

**Landesverband NRW ApK**

Landesverband  
Nordrhein-Westfalen  
der Angehörigen  
psychisch Kranker e.V.




**familien selbsthilfe  
psychiatrie**

Landesverband NRW der Angehörigen  
psychisch Kranker e.V.

# ***Klare Sicht***

Informationen von und für Angehörige psychisch erkrankter Menschen



***Wir Angehörige – gut, dass es uns gibt!  
Die Frage nach dem Sinn...  
Abschied von Gunda Twardon***

## **Liebe Mitglieder, liebe Angehörige, liebe Freunde des Landesverbands NRW ApK,**

der Frühling kommt und die Tage werden wieder länger.

Bei uns haben die Projekte längst gestartet und wir freuen uns, auch dieses Jahr wieder voll durchzustarten u.a. mit folgenden weiteren Themen in dieser Ausgabe:

- Mehrpersonensetting - Über den Einbezug der Angehörigen in die Therapie
- Selbsthilfegruppen fördern die Gesundheit
- Trialogische Fortbildung in der Pflegeausbildung

Natürlich gibt es am Schluss wieder eine Buchvorstellung und Tipps vom BApK.

Leider müssen wir uns auch von einer lieben Kollegin verabschieden.

Frau Gunda Twardon, stellvertretende Vorsitzende und Gründerin des Landesverbands ist am 16.12.2024 im Alter von 95 Jahren verstorben. Sie hätte sich gewünscht, dass es weitergeht... somit wünschen wir viel Freude beim Lesen und einen erfrischenden Frühling. Der Vorstand.

## **Mutcoaching - Workshop**

**Albert Einstein – „Der blanke Wahnsinn ist, nichts zu tun und zu hoffen, dass sich etwas ändert!“**

### **Selbstfürsorge**

Wo stehe ich? Was bin ich mir wert?

Damit begann der Workshop „Mutcoaching“ in Wuppertal mit Frau Sabrina Altenbeck, Sozialtherapeutin, Familientherapeutin, Supervisorin und Herr Birger Altenbeck, Sozialpädagoge und Lehrer und angehender systemischer Familientherapeut.

Bin ich es mir wert, mich um mich zu kümmern?

Wenn ich mich wichtiger nehme, wem würde das nützen? Schaffe ich es, mich von den äußeren Sachen zu lösen? Was brauche ich jetzt gerade? Was braucht mein Betroffener jetzt gerade? Was gewinne ich dadurch – was mein Gegenüber? Wie

hoch ist der Preis? Hat jede Entscheidung für Selbstfürsorge seinen Preis? Kommt der andere mehr in die Selbständigkeit, wenn ich mehr Selbstsorge betreibe? Alles Fragen, die uns über den ganzen Tag begleitet haben.

Die Teilnehmer haben ihre Fragen miteingebracht: Ruft er an oder nicht? Geht's ihm gut oder nicht? Wenn's dem gut geht, geht's mir auch gut. Wenn nicht, bin ich fertig. Da ist der Tag gelaufen. Ich bring mich immer in diese Rolle und was kann ich dagegen tun?

Selbstfürsorge vs. Egoismus. Wann fängt was an? Wann sollte ich meinen Plan durchziehen, wann nachgeben? Wo ist meine Verantwortung und wo für den anderen? Inwieweit ist der psychisch Kranke in der Verantwortung? Mach ich es nicht, macht es keiner! Muss ich Selbstfürsorge betreiben, obwohl es für den psychisch Kranken dann schlechter geht?

### **Inhaltsverzeichnis**

### **Seite**

<b>Mutcoaching – Zusammenfassung des Workshops</b>	<b>2</b>
<b>Caféhausgespräch – Frage nach dem Sinn</b>	<b>6</b>
<b>Theoretische und praktische Überlegungen zur Arbeit im Mehrpersonensetting</b>	<b>9</b>
<b>Wir Angehörige – gut, dass es uns gibt</b>	<b>12</b>
<b>Die Wissenschaft hat festgestellt ... Selbsthilfegruppen fördern die Gesundheit</b>	<b>12</b>
<b>Psychische Gesundheit in Krisenzeiten - DGPPN</b>	<b>13</b>
<b>Gewolltes Nichtwissen</b>	<b>14</b>
<b>Demenzprävention durch lebensstilbasierte Intervention</b>	<b>14</b>
<b>Trialogische Fortbildung in der Pflegeausbildung</b>	<b>15</b>
<b>Mitwirkung einer Angehörigen an der Erstellung eines Weissbuchs Schizophrenie</b>	<b>17</b>
<b>Buchtipp</b>	<b>17</b>
<b>In Gedenken an Gunda Twardon unsere liebe Kollegin</b>	<b>18</b>
<b>Tipps und Termine</b>	<b>19</b>

Viele Fragen, die uns über das Wochenende beschäftigt haben. Hier ging es darum zu schauen, wo unsere Grenzen sind, wann ein gesunder Egoismus zum ungesunden Leid wird. Immer wieder sich bewusst zu machen, dass es wichtig ist, an uns selber zu denken und dass wir - wie im Flugzeug auch - erst uns und dann dem anderen helfen sollten. „Wir haben Bedürfnisse und oft ist das Anerkennung. Dann kann es passieren, dass man nur noch dafür anerkannt wird, wenn man etwas für andere tut. Und dann verliert man sich oft selbst“, so Sabrina Altenbeck.

Klar wurde schnell, dass das gar nicht so leicht ist,



aber wenn man nichts probieren würde und sich nicht auch mal Fehler eingestehen könne, auch nichts dabei anderes herauskommen könne, als genau die Stelle, wo man sich jetzt aktuell befindet. Auf der Stelle wolle niemand mehr weiter treten, denn so sei es ja nicht gut oder?

### Wem gehört die Erkrankung?

Uns gehört die Erkrankung nicht und wir sind auch nicht schuld, dass unser Kind psychisch erkrankt ist. Wir sind mit-betroffen davon, aber nicht die Co-Abhängigen oder Betroffenen. **Somit bin ich auch mit-betroffen aber nicht mit-verantwortlich.**

Aus welcher Motivation übernehmen wir wie viel Verantwortung? Denn wenn man Verantwortung übernimmt, muss man dieser auch gerecht werden. Wo ist unser Feld, wo wir wirklich handeln können? Worauf haben wir tatsächlich Einfluss? Doch nur auf uns selbst. Deshalb können wir uns fragen: Wo darf ich mir etwas erlauben? Wofür bin ich wirklich verantwortlich und wofür nicht? Was kann ich selbst tun?

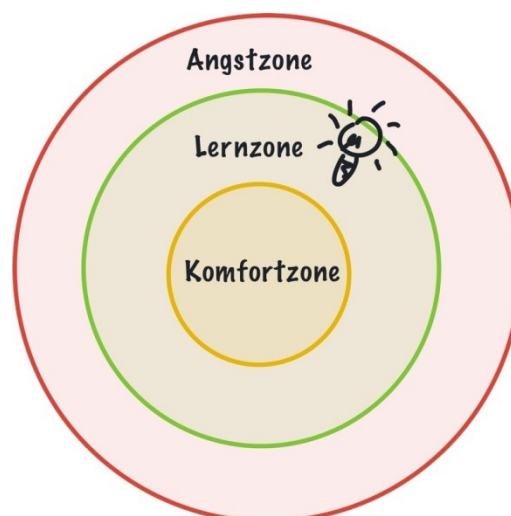
### Energiefass: Energiespender – Energiefresser

Wir prüften, was uns Energie spendet wie z.B. solche Workshops besuchen, Meditation, Sport, Lesen... und was bei uns Energie frisst und uns auslaugt wie z.B. die Konflikte mit dem Betroffenen. Einige waren überrascht, wie viel Positives sie finden konnten und andere spürten, wie sehr die Ansprüche des Betroffenen an ihnen nagten.

### 3-Zonen-Modell

Das 3-Zonen-Modell beinhaltet, wie der Name schon sagt, drei Zonen. Das sind:

1. Komfortzone – hier kennst Du Dich aus, alles ist bekannt, aber nicht unbedingt komfortabel - hier ändert sich nix
2. Entwicklungszone – Lernzone / Entwicklungszone – hier bist du lernbereit – hier ist Veränderung möglich
3. Überforderungszone – Panik / Angst – hier bist du im Überlebensmodus und kannst gar nichts lernen



Birger Altenbeck erzählt eine Geschichte anhand vom 3-Zonen-Modell von seinem Kinderfahrrad bei dem die Eltern die Stützräder abmachen wollten, welches ihm missfiel. In Zonen:

1. Stützräder bleiben dran
2. Selbst Stützräder zur Seite machen
3. Eltern wollten sie abmachen, da hat er sich kurzzeitig in der Angstzone befunden.

