

# Die Schwalbe

Zeitschrift  
des Landesverbandes Thüringen  
der Angehörigen psychisch Kranker

---

Dezember 2016 · 24. Jahrgang · Nr. 42

---

## *Informationen für Angehörige, Freunde und Verantwortliche*

### INHALT

Der Vorsitzende hat das Wort ..... 2

#### *Neues aus Thüringen*

Aus der Arbeit unserer Selbsthilfegruppen ..... 4

Über die Arbeit der Vorstandsmitglieder in wichtigen Gremien des Landes Thüringen ..... 5

#### *Sozialpsychiatrische Informationen*

Erscheinungsbilder psychischer Erkrankungen, Prodrome/Rückfall-Frühwarnzeichen, Wege der Therapie ..... 6

Psychopharmaka sind keine Lösung: Forscher äußern Kritik ..... 12

40 Jahre Psychiatrie-Enquete: Nach der Reform ist vor der Reform ..... 13

Zukünftige Rahmenbedingungen für gelingendes ehrenamtliches Engagement ..... 14

Weiterhin Kritik am Bundesteilhabegesetz ..... 15

#### *Aus der Arbeit des Bundesverbandes*

Was passiert hinter den Mauern? ..... 16

#### *Für Sie gelesen*

Unsere Empfehlungen für die Selbsthilfegruppen ..... 18

Nachdenkliches ..... 19

Meine Philosophie ..... 19

#### *Landesverband Thüringen*

Geplante Veranstaltungen des Landesverbandes 2017 ..... 20

Wenn Sie als Angehörige Hilfe und Beratung in schwierigen Situationen brauchen ..... 20

Dank an unsere Förderer ..... 20



Geschäftsstelle des Landesverbandes Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
im Asklepios Fachklinikum Stadtroda, Bahnhofstraße 1a, 07646 Stadtroda, Telefon / Fax (036428) 1 24 56  
e-mail: geschst@lvthueringen-apk.de • www.lvapk-thueringen.de  
Redaktion: Rosmarie Mädler, Heike Stecklum, Christine Fischer  
Gesamtherstellung: Buchdruckerei Emil & Dr. Edgar Richter, Stadtroda

## *Der Vorsitzende hat das Wort*

### **Liebe Mitglieder des Landesverbandes, Freunde und Sponsoren**

Jedes Jahr führt unser Landesverband eine Fachtagung für Angehörige psychisch Kranker durch. Ort der Veranstaltung ist das „Bildungshaus St. Ursula“, eine staatlich anerkannte Heimvolkshochschule in kirchlicher Trägerschaft des Bistums Erfurt.

Das Personal ist sehr freundlich und zuvorkommend und bietet ihren Gästen einen angenehmen Aufenthalt. Für uns Angehörige sind diese beiden Tage etwas Besonderes. Man erfährt Neues, trifft Bekannte wieder und tauscht sich aus. Es tut einfach der Seele gut.

Die diesjährige Fachtagung fand am 5. und 6. November statt. „Stressbewältigung im Alltag“ war das Thema am ersten Tag.

Als Referenten konnten wir Herrn Marco Helmert, Fachpfleger für Psychiatrie aus Marienberg gewinnen. Er erklärte sehr ausführlich und auch anschaulich, wie Stressbelastung entsteht, wann er krank macht und was zu tun ist. Wenn viele kleine Belastungen des Alltags (Stressoren) sich summieren, kann es zu schwerwiegenden Problemen kommen. Die Nervenbelastung hängt außerdem auch von der eigenen Persönlichkeit ab.

Es müssen geeignete Möglichkeiten zur Veränderung oder ein guter Ausgleich für das Problem gefunden werden.

Es gilt, die Stressverursacher zu erkennen. Das heißt, auf welche Strapazen reagiert man besonders sensibel? Auf emotionalen Stress, mentalen Stress oder eher auf Beziehungsstress? Das Erkennen ist die erste Maßnahme zur Stressbewältigung. Herr Helmert verwies auf den Artikel „Was die Seele stark macht“ in der Zeitschrift „GEO WISSEN GESUNDHEIT Nr. 4/2016“.

Thema am zweiten Tag war: „Nicht alles Schlucken – Krisen und Psychopharmaka“. Hierzu wurde ein Dokumentarfilm von Jana Kalms, Piet Stolz und Sebastian Winkels gezeigt. 23 Menschen sind in einem besonderen Raum verabredet: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und psychiatrische Fachkräfte. Ihre Lebenserfahrung mit Psychopharmaka, ihr innerstes Erleben stehen im Mittelpunkt.

Sie sprechen ohne Fassade, sie sprechen miteinander, sie hören zu.

Zu diesem Thema gibt es noch eine zweite DVD, die wir aus Zeitgründen nicht mehr zeigen konnten: **„Leben mit Psychopharmaka, miteinander erfahren – gemeinsam entwickeln“.**

### ***Empfehlungen:***

*Die beiden DVD sind interessant für die Arbeit in unseren Selbsthilfegruppen und können in der Geschäftsstelle des Landesverbandes ausgeliehen werden.*

*Weiterhin können Sie in dieser Schwalbe den Artikel „Psychopharmaka sind keine Lösung: Forscher äußern Kritik“ (Newsletter des Bundesverbandes 18/2016) lesen.*

Unsere Fachtagung nahmen wir auch zum Anlass, verdienstvolle Mitglieder für ihre aufopferungsvolle Tätigkeit in der Selbsthilfe mit einer Urkunde und einem kleinen Präsent zu ehren.

Herzlichen Glückwunsch an

Frau Karin Mantel, SHG Hildburghausen

Frau Regina Beuthner, SHG Pößneck

Frau Ulrike Pütz, SHG Pößneck

***Bis zum Jahresende, welches nicht mehr so lange hin ist, wünsche ich allen eine gute Zeit. Fürs bevorstehende Weihnachtsfest Ihnen und Ihren Angehörigen erholsame und vor allem stressfreie Tage und ein erfolgreiches Jahr 2017***



Herbert Fischer  
Vorsitzender



## Neues aus Thüringen

### *Aus der Arbeit unserer Selbsthilfegruppen*

Die **Selbsthilfegruppe der Angehörigen psychisch Kranker in Hildburghausen** besteht seit Anfang der 90er Jahre, also gleich nach der Wende.

Sie wurde durch eine Psychologin, die am Fachkrankenhaus Psychiatrie und Neurologie in Hildburghausen tätig ist, ins Leben gerufen.

Anfangs trafen wir uns in den Räumlichkeiten der Klinik, später in der Cafeteria. Es war gut, dass auch für uns Angehörige gedacht wurde, denn wir fühlten uns oft mit den psychischen Erkrankungen unserer Familienmitglieder überfordert und allein gelassen, denn psychische Erkrankungen belasten häufig nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch dessen Familien.

Wer die Psychiatrie zu DDR-Zeiten kennen lernte, weiß sicher noch, dass für uns Angehörige beim Aufenthalt eines Familienmitgliedes in der Klinik keine Zeit für ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt möglich war, höchstens nur ein paar Worte auf dem Flur. Eine psychologische Betreuung gab es schon gar nicht. Wir wurden mit unseren Sorgen und Kummer nicht wahrgenommen. Deshalb gilt heute noch unser Dank der engagierten Psychologin, die unsere Gruppe aufbaute, später dann die Leitung an mich übergab. Den Kontakt zu unserer Psychologin besteht heute noch und sie unterstützt uns mit sehr informativen Vorträgen.

Das Einzugsgebiet des Fachkrankenhauses in Hildburghausen ist sehr groß. Viele Familienangehörigen kamen zum Treffen der Gruppe solange ihre Angehörigen in der Klinik lagen. Danach sind die Entfernungen vom Wohnort nach Hildburghausen zu beschwerlich geworden, das Interesse war nicht mehr vorhanden, so dass die Existenz der Gruppe in Gefahr war. Die Psychologen und Ärzte der Klinik ermutigten uns zum Weitermachen, und wir suchten neue Wege, um unsere Gruppe „am Leben“ zu erhalten.

Nachdem wir in der „Helios“-Klinik keine räumlichen Möglichkeiten für unsere Treffen mehr hatten, stellte uns die Tagesstätte „Sonnenblume“ in Hildburghausen ihre Räumlichkeiten zur Verfügung. Die Unterstützung der Mitarbeiter der Tagesstätte ist lobenswert. Sie sorgen für das leibliche Wohl hervorragend. Für diese umfangreiche Unterstützung sind wir sehr dankbar.

Unsere Angehörigengruppe bietet die Möglichkeit:

- untereinander Erfahrungen auszutauschen,
- sich gegenseitig Hilfe und Unterstützung zu geben,
- mit Ängsten und Unsicherheiten besser fertig zu werden,
- gemeinsam zu lernen, die Krankheit zu verstehen, sie anzuerkennen und mit den Angehörigen zu leben,
- sich aber selbst nicht zu vernachlässigen.

Wir können die Krankheiten nicht heilen, aber darüber reden, was sehr hilfreich ist, da wir offen unsere Probleme ansprechen und wissen, dass wir verstanden werden. Es ist zum Bedürfnis geworden, uns regelmäßig alle sechs Wochen zu treffen. Unsere Mitglieder kommen aus dem Raum Suhl und Hildburghausen. Alle „Neuen“ werden herzlich aufgenommen und sofort in die Gruppe integriert. Es nehmen regelmäßig an den Treffen 9 bis 12 Mitglieder teil. Auch wenn der Altersdurchschnitt sehr hoch ist, ist es für den „harten Kern“ ein Bedürfnis, sich auszutauschen, einander zu helfen, Ratschläge zu geben und einander zu stützen. Zu diesem engen Verhältnis trugen nicht zuletzt die vielen Ausflüge nach Erfurt, Weimar, Eisenach oder Meiningen bei. Dabei haben wir einige Einrichtungen für psychisch kranke Menschen kennengelernt, z.B. Tagesstätten, Wohnheime, Werkstätten für angepasste Arbeit.

