

## Meine Eindrücke von der LOK-Tagung im Spät-Herbst 2019

Die Tagung stand ganz im Zeichen von der Vorstellung **verschiedener Peer-Projekte im psychischen und psychiatrischen Bereich**, sowohl national als auch international. Sie wurde von den beiden Vereinen LOK (Leben ohne Krankenhaus) und FREIRÄUME realisiert.

Schlechte Erfahrungen von Menschen insbesondere im stationären psychiatrischen Bereich hat einige MitarbeiterInnen der psychiatrischen Klinikbetreuung vor rund 30 Jahren zur Gründung des Vereins LOK bewogen. LOK unterstützt betroffene Menschen durch Wohnmöglichkeiten in Wohngemeinschaften, Tagesstruktur im LOKal, im unverblümt und im LOK couture, und durch aufsuchende Betreuung von KlientInnen in eigenen Wohnungen. Der Verein verfügt auch über eine eigene KlientInnenvertretung.

Er ist zudem einer der Vorreiter im Peer-Arbeit Ausbau. Peers werden beispielsweise im Bereich des Übergangswohnens eingesetzt, ein Betreuungsstützpunkt hat einen Fragebogen zur Evaluierung der KlientInnen-Zufriedenheit entwickelt, und BewohnerInnen dürfen teilweise die Organisationsstruktur mitgestalten, indem es zum Beispiel moderierte Netzwerkgespräche (open dialogues) gibt. Hier treffen mitunter kontroverse Meinungen aufeinander, was aber insgesamt als Bereicherung empfunden wird.

Der Verein **FREIRÄUME** ist dialogisch organisiert, was bedeutet, dass Betroffene, Angehörige und Fachkräfte aus dem sozialen Bereich gemeinschaftlich und gleichberechtigt zusammenarbeiten.

Der „Dialog“ findet derzeit zweimal im Monat statt, und besteht aus jeweils einem moderierten Themenarbeit und einer offenen Gesprächsrunde. Das Motto lautet: „Jede(r) entscheidet frei, was man an Unterstützung geben und annehmen will“.

Der Verein leistet auch Aufklärung und Informationsarbeit zu psychischen Problemen und Krisen in Form von Diskussionen, Schulungen, Medienarbeit und Mitarbeit in politischen Gremien und Arbeitsgruppen. Das Projekt der Krisenbegleitung befindet sich derzeit in Entwicklung.

Beide Vereine haben sich unter anderem zum Ziel gesetzt, die **Selbstverantwortung** der

Betroffenen zu **unterstützen, Krisensituationen gemeinsam durchzustehen**, und ganz allgemein **Interessen von betroffenen Menschen nach außen hin zu vertreten**.

### **Was versteht man unter Peer-Arbeit?**

Peer-Projekte wurden und werden von Betroffenen eigenständig – daher unabhängig von Professionisten-Angeboten – ins Leben gerufen. Peer-Mitarbeiter bringen **(außer der Peer-Qualifikation) ihre persönlichen Erfahrungen und oft auch eine weitere berufliche Qualifikation** ein. Dies kann entweder im stationären, aber auch im ambulanten Bereich erfolgen. Ein Beziehungs-Aufbau zu KlientInnen ist meist aufgrund der größeren Akzeptanz (rascher) möglich. Die Vermittlung eines **vernünftigen Optimismus gegenüber von demoralisierendem Pessimismus** (oft seitens Fachärzten im Falle von Chronifizierung ausgesprochen) ist vorrangig. Zwar keine unrealistische Sichtweise, aber offen zu sein für verschiedene Möglichkeiten. Es gibt unspezifisch (für Menschen mit besonderen Bedürfnissen im Allgemeinen) und spezifisch (im psychosozialen Bereich) arbeitende Peers.

EX-IN Mitarbeiter (in Österreich, siehe unten) nehmen **oft auch eine Vermittlungsrolle** zwischen von KlientInnen in Wohngemeinschaften und Professionisten ein. Sie stellen jedoch nicht nur ein Zusatzangebot für Betroffene dar, sondern können auch in die Organisationsstruktur einwirken, indem sie neue Perspektiven eröffnen.

