend eingerichteten Räumlichkeiten der Beschwerdestelle konnten die Vielzahl der Interessenten kaum aufnehmen. Die Menschen, die die Eröffnung miterleben wollten, standen zeitweise Schlange bis auf die Strasse. Sitzplätze wurden mehrfach genutzt.

Dies beschreibt die hohe Bedeutung der unabhängigen Beschwerdestelle für Betroffene, Angehörige und Professionelle. Mit dem, von dem Landesbeauftragten für Psychiatrie Herrn Beuscher, 2008 verabschiedeten Konzept für das sozialpsychiatrische Beratungs- und Beschwerdemanagement war hier ein Grundstein gelegt worden.

Das unablässige Aufzeigen der Notwendigkeit einer unabhängigen Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und Professionelle und ihre Verbände findet hier endlich Ausdruck.

Damit ist die erste der drei „Säulen“ des Konzepts in die Tat umgesetzt worden. Es fehlt als zweite die Stärkung der Patientenfürsprecher/innen und als dritte die Einrichtung der unabhängigen Besuchskommissionen.

Frau Senatorin für Gesundheit und Umweltschutz Lompscher bestätigte in einem Grußwort die Bedeutung der Eröffnung der unabhängigen Beschwerdestelle. Gleichzeitig signalisierte sie, sich auch weiter für die komplette Umsetzung des sog. drei Säulenprogrammes einzusetzen.

Herr Beuscher zeigte anschließend die geschichtliche Entwicklung der psychiatrischen Versorgung auf. Er unterstrich die dringende Notwendigkeit, die Bemühungen um die Qualität der Hilfsangebote nicht aus den Augen zu lassen, Schwachstellen zu identifizieren und abzubauen. Der Hinweis, das junge Team, trialogisch besetzt und unabhängig vom psychiatrischen Versorgungssystem eingerichtet, nicht zu überfordern und eine Einarbeitungszeit zuzugestehen, bekam großen Beifall.

Das zeigte auf, wie ernst es dem Team mit der Wahrnehmung ihrer unabhängig kritischen Funktion ist. Es konnten unter dem Thema: „Transparenz, Qualität, Mitwirkung“ Wünsche an die Beschwerdestelle formuliert werden. Die anschließenden Arbeitsgruppen wurden von Personen und Verbänden, die sich am nachhaltigsten für die Schaffung der unabhängigen Beschwerdestellen eingesetzt hatten, geleitet

und mit vielen anderen Gästen, vor allem auch Betroffenen, wahrgenommen. Auch von unserem Verband waren eine Reihe Mitglieder da, Frau Crämer vertrat unseren Verband in der moderierten Gesprächsrunde mit Herrn Beuscher, Frau Heselhaus vom Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt, Anette Lorenz, Psychiatrienerfahrene und Frau Dr. Meryam Schouler-Ocak, Charité. Die Moderation hatte Frau Gold als Geschäftsführerin von "Gesundheit Berlin-Brandenburg", Frau Crämer konnte deutlich machen, welcher Stellenwert den Angehörigen bei der Planung und Durchsetzung dieser Stelle zukommt. Es entstand insgesamt das Gefühl, dass hier die Angehörigen mit ihren Sorgen gehört werden. Sehr erfreulich ist weiterhin, dass der Berliner Landesverband gebeten worden ist, sich partiell an der Arbeit der Beschwerdestelle zu beteiligen.

Inzwischen liegen erste Erfahrungen von Angehörigen als Nutzern dieser Stelle vor, die Mut machen.

Abschließend zu der gelungenen Eröffnungsveranstaltung ist die wohlschmeckende Kartoffelsuppe, eine Spende des DGSP, zu erwähnen.

Der Flyer mit allen Kontaktdaten liegt in der Geschäftsstelle aus. Wichtig zu wissen ist, dass anwältliche Beratung regelmäßig angeboten wird und Dolmetscher auch für Gebärdensprache zur Verfügung stehen und dass Beratung in die psychiatrischen Institutionen hinein erfolgt.

Wir, als Verband, wünschen dem Team alles Gute. Wir haben einen Ansprechpartner gewonnen für viele Sorgen unserer Mitglieder und Menschen, die sich zur Beratung an den Verband wenden. Unsere Unterstützung haben wir zugesagt.

Die BIP – Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin hat ihren Sitz in der Grunewaldstraße 82, in 10823 Berlin (Schöneberg).

Mail: [info@psychiatrie-beschwerde.de](mailto:info@psychiatrie-beschwerde.de)

Web: [www.psychiatrie-beschwerde.de](http://www.psychiatrie-beschwerde.de)

Öffnungszeiten: Mo 10–14 Uhr ; Di 14–18 Uhr (zweiwöchentlich 16–18 Uhr Rechtsberatung); Mi 10–14 Uhr nur telefonische Beratung; Do 10–14 Uhr (12–14 Uhr mit Dolmetschern im wöchentlichen Wechsel russische und türkische Sprache)

Dr. Melene Bahner

# Projekte für psychisch Beeinträchtigte und Angehörige

**Ausstellung der ApK-Aquarell-Selbsthilfegruppe  
vom 23. August bis 23. September 2011**

---



Dagmar Hasse

Die Aquarellgruppe, geleitet von unserem ApK-Mitglied Reinhold Crämer, wird im August 2011 eine Ausstellung ihrer Aquarelle veranstalten. Die Ausstellung wird am Dienstag, den 23. August 2011 eröffnet und einen Monat lang zu sehen sein. Die Aquarelle werden ausgestellt in der Galerie Elvy Lütgen in Zehlendorf in der Anhaltinerstr.2, 14163 Berlin.