Von Ärzten, Psychologen oder Sozialarbeitern aus unserem Territorium hörten wir interessante Vorträge über die einzelnen Krankheitsbilder, über Konzepte, wie die Krankheiten behandelt werden können. Sie geben uns immer wieder Kraft, die psychischen Belastungen zu Hause zu ertragen und selbst Kraft zu finden. Diese Informationsveranstaltungen werden auch künftig einen breiten Raum in unseren Zusammenkünften einnehmen.

Aber auch gemütlich gestaltete Zusammenkünfte gibt es bei uns. So ist es Tradition geworden, das Jahr mit einer Adventsfeier ausklingen zu lassen.

Unterstützung erhalten wir von unserem Landesverband finanziell als auch informativ über die Veranstaltungen im Laufe des Jahres.

Dank der Fördermittel und der Unterstützung konnten wir viele Aktivitäten durchführen. Um unsere Gruppe und den Landesverband zu stärken, bemühen wir uns ständig, neue Mitglieder zu gewinnen, was uns aber noch nicht all umfassend gelungen ist. Wir versuchen gegenwärtig, über eine Annonce in der „Rundschau“ über unsere Treffen zu informieren und haben bereits kleine Erfolge zu verzeichnen.

Wir wissen, dass noch viel Überzeugungskraft erforderlich ist, um die Probleme der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und zu verdeutlichen, dass auch ein psychisch kranker Mensch eine Chance in der Gesellschaft braucht.

*Leiterin der Selbsthilfegruppe Hildburghausen*

## ***Über die Arbeit der Vorstandsmitglieder in wichtigen Gremien des Landes Thüringen***

Rosmarie Mädler, Vorstandsmitglied

Durch das Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Referat 45, wurde Frau Rosmarie Mädler in die Besuchskommission für Thüringen als Vertreterin unseres Landesverbandes berufen. Im Laufe des Jahres wurden verschiedene Einrichtungen für Psychiatrie und Neurologie im Land Thüringen besucht, Gespräche mit den Verantwortlichen Leitern, Ärzten, Pflegepersonal und Patienten geführt. Neben der personellen Ausstattung wurden auch die baulichen Gegebenheiten in Augenschein genommen, Hinweise für Veränderungen gegeben sowie eine Kontrolle über die geforderten Veränderungen durchgeführt. Schwerpunkt der Arbeit der Besuchskommission ist jedoch die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen bei Zwangsmaßnahmen.

Warum gibt es eine Besuchskommission und welche Aufgaben obliegen ihr?

Um den Grundgedanken erfassen zu können, möchte ich aus dem Grußwort

**der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Frau Helga Kühn-Mengel, zitieren:**

„Gesundheit bedeutet mehr als die Abwesenheit von körperlichen Schmerzen. Sie schließt geistiges und seelisches Wohlbefinden ein. Obwohl laut Experten fast jeder zweite Mensch in seinem Leben einmal von psychischen Störungen betroffen ist, werden geistige und seelische Krankheiten in der Öffentlichkeit nur selten offen zur Sprache gebracht. Handlungsbedarf ist angezeigt, denn auch die Gesundheitsreporte der Krankenkassen berichten in den letzten Jahren übereinstimmend von einer zunehmenden Zahl psychischer Erkrankungen.“

Als Patientenbeauftragte der Bundesregierung ist mir die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung psychisch Kranker ein besonderes Anliegen. Ich betone deshalb immer wieder, wie wichtig es ist, den Kenntnisstand in der Gesellschaft darüber zu verbessern, dass psychische Krankheiten heilbar, zumindest therapierbar sind. Psychisch Erkrankte müssen ebenso Berücksichtigung und Akzeptanz finden, wie somatisch Erkrankte. Patienten, die psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt werden, sind bei der Wahrnehmung ihrer Interessen und Rechte gegenüber Ärzten, Therapeuten und sonstigen Institutionen häufig eingeschränkt. Viele der Betroffenen von psychischen Erkrankungen befinden sich in einer schwierigen medizinischen und sozialen Situation. Auch das vielfältige und häufig unübersichtliche Angebot an Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten macht es gerade psychisch kranken Menschen und ihren Angehörigen schwer, die für sie geeignete Unterstützung zu beanspruchen. Aber auch diese Bürgerinnen und Bürger haben einen Anspruch auf eine angemessene Aufklärung und Beratung durch den Arzt oder die Ärztin sowie eine sorgfältige und qualifizierte medizinische Behandlung.

Besonders wichtig sind Patientenberatungen und Beschwerdestellen, wenn es zu Konflikten mit Leistungserbringern oder auch Krankenkassen kommt. In solchen Situationen sind niedrigschwellige, kompetente und vor allem neutrale Beratungsangebote unverzichtbar. Sie bieten vielfältige Möglichkeiten der Information, Unterstützung, Konfliktbereinigung und Schlichtung, die aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen häufig zielführender und effizienter sind, als etwa Beschreiten des Rechtswegs.“

***Empfehlung:***

**Was eine Beschwerde ist und an wen ich mich wenden kann, ist in weiteren Ausführungen der Homepage unseres Landesverbandes zu entnehmen.**

## Sozialpsychiatrische Informationen

### *Erscheinungsbilder psychischer Erkrankungen, Prodrome/Rückfall-Frühwarnzeichen, Wege der Therapie*

Referent: Dr. med. Manfred Ziepert, Praxis für Psychotherapie, Wagnersgasse 9, 07743 Jena

Auszug aus einem Vortrag mit Diskussion am 10. September 2016 im Rahmen des Seminars des Landesverbandes Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker zum Thema „Rückfallprophylaxe bei psychischen Erkrankungen – was Angehörige zur Verminderung beitragen können“. Mit diesem Vortrag haben wir einen sehr großen Interessenkreis angesprochen. Große Aufmerksamkeit und Diskussionsfreudigkeit zeugten von der Wichtigkeit dieses Vortrages.

Ausführungen von Dr. med. Manfred Ziepert:

„Zugleich Kollegin und Freundin, bat mich erstmals im Jahr 2004, den ärztlichen Teil des Seminars „Rückfallrisiko bei psychischen Erkrankungen“ zu übernehmen. Gern kam ich dieser Bitte nach. Bis 2009, also für sechs dieser Seminare, referierte ich den medizinischen Teil, ab 2010 übernahm dies dann Frau Dr. Bräunlich, damals 2. Vorsitzende des Angehörigenverbandes. Da Frau Dr. Bräunlich krankheitsbedingt hierzu nicht mehr in der Lage war, wurde die Aufgabe in diesem Jahr wieder an mich herangetragen. Nachfolgend möchte ich versuchen, interessierten Lesern wichtige Aspekte meines Vortrags zu vermitteln. Dies kann hier freilich nur fragmentarisch erfolgen und ein dreistündiges Seminar nicht wiedergeben.“

#### **Erscheinungsbilder psychischer Erkrankungen**

Psychotische Erkrankungen sind zu verstehen als biologisch verursachte schwere Störung psychischer Funktionen – Bewusstseinslage, Stimmung, Antrieb, Wille, Denken, Wahrnehmung, Ich- und Umwelterleben. Diese Störungen sind so schwer ausgeprägt, dass sie psychologisch nicht mehr verstehbar und kaum beeinflussbar sind und den Realitätsbezug sowie die Selbstkontrolle der Betroffenen erheblich einschränken oder gar aufheben. Psychosen können infolge organischer Krankheiten (Tumore, Entzündungen, Durchblutungs- und Stoffwechselstörungen, Verletzungen, Epilepsie) oder durch Vergiftungen entstehen (einschließlich Alkohol und Drogen). Die Krankheiten, um die sich das Seminar drehte, sind jedoch als sogenannte „endogene Psychosen“ zu verstehen. „Endogen“ bedeutet, „von innen her verursacht“ und meint, es liegt keine feststellbare organische Krankheit vor und dennoch kommt es zu solch schweren psychischen Funktionsstörungen, im Volksmund auch als „Geistes- und Gemütskrankheiten“ bezeichnet. Ursache ist eine gewisse Labilität psychischer Funktionen auf der biologischen Ebene, die wir auch als „Anfälligkeit“ oder „Verletzlichkeit“ bezeichnen können. Ursachen hierfür sind vielfältig – Erbanlagen, Infektionen während der Schwangerschaft, Sauerstoffmangel oder Verletzungen unter der Geburt, zudem alle möglichen Krankheiten oder schädigenden Einflüsse auf das Gehirn, die zwar ausgeheilt sind, aber leichte, im Alltag meist nicht wahrnehmbare Schäden zurücklassen. Je nach Ausmaß dieser Anfälligkeit genügt dann ein bestimmtes Maß an Stress oder anderen Belastungen (Krankheit, Krisen, Alkohol/Drogen etc.), um eine psychotische Krankheit auszulösen. Wie groß der Stress für den Betroffenen ist, hängt natürlich nicht nur von äußeren Bedingungen ab, sondern auch von den Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen; ein und dieselben Umstände

können von dem einen sehr gut, von einem anderen nur schlecht oder gar nicht bewältigt werden. Somit spielt also auch die Persönlichkeit des Betroffenen eine wesentliche Rolle. Wir haben es also mit dem Zusammenspiel von drei Faktoren zu tun – Verletzlichkeit/Anfälligkeit, auslösende Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten.