### **Warum Peer-Support?**

PatientInnen fühlen sich öfter von professionellen Angeboten (insbesondere in der stationären Psychiatrie) unverstanden und sogar falsch therapiert. Nach wie vor bleiben Psychopharmaka oft die Hauptbehandlungsform. Peer-Support kann **eine Ergänzung in traditionellen psychiatrischen Systemen** darstellen.

**Merkmale** von Peer-Gesprächen sind:

- ✓ Begegnung auf Augenhöhe
- ✓ Achten auf Individualität
- ✓ Kontinuität und eine gewisse Regelmäßigkeit
- ✓ Lebensnähe (auch in Bezug auf Umgang mit/von anderen und Schwierigkeiten im Alltag)
- ✓ Hoffnungsträger für bessere Zeiten (aufgrund des Lebensweges der Peers)
- ✓ Menschliche Gesten zeigen/Körperkontakt eingehen ist oft für Peers leichter

Profis können nachvollziehen (wahren aber meist eine gewisse Distanz), Peers aber oft besser verstehen (da sie manches wegen eventuell gleicher Diagnosen selbst erlebt haben)

### **Was bringt Peer-Arbeit KlientInnen?**

Die „Experten aus Erfahrung“ können aufgrund ihrer eigenen Erlebnisse **Strategien zur Bewältigung von Problemen anbieten**. Der Support kann in Form von Vermittlung von Informationen und Wahlmöglichkeiten erfolgen, aber auch sehr individuell abgestimmt werden.

Folgende Themen können beispielsweise besprochen werden: Bedeutung von Diagnosen, Wirkung von Psychopharmaka, Erklärungen, wie es zu psychischen Problemen kommen kann etc..

**Der Fokus wird oft auf die gesunden Anteile der Persönlichkeit gelegt, nicht nur auf Krankheits-bezogene Themen. Peers können als „role models“ wirken.**

Besonders schwer erreichbare KlientInnen haben eine (schnellere) Möglichkeit, Vertrauen zu fassen (und Persönliches anzusprechen) – insbesondere in psychiatrischen settings ist dies (noch) nicht immer möglich.

Umgekehrt hat auch der Peer-Support auf die Peer-ArbeiterInnen positiven Einfluss, denn sie entwickeln meist mehr soziale Kontakte, und aufgrund ihrer Sinn-stiftenden Tätigkeit ein höheres Selbstwertgefühl.

### **Wie empfinden Fachkräfte Peer-Arbeit?**

Einer der ersten Entwicklungsschritte ist, Peers nicht als KonkurrentInnen sondern KollegInnen zu betrachten. Transparenz steigert hierbei die Kollegialität.

Oft kommt es bei einer gelungenen Zusammenarbeit **zur Entwicklung von mehr Verständnis für die Lage der KlientInnen, und auch Bestätigung, dass Recovery funktionieren kann.**

Widerstände erklären sich durch die Sorge, dass ein gewisses Risiko infolge des Einsatzes nicht medizinisch basierter Methoden besteht, auch eventuell durch die ungeklärte Frage der Übernahme der Verantwortung im Falle von massiven Rückschlägen oder von KlientInnen bewusst herbeigeführter Vernachlässigung.

Daher sind eine vorangehende Risiko-Einschätzung und eine eingehende Untersuchung zur Fähigkeit von Entscheidungsfällungen von Seiten der KlientInnen wichtige Voraussetzungen. Hierbei können Behandlungs-Vereinbarungen und PatientInnen-Verfügungen wichtige tools sein, um die Betreuungssituation im Vorhinein zu entlasten.

Professionisten empfinden es öfter sich selbst gegenüber abwertend mit eigenen psychischen Problemen an die Öffentlichkeit zu gehen. Dies fällt Peers naturgemäß leichter.

Eine der Schwierigkeiten besteht dahingehend, dass Gesundheits- und Versorgungssysteme in Österreich nicht einheitlich, sondern aufgeteilt pro Bundesland, geregelt sind. Von einem Inseldasein der Peer-Arbeit **sollte über Netzwerken von Vereinen eine Österreich-weite Lösung angestrebt werden.**

In Ländern wie Norwegen, Schweden und Finnland (Skandinavien), sowie den U. S. A. ist der Einsatz von Peers nichts Neues mehr, **katholisch geprägte Länder stehen oftmals erst am Beginn dieser Entwicklung.** Der karikative Einsatz steht meist noch im Vordergrund. Man könnte es als Fürsorge versus Selbstbestimmung bezeichnen.