Bei der ApK-Aquarellausstellung handelt es sich um eine Benefizausstellung, die Galeristin Frau Elvy Lütgen will auf ihre Einnahmen aus dem Verkauf verzichten. Im Voraus herzlichen Dank an Frau Lütgen, sie ist neben ihrer Tätigkeit als Galeristin auch Malerin und Lehrerin an ihrer privaten Kunstschule für individuellen

Kunstunterricht. Weitere Informationen für die, die sich schon auf dieses Kunstereignis einstimmen wollen, findet man im Internet unter [www.elvy-lütgen.de](http://www.elvy-lütgen.de).

Wir, die Mitglieder der Aquarellgruppe, freuen uns sehr und hoffen natürlich auf viele Besucher bei der Vernissage und danach. Der Verkaufserlös wird als Spende an unseren Verein gehen.

Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass Reinhold Crämer in der gleichen Galerie ausstellen wird. Vom 20. April 2011 bis zum 20. Mai 2011 werden in der Galerie Elvy Lütgen seine „Berliner Bilder“ ausgestellt.

Dr. Melene Bahner

## Projekte für psychisch Beeinträchtigt

### **BASTA – das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen**

---

Die bayrische Anti-Stigma-Arbeitsgruppe BASTA protestiert gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen.

Sie ist Teil des weltweiten Programms „open the doors“ der World Psychiatric Association (WPA). Weitere Informationen stehen im Internet unter [www.openthedoors.de/de](http://www.openthedoors.de/de)

## Jubiläumsausstellung der Lankwitzer Werkstätten in der Berolina Galerie im Rathaus Mitte

---



Anlässlich ihres 25jährigen Jubiläums veranstalteten die Lankwitzer Werkstätten unter dem Motto: „Chancen durch Vielfalt und aktive Teilhabe“ eine Ausstellung in Kooperation mit der Galerie ART CRU Berlin. In diesem Rahmen wurden im März 2011 in der Berolina Galerie des Rathaus Mitte, Karl-Marx-Allee 31, Bilder und Vogelskulpturen von ausdrucksvoller Schönheit und bezaubernder Farbigkeit dem öffentlichen Publikum gezeigt. Auch aus anderen Kunstbereichen der Lankwitzer Werkstätten lag eine Präsentation verschiedenartigen Kunstwerke vor. So konnten sich die Besucher an modernem Silberschmuck, Tonmasken und an einer eleganten, sehr bequemen Sitzgruppe aus Stahl und Holz erfreuen. Die Lankwitzer Werkstätten mit ihren Kunstgewerken und die Galerie Art Cru Berlin ermöglichen den Menschen mit Behinderung, ihre künstlerischen Talente zu entfalten und für Ihre Kunstwerke die Bewunderung in der Öffentlichkeit zu erreichen.

Die Lankwitzer Werkstätten haben ihren Sitz am Kamenzer Damm 1,

12249 Berlin;  
[www.lankwitzer-werkstaetten.de](http://www.lankwitzer-werkstaetten.de)

Die Galerie ART CRU Berlin ist die erste Galerie Berlins, die sich auf die Kunst von Menschen mit Behinderung konzentriert.  
Galerie ART CRU Berlin, Oranienburger Str. 27,  
10177 Berlin-Mitte  
[www.art-cru.de](http://www.art-cru.de)

Dagmar Hasse



# Veranstaltungen des Landesverbandes

---

**20. April 2011–  
20. Mai 2011**                      **Reinhold Crämer: Ausstellung „Berliner Bilder“**  
Galerie Elvy Lütgen, Anhaltinerstr. 2,  
14163 Berlin-Zehlendorf  
Tel. 030-7 05 91 21, Mobil: 0172-5 40 43 83

**23. August 2011–  
23. September 2011**                      **Ausstellung des ApK-Aquarellkurses**  
Galerie Elvy Lütgen  
Adresse s.o.

**Fortbildungsreihe mit Ärzten der Charité:  
Jeweils Donnerstag um 19.00 Uhr in der Mannheimer Str. 32**

**09. Juni 2011**                      **Das Soteria Projekt**  
Dr. M. Voss und Götz Strauch

**13. Oktober 2011**                      **Integrierte Versorgung**  
Dr. Ute Eichmann

**10. November 2011**                      **Die Neurotransmitter im Gehirn**  
Dr. Jan Kalbitzer

Nähere Angaben zur Vortragsreihe auf unserer Homepage:  
[www.apk-berlin.de](http://www.apk-berlin.de), Link Veranstaltungen.

---

**Herausgeber:** Angehörige psychisch Kranker – Landesverband Berlin e.V.  
Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin (Wilmersdorf)  
Tel.: 030-863 957 01/03, Fax: 030-863 957 02  
Internet: [www.apk-berlin.de](http://www.apk-berlin.de), E-Mail: [info@apk-berlin.de](mailto:info@apk-berlin.de)

Redaktion: Dagmar Hasse, Eleonore Fink

Fotos: Dagmar Hasse, Eleonore Fink, Ule Mägdefrau, Jutta Crämer

Druck: geesenberg druck, Verein zur Förderung und Hilfe psychisch Kranker, 15755 Teupitz

Spendenkonto: Bank für Sozialwirtschaft, Konto-Nr. 337 36 00, BLZ 100 205 00

---