Es gibt übrigens nicht „die Schizophrenie“ oder „die Depression“, vielmehr handelt es sich jeweils um Gruppen psychischer Krankheiten, die aufgrund ihrer Ähnlichkeit zu bestimmten Diagnosen zusammengefasst werden. Nach der Art der Erkrankung unterscheiden wir einerseits die Gruppe der sogenannten Schizophrenien = Geisteskrankheiten und die Gruppe der sogenannten manisch-depressiven oder Gemütskrankheiten. Zudem gibt es noch eine weitere Gruppe von Psychosen, die eine Zwischenstellung einnehmen, sogenannte „Mischpsychosen“ oder schizo-affektive Psychosen, die sowohl Symptome von Geistes- als auch von Gemütskrankheiten aufweisen.

### **Schizophrenie** (oder besser: Gruppe der Schizophrenien)

Der Begriff kommt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „gespaltener Geist“. Damit ist gemeint, dass die verschiedenen psychischen Funktionen (Denken, Gefühle, Wahrnehmung, Wille, Motivation, Erinnerung, Verhalten, Unterscheidung zwischen „in mir“ und „außen“, Identität, Beziehung) nicht mehr als sinnvolles Ganzes zusammenwirken, sondern auseinanderfallen. Typisch sind deshalb insbesondere alle Symptome in dem Sinne, dass einzelne Antriebe sich verselbständigen und aus dem normalen Gefüge herausfallen: Gefühle, die nicht zu den Gedanken passen, Beeinflussungserleben (Gedanken und Handlungen, die wie „von außen“ kommen, also nicht vom Betroffenen gewollt sind) etc.

### **Symptome der akuten Psychose (nicht alle Symptome treten bei jedem Kranken auf)**

- Sinnestäuschungen (Halluzinationen)
  - Akustisch, z.B. Stimmen
  - Optisch, andere Sinnesqualitäten
- Denkstörungen
  - Denkinhalt: Wahn (z.B. Verfolgungswahn), fehlende Krankheitseinsicht
  - Denkablauf: ungeordnet, sprunghaft, gesperrt
- Gefühle
  - Unpassend zu den Gedanken (Parathymie)
  - Gefühlsleere
  - Misstrauen, Angst, Depression, Wut
  - Widersprüchliche Gefühle gleichzeitig vorhanden (Ambivalenz), z.B. hilfeschend + misstrauisch
- Ich-Erleben, Umwelterleben
  - Eigene Person fremd, verändert (Depersonalisation)
  - Umwelt fremd, verändert, inszeniert (Derealisation)
  - Wahrnehmung: Wahrgenommenes bekommt wahnhaftige Bedeutung, beispielsweise „der Buchtitel meint mich“ oder „der Fernsehansager spricht mit mir“
  - Beeinflussungserleben (Gedanken, Wille, Handeln)
- Verhalten
  - In sich zurückgezogen (Autismus), Ablehnung fremder Meinungen (Negativismus), Verstummen (Mutismus)
  - Vernachlässigung sozialer Interessen und des eigenen Körpers
  - Zwanghafte bzw. sich ständig wiederholende Handlungen
  - Extreme Hemmung oder Erregung/Aggressivität
  - Bizarre Haltungen oder Bewegungen
  - Tag- und Nachtrhythmus gestört
  - Verweigerung des Essens
  - Missbrauch von Alkohol, Nikotin, Kaffee, Drogen
  - Verhalten, das von Wahn oder Sinnestäuschung bestimmt ist

### **Symptome nach akuter Psychose:**

- Schwächezustand (Residualsymptomatik)
  - Antriebsminderung, Interessenverarmung
  - Sozialer Rückzug
  - Verflachung von Gefühlen und Persönlichkeit

### **Wichtig:**

Ein Schwächezustand bei Schizophrenie kann sich zumindest teilweise zurückbilden, wenn:

- Erneute Krankheitsschübe vermieden werden können
- Der Kranke sozial gefordert bzw. trainiert wird.

### **Krankheitsformen**

- Paranoide Schizophrenie
  - Wahn, Halluzinationen
- Katatonie
  - Bewegungsstörungen (beispielsweise bizarre Bewegungen), Erregung, Hemmung/Erstarrung
- Hebephrenie
  - Verflachte Gefühle, Albernheit, ungeordnetes Denken, flapsig-enthemmtes, unberechenbares Sozialverhalten
- Schizophrenia simplex
  - Kaum akute Symptome, schleichender Verlauf, Nachlassen von Initiative, Zielstrebigkeit und sozialem Engagement, Gefühlsabflachung, Sprachverarmung

### **Verlauf der Schizophrenie**

- Phasenhaft
  - Vollständige Genesung ohne Schwächezustand oder sonstige Restsymptome
- Schubförmig
  - Genesung, aber nachfolgend Schwächezustand
- Chronisch
  - Krankheitssymptome lassen sich nicht völlig heilen

### **Manisch-depressive Psychosen**

Bei diesen Krankheiten handelt es sich nicht um Gemütszustände, die aufgrund der Umstände verständlich und entsprechend beeinflussbar sind (Trauer bei Verlust, Versagensangst oder Mutlosigkeit bei Überforderung, Verzweiflung in schweren Krisen, Glücksgefühle bei großem Erfolg), sondern die einerseits schwerwiegend sind und andererseits weder durch den Kranken selbst noch durch die Umwelt wesentlich beeinflusst werden können. Die Manie ist ein Zustand, der das Gegenteil der Depression darstellt, also durch euphorisches, rauschhaftes Befinden gekennzeichnet ist.

### **Depression**

- Stimmung
  - Schwermütig, gedrückt, traurig, gleichgültig, ängstlich, gereizt, gefühllos (Gefühl der Gefühllosigkeit)
- Antrieb
  - Vermindert, ggf. völlige Antriebslosigkeit
- Denken
  - Denkablauf: verlangsamt, Grübelzwang
  - Denkinhalt: Selbstunterschätzung, Suizidgedanken, Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrische Gedanken
- Bewegungen und Verhalten
  - Hemmung/Erstarrung (gehemmte Depression) oder
  - Erregung, ständiges Jammern (agitierte Depression)
- Körperliches Befinden
  - Druckgefühl, Appetitlosigkeit (evt. aber auch vermehrtes Essen), Schlafstörungen, Schmerzen
  - Tagesschwankungen: Meist Morgentief und abendliche Besserung

### **Manie**

- Stimmung
  - gehoben, gereizt
- Antrieb
  - gesteigert
- Denken
  - beschleunigt, Flut von Ideen
  - Selbstüberschätzung, Größenwahn
- Bewegungen und Verhalten
  - gesteigert, viele Unternehmungen, Kaufrausch, ruinöse Geschäfte, sexuelle Abenteuer, Reizbarkeit und Aggressivität
- Körperliches Befinden
  - verringertes Schlafbedürfnis, Gefühl von Gesundheit und Frische

## Krankheitsformen

### *Endogene Depression (Melancholie)*

- Gehemmte Depression
  - Starke Antriebshemmung (bis hin zur völligen Erstarrung)
- Agitierte Depression
  - Erregung, Jammern
- Hypochondrische Depression
  - Hypochondrische Selbstbeobachtung, körperliche Beschwerden
- Paranoid gefärbte Depression
  - Misstrauen, Wahngedanken bis hin zu Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen
- Anankastische (= zwanghafte) Depression
  - Zwangsgedanken, Zwangsverhalten
- Larvierte Depression
  - Körperliche Beschwerden, Schmerzen und Missempfindungen; depressive Verstimmung und Antriebsminderung kaum erkennbar
- Spätdepression (Involutionen-depression)
  - Ängstlich-agitiert oder hypochondrisch-paranoid
  - Oft chronisch
  - Klagen über Vereinsamung
  - Gedächtnisstörungen (oft als beginnender Hirnabbau fehlgedeutet)

### *Bipolare Erkrankungen (Manisch-depressive Erkrankung)*

- Bipolar I Erkrankung
  - Hauptmerkmal: Eine oder mehrere schwer ausgeprägte manische oder gemischte Phasen (gemischt: Manische und depressive Symptome sind gleichzeitig vorhanden)
  - Häufig: Eine oder mehrere schwere depressive Phasen
- Bipolar II Erkrankung
  - Hauptmerkmal: Eine oder mehrere Phasen einer schweren Depression
  - Eine oder mehrere leicht ausgeprägte manische Phasen (oft nicht erkannt!!)

## Verlauf manisch-depressiver Erkrankungen

- Phasenhaft
  - Weitaus am häufigsten: Vollständige Heilung nach Krankheitsphasen. Sonderform: Rapid-cycling (schnelle Phasenwechsel) → weniger günstiger Verlauf
- Schubförmig
  - Selten: Genesung, aber nachfolgend Schwächezustand
- Chronisch
  - Selten, bei Altersdepression häufiger: Krankheitssymptome lassen sich nicht vollständig heilen

## Schizoaffektive Psychosen

Psychosen, die im Verlauf abwechselnd oder gleichzeitig sowohl schwere Symptome einer Depression oder bipolaren Erkrankung und Symptome einer Schizophrenie aufweisen.

Der Verlauf entspricht etwa den manisch-depressiven Erkrankungen.

## Prodrome/Rückfall-Frühwarnzeichen

Eine psychotische Krankheitsperiode ist nicht plötzlich, aus heiterem Himmel, plötzlich da, vielmehr kündigt sie sich durch Frühwarnzeichen und Vorläufersymptome an. Diese zu kennen, erhöht deutlich die Chancen, bei Menschen, die in der Vergangenheit bereits psychisch krank waren, schwere Rückfälle zu verhindern. Je früher bei einem beginnenden Rückfall oder schon im Vorfeld eingegriffen wird, desto schneller und mit umso weniger Aufwand kann ein stabiler Zustand wieder hergestellt werden. In der Regel geht es erst einmal darum, in Absprache mit dem behandelnden Neurologen (oder auch eigenständig, wenn es entsprechende Vereinbarungen gibt) unverzüglich die Dosis der Medikamente zu erhöhen, die sich als wirksam erwiesen haben, oder – falls der Betroffene keine Medikamente mehr einnimmt – deren Einnahme wieder zu beginnen. Sodann sollte, soweit möglich, an der Überwindung bzw. Beseitigung auslösender Ursachen gearbeitet werden.