Die Rechte von Menschen mit physischen oder psychischen Beeinträchtigungen sind nun **auch in der UN-Konvention durch den Pfeiler der Einbeziehung von Peers** sowohl bei der Planung und Umsetzung in einschlägigen Organisationen menschenrechtlich verankert.

Oft besteht zwar eine gewisse biologisch begründbare Prä-Disposition für die Entwicklung von psychischen und psychiatrischen Problemen, jedoch bin ich (auch) der Auffassung, dass die Umwelt mehr Einfluss auf die Ausprägung von Erkrankungen hat – ebenso im Krankheitsverlauf (siehe Aufbau und Nutzungsmöglichkeit von Ressourcen!). Wenn die biologische Komponente in der Behandlung mehr im Vordergrund steht, werden oft auch mehr Psychopharmaka verschrieben.

Persönlich hoffe ich, dass auch in „klassischen Institutionen“ allmählich der Wert von Peer-Arbeit erkannt und wird, und Peers immer mehr in deren Arbeit eingebunden werden. Dazu müssen jedoch erst vermehrt Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit **mehr Flexibilität innerhalb der Regelabläufe** stattfinden kann.

**Für mich hat der Verein LOK** nicht nur **eine Vorreiterrolle** insofern inne, dass Peers auf allen Ebenen der Organisation mitwirken können, sondern auch dadurch, dass sie das gleiche Gehalt wie die Professionisten erhalten – wahrscheinlich bisher einzigartig in Österreich. Außerdem hat er dargelegt, dass er sich für weitere Initiativen einsetzen, und die bisherigen weiterführen möchte. Da ich selbst bisweilen male, gefiel mir folgender Ausspruch beziehungsweise Vergleich hinsichtlich des Einsetzens von Peers gut: „Farben zum Leuchten bringen, von denen man ursprünglich gar nicht wusste, dass es sie gibt.“

Autorin: Claudia Regner

Im Anhang folgt eine Aufstellung von bei der Tagung vorgebrachten **Beispielen** von Peer-Aus-/Weiterbildungen und Organisationen sowie jeweils Kurzbeschreibungen mit Schwerpunkt auf den deutschsprachigen Raum.

**Zusätzlich Begriffsbeschreibungen**, die aufgrund ihres Umfanges schwer in den Text (daher auf Kosten der Lesbarkeit) eingegliedert werden konnten.

## ANHANG

**EX-IN (experienced involvement)** – erster Ausbildungslehrgang 2014 in St. Pölten – Österreich

*Unterstützung von Menschen mit psychischen und psychiatrischen Problemen (siehe auch Text). Trialogisch konzipiert (psychiatrisch Tätige, Angehörige und Erfahrene) in den Feldern der Öffentlichkeitsarbeit, Lehre, Forschung, Psychiatrie-Planung (und Qualitätssicherung). Kooperation steht gegenüber Compliance (Krankheitseinsicht) im Vordergrund. Systemische Denkweise wird propagiert (Einfluss von Familie, FreundInnen, dem gesamten Sozialraum). Auffinden und Arbeit mit Ressourcen. Konstruktive Hilfe zur Selbsthilfe bzgl. der Verarbeitung von Erlebtem.*

Herr Schön sagte am Ende der Veranstaltung, dass er sich Impulse für seine eigene Arbeit mitnehmen könne, und Herr Prohaska (ehemaliger Klient) plant die eine Ombudsstelle für KlientInnen ab 2020 in Wien anzubieten, eine Art Interessens-Vertretung und Erfahrungsberatung für psychische Gesundheit.

Österreichweite Ausbildungs-Planung:

2020 soll eine open dialogue-Ausbildung in Linz stattfinden. In Innsbruck wird es einen EX-IN Lehrgang geben. Die Joanneum Fachschule für soziale Arbeit in Graz plant den Ersten Österreichischen Lehrgang für Peer-Arbeit in berufsbegleitender Ausbildungsform.