**Die Frage ist immer: lohnt sich dieser Schritt für mich in die Entwicklungszone zu gehen?**

Fortsetzung S. 4

### **Denn wenn ich etwas davon habe, dann habe ich auch Mut.**

Wenn ich ein Motiv habe, ein Ziel, einen Mehrwert, einen Gewinn - dann werde ich mutig. Ich verlasse das Bekannte, meine Komfortzone und wage mich in die Entwicklungszone. So erweitere ich dann meine Komfortzone. Damit meine Komfortzone größer wird, muss ich etwas verändern.

„Manchmal wird man aber aus der Komfortzone geworfen, ohne dass man das selbst entscheiden kann, wie z.B. mit einer psychischen Erkrankung. Ein Familienmitglied wird krank und schwupps bin ich in der Überforderungszone“, so eine Angehörige.

„Ja, das kann sein, dass ich in die Überforderungs- und Angstzone rutsche und dann integriere ich das Negative in mein Leben und nehme es mit in die Komfortzone und dort erlebe ich dann tagtäglich nix Gutes. Die Komfortzone steht nicht dafür, dass es mir immer gut geht, sondern dafür, dass ich mich auskenne. Und wenn ich einen psychisch Kranken mit in die Komfortzone nehme, kenne ich mich ja da dann irgendwann mit der Thematik gut aus. Das ist etwas, was ich kenne. **Aber so verändert sich nichts**“, so Sabrina Altenbeck.

Ein Beispiel: Jemand kann nicht gut ‚Nein‘ sagen. Sagt er ‚Ja‘ – bleibt er in der Komfortzone. Sagt er ‚Nein‘, ist er vielleicht in der Überforderungszone oder in der Entwicklungszone. Abgrenzung muss nicht automatisch in die Angstzone führen. Da liegt es auch dran, wie man das ‚Nein‘ ausdrückt und schon bin ich in der Entwicklungszone. Wir haben dann die Wahl. Wir müssen uns das nur bewusst machen. Jeder Mensch hat diese 3 Zonen aber nicht den bewussten Zugang.

„**Manchmal muss man erst in die Angstzone, damit man in die Entwicklungszone kommt.** Das ist auch normal. Das ist das Leben. **Es geht darum, sich das bewusst zu machen um neu wählen zu können, wo ich bin und wo ich hin will**“, so Frau Altenbeck.

Eine Angehörige bemerkt, dass sie sich dauerhaft in der Überforderungszone befindet. Darauf Frau Altenbeck: „Nein, dann wärst Du nicht hier! Da kannst du nichts lernen. Da wärst Du im Überlebensmodus. Du hast dich entwickelt, arrangiert und den Betroffenen mit in die Komfortzone genommen. Das ist ein Unterschied.“

**Aber gehen wir nicht heraus aus der Komfortzone, werden wir nicht wissen, wie es gut sein kann und so, wie es jetzt ist, ist es ja für dich nicht gut. Also geht es darum, mit vollem Bewusstsein in die Entwicklungszone zu gehen um zu bemerken, wo ich gerade bin und dann den nächsten Schritt zu gehen. Und dafür brauche ich Mut. Und Mut habe ich, wenn ich ein Ziel habe, einen Mehrwert.** Je mehr ich

mich in der Entwicklungszone bewege, desto größer wird die Komfortzone für mich und desto angenehmer. Es muss jedoch aus uns kommen, wir haben die Wahl. Und wenn ich mir eine Komfortzone geschaffen habe, in der ich mich wohlfühle, dann bleibe ich natürlich da. Aber das ist ja hier nicht der Fall.

**Jeder Veränderung führt erstmal ins Unge- wisse. Das ist so. Gleichzeitig ist die Überforderungszone auch eine Chance zur Veränderung!**

### **Mut ist trainierbar**

Mut ist lt. Duden ‚in einer gefährlichen riskanten Situation seine Angst zu überwinden‘. Was hat Mut mit Angst zu tun? Wir haben meist Panik oder Angst, vor dem was kommt. Wir wissen nicht, wie es werden wird. **Mut hat damit zu tun, sich auf Ungewisses einzulassen** und z.B. im Dunkeln trotzdem mit dem Rad zu fahren und damit die Angst zu bezwingen.

**Mut ist Kaffee trinken mit der Angst.** Wie trauen wir uns, den ersten Schritt zu gehen?

**Angst ist eine Reaktion, ein Gefühl, taucht meistens einfach so auf. Gefühle sind einfach da. Aber Mut ist eine Entscheidung. Zu sagen: Ich möchte etwas verändern! Und auf Entscheidung folgt Veränderung.**

Wissenschaftler haben festgestellt, dass Mut im gleichen Gehirnareal aktiviert wird wie Angst. Je mutiger wir also sind, desto mehr wird die Angst im Gehirn sozusagen „überschrieben“. Neue Synapsen können sich bilden je mehr wir uns auf Mut fokussieren. Somit ist Mut auch trainierbar und das haben wir selbst in der Hand!

### **Ziele setzen**

Es kann sein, wenn ich mehr ‚Nein‘ sage zu dem, was ich nicht mehr möchte, so dass es mir selbst dadurch besser geht, aber die anderen finden das nicht so gut. Das ist in Ordnung. Das muss man dann erstmal aushalten. Das ist Selbstfürsorge.

Hier stellen wir dann fest: Es gibt keine Entscheidung ohne Preis! Deshalb muss ich mich fragen: Lohnt es sich ins Risiko zu gehen? Ich muss also einen Gewinn, einen Mehrwert dadurch erfahren. Ich muss ein Ziel haben. Ziele sollen erreichbar also realistisch, messbar und überprüfbar sein. Sie sollten reizvoll und attraktiv, lang- oder kurzfristig sein. Ein Ziel kann sich auch im Laufe der Zeit und des Prozesses verändern.

Hier ein paar Zielbeispiele der Teilnehmer:

Ich wollte ja Wut lernen, als ich hierher kam. Aber als ich das Blatt mit der Zielsetzung gerade ausgefüllt habe, habe ich herausgefunden, dass das gar nicht meinem Naturell entspricht. Ich lerne jetzt zu sagen: „Das macht mich sprachlos“ oder ich sage: „Ich seh das anders.“ Das ist auch viel stärker als Wut und dann schlucke ich auch nichts runter. Damit fühle ich mich gerade richtig gut.

- Ich sage häufiger ‚Nein‘
- Ich lasse mir Zeit, bei einer Frage meines psychisch Erkrankten zu antworten
- Ich bringe den Mut auf, meine Meinung zu äußern
- Ich akzeptiere Dinge, die ich nicht ändern kann. Das bringt mir mehr Frieden, Zuversicht und Hoffnung.

### Was befähigt mich dazu, mutig zu werden?

Die Bewusstwerdung des Ziels ist oft der erste Schritt. Wir gehen ja mit der neuen Erfahrung wieder zurück in die Komfortzone, auch wenn es in der Entwicklungszone gerade mal nicht gut geklappt hat. Aber wir haben die Komfortzone dann verlassen und darum geht es, damit überhaupt Veränderung stattfinden kann. Es geht ums Ausprobieren.

Das Ziel einer Angehörigen: Die radikale Akzeptanz der Erkrankung meines Kindes. Denn die Abwehr kostet so viel Kraft, und die kann ich viel besser für mich selbst verwenden.

Dazu Birger Altenbeck: „**Radikal muss gar nicht sein. Es gibt ja nicht nur ganz oder gar nicht, sondern ein ‚Sowohl als auch‘.** Sagen wir mal z.B. da gibt es einen Freund, mit dem möchte ich eigentlich gar nichts mehr zu tun haben will und die Beziehung beenden möchte. Da kann ich auch die Beziehung erhalten, aber zu meinen Bedingungen. Sowohl behalten, als auch zu verändern. Das

gleiche gilt für das Leben mit meinem Betroffenen.“

### Ressourcen und Netzwerk

Was hilft mir auf dem Weg zu meinem Ziel? Was für Quellen, Fähigkeiten, Kompetenzen, Stärken habe ich selbst, um mein Ziel zu erreichen? Ich kann z.B. gut zuhören, organisieren, mich gut selbst reflektieren, habe einen starken Willen, Spiritualität, laufen, radeln, meditieren, singen usw. jeder hat irgendwelche Ressourcen. „Manchmal sind die verschüttet, aber die haben wir alle. Und je mehr man buddelt, desto eher entdeckt man unter den Decken einen Schatz!“ so Sabrina Altenbeck.