## **Prodrome (Vorläufersymptome) bzw. Frühwarnzeichen der Schizophrenie**

### **Häufige Vorläufersymptome:**

- Unruhe
- Depression
- Angst
- Denk- und Konzentrationsstörungen
- Sorgen
- Mangelndes Selbstvertrauen
- Energieverlust, Verlangsamung
- Schlaf- und Appetitstörungen
- Verschlechterung des Arbeitsverhaltens
- Sozialer Rückzug (Misstrauen)
- Sozialer Rückzug (nachlassende Kommunikation)

### **Symptome, die von den Betroffenen selbst wahrgenommen werden können (sog. Basissymptome)**

- Gedankenblockaden
- Überlagerung von Gedanken (banale Gedanken unterbrechen immer wieder den Gedankengang)
- Gedankendrängen (mehrere Gedanken mit unterschiedlichem Inhalt drängen sich auf, rascher Wechsel)
- Einschränkung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit
- Einschränkung des Sprachverständnisses (Nicht-Verstehen bekannter Worte und geläufiger Sätze)
- Verstärkte Eigenbeziehung (man bezieht vieles auf sich)
- Verlust des automatischen Ablaufes einfacher Bewegungsabläufe (z.B. Zähneputzen)
- Optische Wahrnehmungsstörungen (Lichtblitze, alles erscheint z.B. vergrößert bzw. verkleinert, die Farben wirken verändert), der Blick bleibt oft an unwichtigen Details hängen
- Akustische Wahrnehmungsstörungen (Geräusche, veränderte Geräuschintensität)

### **Beachte:**

- Von den ersten Vorläufersymptomen bis zum Ausbruch der Krankheit vergehen im Durchschnitt zwei bis fünf Jahre!
- Vorläufersymptome erlauben keine absolut sichere Vorhersage eines Krankheitsausbruches.
- **Man sollte jedoch versuchen, individuelle Vorwarnzeichen herauszufinden, an denen der Betroffene oder die Angehörigen einen bevorstehenden Krankheitsausbruch erkennen.**

### **Hochrisiko-Signale (Übergang in eine akute Psychose steht nahe bevor):**

- Mindestens eines der folgenden Symptome tritt mehrfach über mindestens eine Woche auf:
  - Abnorme Beziehungsideen
  - Eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken
  - Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse
  - Eigenartige Denk- und Sprechweise
  - Paranoide (wahnhaft) Ideen
- Kurzzeitiges Auftreten (weniger als eine Woche) der folgenden Symptome:
  - Halluzinationen
  - Wahn
  - Gestörter Denkablauf

### **Beachte:**

Ob diese Merkmale tatsächlich vorliegen und eine akute Psychose kurz bevorsteht, kann nur der Fachmann beurteilen.

### **Frühsymptome von Depressionen**

Diese sind noch viel weniger charakteristisch, als diejenigen für die Schizophrenie:

- Angst (eher bei Frauen)
- Alkohol- und Drogengebrauch (eher bei Männern)
- Chronisch belastende Lebenssituationen
- Leichtere Depressive Verstimmungen
- Wiederholte kurze depressive Episoden
- Nachlassende sexuelle Lust
- Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld
- Konzentrationsmangel
- Schlafstörungen
- Kraftlosigkeit

Auch hier gilt: Individuelle Frühwarnzeichen herausfinden!

## Wege der Therapie

Zunächst einmal war es ein Riesenfortschritt auf dem Gebiet der Psychiatrie, dass es ab den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts möglich wurde, durch die ersten Neuroleptika und Antidepressiva Geistes- und Gemütskrankheiten überhaupt beeinflussen zu können. Es zeigte sich aber bald, dass Medikamente zwar die Symptome zurückdrängen und psychotische Episoden in ihrem Verlauf wesentlich verkürzen konnten, dass viele Kranke aber nicht stabil blieben, da sie die Medikamente viel zu früh wieder absetzten oder durch unbewältigte Probleme in erneute Krisen hineingerieten und wieder krank wurden. Es wurde deutlich, dass die Therapie dieser Krankheiten also weit mehr erforderte, als die reine Beseitigung von Symptomen. Heute umfasst Therapie in der Psychiatrie den ganzen Menschen – sie bezieht Körper, Seele, Geist und die soziale Integration in ihre Konzepte ein. Dementsprechend gibt es eine ganze Reihe von Angeboten, die jedoch wiederum den Bedürfnissen des einzelnen Kranken angepasst werden müssen.

## Medikamente

### • Neuroleptika (Antipsychotika)

Wirkung vor allem gegen Sinnestäuschungen und Denkstörungen, aber auch gegen Manie

- Ältere Neuroleptika, z.B. Haldol® (Haloperidol), Fluanxol® (Fluphenazin), Ciatyl® (Zuclopenthixol), Taxilan® (Perazin)
  - Relativ starke Nebenwirkungen, können durch sorgfältige Dosierung jedoch in Grenzen gehalten werden (ein Patient darf nicht mehr als „Zombie“ herumlaufen!)
  - Depot-Injektionen möglich
- Neue (sog. atypische) Neuroleptika, z.B. Leponex® (Clozapin), Zyprexa® (Olanzapin), Risperdal® (Risperidon), Solian® (Amisulprid), Abilify® (Aripiprazol)
  - Bessere Verträglichkeit, Wirkung z.T. auch bei bipolaren Erkrankungen
  - Depot-Injektionen möglich

### • Antidepressiva

Wirkung gegen depressive Symptome

- Ältere Antidepressiva, z.B. Saroten® (Amitriptylin), Aponal® (Doxepin), Stangyl® (Trimipramin) → (beruhigend), Pryleugan® (Imipramin), Anafranil® (Clomipramin) → (aktivierend)
  - Nachteil: Nebenwirkungen relativ stark (jedoch nicht gravierend)
  - Vorteil: starke Wirkung
- Neue Antidepressiva, z.B. Fluctin® (Fluoxetin), Cipramil® (Citalopram), Aurorix® (Moclobemid), Remergil® (Mirtazapin), Trevilor® (Venlafaxin), Cymbalta® (Duloxetin)
  - Nachteil: Nicht ganz so starke Wirkung (Ausnahmen: Remergil, Trevilor, Cymbalta)
  - Vorteil: Bessere Verträglichkeit

### • Stimmungsstabilisatoren

Wirkung gegen manische und depressive Symptome → Mittel der Wahl bei bipolaren Erkrankungen

- Lithium: Älteste Substanz (seit 1949!)
  - Vorteile: Sehr zuverlässige Wirkung, gut verträglich, wirkt vor allem gegen Manie, beugt Rückfällen vor
  - Nachteil: Vergiftungsgefahr, strenge Überwachung notwendig
- Antiepileptika: Tegretal® (Carbamazepin), Orfiril® (Valproinsäure), Lamictal® (Lamotrigin)
  - Vorteil: Wirkung vor allem gegen Manie, Lamictal vor allem gegen Depression; beugen Rückfällen vor
  - Nachteil: Wirkung insgesamt nicht ganz so stark wie bei Lithium (jedoch: Individuelle Unterschiede!)

## Behandlungsbereitschaft, Psycho- und Soziotherapie

- Mitwirkung des Patienten (Auswahl und Dosierung der Medikamente, Minimierung von Nebenwirkungen)
- Aufklärung/Information über Art der Krankheit, Ursachen und Prognose, Wirkung und Nebenwirkungen sowie Risiken der Medikamente
- Begleitung und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung
- Regulierung von Stress, Bewältigung von Konflikten, Förderung von Bindungen und sozialer Kompetenz
- Körperliche Konditionierung (Sport, Physiotherapie)
- Aktivierung des Gefühlslebens (Mal-, Musiktherapie)
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Unterstützung der Wiedereingliederung in den Bereichen Wohnen, Arbeiten, Freizeitgestaltung
- Arbeit mit den Angehörigen

## **Ausblick**

Die Angehörigen psychisch Kranker im Verstehen und im Umgang mit psychischen Krankheiten zu unterstützen, ist ein wichtiges Anliegen, das sogar in die Gesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland Eingang gefunden hat. In der sogenannten Psychiatrie-Personalverordnung sind Minutenwerte festgeschrieben, die für die Arbeit mit den Angehörigen psychisch Kranker vorgegeben sind. Leider ist es noch immer nicht überall selbstverständlich, dieser Verpflichtung auch nachzukommen, und es ist gut, wenn Angehörige und deren Verbände den Mut haben, mit den professionellen Helfern ins Gespräch zu kommen und auch den Finger auf die Wunde zu legen. Angehörige leisten einen unschätzbaren Beitrag zur Stabilisierung psychisch Kranker und tragen dabei oft große Lasten. Damit dürfen sie nicht allein gelassen werden. Insofern hoffe ich, dass dieser Artikel hierzu einen kleinen Beitrag darstellt.

## ***Psychopharmaka sind keine Lösung: Forscher äußern Kritik***

Dr. Julia Weiler Dezernat Hochschulkommunikation – Ruhr-Universität Bochum

Medikamente helfen langfristig nicht gegen psychische Störungen diese Meinung vertreten die Bochumer Psychologen Prof. Dr. Jürgen Margraf und Prof. Dr. Silvia Schneider in einem Kommentar in EMBO „Molecular Medicine“. Die Forscher der Ruhr-Universität haben zahlreiche Studien zusammengetragen, die die nachhaltige Wirkung von Psychopharmaka infrage stellen, teils sogar negative Folgen bei längerer Einnahme dokumentieren. Dauerhaft wirksamer seien Psychotherapien.