**<omnibus>**, Bregenz (Vorarlberg) – Österreich

*Peer-Beratungsstelle. Arbeitet unter den Gesichtspunkten von Recovery und Empowerment.  
Verein für seelische Gesundheit mit Einbeziehung von Selbsthilfe.*

Ziel ist die Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen. Dazu gehört auch, dass Betroffene mehr in Ihre Behandlung miteinbezogen werden sollten (hinsichtlich Auswahlmöglichkeit betreffend Therapie und Medikamenten).

Es gibt einen telefonischen und persönlichen Journdienst (eine online-Beratung wird selten genutzt), und (Einzel-)Termine (in Form von Hausbesuchen möglich). Beliebt ist das gemeinsame Brunchen. Gäste (zum Beispiel Angehörige) sind willkommen.

*Der Verein stellt sich* in wöchentlichen Besuchen mit (Recovery-)Vorträgen den PatientInnen des Landeskrankenhauses *vor*. Wichtig sind dem Verein auch Ihre Erfahrungsberichte in Kranken- und Gesundheitspflegeschulen. Weiters gibt es dialogische Schulprojekte über psychische und psychiatrische Erkrankungen, welche der Sensibilisierung von SchülerInnen dienen sollen. Ein Mal jährlich wird ein Polizeiprojekt in dialogischem Format durchgeführt (gemeinsam mit der Anwaltschaft für PatientInnen und dem Landeskrankenhaus). Bereits drei Mal hat ein Rotes Kreuz-Projekt stattgefunden. Dieses Jahr gab es erstmalig ein Projekt für Gemeindebedienstete.

Überdies ist der Verein Mitglied im Psychiatrie-Beirat, ist mit MitarbeiterInnen in den jeweiligen Arbeitsgruppen vertreten, und es besteht eine Vernetzung mit anderen Vereinen der psychosozialen Landschaft (beispielsweise pro mente). Er wird vom Land gefördert, kann aber *auch anonym* in Anspruch genommen werden (hat also wenig Dokumentationspflicht!).

**PINEL Netzwerk**, Berlin – Deutschland

*Ambulante Krisenbegleitung* durch Peers, und *Anwendung des Offenen Dialogs* (in Einzelgesprächen und Gruppen-Angeboten) im Zuge des Recovery-Prozesses, sowie Unterstützung von KlientInnenvertreterInnen-Prozessen. Teilweise Einbindung von tiergestützter Therapie.

Das ambulante Krisenteam hat als Ziel vor allem einen psychiatrischen Aufenthalt ihrer KlientInnen – durch *Steigerung der Resilienz und Selbstwirksamkeit* – zu verhindern, da dieser oftmals als starke Zäsur empfunden wird. *Soziale Netzwerke* sollen hierbei *möglichst früh eingebunden* werden.

*Das multiprofessionelle Team (mit Peers) hat gleiche Aufgaben und Verantwortungen. Es gibt eine 24 Stunden-Notfallhotline, eine 24 Stunden-Krisenwohnung, einen zentralen Stützpunkt, und das Aufsuchen von KlientInnen in deren Wohnungen. Die Bereitstellung einer Krisenwohnung wurde auch von LOK bereits angedacht.*

Ein vorausgehender Klinikaufenthalt ist mittlerweile Voraussetzung für die Teilnahme an diesem ambulanten Programm. Die *Betreuungsmöglichkeit* gestaltet sich individuell (zum Beispiel jede Woche oder zweiwöchig – sie wird *laufend angepasst*, daher sind auch immer größer werdende Abstände möglich).

**Das Herzstück ist die Erstellung einer *sozialen Netzwerkkarte sowie eines Krisenplans.***

**Der *Krisenplan* beinhaltet die Struktur inwieweit Netzwerkpersonen in Krisen von KlientInnen eingebunden werden dürfen, und welche Unterstützungsangebote früher geholfen haben.** Dieser wird *zirka halbjährlich überarbeitet*. Es wird also eine möglichst Bedürfnisorientierte Begleitung angestrebt, bei der sich soziale und professionelle Netzwerke gegenseitig abstimmen. Diagnose-schlüssel können auch hinterfragt werden. Es wird eine *beschreibende, nicht bewertende Haltung* gepflegt. Salutogenese wird angestrebt.