Was für ein Netzwerk habe ich? Familie, Freunde, Verwandte, Landesverband, Institutionen, Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker, Selbsthilfegruppe usw. Hierzu erhielten wir ein Arbeitsblatt, welches wir in Paarübung ausfüllten. Dies war für einige sehr hilfreich, da sie durch die Anwesenden etwas anderes gesehen und gehört haben, was sie nun für sich selbst entwickeln konnten. Manche dachten auch, sie hätten keine oder nur zwei oder drei Ressourcen und fanden doch einiges. Im Alltag fragt man sich ja nicht so oft, was man gut kann!

„Das sind die Werkzeuge in uns, die immer da sind. Die haben wir immer dabei und die können wir jederzeit nutzen! Und wenn ihr Euch die auf einen Post-it schreibt und irgendwo auf den Spiegel im Bad klebt, wo ihr es jeden Tag sehen könnt, dann ist das ein Training fürs Gehirn und kann sich wandeln; so wie der Mut die Angst überschreibt“, so Frau Altenbeck.

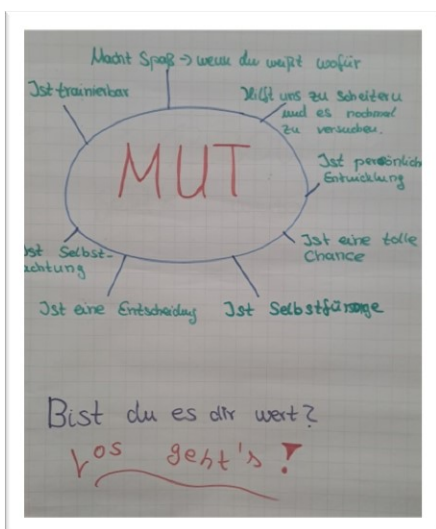
### Der nächste Schritt

Wie kann der nächste Schritt aussehen?

Wir legten eine Timeline und nahmen unsere selbst festgelegten Ziele als Beispiel wie: „Ich fühle mich erleichtert und selbstbestimmt“. Durch den ständigen Wechsel vom Ausgangspunkt auf das Ziel und zwischendurch auf die Metaebene, um sich das Ganze von außen anzuschauen, gelangten wir zu dem nächsten Schritt, der uns möglich war zu gehen, um unserem Endziel immer näher zu kommen. Wir fragten uns zwischendurch, was der ‚Erlauber‘ in uns wohl bräuchte, um sich sicher zu fühlen. Zur Hilfe kamen uns die Ressourcen und das Netzwerk, dass wir zuvor aufgeschrieben hatten. Der ‚Erlauber‘ wurde dann irgendwann zum

Fortsetzung S. 6

sogenannten ‚Aufpasser‘ und unterstützte uns noch weiter in diesem Prozess. So lernten wir eine Methode kennen, mit der wir aus unserer Komfortzone raus und unserem Ziel näher kommen können.



## Abschluss

Wir haben gesehen, dass Mut seinen Preis hat, aber es auch wert ist, wenn man in die Entwicklungszone geht. Niemand ist allein, wir haben alle Ressourcen und Netzwerk und unser Gehirn kann neue Wege stricken, wenn wir uns auf ein Ziel fokussieren oder uns dies auch nur vorstellen.

Wir bedanken uns bei Sabrina und Birger Altenbeck für diesen gut organisierten, anschaulichen Workshop. Alles wurde verständlich mit Materialien rüber gebracht und war begleitet mit viel Humor und Bewegung. Hier einige Teilnehmerstimmen, die mehr sagen, als ein Dankeschön von uns:

Ich habe gelernt, dass Mut trainierbar ist.

Das ‚sowohl als auch‘ fand ich gut.

Ich bin mutig geworden, auch mal „falsche“ Entscheidungen zu treffen und nochmal neu anzufangen

Das ist viel Input, habe super Unterstützung bekommen, bin dankbar, meinem Ziel mehr auf der Spur zu sein. Da ist auf jeden Fall Bewegung reingekommen.

Werde mal mit meinem Aufpasser in Verhandlungen treten.

Gehe jetzt öfter auf die Metaebene. Das ist für mich wichtig.

**Für mich ist es jetzt nur noch eine Strategie der Selbstfürsorge und Zielerreichen und Mut ist gar nicht mehr für mich dabei notwendig! Ich habe gelernt, dass Selbstfürsorge und der eigene Methodenkoffer gar keinen Mut mehr braucht. Danke!**

Rd.

## Caféhausgespräch „Frage nach dem Sinn“

### Die eigene Situation im Spannungsfeld

"Wir können ohne sinnhafte Deutung nicht überleben" war das Leitmotiv des letzten Caféhaus-Gesprächs zur "Frage nach dem Sinn. Die eigene Situation im Spannungsfeld von Schicksal, Schuld und Hoffnung" am 5. November in Münster - konzipiert und moderiert auch diesmal von Herrn M. Quante, Professor für praktische Philosophie an der Uni Münster. Verstanden als Angebot, mit philosophischen Mitteln zu helfen Dinge zu beschreiben, zu strukturieren und besser zu verstehen, lud Prof. Quante die Teilnehmenden ausdrücklich dazu ein, eigene Erfahrungen aktiv beizusteuern und in einen lebhaften, auch kontroversen Austausch einzutreten - nicht zuletzt, weil die Erfahrungen von uns Angehörigen auch für sein eigenes Denken fruchtbar seien.

**Die übergeordnete und existentiell bedeutsame Frage des Abends lautete: Welche individuellen Eigenschaften, Haltungen und Strategien setzen wir ein zu unserer je eigenen Lebensbewältigung und insbesondere im Umgang mit "Widerfahrnissen", wie wir sie grundsätzlich bei Erkrankungsgeschehnissen - auch und ganz besonders bei jenen unserer psychisch erkrankten Angehörigen - erleben.**

Konkret: wie gelingt es jedem einzelnen von uns, nicht kontrollierbare "Widerfahrnisse" in unsere Vorstellungen und Wünsche von unserem Leben, in unsere eigene "Erzählung" zu integrieren?

Uns allen vertraut ist die Frage nach dem "warum" - auf sie gibt es unterschiedliche Antwortarten.

Zunächst ist da die reine Ursachenforschung, also die Frage nach den kausalen, naturwissenschaftlich erklärbaren Bedingungen, eine, nach der Beobachtung von Prof. Quante, in unserer Gesellschaft im-

mer mehr Raum greifende, aus Sicht der Philosophie jedoch unzureichende Herangehensweise. Als selbstbestimmt Handelnde wollen wir unsere Umwelt nach unseren Wünschen beeinflussen.

Der Impuls alles wissenschaftlich zu erklären, lässt uns jedoch "nicht wohl fühlen", so Prof. Quante. Ein mitunter größeres Gewicht hat für uns die sinnhafte Deutung des Geschehens einschließlich der Klärung unserer eigenen Beteiligung daran. Für diese Deutung sind Persönlichkeit und unsere individuelle Geschichte ebenso maßgebend wie die soziale und kulturelle Um-



gebung, in der wir uns bewegen.

In dem Bestreben, Widerfahrnisse zu deuten und folglich zu bewältigen, sehen wir uns häufig mit Fragen der Schicksalhaftigkeit und der Schuld wie auch der Hoffnung konfrontiert. Wenn wir von "Schicksal" sprechen, so denken wir meist an eine nicht kontrollierbare, übermächtige (negative) Fremdbestimmung. Dem "Schicksal" gegenüber erleben wir uns (bzw. unsere Betroffenen) als ausgeliefert, ohne dass wir Schuld dafür tragen. Stattdessen räumen wir dem "Schicksal" "Sinn" innerhalb der "großen Gesichte" ein und integrieren es so in unsere eigene Lebenswirklichkeit.

**Ein anderer Bewältigungsversuch besteht in der Auseinandersetzung mit der Frage der persönlichen "Schuld".** Ein dringlicher Hinweis von Prof. Quante: Bei der Bewertung persönlicher Schuld gilt es, die Abfolge von Ereignissen, wie auch die Frage nach absichtsvollem, geplantem, zweckorientiertem oder zielorientiertem Handeln, im Auge zu behalten. Auch wenn wir etwas ursächlich hervorgerufen haben, tragen wir deshalb nicht zwingend die mo-

ralische Schuld für ein (etwaiges unerwünschtes) Resultat. Wenn ich beispielsweise eine Bekannte anrufe, diese dadurch ein paar Minuten später das Haus verlässt und dabei einen Unfall erleidet: Bin ich schuld daran, weil sie ohne meinen Anruf eher aufgebrochen und dadurch nicht mit dem Radfahrer auf dem Gehweg zusammengestoßen wäre?