Die Autoren fordern, psychische Krankheiten nicht allein auf biologische Ursachen zu reduzieren, sondern Forschung zu biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren besser zu verzahnen. Die derzeit verfügbaren Medikamente können die Symptome psychischer Störungen nicht dauerhaft lindern. Zu diesem Schluss kommen die Psychologen Prof. Dr. Jürgen Margraf und Prof. Dr. Silvia Schneider von der Ruhr-Universität Bochum in einem Kommentar in der Zeitschrift „EMBO Molecular Medicine“. Medikamente haben nur kurzfristigen Effekt.

Margraf und Schneider tragen zahlreiche Belege zusammen, die gegen eine nachhaltige Wirkung von Psychopharmaka sprechen. Medikamente gegen Depression, Angststörungen und das Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom wirken nur kurzfristig; setzt der Patient sie ab, kehren die Symptome zurück. So lautet das Fazit der zitierten Studien. Ähnliche Befunde vermuten die Autoren auch für Schizophrenie-Medikamente.

Eine langfristige Einnahme der Arzneien könne sogar negative Folgen haben, etwa ein gesteigertes Risiko für eine chronische Erkrankung oder erhöhte Rückfallraten.

### **Psychotherapien nicht schnell genug verfügbar**

Psychotherapien wie die Kognitive Verhaltenstherapie erzielen laut den Autoren hingegen langfristig deutlich besser anhaltende Effekte.

„Das Hauptproblem mit der Psychotherapie ist nicht die Wirksamkeit oder Kosten, sagt Silvia Schneider. Es ist die mangelnde Verfügbarkeit.“ Während Psychopharmaka schnell verabreicht werden könnten, müssten Betroffene oft lange auf einen Therapieplatz warten. Biologische Konzepte reichen nicht.

Die Bochumer Psychologen befassen sich in ihrem Artikel auch mit der Frage, warum es nach 60 Jahren intensiver Forschung keine besseren Therapieoptionen gibt. Verantwortlich ist ihrer Meinung nach die weit verbreitete Vorstellung, psychische Störungen könnten sich allein mit biologischen Konzepten erklären lassen

„Es ist heute Standard, den Patienten und der Öffentlichkeit zu erzählen, dass ein aus dem Lot geratenes Neurotransmittersystem die Ursache für psychische Erkrankungen ist“, erklärt Jürgen Margraf. Dabei sei nach wie vor nicht klar, ob dieses Phänomen Ursache oder Folge sei. Soziale Faktoren dürften nicht vernachlässigt werden. Auch die starren Kategorien von „krank“ und „gesund“ seien bei psychischen Störungen mit ihren vielen unterschiedlichen Ausprägungen nicht hilfreich, so Schneider und Margraf.

### **Weniger Pharmamarketing, mehr Psychotherapie**

Die Autoren fordern, die Forschung zu biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren besser zu verzahnen und den engen Blick auf mögliche biologische Ursachen zu weiten. Große Pharmaunternehmen müssten das Marketing im Bereich Psychopharmaka zurückfahren. Außerdem sollten Betroffene schnellen Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten bekommen.

**Originalveröffentlichung**

Prof. Dr. Silvia Schneider  
 Klinische Kinder- und Jugendpsychologie  
 Fakultät für Psychologie  
 Ruhr-Universität Bochum  
 E-Mail: silvia.schneider@rub.de

**Pressekontakt**

Prof. Dr. Jürgen Margraf  
 Klinische Psychologie & Psychotherapie  
 Fakultät für Psychologie  
 Ruhr-Universität Bochum  
 Tel.: (02 34) 3 22 31 69  
 E-Mail: juergen.margraf@rub.de

Merkmale dieser Pressemitteilung:

Journalisten-Medizin, Psychologie überregional, wissenschaftliche Publikationen deutsch

## ***40 Jahre Psychiatrie-Enquete: Nach der Reform ist vor der Reform***

Heike Stecklum, Vorstandsmitglied

Unter diesem Motto fand vom 6. bis 8. Oktober die diesjährige Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) in Berlin statt. Der Titel verweist auf den Rückblick auf 40 Jahre Psychiatriegeschichte anlässlich des Jubiläums der Psychiatrie-Enquete. Unter dieser Bezeichnung wurde 1975 der Bericht einer von der Bundesregierung einsetzten Expertenkommission veröffentlicht. Das Gremium untersuchte die im Vorfeld angeprangerten Missstände der stationären Psychiatrie und entwickelte Strategien für eine humanere Behandlung psychisch erkrankter Menschen<sup>1</sup>. Diese bestanden vor allem in der zunehmenden Enthospitalisierung und dem parallelen Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen. Es entstanden mehr und mehr ambulante Dienste wie Tageskliniken, betreute Wohnformen vom Einzelwohnen bis zum Wohnheim, Zuverdienstmöglichkeiten, psychosoziale Begegnungstätten u.a. Auch die Selbsthilfebewegung erfuhr wachsende Bedeutung und Anerkennung – sowohl der Psychiatriepatienten wie auch ihrer Angehörigen. In der DDR gab es ebenfalls Reformbemühungen durch die „Rodewischer“ und „Brandenburger Thesen“ (1963 bzw. 1967), die jedoch eher regional und punktuell umgesetzt wurden.

Was ist jedoch nun die vorläufige Bilanz 40 Jahre danach und 26 Jahre nach der Deutsch-Deutschen Wiedervereinigung?

Bereits im Eröffnungsvortrag des Soziologen Prof. Ernst von Kardoff wurde auf positive Entwicklungen eingegangen, jedoch ebenso kritische Punkte angesprochen. Letztere machen deutlich, wie nötig es im Sinne psychisch erkrankter Menschen ist, dass sowohl die DGSP wie auch andere kritische Vertreter aus Zivilgesellschaft, Politik und Wissenschaft weiter an der Gestaltung menschenwürdiger Behandlungsformen und der sozialen Inklusion Betroffener mitwirken.

So wurde einerseits die heute bestehende Vielfalt an Einrichtungsformen und die Vielzahl an ambulanten Einrichtungen hervorgehoben. Der beste – ursprünglich nicht intendierte – Effekt der Reform sei jedoch die breite Selbsthilfebewegung. Durch die hiermit verbundene „Politik von unten“ wurde und werde die Zivilgesellschaft erheblich gestärkt. Als kontinuierliches Thema sei Gewalt im psychiatrischen Kontext nach wie vor aktuell. Dieses wurde in einer Podiumsdiskussion zum Thema „Menschenrechte und Teilhabe“ breiter aufgegriffen und aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet: Zwar gebe es regionale und punktuelle Unterschiede und damit positive Beispiele, jedoch wird weiterhin über Probleme, wie Zwangsfixierung mit Re-Traumatisierung als möglicher Folge, Elektroschockbehandlung, Gabe von Psychopharmaka ohne Aufklärung der Patienten über Neben- und Spätwirkungen oder fehlender Anspruch auf Entschädigung bei falschen Therapien berichtet. Von psychiatrischer Seite wurden hierzu die professionelle Verantwortung für Menschen in psychischen Krisensituationen, standardisierte Abläufe in Kliniken und personelle Engpässe angeführt. Die kritische Perspektive seitens der DGSP betonte dagegen die mangelnde Berücksichtigung von Menschenrechten und Teilhabe. Damit sei die heutige psychiatrische Versorgung weit entfernt von den Leitlinien der Enquete-Kommission. Betroffene Menschen werden heute nach wie vor stigmatisiert, ausgegrenzt sowie häufig nicht bedarfsgerecht und eher gemeindefern untergebracht. Unter dem Stichwort „ambulante Ghettos“ wird hierbei zwar der ausgebaut ambulante Sektor gewürdigt, jedoch gleichzeitig pointiert darauf aufmerksam gemacht, dass die Nutzer dieser Dienste oft unter sich bleiben. Sie treffen sich kaum mit sogenannten „Gesunden“ in den psychosozialen Zentren. Auch in den Zuverdienstfirmen und vor allem den Werkstätten für Behinderte (in denen psychisch erkrankte Personen immer noch oft aus Mangel an geeigneten Tätigkeiten „arbeiten“) kommen sie nicht in Kontakt mit der „Normalbevölkerung“. Von Teilhabe kann daher schlecht die Rede sein.

<sup>1</sup> Den vollständigen Bericht finden Sie im Internet auf der Seite der DGPPN unter:  
<https://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/enquete.html>

Damit zusammenhängend wurden weitere Probleme genannt, wie die oft dauerhaft prekäre Lebenssituation psychisch Erkrankter („Gemeindepsychiatrie als Armutsverwaltung“), Stigmatisierung, die Individualisierung und Pathologisierung ihrer Lebensprobleme und -krisen bei gleichzeitiger Vernachlässigung der gesellschaftlichen Mitverursachung.

Auf Zusammenhänge zwischen psychiatrischen Erkrankungen, sozialer Ungleichheit und Exklusion ging ein Referat von Prof. Kilian aus Ulm ein. Ein niedriger Sozialstatus erhöhe demnach die Wahrscheinlichkeit einer Depression oder Angststörung, ebenso das Erleben von Arbeitslosigkeit. Auch das Suizidrisiko steige an. Andererseits tragen auch ungünstige Bedingungen der Erwerbsarbeit durch Überforderung oder mangelnde Entscheidungsspielräume zu diesen Erkrankungen bei. Bipolare und schizophrene Störungen begünstigen hingegen stärker sozialen Abstieg.