Für Peer-MitarbeiterInnen gibt es Fallberatungen und Supervision, der eine einjährige open dialogue-Ausbildung zugrunde liegt. Peers moderieren fortan abwechselnd in Netzwerkgesprächen (und kommen zu Wort, wenn sie nicht gerade moderieren). Sie verdienen derzeit fast das gleiche wie ihre Fachkräfte\_KollegInnen.

Es besteht auch eine Vernetzung mit anderen einschlägigen Vereinen.

**UPSIDES**, Hamburg (in Berlin und Ulm auch) – Deutschland

Das sozialpsychologische und partizipative *Forschungsprojekt entwickelt globale Standards zur Peer-Unterstützung*. Es basiert auf dem Konzept von IMROC (Peer-Organisation aus Großbritannien).

Eine Multicenter-Studie ermöglicht(e) gemeinsame Intervention, Etablierung und Evaluierung – auch außerhalb Deutschlands (sogar in sogenannten Entwicklungsländern, z. B. Quality Rights – Indien). Dies erfolgt zumeist in fünf Schritten („frame works“): Situationsanalyse – Strategie-Entwicklung – Übertragung mit eventueller Übersetzung – Pilotierung und Implementation – abschließend Evaluation. Das Trainings- bzw. Ausbildungs-Programm umfasst *derzeit zwölf Module*. In einer Übung wird ein „*Lebensbaum*“ *gestaltet*, der die eigene Geschichte *von den Wurzeln zu den Ästen* (Was kann man aus seinen gemachten Erfahrungen für die Zukunft mit Fokus auf den eigenen Stärken mitnehmen?) repräsentiert. In der Ausbildung arbeiten erfahrene MitarbeiterInnen, wissenschaftliche und neue gemeinsam (trialogische Organisation). Es gibt eine Tool-Box zu *unterschiedlichen Zusatzmodulen*. Zusätzlich *Systemische Reviews* wie z. B. Literaturinterviews.

Die Auszubildenden sollten sich im Klaren darüber sein, dass sie gewissermaßen von einer passiven zu einer aktiven Rolle wechseln, und die intensive Auseinandersetzung mit sich selbst sehr anstrengend sein kann. Es werden nicht nur bestimmte Techniken gelernt, sondern es erfolgt auch eine differenzierte Auseinandersetzung mit eigenen schmerzlichen Erlebnissen. Die Weiterbildung kann allerdings auch einiges zur eigenen Persönlichkeitsentwicklung beitragen.

Derzeit parallel mit EX-IN (in Deutschland) laufend – jedoch hier mit sehr niederschwelligem, da Kosten-freiem Zugang. Es besteht eine EU-Förderung über fünf Jahre. EX-IN ist teurer geworden, da es kein so stark subventioniertes Förderprogramm für dieses Konzept gibt.

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Gesundheitssysteme wird die Arbeit oft erschwert (beispielsweise werden in Entwicklungsländern selten Medikamente eingesetzt, da sie kaum leistbar sind). *Supervision und ein reger Austausch* ist insbesondere mit jenen Ländern notwendig, wo das Programm ganz neuartig ist. Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten ist dabei aufgrund kultureller Unterschiede nicht immer einfach. UPSIDES ist es wichtig *nicht anzuleiten, sondern auf Augenhöhe zu bleiben*. Laut UPSIDES gibt es kein allgemeingültiges Konzept – das Projekt unterstützt dabei, das eigene zu entwickeln.

Die *Ernsthaftigkeit und Konsequenz der Einbindung von Peers* ist hier selbstverständlich (ähnlich wie bei LOK).

Wichtige weitere Themen sind im Projekt die *Einhaltung bzw. Förderung von*: gemeinsames Wachsen, Geben und Nehmen, Sicherer Rahmen, Respekt im Umgang miteinander, Nicht-direktives Arbeiten, Recovery-Prozesse einbindend, Weiterentwicklung nach Krise(n), Empowerment (Selbstermächtigung), Inklusion, soziale Orientierung... Dies alles soll den KlientInnen ermöglichen, ihren eigenen Weg im Leben zu finden. Das wichtigste dabei sei *Hoffnung zu geben, und den KlientInnen zur Seite zu stehen*.

**LVR-Klinik, Langenfeld – Deutschland**

Peerberatung *in der forensischen Psychiatrie mit suchtkranken Straftätern*.

