

keit, Krisen nicht als Katastrophen zu verstehen (dann verliere ich bei einer erneuten Krise nämlich alle Hoffnung).

Hoffnung vermittelt sich durch Handlung

Hoffnung zu vermitteln ist nicht in erster Linie eine Frage der Worte. Es geht um mehr als dem Klienten immer wieder zu sagen: »Ich glaube, dass Sie das schaffen werden.« Das mag sinnvoll sein, doch Zuversicht zu vermitteln, ist in erster Linie eine Frage der Handlungen. »Mein Therapeut ist einfach zu mir gestanden, er hat mich auch beim dritten Reha-Anlauf noch unterstützt, da hab ich gemerkt: Der glaubt wirklich, dass ich es schaffen kann!«, so beschreibt eine Betroffene, wie ihr Zuversicht vermittelt wurde.

Zuversicht aufrechtzuerhalten ist recht einfach bei Klienten, die sichtbare Entwicklungsschritte machen, schwieriger ist es bei Klienten, die schon länger auf der Stelle treten, und besonders schwierig bei Menschen, denen es zunehmend schlechter geht. Hoffnung ist ansteckend und ebenso ist es Hoffnungslosigkeit. Fachleute müssen sensibel dafür bleiben, wenn sie

sich von der Hoffnungslosigkeit des Umfeldes oder oft auch des Betroffenen selbst anstecken lassen.

Was ist nun ganz konkret hilfreich für eine Zuversicht vermittelnde Haltung?

- Informationen über Gesundungsverläufe sammeln, sowohl durch Studien als auch durch ehemalige Klienten, denen es heute wieder besser geht und zu denen möglicherweise kein Kontakt mehr besteht.
- Klienten und Mitarbeitenden diese Informationen zur Verfügung stellen, beispielsweise via Recovery-DVD der Pro Mente Sana oder Weiterbildung durch Recovery-Experten.
- »Gesundheit ist ansteckend«-Gruppen aufbauen, ehemalige genesene Klienten in die Einrichtung einladen und erzählen lassen.
- »Alarmsystem« installieren, wenn Mitarbeitende die Hoffnung verlieren oder gar in einen Burn-out-Zustand geraten. Besondere Vorsicht gilt, wenn alle im Team bei einem Klienten die Zuversicht verlieren.
- Nie vergessen: Ohne Zuversicht ist keine gute Arbeit möglich!

Als Person sichtbar bleiben

Im Recovery-Ansatz rücken Klienten und professionelle Helfer näher zusammen. Die klassische Unterscheidung von »gesund« (Helfer) und »krank« (Klienten) existiert so nicht mehr, sondern jeder Mensch hat in gewissem Umfang gesunde Seiten, und auch professionell Tätige sind von psychischen Krisen nicht verschont. Der Recovery-Ansatz zeigt uns, dass professionell Tätige dann besonders hilfreich sind, wenn sie als Personen spürbar sind, nötigenfalls auch zu unkonventionellem Verhalten bereit sind und sich nicht hinter einer professionellen Maske verstecken.

Ein wichtiges Element der Recovery-Förderung ist die Peer-Arbeit, also die Mitarbeit von psychiatriee erfahrenen Menschen in verschiedensten Bereichen der psychiatrischen Arbeit. Studien zeigen uns, dass die Hilfe, die Betroffene von Betroffenen erfahren, nicht weniger unterstützend ist als die von professionell Tätigen, manche Studien zeigen sogar eine bessere Wirksamkeit der Peer-Arbeit. Die erste Schlussfolgerung dieser Studien ist, dass wir Peer-

Die Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e.V.

sucht zum 01.09.08 für ihre sozialtherapeutische Wohngruppe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung (forensische Nachsorge)

eine Diplom-Sozialpädagogin/ einen Diplom-Sozialpädagogen

als Einrichtungsleitung mit Betreuungsaufgaben
38,5 Std./Woche, zunächst mit einer Befristung von
2 Jahren

eine Diplom-Sozialpädagogin/ einen Diplom-Sozialpädagogen

für Betreuungsaufgaben; 30 Std./Woche,
zunächst mit einer Befristung von 2 Jahren

Wir erwarten die Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen und sich weiter zu bilden.