Für Menschen in schwierigen und ökonomisch eingeschränkten Lebenssituationen mit einer stigmatisierenden Diagnose ist es jedoch weitaus komplizierter, an allen gesellschaftlichen Institutionen zu partizipieren. Zwar haben wir eine erstarkte Empowermentbewegung und VertreterInnen der Ex-In-Bewegung, welche als Psychiatrieerfahrene die psychiatrischen und therapeutischen Professionen in ihrer Arbeit ergänzen. Dies ist prinzipiell ein Zeichen für die erfolgte Umkehr vom Blick auf psychosoziale Defizite hin zu Ressourcen und Resilienz (von Kardoff). Insgesamt bleibt jedoch die Teilhabe und Selbstbestimmung aufgrund individuell begrenzter Ressourcen und Kompetenzen wie auch gesellschaftlicher Strukturen oft eingeschränkt. Wie in der Podiumsdiskussion hervorgehoben wurde, liegt dies unter anderem an fehlenden alternativen Strukturen und Berufsgruppen (z.B. für aufsuchende Hilfen oder die Erarbeitung von Voraus-Behandlungsverfügungen) bei gleichzeitig parallel nebeneinander tätigen Diensten und Professionen mit unterschiedlichem Krankheits- und Krisenverständnis. Eine offene Frage hierzu ist z.B. auch, wie mit Menschen umgegangen werden soll, welche die Annahme von Hilfen verweigern.

Wie sich gezeigt hat, bleiben angemessene und personenzentrierte (professionelle) Hilfen im Fall psychischer Störungen ebenso ein Dauerthema wie die gesellschaftliche Teilhabe. Im Zuge der aktuell diskutierten Neufassung des Bundesteilhabegesetzes wurde daher im Kontext dieser Tagung eine gemeinschaftlich abgestimmte Resolution der DGSP verabschiedet, da der derzeitige Gesetzesentwurf Wunsch- und Wahlrechte einschränkt. Außerdem enthält dieser unbestimmte Begriffe, deren Auslegung die Teilhabe einschränken kann. Ein Film der Lebenshilfe Brandenburg veranschaulichte dies aus einer kritischen Perspektive.

Ohne auf alle Beiträge und Workshops eingehen zu können<sup>2</sup>: Der Kurzbericht wie auch das Resümee der Tagung – „nach der Reform ist vor der Reform“ – verdeutlichen, es gibt weiterhin viel zu tun, auch in unserem Thüringer Selbsthilfeverband.

## ***Zukünftige Rahmenbedingungen für gelingendes ehrenamtliches Engagement***

Heike Stecklum, Vorstandsmitglied

Diesem Thema widmete sich ein Zukunftsforum der Parität Thüringen am 14. September 2016 in Neudietendorf. Hierzu waren Mitgliederorganisationen wie unser Angehörigenverband eingeladen. Ausgehend von einem Positionspapier der Paritätischen Buntstiftung zum Ehrenamt wurden hier neue Erfahrungen und Impulse vorgetragen, um diese in Workshops zu vertiefen und schließlich im Podiumsgespräch zukünftigen Unterstützungsbedarf zu formulieren. Die an der Diskussion beteiligte Thüringer Ehrenamtsstiftung ist hierbei ein wichtiger Partner an der Schnittstelle von sozialen Organisationen und Selbsthilfe sowie politischen Entscheidungsträgern.

Da die Vortragsskripte sowie die Dokumentationen der Workshops unserer Redaktion vorliegen und bei Bedarf angefordert werden können<sup>3</sup>, beschränkt sich dieser Beitrag auf wesentliche Erkenntnisse für unsere spezifische Arbeit. So stellt

<sup>2</sup> Auf der Internetseite der DGSP sind mittlerweile einige der Vorträge veröffentlicht:  
<http://www.dgsp-ev.de/tagungsberichte/dgsp-jahrestagung-2016.html>

<sup>3</sup> Diese wären: St. Werner „Ehrenamt aus Sicht des Paritätischen“; A.Kotter „Markenkern, Perspektiven und Szenarien Paritätischen Engagements“; W. Theißen/A. Kotter „Zwei Jahre nach der Paritätischen Engagementstudie“; Prof. St. Beetz „Engagement und Zivilgesellschaft als elementarer Bestandteil von Sozialplanung“; zusätzlich Dokumentationen der Workshops

sich z.B für uns die auf dem Forum diskutierte Frage nach der Kooperation zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen lediglich insofern, als wir dringend eine Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle für die alltägliche Arbeit benötigen und aufgrund dieser Struktur eine effektive Zusammenarbeit mit dem Vorstand gewährleistet werden kann, denn unser Verein ruht wesentlich auf der Arbeit der Vorstandsmitglieder und Selbsthilfegruppenleiterinnen. Entsprechend der im Impulsvortrag des stellvertretenden Vorsitzenden der „Buntstiftung“, Herrn Werner, genannten Zahlen sind von den Engagierten der 1035 Thüringer Mitgliedsorganisationen der Parität 19 % in der Selbsthilfe aktiv. Davon sind die meisten zwischen 30 und 60 Jahre alt und tendenziell langfristig engagiert. 20 % aller Engagierten sind als Vorstände oder in Managementfunktionen aktiv. Entsprechend der Erfahrung von Herr Theißen von der Parität Nordrhein-Westfalen werden diese oft nicht als Engagierte wahrgenommen, obgleich sie ein hohes zeitliches Pensum für ihr Engagement aufbringen. Dies verweist auf die mitunter immer noch mangelnde öffentliche Wahrnehmung und Anerkennung der Engagierten. Hierzu können Aktivitäten, wie der Fachtag, Ehrenamtspreis und mediale Öffentlichkeitsarbeit, wie sie von der Parität praktiziert werden, beitragen. Jedoch löst dies weniger die Probleme der Mitgliedergewinnung, Vorstandsnachfolge und Suche neuer Selbsthilfegruppenleiterinnen unseres und anderer Selbsthilfevereine. Die Erkenntnis, „Ehrenamt ist Chefsache“ und sollte daher verantwortlich von Hauptamtlichen organisiert werden, trifft nicht unsere Situation und Bedürfnisse, da der Chef selbst ein Ehrenamtlicher ist. Die bereits aktiven Engagierten müssen viele Aufgaben selbst in die Hand nehmen. Hilfreich kann hierbei sein, Angebote der Parität oder weiterer regional verfügbarer Organisationen und Netzwerkstrukturen zu nutzen. Die Einbindung in Netzwerke, die Zusammenarbeit mit Freiwilligenagenturen, Selbsthilfekontaktstellen oder Fortbildungsakademien können die Ehrenamtlichen gegebenenfalls unterstützen. Da viele Organisationen mit ähnlichen Problemen kämpfen, eignen sich Austauschforen, um kreative Ideen zu entwickeln oder gemeinsam auf Politik einzuwirken. Entsprechend der auf dem Forum vermittelten und ausgetauschten Erfahrungen ist dies nötig, da der Staat prinzipiell Verantwortung für die Stärkung der Zivilgesellschaft trägt – z.B. im Hinblick auf grundlegende Ressourcen für unbezahlte gesellschaftliche Arbeit, aber auch die Ermöglichung der Beteiligung von Menschen mit geringfügigen Ressourcen oder Bürgerbeteiligung in ländlichen oder strukturell benachteiligten Regionen. Wie Prof. Beetz jedoch hervorhob, sind in Ostdeutschland die Spielräume für Aktivitäten eingeschränkter, bestehe eine höhere finanzielle Abhängigkeit und hemmen bürokratische Hürden die ehrenamtliche Arbeit stärker als in den westlichen Ländern. Dies spiegelte sich in etwa anhand der von Herrn Kotter unter den Tagungsteilnehmerinnen erfragten Bedarfe für paritätisches Engagement in Thüringen wider: z.B. Anerkennung, Finanzierung, Qualifizierung, lokale Netzwerke, Unterstützungsstrukturen, geringer bürokratischer Aufwand und regionale Ansprechpartner.

Für unseren Verband ist es gut, zu wissen, dass unsere eigene Kompetenz durch die der Parität, der Ehrenamtsstiftung, unsere finanziellen Förderer und andere Organisationen ergänzt und unterstützt wird. Angesichts unserer Aufgaben und Ziele brauchen wir jedoch ebenso eine tragfähige, gut vernetzte Binnenstruktur und kreative Ideen – in nächster Zeit vor allem für die Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung neuer (Förder-)Mitglieder.

## ***Weiterhin Kritik am Bundesteilhabegesetz***

### **Resolution**

**7. Oktober 2016**

### **Zur Parlamentarischen Diskussion des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der DGSP Jahrestagung 2016 beschließen zur Parlamentarischen Diskussion des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) folgende Resolution:

Wir unterstützen die Intention des Gesetzgebers, das alte Fürsorgerecht in ein modernes Teilhaberecht zu überführen und die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen umzusetzen. Insbesondere mit Blick auf Menschen mit schweren psychosozialen Beeinträchtigungen ist dies jedoch völlig unzureichend gelungen, sodass zu befürchten ist, dass es zu wesentlichen Leistungsverlechterungen kommen wird.

1. Der leistungsberechtigte Personenkreis für Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 99 SGB IX-E) ist zu hochschwellig und willkürlich eingegrenzt, so dass zu befürchten steht, dass viele heute leistungsberechtigte Menschen in Zukunft keine Leistungen mehr erhalten. Durch die falsche Verwendung der ICF wird darüber hinaus der Willkür im Assessment Tür und Tor geöffnet.
2. Leistungen zur sozialen Teilhabe werde nun verhältnismäßig und unsachgemäß eingeschränkt. Insbesondere der Nachrang zur Pflege (§ 91 SGB IX-E) ist völlig abzulehnen. Erforderlich ist eine Gleichrangigkeit der Leistungen bzw. ein Vorrang rehabilitativer Leistungen vor Pflege.
3. Die neu eingeführten Leistungen zur Assistenz (§ 78 SGB IX-E) sind hinsichtlich der Bedürfnislage schwer psychosozialbeeinträchtigter Menschen als unangemessen zu bezeichnen. Psychosoziale Leistungen sind nicht lediglich „Assistenzleistungen“, die sich auf Kompensation oder Anleitung beziehen, sondern qualifizierte Leistungen, die sich auf Motivierung, Reflexion und Analyse, Spiegeln und Grenzen setzen sowie emotionale Stützung beziehen. Insofern geht

der Assistenzbegriff, insbesondere in seiner Zweiteilung, an den Bedarfen von schwer psychosozial eingeschränkten Menschen vorbei.