Es berichtete ein Genesungsbegleiter von der Entgiftungs-Station in Nordrhein Westfalen, der zuerst eindrucksvoll seine eigene Recovery-Reise (inkl. KBT – konstruktive Bewegungs-Therapie) darlegte, und auch die zu meisternde Hürde in seiner Arbeit erwähnte, da es sich hier um einen Zwangskontext in der Unterbringung der zu Begleitenden handelt (Fremdmotivation durch medizinisches Personal). Die Insassen seien oft doppelter Stigmatisierung ausgesetzt (psychisch krank und straffällig geworden).

Er fungiere auch manchmal als Übersetzer in der multiprofessionellen Arbeitsgruppe. Er begrüße es sehr von seinen KollegInnen rasch angenommen und integriert worden zu sein.



**The Living Museum**, Amsterdam – Niederlande (auch in Deutschland und den U. S. A. - New York)  
*Von NutzerInnen gestaltete und organisierte life-events* (auch für Außenstehende zugänglich) in  
*verschiedenen Kunstrichtungen*.

Es werde dazu aufgefordert, auch einmal Risiken einzugehen, nicht nur Fehler zu vermeiden. Fixe Regeln werden vermieden.

Auch bei LOK gibt es eine Wohngemeinschaft, in der es keine direkte Hausordnung gibt – daher muss eine gewisse Bereitschaft aller Beteiligten bestehen sich immer wieder in Diskussionen mit auftauchenden Problemen auseinander zu setzen.

**NSUN** (national survivor user network), London – Großbritannien

Ein von Psychiatrie-NutzerInnen (Menschen mit verschiedenen Traumata) geführtes  
*Forschungsnetzwerk gegen Diskriminierung*. Bietet Unterstützung bei Problemen und *fördert Inklusion*.

Tritt auch mit *Vorschlägen an die nationale Behörde* heran, und entwickelt *Standards zur Umsetzung und Evaluierung*.

Möglich wird dies durch eine breitere politische Unterstützung als in deutschsprachigen Ländern.

**Baltic Street AEH**, Inc., New York – U. S. A.

*Größte von Peers geführte Organisation im Stadt New York*. Sie wurde von acht psychiatrischen Krankenschwestern gegründet.

*Ziel ist die Versorgung von Menschen nach der Entlassung vom Spital*. Die Entwicklungsbegleitung erfolgt in kleinen Schritten.

*Hilfe zur Selbsthilfe* ist ein wichtiges Thema. Wie man mit Krisen und der eigenen Lebenssituation umgeht könne zur Gesundheit (oder zumindest zu einem weniger häufigen Auftreten von Symptomen) und zu Wohlbefinden beitragen. Sehr wichtig sei es auch, den Menschen Hoffnung und Zuversicht zu geben.

Peerberatung im **Kings County Hospital Center**, Brooklyn NY – U. S. A.

Eine Diagnose ist hier nicht Voraussetzung um Peer zu werden – es kann auch ein Trauma vorangegangen sein, oder eine Gefängnis-Erfahrung vorliegen.

Am Beginn wird versucht zu ergründen, wo genau „der Schmerz“ sitzt. Dabei *soll Spiritualität helfen* – diese muss jedoch nicht zwingend mit einer Religion in Verbindung stehen, sie kann auch bedeuten,

sich Sinnfragen des Lebens zu stellen und zu versuchen diese zu beantworten, oder das Vergewärtigen eigener Werte. Spiritualität sei oft individueller, subjektiver und weniger systematisch als Religion.

Durch den Einsatz von zum Beispiel *Meditation* wurden nicht nur positive Auswirkungen auf die Psyche beobachtet, sondern auch auf Physische Komponenten des menschlichen Körpers wie beispielsweise eine Stärkung des Immunsystems. Meditation soll helfen, mehr im Moment leben zu können, den Geist zu beruhigen, und an sich selbst zu glauben.

Auch werden eine *Yoga-Gruppe und Entspannungstechniken* wie das Erlernen einer tiefen Bauchatmung angeboten. Ebenso könnten eine Besinnung auf Naturschönheiten und kleine Freuden im Alltag neue Energie geben. Es sollte letztendlich angestrebt werden, aus der eigenen Opferrolle heraus zu schreiten, und im Erlebten einen Sinn zu finden.