Frage: Und falls doch: was hilft uns dann nicht den Verstand zu verlieren? Was gewinnen wir durch unser Schuldig-Fühlen? „Herr Quante, Sie sprachen von ‚Eigenschaften‘, die für oder gegen eine Bewältigungsstrategie sprechen, welche Eigenschaften wäre dies im Falle der Schuldzuschreibung zu sich, der Umwelt oder dem betroffenen Kranken selbst?“ Auch "Hoffnung" kann eine Bewältigungsform darstellen. Anders als Zugeständnisse an ein "Schicksal" oder die Zuweisung von "Schuld" ist "Hoffnung" handlungswirksam und motivierend. Sie reflektiert eine optimistische Einstellung gegenüber der Zukunft, verbunden mit der Erwartung, dass - bezogen auf Ereignisse, Pläne und Ziele - etwas Positives eintrifft. Wo und wann aber hat Hoffnung ihren Platz?

Prof. Quante mahnt jedoch zur Differenzierung: Zu unterscheiden sei zwischen "berechtigter", "unberechtigter" und "nicht berechtigter" Hoffnung. "Berechtigte Hoffnung" bietet einen Anhaltspunkt in der Gegenwart, insofern als er die Möglichkeit auf ein Ziel hinzuarbeiten, einschließt. "Unberechtigte Hoffnung" wäre - in unserem Kontext - dann gegeben, wenn von einer (bekannten) Therapieform keinerlei Besserung für den Patienten zu erwarten ist und dieser folglich nicht weiter behandelt wird, wir diese Behandlung aber dennoch wünschen. "Nicht berechtigte Hoffnung" hingegen ist eine "grundlose" Hoffnung, ohne Evidenzen - ein Wunschtraum.

"Hoffnung" als Bewältigungsstrategie hat also eine durchaus problematische und u.U. verführerische oder gar dunkle Seite: "Unberechtigte" Hoffnung, an die man sich klammert, birgt die Gefahr, dass man echte Handlungsoptionen bzw. Entscheidungen nicht in Betracht zieht.

Dennoch bieten alle drei Zugänge Anhaltspunkte um "Sinnhaftigkeit" zu konstruieren, "weil Sinn so wichtig ist". Sie alle bestimmen das eigene Handeln. Es folgt eine Diskussion. Frage einer Teilnehmerin: Kann aber nicht auch eine falsche Annahme über einen Erkrankungszustand bzw. Heilungschancen positive, weil kraftgebende Effekte (placebo) hervorrufen?

Fortsetzung S. 8

Prof. Quante: Ein Hoffnungsgedanke stellt sich paradoxerweise oft gerade dort ein, wo ein Gefühl der Machtlosigkeit vorherrscht, wo Betroffene eine Realität nicht wahrhaben wollen. "Hoffnung" wirkt hier immunisierend gegen eine etwaige berechtigte Skepsis. Angehörige halten an einer Hoffnung fest, weil Anderes zu schmerzhaft ist.

Die Frage an jeden Einzelnen von uns: Wo befinde ich mich? Welche kausale oder sinn-suchende Sprache verwende ich? Nach welchen Vorstellungen entwickle ich mein eigenes Leben, welche "sinn" machende Struktur gebe ich meinem Leben?

Fragen von teilnehmenden Angehörigen: Ist Hoffnungslosigkeit identisch mit "Illusionslosigkeit"? Was meint "Verzweifelt Sein"? Was ist "Zuversicht" und welchen Stellenwert hat Zuversicht? Wo überschneiden sich Zuversicht und Vertrauen?

Prof. Quante: "Hoffnung" hat oft eine irrationale Qualität, d.h. sie hat wenig Übereinstimmung oder auch nur Anbindung an die Realität.

Eine Teilnehmerin: "Hoffnung" hat für mich viel mit emotionaler Energie und Erwartungshaltung zu tun, ein kindliches Urempfinden!



Prof. Quante: "Verzweifelt" ist, wer Hoffnung haben will, dafür aber nicht die notwendige Kraft aufbringt. "Verzweiflung" ist eine emotionale Gestimmtheit. "Zuversicht" ist eine Erwartung, dass etwas gut wird, in die richtige Richtung geht. "Vertrauen Haben" - auch in Mitmenschen - bedeutet "nach vorne gucken können"!

Im Alltag sind alle diese Begriffe jedoch mehrdeutig. Aus Sicht der Philosophie existieren ein grundlegend fehlerhaftes Verständnis der Untiefen von vielen Begriffen, die wir im Alltag verwenden. "Schicksal" als eine negativ konnotierte Instanz, dämonengleich, ist in großen wie

kleinen Entwürfen dienlich, wenn wir uns Zusammenhänge nicht rational erklären können und weiter leben und funktionieren müssen.

Frage einer Teilnehmerin: Wenn "Schicksal" negativ ausgelegt wird, wie steht es um das "Glück"? Ist Glück nicht auch "Schicksal"? Und welche Bedeutung hat "Zufall"?

Prof. Quante: "Glück" zu definieren ist kompliziert: Unserem Verständnis nach ist es ein "Widerfahrnis" - ähnlich wie eine Erlösungshoffnung. Jeder Plan hat Sollbruchstellen, d.h. es kann etwas schiefgehen. Von "Glück gehabt" sprechen wir, wenn auf eine negative (auch neutrale) Erwartung ein unerwartet positives Geschehnis folgt. (Siehe auch "good" vs. "bad" luck (Amerik.)). Eine andere Auslegung ist: Man kann etwas tun im Sinne von beitragen, um Glück zu erfahren, oder auch im Sinne von sich verdienen. In eine ähnliche Richtung geht der Begriff "Fortune" (anstelle von "Glück" oder "Gelingen"), oft verwendet als Wunsch oder Zuschreibung.

Fragen der Teilnehmer: **Wie kann der Umgang mit Hoffnung aussehen, wenn eine Situation unveränderbar ist?** Wie kann man Perspektiven eröffnen, wo keine Hoffnung mehr besteht? Bedarf es bei Zuversicht immer Begründungen? Kann selbst "unberechtigte" Hoffnung nicht einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben?

Prof. Quante: Wir sind gut darin, uns selbst etwas vorzumachen. Diese Fragen dürfen gestellt werden: Zählen wir auf ein selbstbestimmtes Leben oder nur positive Effekte? Welche Bewältigungsstrategie ist stimmig mit Blick auf das bisherige Leben? Hatten bei der betroffenen Person Schicksalsgläubigkeit oder Selbstbestimmung Priorität? Allerdings: Wenn sich jemand nicht berechtigte Hoffnung einredet, sich sozusagen "doped", und sich dadurch echte Chancen verbaut, sollten wir eingreifen!

Wichtig ist: In unserer Position gegenüber unseren psychisch erkrankten Angehörigen befinden wir uns in einer Helferrolle. Das Verhältnis ist keines auf Augenhöhe. Wir sind also gehalten, den Blick des Anderen einzunehmen.

Eine Teilnehmerin: Ich versuche, dem Leben Sinn abzutrotzen. Mir hilft es, mich sozial zu engagieren, Aufklärungsarbeit für andere Angehörige von psychisch Kranken zu leisten, ihnen zu helfen, besser mit der Erkrankung klar zu kommen, Probleme



zu lösen. Kraft schöpfe ich außerdem aus der Solidarität mit anderen Betroffenen; auch mein Glaube und meine Spiritualität hilft mir bei der Bewältigung.

Prof. Quante: Sie müssen allerdings darauf achten, welche Begriffe verwendet werden! Oft genug werden die sinnsuchende und die kausale, ursachenorientierte Herangehensweise für eine Bewältigung miteinander vermischt! Hoffnung, Vertrauen, Misstrauen (!), Zuversicht... nutzen Sie, was Ihnen hilft, sich und Ihre Bedürfnisse zu verstehen und packen Sie nicht alles auf die moralische Seite!

Die schulmedizinische Versorgung hierzulande gleicht einem hochprofessionellen, druckvollen Reparaturbetrieb. Er verzeichnet zwar erhebliche medizinische Erfolge, die psycho-sozialen Auswirkungen von Therapien werden dabei aber häufig übersehen. Dabei könnte die Einbeziehung aller Aspekte der Lebensqualität von Patienten wie auch die der Angehörigen einen nachweislich wesentlichen Beitrag beispielsweise zur Senkung von Rückfallquoten leisten!