Wir wünschen eine mehrjährige Berufserfahrung in der Sozialpsychiatrie, gerne in der stationären Psychiatrie, möglichst auch mit Erfahrung im Bereich Forensik.

Wir bieten eine abwechslungsreiche und interessante Tätigkeit, mit vielen Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung, Supervision und Fortbildung.

Die Bezahlung erfolgt nach TVöD.

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt.

Bewerbungen bitte an:

Bayerische Gesellschaft für psychische
Gesundheit e.V.
z.Hd. Frau Dirkman, Preysingstr. 30, 81667
München
Tel. 089/ 48 99 71 91, Fax 089/ 48 45 51
<http://www.bgfpg.de>,
mail: beate.dirkmann@bgfpg.de



MASTER OF ARTS: SOZIALE ARBEIT



Berufsbegleitender Studiengang Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie

Themenbereiche: psychische Erkrankungen, Sozialarbeitswissenschaft, Forschung, Leitung, Steuerung, regionale Vernetzung.

Der online-gestützte Masterstudiengang wird im Verbund der Hochschule Fulda und der Fachhochschule Wiesbaden angeboten.

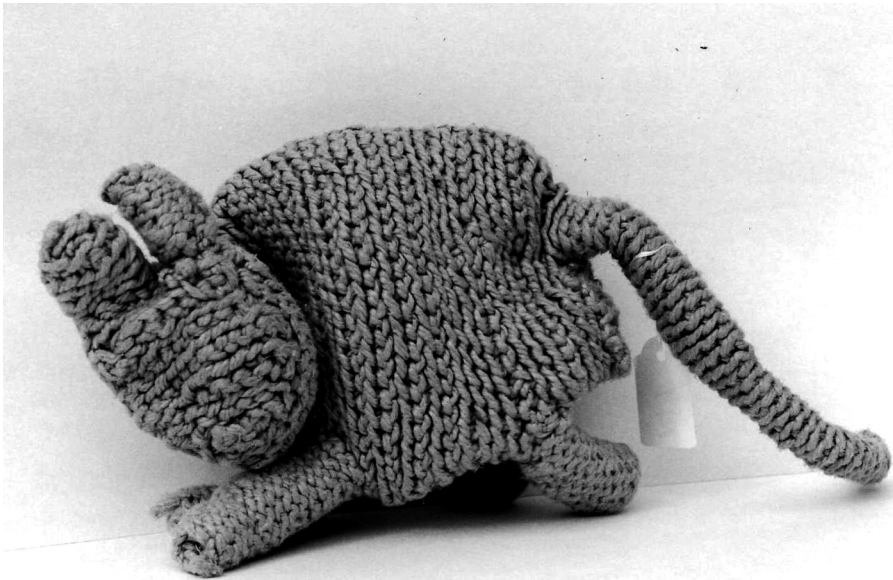
- Angesprochen sind Mitarbeiter im Bereich der Gemeindepsychiatrie mit einschlägigem Hochschulabschluss und mindestens einjähriger Berufserfahrung
- Regelstudiendauer 2,5 Jahre, 10 Tage Präsenz pro Semester
- **Kosten:** zusätzlich zu den normalen Semestergebühren nur Gebühren für die Online-Module (aktuell 49,50 € pro Online-Modul, insgesamt 8 Online-Module)
- Internetbasierte Lernplattform mit hohem Kommunikationsanteil
- Der Studiengang ist akkreditiert und eröffnet die Einstufung in den höheren Dienst
- Bewerbungsschluss für den Studienstart März 2009: 15. Januar 2009

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences



Fachhochschule Wiesbaden
University of Applied Sciences

Nähere Informationen:
Hochschule Fulda, Frau Losekamm, **Telefon 0661 - 9640 223**
und online unter **www.social-maps.de**



Arno Hauke, Kunst-Praxis Soest e.V.

chen usw. Wir können hier nur andeuten, welche unglaubliche Herausforderung sich dahinter verbirgt, diese Grenzen anzunehmen, nicht zu hadern, zerbrochene Lebensentwürfe loszulassen und andere Lebensperspektiven zu entwickeln. Dazu ist Trauerarbeit über die erlittenen Verluste notwendig.