4. Die Teilhabeplanung (§ 13 ff. SGB IX-E) und die Gesamtplanung (§ 117 ff. SGB IX-E) müssen hinsichtlich der ICF dringend harmonisiert werden. Einheitliche Instrumente müssen entwickelt werden. Leistungsberechtigte müssen ein Recht auf „Teilhabe- und Gesamtplankonferenzen“ haben. Darüber hinaus ist es erforderlich, dass die Leistungserbringer vor Ort im Sinne des „Trialoges“ an Gesamtplanungen beteiligt werden.
5. Die Trennung von Leistungen zum Lebensunterhalt und Fachleistungen ist nur bruchstückhaft vollzogen und das „Zwangs-Poolen“ von Leistungen (§ 116 SGB IX-E) widerspricht dem Selbstbestimmungsrecht. Eine Konversionsphase ist so zu gestalten, dass insbesondere kleine, gemeindeintegrierte stationäre Wohnformen nicht unverhältnismäßig getroffen werden.
6. Hinsichtlich der Teilhabeberatung muss gewährleistet sein, dass die Interessen und Kompetenzen der psychosozial beeinträchtigten Menschen bei der Vergabe von Fördermitteln gewahrt werden. Eine Förderung muss zeitlich unbegrenzt erfolgen.
7. Das Budget für Arbeit, das wir ausdrücklich begrüßen, sollte auch im geringfügigen Zuverdienstbereich Berücksichtigung finden. Gerade psychisch kranke Menschen beziehen oftmals eine geringe Erwerbsunfähigkeitsrente und können sich durch eine geringfügige Beschäftigung stabilisieren und unabhängig von weiteren Leistungen machen.
8. Insgesamt geben wir zu bedenken, dass die Gefahr besteht, dass durch das neue BTHG neue Grenzen errichtet werden zu Menschen, die als „nicht-teilhabe-fähig“ erklärt und aus qualifizierter, rehabilitativer Betreuung ausgeschlossen werden.

Damit droht schwer beeinträchtigten Menschen weiterhin Stigmatisierung!!!

Berlin, der 7. Oktober

Das Plenum der DGSP Jahrestagung 2016

## Aus der Arbeit des Bundesverbandes

### Informationen zur Forensik

## *Was passiert hinter den Mauern?*

Der hessische Landesverband der Angehörigen beschäftigt sich mit forensischer Psychiatrie

Von Manfred Desch

Was tut sich hinter den gesicherten Mauern und Zäunen einer Klinik für forensische Psychiatrie? Welche Menschen leben und betten hinter diesen Mauern und Zäunen? Im Rahmen der Angehörigenbewegung ist die Beschäftigung mit der forensischen Psychiatrie unerlässlich, auch wenn der Maßregelvollzug gerne vergessen und verdrängt wird. Doch geht die Forensik alle an, deshalb hatte der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker (LV ApK) in Hessen eingeladen, am 23. April in Hoffmanns Höfen in Frankfurt am Main das Thema aufzugreifen. Eingeladen waren der Krankenpfleger Christoph Müller, der selbst in einer forensischen Klinik arbeitet, und der Forensik-Beauftragte des Bundesverbands der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK), Gerwald Meesmann.

Die Neugierde und die Spannung unter den Zuhörerinnen und Zuhörern waren groß, schließlich herrschen große Ängste und Vorurteile gerade bei diesem Thema. Müller erzählte von seinem beruflichen Alltag und bemühte sich um eine große Sachlichkeit. Ja, es gebe Menschen, die im Maßregelvollzug untergebracht seien, deren Delikte an Brutalität und Perversität nicht zu unterschätzen seien. Doch dies sei beileibe nicht die Mehrheit der untergebrachten Menschen. Es seien oft tragische Biografien, die den Einzelnen in den Maßregelvollzug brächten, Gewalterfahrungen in der Kindheit oder Jugend beispielsweise.

**„Wenn man die Wege in die Forensik kennt, kann und muss man sie vermeiden – wo immer möglich!“**

Der Alltag in der Forensik sei vom wichtigen Paradigma der Alltagsorientierung geprägt. Untergebrachte Menschen hätten bis zu ihren Straftaten über viele Jahre Sozialisationsdefizite erfahren, die im alltäglichen Miteinander der Forensik aufzuholen versucht würden: Wie geht man in einer Gruppe miteinander um? Wo macht es Sinn, im täglichen Einerlei Kompromisse einzugehen? Wie umgehe ich meinen Gewaltimpuls und reagiere mit Worten statt Fausthieben? Dies werde

in den mehr oder weniger großen Wohngruppen auf den Stationen geübt. Müller hatte banale Beispiele, wie gemeinsame Mahlzeiten oder des Miteinander-Auskommens in einem Zweibettzimmer. Rolle der Pflegenden sei, Modell für die untergebrachten Menschen zu sein, wie Konflikte miteinander geklärt werden könnten oder ein eigenes Alltagskonzept entworfen werden könnte.

Kritische Worte fand Müller für die Rahmenbedingungen in der forensischen Psychiatrie. Es sei leider so, dass auf den meisten forensischen Stationen bis zu 20 Menschen untergebracht seien. Er hoffe, dass man mit der Zeit darauf komme und auch die finanziellen Ressourcen zur Verfügung stelle, um den Untergebrachten in familiennahen kleinen Wohngruppen das Einüben von Alltagskompetenzen zu ermöglichen. Die Bandbreite des Therapeutischen sei sehr groß. Manche untergebrachten Menschen schafften es, einen Schulabschluss und eine Ausbildung zu machen. Bei anderen sei es eine ungeheure Leistung, wenn sie regelmäßig in die Werkstatt für behinderte Menschen gingen.

Dass das Verhältnis zwischen den Mitarbeitenden auf den Stationen und den Angehörigen nicht immer zum Besten bestellt ist, hat Christoph Müller zugestanden. Er denkt, dass vielen professionell Tätigen nicht bewusst ist, welche Leidensgeschichte oft auch die Angehörigen durchgemacht haben.

Mit der von Gerwald Meesmann geäußerten Hoffnung auf eine Ambulantisierung des Maßregelvollzugs könnte sich das ändern. In § 63 StGB müssten neben der stationären Unterbringung auch ambulante Maßnahmen vorgesehen werden, denn in den Maßregelvollzugeinrichtungen würden die Menschen nur sehr begrenzt auf das Alltagsleben außerhalb von Klinikmauern vorbereitet werden können. Er ist außerdem der Überzeugung, dass viele längerfristige Unterbringungen in der Forensik vermieden werden könnten, wenn mehr für die Gewaltprävention getan werde. Als positive Beispiele nannte er die Projekte der Präventionsambulanz in Ansbach („Stopp die Gewalt in Dir“) und die Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS) in Karlsruhe. Die Reform des § 63 StGB müsse an den Ursachen der Fehlentwicklung ansetzen, nicht an deren Folgen. Wörtlich: „Wenn man die Wege in die Forensik kennt, kann und muss man sie vermeiden – wo immer möglich!“

Für den hessischen Landesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen war diese Jahrestagung eine Bestätigung dafür, dass Licht in die eine oder andere Blackbox gebracht werden muss. Konkrete Aktivitäten wurden nicht in Angriff genommen. Doch signalisierten die zahlreichen Rückmeldungen, wie wichtig es für den hessischen Landesverband ist, sich in gesellschaftliche wie politische Diskussionen um den Maßregelvollzug einzubringen.

**Manfred Desch** ist Vorsitzender des hessischen Landesverbands der Angehörigen psychisch Kranker.

[www.angehoerige-hessen.de](http://www.angehoerige-hessen.de)

Die Initiative Forensik des BApK will dazu beitragen, das Bild von Forensik und allgemeiner Psychiatrie in der Gesellschaft zu versachlichen und so die Situation der Patienten und deren Angehörigen zu verbessern. Kontakt:

[forensik-angeh@psychiatrie.de](mailto:forensik-angeh@psychiatrie.de)

Mehr zur Forensik auch auf [www.forensik.de](http://www.forensik.de)

#### **Anmerkung:**

Auch wir vom Landesverband Thüringen haben uns dieser Initiative angeschlossen.

Kontakt unter:

e-mail: [geschst@lvthueringen-apk.de](mailto:geschst@lvthueringen-apk.de) oder [www.lvapk-thueringen.de](http://www.lvapk-thueringen.de)

Ansprechpartner: Frau Rosmarie Mädels, Vorstandsmitglied

<b>Für Sie gelesen</b>
------------------------

## ***Unsere Empfehlungen für die Selbsthilfegruppen***

### **Was tun bei häuslichen Konflikten?**

Christian Zechert und Dr. Caroline Trautmann (BApK e.V.) beschreiben in dem Buch „Was tun bei Konflikten und Aggressionen in Familien mit einem psychisch erkrankten Angehörigen“

Was wir als Angehörige tun können und was wir lieber bleiben lassen sollten. Die Broschüre gibt Antworten auf diese Fragen. Sie beruht auf Berichten von Angehörigen der Selbsthilfe und überträgt zugleich das professionelle Wissen über Deeskalationstechniken und Prävention aus dem klinischen Bereich auf die häusliche Situation.