Wo ein dialogisches Prinzip sich (noch) nicht durchsetzt, müssen wir die Rolle des "verantwortlichen Beraters" einnehmen. Bestimmte Fakten lassen sich nicht abändern; eigene Einstellungen hingegen kann man modifizieren oder entwickeln. Vorsicht ist geboten bei tief liegenden moralischen Vorstellungen und der Verwendung tradierter Begriffe, die vieldeutig sind und oft falsch eingesetzt werden. Erziehung und Bildung bedeuten eine Anstrengung; nur mit ihrer Hilfe werden wir zu "Autoren unseres eigenen Lebens", verstehen unser Leben als Biografie und nicht nur Widerfahrnis, können es mit Sinn versehen.

Die Vorherrschaft von Kausallösungen und unsere Wissenschaftsgläubigkeit verstellt zu leicht den Blick für psychische Phänomene, die sozial

und kulturabhängig zudem unterschiedlich sind. Wir können nicht leben mit rein naturwissenschaftlichen Erklärungen unseres Dasein - ohne Sinn-Suche! Wir lernen viel über uns selbst im Umgang mit psychisch Kranken; nicht alles muss nach einem Modell gelöst werden.

Eine Teilnehmerin: Ich möchte meine Verbundenheitserfahrung mit meiner erkrankten Tochter während einer hoch psychotischen Episode mit euch teilen: Beim sorgsam, wiederkehrenden Zuhören spürte ich Ihre unendliche Fremdheit und Einsamkeit, die völlige Abgeschlossenheit ihres Daseins. Als sprachlich minimale Sinnverständigung möglich war, ging ein Fenster auf, und die "innere Käfig-Situation" wurde aufgelöst. Ich hatte ein echtes "Sinn-Erlebnis"! Es erschloss sich für mich zumindest in Ansätzen eine gar nicht so fremde Welt; sogar ihre Witze konnte ich heraushören und daran anknüpfen!

Prof. Quante: Auch hypersensible und hochbegabte Menschen reagieren auf eine Weise außerhalb des kulturell akzeptierten Rahmens. Kommunikation spielt daher eine fundamental wichtige Rolle: Kunst und Literatur (und manchmal Musik) sind "Sprachen", die eine intersubjektive Verständigung ermöglichen. Mein Tipp: Achten Sie auf Ihre Körperhaltung und Ihre Gesten! Erzeugen Sie Trost und Einverständnis durch Worte! Versuchen Sie Sinnstrukturen zu erkennen! Sinn-Suche schafft Begegnungsebenen und Anknüpfungsimpulse: ein:e Patient:in fühlt (!) sich gesehen! Emotionale Verbundenheit ist das Fundament tröstlichen Fühlens in extremster Krise. Und unsere "Aufforderungen" können mittelfristig zu Handlungsveränderungen führen!

Vielen Dank an Herrn Prof. Quante für diesen wieder erkenntnisreichen Nachmittag. Wir freuen uns auf eine Fortführung im nächsten Jahr.

Bericht von Stephanie Borst

## Die diagnostische und therapeutische Arbeit unter Berücksichtigung des sozialen Kontexts: Theoretische und praktische Überlegungen zur Arbeit im Mehrpersonensetting

Soziale Beziehungen gelten als wichtigste Ressource für Bindung. Sie sichern eine Überlebenschance. Hieraus ergeben sich oft Konflikte, die gleichzeitig auch zu einem höheren Risiko von psychischen Erkrankungen führen.

Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Kommunikationspartner bedingt. Wie wohlwollend sind wir miteinander? Gibt es Machtstrukturen? Wie steht es mit der Verantwortung?

Fortsetzung S. 10

Transdiagnostische Störungen der Interaktion oder Beziehungen können in soz. Kommunikation, soz. Wahrnehmung, Zugehörigkeit, Bindung, Selbst- und Fremdeinschätzung vorkommen. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung. Als Beispiel: Sie nörgelt, er zieht sich zurück und umgekehrt – er zieht sich zurück, sie nörgelt. Dieses wiederholt sich in einer Endlosschleife. Der Vorwurf lautet häufig, dass die Ursache des Verhaltens am anderen liege. Dies ist jedoch eine Zuschreibung mit der wir nicht weiter kommen. Die Ebene, wo der Therapeut einschreitet ist: Was spannt sich in dieser Ursache-Wirkung-Verkettung? Denn das macht ohnmächtig.

Auf der Metaebene finden wir den Ausstieg. Die Schuldfrage wird hinfällig. Wie kriege ich Entspannung rein, Stressregulation, was steht hinter den Gefühlen, was steigert das Spannungsverhältnis? Damit müssen wir uns beschäftigen.

### Womit haben wir es zu tun, wenn wir mit mehreren Menschen arbeiten?

Einzel-, Paar-, Familien-, Gruppensettings sind bei allen Verfahren möglich. Somit auch der Einbezug von Angehörigen und Mehrpersonen mit Fokus auf Beziehung, soziales System als Ganzes und weniger auf die Verantwortung des Defizits in einer Person. Möglich ist auch ein Setting-Wechsel als Interventionsmethode.

### Welche Vorteile hat der Einbezug von Angehörigen?

**Das bedeutet, es gibt eine viel größere Datenquelle zum Subjektiven, was der Patient dem Therapeuten erzählt. Dies kann den Patienten entlasten und die Empathie und die Kommunikation fördern. Der Alltag kann sich verändern und die Symptome weniger werden. Denn alle sind Teil des Problems.**

An welcher Stelle wird wer mit eingeladen und an welcher Stelle nicht? Wer ist bedeutsam? Partner, Geschwister, Geliebte...? Die Perspektive des anderen zu verstehen, auch wenn man sie nicht unterstützen kann, entlastet oft. Zum Beispiel gab es einen starken Konflikt zwischen Vater und Sohn. Wir kamen beim Vater auf den Opa und deren Beziehung und haben auch ihn

eingeladen. Da ergaben sich große Erwartungen vom Opa an den Vater in seiner Kindheit, der das erfüllen musste und deshalb Druck und Anspannung hatte. Dies hatte sich wieder in der Vater-Sohn Beziehung gezeigt. Die Familiengeschichte spielt also eine große Rolle.

Oft gibt es Diskussionen darüber, wer nun das schwarze Schaf ist. Und genau das soll nicht dabei sein? Und am Ende ist es aber dann doch der Dreh- und Angelpunkt!

Therapie soll Impulsgeber sein, genau das anzuregen, bestehende Muster zu erkennen und zur Stabilität und Struktur beitragen.

Virginia Satir, die Gründerin der Familienaufstellungen, fragt: Wo ist der Bezug zum anderen Familienmitglied? Wie gehen wir miteinander um?

Von daher ist ein Genogramm bis zur 3. Generation Standard bei der Anamnese, denn da liegen oft wichtige Themen. Es geht um Würdigung und Hervorheben der Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Unterschiede sind etwas Gutes und oft eine Ergänzung und damit eine Ressource. Es geht darum, Nähe – Distanz – Autonomie auszubalancieren, obwohl Unterschiedlichkeit in der Problematik besteht. Bsp. Zwangshandlungen: Oft unterstützt der Partner den Betroffenen viel. Das Problem dabei ist: Unterstützung hält das Symptomverhalten aufrecht! Das nennt sich Akkommodation. Dies beschreibt Verhaltensweisen, die kurzfristig die Symptome verringern und helfen, langfristig aber die Symptome aufrechterhalten. Man sollte also überlegen, was hier entlasten könnte.

### Angehörige einladen ist hilfreich

Oft ist es schwierig den Partner oder die Familie einzuladen, weil sie meist nicht kommen wollen. Dazu muss man auch sagen, dass ja Einzelpatienten auch ihren Schutzraum mit ihrem Therapeuten haben. Die wollen oft nicht, dass das Vertrauen des Arztes durch andere Familienangehörige gestört wird. Diese Befürchtungen müssen vom Arzt mit den Betroffenen kommuniziert werden, dass da keine Dinge über den anderen gesprochen werden, sondern ausschließlich inhaltlich von und über die Angehörigen. Denn häufig geht es um Schuld und Vorwürfe. Ziel ist die Förderung und Ausbalancierung der Allianzen.

Angehörige einzuladen ist sehr hilfreich und unterstützend. So sollte es ein Konzept geben, wo der Einbezug der Familienmitglieder *einfach* stattfinden

*muss*. Viele Ärzte kündigen das schon direkt bei der ersten Beratungsstunde mit an und sprechen über die Befürchtungen die damit einhergehen. So kann von Anfang an festgestellt werden, dass es nur um die Nutzung für neue Schritte geht.