Einsamkeit beziehungsweise eine gewisse Abspaltung von der Gemeinschaft habe oft Abhängigkeiten (Alkohol etc.) zur Folge. Daher wird auch dabei unterstützt gesunde Beziehungen zu pflegen und auszubauen.

#### Exkurs

##### **Forum Psychopharmaka vom Verein FREIRÄUME**

Es hat ein in *trialogischer Arbeitskreis zur Stärkung eines selbstbestimmten Umgangs* mit Psychopharmaka stattgefunden. **Wichtige Punkte aus diesem** sind folgende:

Um Absetzpsychosen zu vermeiden sollten Psychopharmaka *nur schrittweise abgesetzt* werden. Vor allem bei Neuroleptika sollten nicht mehr als 10 Prozent auf einmal reduziert werden. Es sei möglich sich in Apotheken Medikamente in abgeschwächter Form zubereiten zu lassen, jedoch nicht bei Generika. Es könne helfen, während der Verringerung der Medikamenten-Dosierung Bewegung und gesunde Ernährung in den Alltag einzubauen.

ÄrztInnen und auch psychiatrische Fachpersonen, die Ihren PatientInnen eine gewisse Kompetenz zutrauen, seien immer noch in der Minderzahl. Negative Prognosen nähmen oft die Hoffnung auf Besserung. Eine Rollenveränderung werde angestrebt: vom bestimmenden Behandler zu einem partnerschaftlichen Unterstützer, was auch beinhaltet *über Nebenwirkungen aufzuklären*. Dazu wäre es aber notwendig, Ausbildungsinhalte zu ergänzen, und oft sei auch die Vorbereitungszeit des Fachpersonals auf Gespräche unzureichend.

Auch sei insgesamt das System der Psychiatrie zu hinterfragen (besonders in Anbetracht von Zwangsbehandlungen und Unterbringungen). Das persönliche Erleben der Betroffenen sollte im Vordergrund stehen, das heißt es soll nicht die Erkrankung, sondern *das Leiden an sich behandelt werden*. Es sollten auch *Leitlinien für Frauen und Männer* erstellt werden, da heutzutage noch zu wenig

das unterschiedliche Gewicht, die verschiedenen Hormone und auch die aktuelle Lebenssituationen berücksichtigt werden. „So viel wie nötig, aber so wenig wie möglich“ könne als Leitspruch dienen.

*Tipps:*

Leitfaden zum Risiko-armen Absetzen von Psychopharmaka (von Will Hall)

[www.adfd.org](http://www.adfd.org) Austausch und unabhängige Informationen über Nebenwirkungen und Absetzsymptome von Psychopharmaka (private Initiative von Betroffenen und deren Angehörigen)

Begriffsbeschreibungen

Recovery **Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit.** Jedoch nicht im Sinne von Symptom-Freiheit, sondern das **Finden eines Weges hin zu mehr Lebensqualität.** **Akzeptanz von Veränderung** aufgrund von Erkrankung(en). Dafür nötig ist eine bestimmte Haltung seitens KlientInnen, um Prozesse in kleinen Schritten mit dem passenden Werkzeug voran zu bringen. Der Weg kann mit raschen positiven Veränderungen voranschreiten, es kann aber auch zu Stillstand kommen, und auch Rückfälle gehören dazu. Symptome und Krisen treten infolge des Recovery-Prozesses oft seltener auf, und werden von den Betroffenen auch als weniger schlimm empfunden.

Empowerment **Selbstbefähigung – Rückgewinnung des eigenen Einflusses** auf sein Leben, indem Emotionen wie zum Beispiel Machtlosigkeit überwunden werden.

Resilienz **Widerstandsfähigkeit gegenüber Krisen.** Je höher sie ist, desto besser kann ein Mensch mit Krisen umgehen. So können sehr starke Personen solche sein, die schon sehr viel Schlimmes in ihrer Vergangenheit erlebt haben.

Salutogenese **Rahmenkonzept,** das sich auf verschiedene Faktoren und Wechselwirkungen **zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit** bezieht. Gegenstück zu Pathogenese (Entstehung bzw. Ursprung von Krankheit). Ist ein Resilienz-Modell, das die kognitiven Bewältigungsstrategien zur Abwendung von Gesundheitsrisiken betont.