..... Trauerprozesse begleiten

Recovery-Förderung bedeutet, Unterstützung bei diesem Bewältigungsprozess zu leisten und den Trauerprozess zu begleiten bzw. Klienten darin zu unterstützen, die Trauer überhaupt zuzulassen. Im Alltag ist aber oft zu beobachten, dass Trauersymptome wie aufkommende Emotionen, inneres Chaos, Ärger usw. im psychiatrischen Kontext eher pathologisiert werden. Doch wenn Trauer nicht gelingt, scheitert die Genesung. Betroffene bleiben dann oft an ihre Vergangenheit gebunden (»alles soll wieder so sein wie früher«), können die erlittenen Erfahrungen nicht annehmen und sich nicht für Neues öffnen.

Professionelle können das Annehmen der eigenen Verletzlichkeit ganz konkret fördern, indem sie

- psychoedukative Programme, die oft nur an der Bewältigung von Symptomen und der Krisenprophylaxe ausgerichtet sind, um Elemente wie die Bewältigung von Selbst- und Fremdstigmatisierung, Umgang mit Verlusterfahrungen und ungelebtem Leben erweitern;
- Trauerprozesse, die Gefühle des Schmerzes, der Wut, des Trotzes beinhalten können, bei psychiatriee erfahrenen Menschen erkennen und mittragen;
- Stigmatisierung durch Fachleute reflektieren und reduzieren.

..... Partizipation der Betroffenen auf verschiedensten Ebenen

Eines der zentralen Elemente des Recovery-Ansatzes ist die Einbeziehung von gegenwärtig oder ehemals betroffenen Menschen auf den verschiedensten Ebenen der psychiatrischen Behandlungsstrukturen. Dabei kann es sich um die stärkere Mitarbeit in Gremien, die Beteiligung an Forschung, Fortbildung und im Beschwerdewesen handeln, aber ebenso um den Aufbau von Hilfeangeboten, die von Betroffenen betrieben und kontrolliert werden (sog. »User-Run«). Ganz besondere Bedeutung wird der Unterstützung von Betroffenen durch andere Betroffene beigemessen, der bereits oben erwähnten Peer-to-Peer-Arbeit. In ver-

Mitarbeit einführen sollten. Gleichzeitig sollten professionell Tätige sich ihre eigenen »Peer-Fähigkeiten« bewusst machen und sie nutzen. Wir alle haben psychische Krisen und eine Reflexion dieser Krisen fördert das Einfühlungsvermögen und schafft Nähe zu unseren Klienten. Wie kann es sein, dass professionell Tätige ihre eigenen Krisen sowohl ihren Kollegen als auch ihren Klienten gegenüber oftmals verheimlichen oder sich dafür schämen?

Hilfreich für eine neue Rollenidentität ist konkret:

- Reflektieren der eigenen psychischen Beeinträchtigungen und Ähnlichkeiten mit Klienten.
- Sich mit eigenen Erfahrungen einbringen, wenn das hilfreich erscheint.
- Mitfühlende Begegnung mit dem Klienten zulassen.
- Sich in den Klienten hineinversetzen: Wie würde es mir gehen, wäre ich in der Situation des Klienten?
- Sich nicht nur für die Symptome oder Krisen des Klienten interessieren, sondern für sein Leben.
- In den Teams eine Kultur etablieren, in denen psychische Krisen von Mitarbeitenden nicht versteckt werden müssen.

..... Das Annehmen der eigenen Verletzbarkeit fördern

Die eigene Krisenerfahrung zu bewältigen und anzunehmen, ist eine der größten Herausforderungen, denen sich psychiatriee erfahrene Menschen auf ihrem Gesundungsweg stellen müssen. Die Erschütterung des eigenen Selbstverständnisses, der Verlust des Gefühls, Herr bzw. Frau des eigenen Innenlebens, der eige-

nen Gedanken und Gefühle zu sein, bedeutet eine existenzielle Bedrohung, die es auszuhalten und zu überwinden gilt.

Neben der Bewältigung der Symptome geht es nicht nur darum, die Krankheitserfahrung (»Ich bin schizophran«, »Ich habe eine Borderline-Erkrankung«) zu bewältigen, sondern auch die Behandlung der Erkrankung, von der wir heute wissen, dass sie für viele Menschen traumatisierend wirkt.