### Schutzraum Therapeutengespräch

Der Therapeut bietet den Schutzraum, wo viel passieren kann. Er kann unterstützend sein. Was müsste passieren, dass es gut wird? Was wäre anders, wenn das Symptom weg wäre? Eine Einladung wenn Angehörige nicht kommen, könnte sein ihnen mitzuteilen, dass hier etwas im gemeinsamen System entstehen kann, was auch ihnen hilft.

Das Problem ist nicht positioniert in der einzelnen Person! Bei einer Paartherapie könnten z.B. folgende Fragen zu Beginn einladend sein: Was ist heute das gemeinsame Ziel? Lassen Sie uns die Zeit nutzen, dass wir gemeinsam verstehen, was hier passiert. Was für Intentionen liegen hinter den Gefühlen? Wie hält sich das gegenseitig aufrecht? Was tut jeder dafür? Welche Bedeutung / Funktion hat das? Was glauben sie denn, hat ihre Frau / Mann sie heute mit eingeladen? Was soll so bleiben, wie es ist? Wo wollen wir nicht drangehen und was darf/soll sich ändern? Was wollen wir bewahren, was gemeinsam neu visionieren? Darum geht es.

### Die Arbeit im Mehrpersonensetting

Der therapeutischen Arbeit im Mehrpersonensetting wird zunehmend mehr Beachtung geschenkt, stellt eine bedeutsame Erweiterung des traditionellen Einzelsettings dar und gewinnt zunehmend an Beachtung in der klinischen Praxis. Dies nicht nur im Rahmen systemischer Therapieansätze, sondern aufgrund vieler Vorteile dieses Settings an sich.

Vorteile ergeben sich nicht allein durch die Erweiterung des diagnostischen und psychoedukativen Wirkrahmens, in dem Angehörige Informationen geben oder bekommen. Im Rahmen des therapeutischen Einbezugs können wichtige Bezugspersonen den gesamten Prozess begleiten: der Einbezug kann helfen, interpersonelle Muster besser und nachhaltiger zu adressieren, die unmittelbar mit den Belastungen

oder psychischen Störungen im Zusammenhang stehen. Die Beziehung kann direkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gestellt werden. Gleichzeitig kann den Belastungen auch auf Seiten des sozialen Kontextes ein angemessener Raum gegeben werden.

Einbezug von Angehörigen (wichtigen Vertrauenspersonen) im Zuge der Diagnostik und Therapie zur...

- Erweiterung der Datenquelle(n)
- Psychoedukation, um zu entlasten und um den therapeutischen Prozess zu unterstützen
- Co-therapeutisch (z.B. Perspektiven-erweiterung, Empathie, Kommunikation etc.)
- Transfer in den Alltag (Veränderungen mittragen, einführen, aufrechterhalten)
- Arbeit mit und an der jeweiligen Beziehung (Partnerschaft, Familie etc.) aufgrund des Zusammenhangs der individuellen Belastung und einer niedrigen Beziehungsqualität

### **Es gibt eine Vielfalt an Möglichkeiten, Angehörige, Partner oder andere wichtige Bezugspersonen in die therapeutische Arbeit einzubeziehen: Aktueller Stand zu Forschung und Praxis:**

Die Forschung zeigt, dass das Mehrpersonensetting adaptive, funktionale Interaktionen zwischen den Patienten und wichtigen Bezugspersonen fördern kann, was zu einer differenzierten Selbst-Fremdwahrnehmung und zu einem verbesserten Verständnis der zwischenmenschlichen Kräfte und ihren wechselseitigen Einfluss auf individuelle psychische Dynamiken führen kann. Dabei spielen Kommunikationsfähigkeiten, psychoedukative Ansätze und das Aufzeigen familiärer Ressourcen eine zentrale Rolle. Darüber hinaus ermöglicht es dem Therapeut unterschiedliche Perspektiven zu integrieren und den Prozess der Veränderung auf mehreren Ebenen zu unterstützen, wengleich die spezifischen Charakteristika der therapeutischen Arbeit unter Berücksichtigung von Angehörigen Rechnung getragen werden muss.

In einer eigenen Studie wurde eine Multi-Paartherapie bei Depression mit der Fokussierung auf Achtsamkeit und Mitgefühl konzipiert und evaluiert, die mit Blick auf therapeutisch-praktische Elemente exemplarisch vorgestellt wurde. Darüber

Fortsetzung S. 12

hinaus wurde der multifamilientherapeutische Ansatz mit Bezug zu mentalisierungsstimulierenden Übungen abschließend beleuchtet. Das Erleben von Zirkularität, die Möglichkeit voneinander zu lernen, sich in der Selbst- und Fremdrelexion zu stärken und neue Perspektiven zu entwickeln waren hierbei zentral.

**Insgesamt verdeutlichen bisherige Studien, dass der Einbezug von Angehörigen eine vielversprechende Erweiterung des therapeutischen Spektrums darstellt und das Potenzial hat, die Effektivität von psychotherapeutischen Interventionen nachhaltig zu steigern.**

Zusammenfassung des Vortrags von Corina Aguilar-Raab, Frederike Winter, Universität Mannheim auf dem 3. Deutschen Psychiatriekongress

## „Wir Angehörige - gut, dass es uns gibt!“

Prof. Dr. med. Josef Bäuml, Psychiater, Autor und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Uni-Klinik München im Ruhestand, stellte am 4. Oktober 2023 in einem Vortrag die Ergebnisse neuer Studien vor, in denen **die Bedeutung der Einbeziehung von Angehörigen in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung** untersucht wurde.

Die Studie bestätigt Vieles, was wir Angehörige auch ohne konkrete Zahlen längst wissen:

- dass wir stark belastet sind (wie Prüflinge vor dem Staatsexamen, aber dauerhaft),
- dass wir häufig auch finanziell Einbußen hinnehmen müssen (gilt für 87% von uns),
- dass Beides vor allem für die Mütter, und ganz besonders für die Mütter von Schizophrenie-Erkrankten gilt.
- Bei zwei Dritteln der Angehörigen zeigen sich deutliche Symptome einer Depression.
- Ob Henne oder Ei am Anfang steht, ob eine emotional lebhaftere Familie das Stress-Level eines Mitglieds überstrapaziert, oder ob die seelische Erschütterung eines Mitglieds das Ansteigen der Emotionen in der ganzen

Familie auslöst – **die Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung reduziert auf jeden Fall die Rückfall-Rate deutlich.**

Prof. Bäuml empfiehlt den Kliniken, dass sie Dienstaustausch für Angehörigen-Beratung gewähren, und seinen Kollegen, dass sie eine Einladungsroutine entwickeln und in ihrer Kitteltasche stets den roten Teppich für Angehörige bereithalten.

**Schließlich seien Angehörige die größte Reha-Einrichtung der Welt – und das gratis.** Daher könnte ihnen das Selbstverständnis Vorbild sein, das aus einem großen Plakat am Eingang einer Klinik in der Schweiz spricht:

**Wir Angehörige – gut, dass es uns gibt!**

Im Vortrag werden weitere Studien-Ergebnisse vorgestellt, wie zur Medikation und zur Behandlung wider Willen.

Ein Bericht vom LV ApK Baden-Württemberg

## Die Wissenschaft hat festgestellt... Selbsthilfegruppen fördern die Gesundheit!

**Die Wissenschaft hat festgestellt:** Selbsthilfegruppen fördern Wohlbefinden und Gesundheit. Dass Menschen gesünder und glücklicher sind und sogar länger leben, wenn sie sich stark mit anderen verbunden fühlen, ist bereits erforscht und nennt sich social cure („soziales Heilmittel“). Ebenfalls erforscht ist der Effekt, dass Menschen sich wohler fühlen, wenn sie das Gefühl haben, das Leben nach eigenen Vorstel-

lungen gestalten zu können, also persönliche Kontrolle haben.

Dr. Susanne Relke und ihr Team konnten nun herausfinden, dass es auf zwei Dinge ankommt, wenn man in Selbsthilfegruppen von diesen gesund- und glücklich-machenden Effekten profitieren möchte: Zum einen muss man sich der Gruppe verbunden fühlen und gleichzeitig muss man die Gruppe als handlungsfähig erleben.

Eigentlich ganz logisch: die Diagnose einer schweren chronischen Erkrankung erleben Betroffene häufig wie einen Schlag. Neben der Angst, die das mit sich bringt, erleben sie auch einen Kontrollverlust:

ohne selbst Einfluss nehmen zu können, steht die Krankheit im Raum und stoppt erst einmal alle weiteren Lebenspläne. Das Gefühl, die Dinge im Griff zu haben, verschwindet und damit die persönliche Kontrolle. In Selbsthilfegruppen trifft man auf andere Betroffene, die einem die erste Panik nehmen können. Hier erfährt man von Menschen, die vor den gleichen Problemen standen, welche Möglichkeiten man hat und wo persönliche Kontrolle wieder möglich ist. Man gewinnt das Gefühl zurück, selbstwirksam zu sein.