Sie ist für 4,00 € erhältlich beim:

BApK e.V.

Oppelner Straße 130 • 53119 Bonn;

E-Mail: [bapk@psychiatrie.de](mailto:bapk@psychiatrie.de)

Zur weiteren Vertiefung und Aufarbeitung des Vortrages von Herrn Helmert in unserer Informationsveranstaltung vom 5.11.2016 empfehlen wir:

Zeitschrift „GEO WISSEN GESUNDHEIT“ Nr: 4/2016 Artikel „Was die Seele stark macht“

Zum gleichen Thema informieren die DVD

### **„Nicht alles Schlucken – Krisen und Psychopharmaka“**

In diesem Dokumentarfilm von Jana Kalms, Piet Stolz und Sebastian Winkels sind 23 Menschen in einem besonderen Raum verabredet. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und psychiatrische Fachkräfte. Ihre Lebenserfahrung mit Psychopharmaka, ihr innerstes Erleben stehen im Mittelpunkt.

Sie sprechen ohne Fassade, sie sprechen miteinander, sie hören zu.

### **„Leben mit Psychopharmaka, miteinander erfahren – gemeinsam entwickeln“**

**„Du bist falsch.“ „Da ist was in dir defekt.“ „Das müssen wir ändern.“ – Solche Botschaften schwingen bei der Vergabe von Psychopharmaka mit. Wie ein sensiblerer Umgang mit Medikamenten aussehen kann, zeigt unser neuer Lernfilm in zehn zwanzigminütigen Kapiteln.**

Zwanzig Menschen, darunter Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Profis, sitzen in einem Stuhlkreis zusammen. Das Setting ist bewusst schlicht gehalten. Die Protagonisten berichten über ihre Erfahrungen mit und ohne Medikamente, über gesellschaftliche Tabus, über Ohnmacht und Angst, aber auch über Dankbarkeit.

Einige Betroffene sprechen von einer „Wolke der Betäubung“, die über ihnen hängt. Andere wiederum haben mit Hilfe der Medikamente zur Ruhe gefunden. Eine Mutter erzählt von ihrer Hilflosigkeit, mit anschauen zu müssen, wie ihr Sohn nach abrupter Absetzung einen neuen psychotischen Schub erlitt. Ein Psychiater wiederum äußert Kritik an den zu eng gestrickten Angeboten.

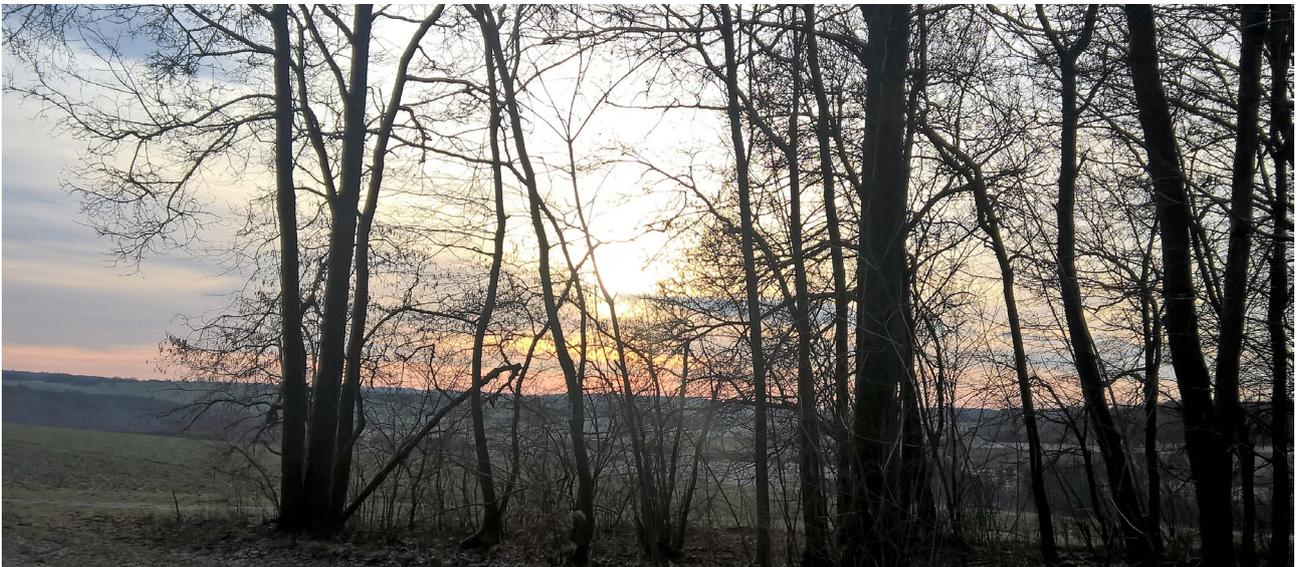
Nach Themen sortiert und gut proportioniert bietet unser Lernfilm „Leben mit Psychopharmaka“ viel Stoff für offene Diskussionen. In zehn Kapiteln zeigt er Wege und Auswege, Irrwege und Umwege auf. Der Alltag mit Psychopharmaka wird aus Betroffenen-, Angehörigen- und Profisicht dargestellt. Eingegangen wird auch auf die Schwierigkeiten bei der Begleitung psychisch erkrankter Menschen sowie auf die Chancen einer „von allen getragenen Psychiatrie“.

## *Nachdenkliches*

### **Projektion**

Von Hannes Ehrhardt

Wenn andere dich ohne Grund blöd anmachen,  
solltest du am besten lachen,  
denn sie sind die, die Probleme haben  
und ihre innersten Gefühle und Gedanken  
unter Lügen begraben.  
„Sie haben die Probleme, nicht du!“  
darum bewahre einfach Ruh  
und falls du dann ihnen entgegen lächelst,  
weil du an diese Reime denkst,  
wirst du sehen, dass du ihr Leiden erkennst.  
Dadurch wirst du irgendwann Mitleid kriegen  
und lernst nicht sie sondern ihre Probleme zu besiegen.




---

## *Meine Philosophie*

Von Hannes Ehrhardt

Kostbar ist nicht nur das Schöne, das wir erfahren, Kostbar ist auch das Schlechte,  
von dem wir die Fähigkeit, das Schöne zu schätzen, haben.

Kostbar ist das, was wir als kostbar ansehen,  
darum versuche alles, sowohl Gutes als auch Schlechtes zu verstehen.  
Ziehe deine Erfahrungen aus allem, was dir widerfährt, damit nur noch Kostbares in dich einkehrt.

Mit das Kostbarste ist die Dunkelheit,  
wodurch wir das Licht erst zu erkennen wissen und weshalb wir keine Freude in unserem Leben vermissen.

Darum ist für mich das Kostbarste nicht die Lösung, die wir kriegen, sondern das Verstehen des Problems, wodurch wir  
mit einer Lösung obsiegen.

## Landesverband Thüringen

### • *Geplante Veranstaltungen des Landesverbandes 2017*

1. März 2017      Informationsveranstaltung mit anschließender Mitgliederversammlung in Stadtroda
2. April 2017      Zusammenkunft mit den Leitern der SHG in Stadtroda
3. Juni 2017      Seminar zum Thema:  
„Wer versorgt den Kranken, wenn ich nicht mehr kann?“ in Stadtroda
4. September 2017 Zusammenkunft mit den Leitern der SHG in Stadtroda
5. Oktober 2017    Fachtagung in Erfurt

### • *Wenn Sie als Angehörige Hilfe und Beratung in schwierigen Situationen brauchen, können Sie folgende Telefon-Nummern anrufen:*

#### **Geschäftsstelle unseres Landesverbandes in Stadtroda**

Montag bis Donnerstag von 8 bis 15 Uhr, Tel. (03 64 28) 1 24 56, danach (03 66 51) 36 18

Jeden 2. Montag im Monat (**individueller Termin auch nach Vereinbarung möglich**) bieten wir – vorrangig für unsere Mitglieder – in der Zeit von 14 bis 16 Uhr in unserer Geschäftsstelle eine **soziale Beratung** mit Herrn Dr. Ziegler (Jurist) an. Terminvereinbarung erforderlich!

#### **Selbsthilfe-Beratung zu psychischen Erkrankungen**

Montag bis Donnerstag von 10 bis 12 Uhr und von 14 bis 20 Uhr

Freitag von 10 bis 12 Uhr und von 14 bis 18 Uhr

SeeleFon 0180/5 95 09 51 (14 ct/min aus dem deutschen Festnetz) – seelefon@psychiatrie.de

#### **Unabhängige Patientenberatung Deutschland** (bundesweites Beratungstelefon)

kostenfrei aus dem Festnetz zu erreichen (0800) 0 11 77 25,

Montag bis Freitag von 10 bis 18 Uhr, Donnerstag von 10 bis 20 Uhr.

### • *Dank an unsere Förderer*

Für die Bereitstellung von Fördermitteln für das Haushaltsjahr 2016 bedanken wir uns ganz besonders beim **Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie**.

Dem **Arbeitskreis Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfe der GKV im Freistaat Thüringen**, der **Techniker Krankenkasse – Landesvertretung Thüringen**, dem **Paritätischen Landesverband Thüringen**, der **AOK Plus Sachsen/Thüringen** sowie der **GEK Barmer Landesverband Thüringen**, der **Sparkassenstiftung Jena-Saale-Holzland** danken wir ebenfalls für die Bewilligung von Fördermitteln.

Für die anteilige Finanzierung dieser Ausgabe danken wir dem **Paritätischen Landesverband Thüringen**.

---

*Leserzuschriften sind uns willkommen.*

*Wir behalten uns vor, sie redaktionell zu bearbeiten.*

*Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung des jeweiligen Verfassers wieder.*

*Die Schwalbe*