Genauso wichtig sind die Überwindung der Scham- und Versagensgefühle und der Stigmatisierung durch die Umgebung (»Die anderen wollen mit mir nichts mehr zu tun haben«), aber auch die Überwindung der Selbststigmatisierung: »Psychisch Kranke habe ich immer mit großer Distanz betrachtet. Sie schienen mir nichts mit mir gemein zu haben. Dass ich plötzlich selbst psychotisch wurde, »geisteskrank«, hat mich in den Grundfesten meines Selbstverständnisses erschüttert und mir vollständig das Vertrauen in mich geraubt. Darüber hinwegzukommen, war die Hauptaufgabe meiner Gesundung«, berichtet eine Betroffene. So sind die Überwindung der Selbststigmatisierung, der Scham- und Versagensgefühle genauso wichtig wie die Überwindung der Stigmatisierung durch die Umgebung (»Die anderen wollen mit mir nichts mehr zu tun haben«).

Schmerzlich ist die Erfahrung der erlittenen Verluste (Arbeitsplatzverlust, Trennung von Lebenspartnern usw.) und die Bewältigung ungelebten Lebens. Unter ungelebtem Leben verstehen wir all das, was jemand aufgrund seiner Erkrankung nicht leben konnte, beispielsweise eine Familie gründen, beruflich Karriere ma-

schiedenen Ländern arbeiten mittlerweile Tausende von Peers in verschiedensten sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern.

Diese Forderungen nach Veränderungen auf struktureller Ebene gibt es schon sehr lange, sie sind identisch mit den Forderungen der Empowerment-Bewegung seit Beginn der 1990er-Jahre. Bisher sind sie jedoch nur ansatzweise umgesetzt worden. Wir haben die Zuversicht, dass die Partizipationsbestrebungen durch das gegenwärtige Interesse am Recovery-Konzept neue Impulse bekommen und zukünftig als unverzichtbar verstanden werden.

Für Institutionen und Fachmitarbeitende stellt sich die Herausforderung, ihre Macht mit den Klienten zu teilen, was Selbstbewusstsein, Mut und Vertrauen in die Klienten erforderlich macht. Ganz konkret können sie für eine Partizipation auf den verschiedensten Ebenen Folgendes tun:

- Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne einführen und Patientenverfügungen fördern.
- Gremien der Partizipation wie Klinikbeirat und Heimbeirat schaffen.
- Peers anstellen und angemessen entlohnen.

■ Nutzer bei der Erarbeitung von Leitbild, Konzept und Programm einer Institution beteiligen.

■ Trialogisch oder dialogisch geführte Beschwerdestellen einführen.

■ Betroffene bei der Auswahl der Bezugsperson, bei Vorstellungsgesprächen für neue Mitarbeitende usw. beteiligen.

Vertrauen auf Recovery

Wir haben hier nur für einige wenige Bereiche aufzeigen können, wie die Umsetzung einer recoveryorientierten Arbeitsweise im sozialpsychiatrischen Alltag möglich ist. Weitere spannende Themen wären beispielsweise, wie Klienten unterstützt werden können, ihre Selbststigmatisierung als eines der großen Recovery-Hindernisse zu reduzieren, wie Fachleute die Selbstverantwortung ihrer Klienten als unverzichtbarer Schritt auf dem Genesungsweg fördern können oder wie eine alltagsnahe Antistigmaarbeit aussieht, die für psychiatrische Klienten tatsächlich etwas bewirkt und eine zunehmende gesellschaftliche Integration ermöglicht.

Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie

Wie das KEH in Berlin Nebenwirkungen systematisch erfasst und auswertet

Von **Cornelia Klünger und Albert Diefenbacher**

Psychopharmaka unterliegen mehr noch als andere Medikamente der öffentlichen Kritik hinsichtlich ihrer Verträglichkeit und des Auftretens von Nebenwirkungen. In unzähligen Darstellungen in Büchern und Filmen werden psychiatrische Patienten gezeigt, denen man die Einnahme von Medikamenten ansieht: Sie leiden unter Müdigkeit, Bewegungseinschränkungen oder vermehrtem Speichelfluss. Seit mindestens zwei Jahrzehnten hat sich die Entwicklung neuer Medikamente, die zur Behandlung psychischer Störungen vorgesehen sind, rasant weiterentwickelt. Inzwischen liegen zur Therapie depressiver, psychotischer oder anderer psychischer Störungen deutlich nebenwirkungsärmere und damit auch äußerlich weniger stigmatisierende Medikamente vor. Dennoch bedarf es weiterhin der konsequenten Überwachung bekannter, aber auch neuer, noch nicht ausreichend erforschter unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

Seit über zehn Jahren beteiligt sich die Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin-Lichtenberg an einem internationalen Projekt zur systematisierten Überwachung von Nebenwirkungen bei Psychopharmaka. Dabei erfolgt in über 50 Kliniken aus Deutschland, der Schweiz und aus Österreich eine systematische, fortlaufende und langfristige Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen von Psychopharmaka. Damit werden zuverlässige Daten zur Risikobeurteilung hinsichtlich klinisch bedeutsamer Nebenwirkungen ermittelt.

Ziele dieses Arzneimittelsicherheitsprojektes (AMSP) sind die Früherkennung von Nebenwirkungen, die Prävention von Nebenwirkungen durch rationale Therapieansätze und die weitere Etablierung und konsequente Anwendung der Überwachungsrichtlinien während der Medikamentenbehandlung (EKG, Labor etc.). Insgesamt

Recovery ist weit mehr als ein Schlagwort oder eine Modewelle. Zusammen mit Empowerment ist es in unseren Augen das Konzept einer betroffenenorientierten Psychiatrie unserer Zeit. Es kann jedoch nur dann seine Wirkung entfalten, wenn es tatsächlich eine veränderte professionelle Haltung und Handlungsweise bewirkt. Das wird in Zukunft sicher mehr geschehen und darauf freuen wir uns schon!

Überarbeitete Fassung eines Artikels, der zuerst in der Zeitschrift »Pro mente sana aktuell« erschienen ist. ■ ■ ■

Andreas Knuf, Diplom-Psychologe, arbeitet als Psychotherapeut in eigener Praxis in Konstanz sowie in der Fortbildung, daneben ist er für die Pro Mente Sana in Zürich tätig.

Dr. Sabina Bridler, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, ist Mitarbeiterin im psychosozialen Team der Pro Mente Sana in Zürich.

Mehr zum Thema:

Michaela Amering und Margit Schmolke: Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag 2007.

Recovery: Wie die Seele gesundet. DVD der Pro Mente Sana zu bestellen unter www.promentesana.ch.

Fortbildungen zu den Themen Recovery und Empowerment mit Andreas Knuf finden an verschiedenen Orten im deutschsprachigen Raum statt. Termine unter www.gesundungswege.de.

betrachten wir die Beteiligung an diesem Projekt als Maßnahme zur Qualitätssicherung der Patientenbehandlung in unserer Abteilung.

Das AMSP-Team in unserer Abteilung besteht aus: Dr. Ronald Burian (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter der AMSP-Gruppe und Leiter der AMSP-Regionalkonferenz Berlin-Brandenburg), den Assistenzärzten Harald zum Felde, Eva Lackner und Bernd Schmidt sowie den Fachärztinnen Dr. Henriette Meyer und Dr. Cornelia Klünger. Unsere Abteilung koordiniert einen Regionalverbund von mehreren Kliniken aus Berlin und Brandenburg, in denen ungefähr 400 psychiatrische Patientinnen und Patienten behandelt werden.

Wie werden Nebenwirkungen erfasst?

Es werden alle während der stationären Behandlung auftretenden schweren unerwünschten Wirkungen einer Pharmakotherapie erfasst und evaluiert. Nehmen Pflegepersonal und Stationsärzte in ihren Gesprächen mit den Patienten, bei Visiten und Untersuchungen unerwünschte Arzneimittelwirkungen wahr, dann erfolgt eine Fallmeldung in der täglich stattfindenden Ärzt Runde und damit die Registrierung in einer Datei durch Mitglieder des AMSP-Teams. Die Dokumen-