Die Handlungsfähigkeit der Gruppe erleben die Teilnehmenden in jeglichen Aktivitäten der Gruppe: vom Gespräch, über Weihnachtsfeiern oder den Vortrag von Fachpersonen tragen alle

Gruppenaktivitäten dazu bei. Wenn das gegeben ist, können laut Dr. Relke und ihrem Team sogar Krisenzeiten, wie die Corona-Pandemie, in der eine Zeit lang Gruppentreffen nicht möglich waren, gesünder überstanden werden. Denn das Tolle ist, wenn die genannten Rahmenbedingungen stimmen (Zugehörigkeitsgefühl und das Gefühl, dass die Gruppe handlungsfähig ist), wirkt das soziale Heilmittel auch, wenn man sich nicht trifft.

Die wesentliche Schlussfolgerung der Forschenden: „Gruppen, vor allem Selbsthilfegruppen, sind eine unschätzbare wertvolle psychologische Ressource – vor allem dann, wenn man sich als Einzelperson machtlos fühlt.“

Den Beitrag von Dr. Susanne Relke mit dem Titel „Die Selbsthilfegruppe – ein völlig unterschätztes medizinisches Wundermittel“ gibt es in der Geschäftsstelle auch als PDF.

Aus Selbsthilfe News Münster

## Eröffnungsveranstaltung DGPPN Kongress „Psychische Gesundheit in Krisenzeiten“

Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, eröffnete den Kongress zum Thema: „Psychische Gesundheit in Krisenzeiten“.

Krisen zeigen sich immer häufiger, überlappen und verstärken sich zurzeit wie z.B. Klimawandel, Kriege, Rezessionen usw.. Wir müssen individuelle Krisen verstehen und behandeln. Die Komplexität der psychischen Abläufe und deren Einflussfaktoren verstehen und einordnen.

Psychische Störungen sind von dynamischen zeitabhängigen Prozessen

gekennzeichnet. Psychiatrie soll Auftrag und Ziel gemeinsam definieren und Krisen verstehen, Sicherheit gewähren, Kontrolle wieder herstellen, motivieren und unterstützen.



Psychische Erkrankungen haben bereits tiefgreifende Auswirkungen auf die Gesellschaft. Sie sind der häufigste Grund für Frühberentung, höheres Risiko für Suizide, zweithäufigste Ursache für Krankheitstage, geringere Lebenserwartung etc.

### Die psychische Gesundheit der Bevölkerung ist der wichtigste Faktor in der Bewältigung in Krisensituationen.

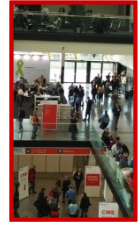
Deutschland braucht eine bessere Behandlung mit dem Blick auf den ganzen Menschen.

Hier einige Forderungen:

1. Prävention und Früherkennung und Förderung der Selbstregulierungskompetenz
2. Forschung Mental Health
3. Teilhabe und Inklusion durch Praxen und Kliniken
4. Politik – transparente gesetzliche Regelungen und Dokumentation von Eingriffen in die Patientenautonomie
5. Regionale Versorgungsverpflichtung für alle Behandlungssettings und vollumfängliche Finanzierung von Leistung, Personal und Weiterbildung

Rd.

## Gewolltes Nichtwissen - Sicherheit statt Unsicherheit



**Gewolltes Nichtwissen kann gesund sein, Sicherheit fördern und einen selbst vor Unannehmlichkeiten schützen.** Wie denn das? Werden Sie jetzt zu Recht fragen.

Na zum Beispiel schauen viele Menschen in den letzten Monaten und Jahren reduzierter Nachrichten. Dabei geht es nicht um die Vogel-Strauß-Politik, Kopf in den Sand, sondern um Selbstschutz und Resilienz. Wir Menschen wollen immer mehr Sicherheit als Unsicherheit.

Und manche Menschen möchten nicht so viel über das politische Geschehen wissen, weil es ihnen dann nicht gut geht. Sie wollen auch nicht wissen, ob sie von Ihren Vorfahren die ein oder andere schwere tödliche Erkrankung weitertragen. Sie sagen sich eher: „Ich würde gerne wissen, dass ich es nicht habe, aber auf keinen Fall, dass ich es habe. Ich glaube nicht, dass ich mit dem Wissen leben könnte, deshalb will ich es einfach nicht wissen.“

### Funktionen des gewollten Nichtwissens dienen auch der Emotionsregulation

Bis heute wollten viele Menschen aus der DDR ihre Stasiakte nicht lesen oder wollten dass die Namen geschwärzt werden, die sie bespitzelt haben. Sie sagen: „Ich kann ja die Dinge der Vergangenheit nicht ändern. Aber es könnten mögliche Familienmitglieder sein und das würde viel aufwühlen, Disharmonie in die Familie bringen und sie könnte zerbrechen, obwohl man sich gerade versteht und miteinander lebt!“

Und manchmal geht es auch um Fairness z.B. beim Institutionell gewollten Nichtwissen

Man hatte z.B. damals beim Vorspiel eines Anwärters für das Berliner Philharmoniker denjenigen nicht sehen wollen, der da spielte, damit man das Geschlecht nicht erkannte und so Verurteilungen vorbeugen wollte. Zuvor bestand das Orchester nur aus Männern und nun spielten auch Frauen vor.

Gerade bei größeren Firmen gibt es auch das Strategisch gewollte Nichtwissen

wie z.B. bei Volkswagen wo ein Vorstandsmitglied, als es drauf ankam, sagen konnte: „Ich hab das nicht gewusst!“ So konnte er sich vor kostspieliger Bestrafung schützen.

Gewolltes Nichtwissen über die Lebensspanne älterer Menschen zeigt auch, dass sie weniger negative Affekte im Leben und ein höheres Maß an Wohlbefinden haben. 90% wollten in einer Studie ihren Sterbetag nicht wissen.

Würden Sie es wissen wollen?

Rd Bericht vom DGPPN Kongress Berlin

## Demenzprävention durch lebensstilbasierte Intervention

Dies ist ein persönlicher Erlebnisbericht der keinen Anspruch auf wissenschaftliche Genauigkeit hat. Vielmehr ist es ein Spiegel der persönlichen Eindrücke, die ich hier gesammelt habe. Andererseits handelt es sich hier um komplexe Zusammenhänge, die den Gebrauch von Fachausdrücken nahelegen. Wenn man sich mit dieser Thematik beschäftigen möchte, kommt man ohnehin nicht daran vorbei, sich intensiver damit zu beschäftigen. Lieber Leser, sehen Sie es mir nach.

Schon die ersten Zahlen hatten mich sehr beeindruckt: weltweit wird von 55 Mio. Menschen ausgegangen, die dement sind. Davon allein in Deutschland 1,8 Mio. Auf eine genaue Definition von Demenz wurde nicht eingegangen – und man sollte auch aus vielen Gründen auf eine vorschnelle „Diagnose“ in konkreten Einzelfällen verzichten.

Es gibt verschiedene Studien zu diesem Thema. Es scheint so zu sein, dass unterschiedliche Ursachen demenzielle Elemente verursachen können und es wird davon ausgegangen, dass etwa 45 % auf sog. modifizierbare, d.h. beeinflussbare bekannte Risikofaktoren

zurückzuführen sind. Aber ganz eindeutig ist die Situation nicht. Eine der letzten bedeutenden ist die sog. AGEWELL-Studie (AGEWELL.de). Diese ist eine hochwertige klinische Studie, die den Effekt von Wirkung auf definierte Ursachen untersucht hat. Die vollständigen Faktoren können nachgelesen werden unter Demenz-Risikoprofil Lifestyle for BRAin Health-Index (LIBRA). Einige stark gewichtete verstärkende Faktoren für Demenz sind u.a. Hypercholesterinämie, Hypertonie, Depression, Adipositas und/oder Rauchen.

Die wichtigsten positiven, also risikomindernden Aspekte, sind danach Ernährungsberatung, niedriger Alkoholkonsum, Erhöhung körperlicher Aktivitäten, kognitives Training, Erhöhung sozialer Aktivitäten, aber auch Intervention bei Trauer nach Verlust / depressiver Symptomatik und Optimierung der Medikation.

D.h. mit anderen Worten: werden diese Aspekte in ihrer Gesamtheit pragmatisch von Menschen angewandt, der Lebensstil also verbessert, konnte ein vermindertes Demenzrisiko festgestellt werden. Dabei sollte nicht verkannt werden, dass hier individualisierte Interventionen, also aus dem genannten Spektrum auf den Einzelnen bezogene Elemente gezielt angewandt werden.

Es darf dabei aber auch nicht verschwiegen werden, dass trotz dieser Erkenntnisse und individueller Anwendung eine ganze Reihe anderer Faktoren nicht beeinflusst werden konnten wie z.B. Niereninsuffizienz oder koronare Herzkrankheiten.

Ich versuche mal ein persönliches Fazit: Wenn jemand eine individuelle vorbeugende Änderung seines Lebensstils mit dem Ziel der Risikolinderung für eine Demenz vornehmen möchte, können folgende Aktionen hilfreich sein:

- Ernährungsberatung: anzuraten ist die Konsultation einer versierten Fachkraft
- Erhöhung körperlicher Aktivitäten: Kann man gut allein machen, täglich ein Spaziergang ist schon gut, am besten gemeinsam mit anderen
- Kognitives Training: Kreuzworträtsellösen allein genügt nicht. Kreative Aktionen, die eine kleine Herausforderung darstellen, sind wichtig, das kann z.B. Kartenspielen sein
- Erhöhung sozialer Aktivitäten: häufiger Freunde treffen, die Gesellschaft Anderer suchen
- Intervention bei Trauer oder depressiver Symptomatik: Je nach individuellen Umständen kann Unterstützung guttun
- Optimierung von Medikationen: Im Zweifelsfall ist eine geriatrische Untersuchung sinnvoll

Dieser kleine Bericht soll ein Beitrag sein dafür, dass jeder Mensch einiges erreichen kann, wenn er sich freiwillig auf den Weg macht, klein anfängt und sich je nach Möglichkeit ein wenig steigert. Ein verbessertes Lebensgefühl ist der verdiente Lohn.

Viel Vergnügen dabei und viel Erfolg.  
Bericht von Rolf von Tübbergen LV NRW ApK

## Trialogische Fortbildung in der Pflegeausbildung

### Laut nachdenken für die Forschung

Wie sich in Studien herausstellte, werden Menschen mit psychischen Erkrankungen bei körperlichen Problemen häufig nicht ernst genommen und schlechter versorgt als andere Patienten. Die Einstellung von Pflegenden zu psychischen Erkrankungen beeinflusst die Qualität der Versorgung erheblich. Das Forschungsprojekt ‚Anti-Stigma Pflege‘ untersucht, ob ein Seminar, das von Betroffenen, Angehörigen und Fach-

kräften gemeinsam für Auszubildende in Pflegeberufen gestaltet wurde, zu signifikanten Verringerungen stigmatisierender Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen führt. Durchgeführt wird die bis Ende 2025 dauernde Studie an der UKE-Akademie für Bildung & Karriere. Es nehmen alle Pflegeauszubildenden daran teil.

In der einen Hälfte der Klassen wird ein Anti-Stigma-Seminar durchgeführt. Das sieht so aus: Gleich am Anfang der eintägigen Schulung erhalten die Teilnehmenden

Fortsetzung S. 16

einen Fragebogen mit Fallvignetten. Dies sind kurze Textabschnitte, die eine Situation beschreiben und in diesem Fall mit einer Aussage dazu abschließen. Ein stark verkürztes Beispiel: Im Rahmen einer Pflegesituation treffe ich auf einen Mann mit der Diagnose Schizophrenie. Ich beschränke meinen Kontakt zu diesem Menschen so weit wie möglich. Auf einer bis zehn reichenden Skala von ‚trifft voll und ganz zu‘ bis ‚trifft überhaupt nicht zu‘ soll die befragte Person sich persönlich zu dieser Aussage einordnen.

Sind mir Psychose erfahrene Menschen lediglich aus Negativmeldungen in den Nachrichten und als Täter in Krimis bekannt, stufe ich sie möglicherweise als grundsätzlich unberechenbar und gefährlich ein und wähle daher ‚trifft voll und ganz zu‘. Kenne ich einen Menschen mit dieser Diagnose schon lange und erlebe ihn in seinen Krisen als hilflose Person, entscheide ich mich wahrscheinlich eher für ‚trifft überhaupt nicht zu‘. Vielleicht bin ich

aber auch der Meinung, Diagnosen sagen wenig über einen Menschen aus und mache mein Kreuzchen irgendwo in der Mitte der Skala bei ‚trifft teilweise zu‘ mit dem Gedanken: „Das hängt von dem Verhalten des Patienten mir gegenüber ab.“

An dem Anti-Stigma-Seminar nehmen mindestens drei Personen als Gesprächspartner für die Auszubildenden und als Moderatoren der Schulung teil. Nach Möglichkeit eine aus der Betroffenen- und eine aus der Angehörigenperspektive sowie eine Person vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf oder vom Verein „Irre menschlich Hamburg e.V.“ Drei Monate nach der Fortbildung wird den Teilnehmenden der Fragebogen zum erneuten Ausfüllen zugeschickt.

Die Auszubildenden der anderen Klassen erhalten zur Kontrolle ein Seminar, in dem lediglich Informationen zum Thema Behandlung psychischer Erkrankungen vermittelt werden, ohne dass eine Begegnung mit Betroffenen und Angehörigen stattfindet und es werden keine persönlichen Geschichten geteilt. Auch diese Gruppe wird zu Beginn des Seminars und nach drei Monaten erneut befragt. Dann wird verglichen,

inwieweit sich die Einstellungen verändert haben. So soll die Effektivität und Nachhaltigkeit des Anti-Stigma-Seminars gemessen werden.

In ähnlichen Untersuchungen mit Medizinstudierenden und Polizei-Auszubildenden wurde die Wirksamkeit eines solchen Seminars bereits nachgewiesen. Entwickelt wurde es vom Verein ‚Irre menschlich Hamburg e. V.‘ als Basismodul, das für die jeweiligen Einsatzbereiche angepasst werden muss. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf lud eine kleine Gruppe von Betroffenen, Angehörigen (darunter ich), Mitarbeitenden aus der Forschung und der allgemeinen Bevölkerung ein, an einem Tauglichkeitstest des speziell für die Pflegeausbildung erarbeiteten Anti-Stigma-Fragebogens teilzunehmen. Damit sollte die Verständlichkeit der Fragen aus verschiedenen Perspektiven untersucht werden.

Interviewt wurde ich online nach dem Thinking aloud-Verfahren (Methode des lauten Denkens). Dazu wurde mir der Fragebogen mit den Fallbeispielen auf meinem Monitor angezeigt. Meine Aufgabe war es, alles frei auszusprechen, was mir beim Lesen der Texte und meiner Suche nach den für mich zutreffenden Antworten an Gedanken durch den Kopf ging. Und das war eine Menge! Es waren mir zu wenige Informationen in den Fallvignetten enthalten, um sicher sagen zu können, in welchem Maße ich der Aussage am Ende des Beispiels zustimme. Im Anschluss gab es zu meiner Überraschung einen zweiten Fragebogen. Sehr schnell stellte ich fest, dass die geschilderten Situationen identisch mit denen des ersten Fragebogens waren, lediglich ausführlicher beschrieben, was die Bewertung wesentlich vereinfachte. Zum Abschluss an mich die Frage, ob es noch etwas gäbe, was ich loswerden möchte. Ich verneinte. Das Interview wurde zur späteren Auswertung aufgezeichnet.

In den folgenden Tagen überdachte ich die Studie.

Dass man nach drei Monaten die Wirksamkeit der Anti-Stigma-Schulung feststellen kann, leuchtet mir ein. Aber kann man nach dieser relativ kurzen Zeit die Nachhaltigkeit überprüfen? Ich meine, dazu wäre eine Langzeituntersuchung nötig. Wie sehen die Antworten der ehemaligen Pflegeauszubildenden nach mehreren Jahren aus? Beeinflussen beruflich gemachte Erfahrungen das Ergebnis der erneuten Befragung? Ist ein Unterschied zu erkennen, ob die Pflegekraft in einem Seniorenheim, einer somatischen Klinik oder in der Psychiatrie arbeitet?

Ein Bericht von Sylvia Spiegel



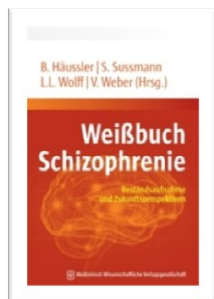
## Mitwirkung als Angehörige an der Erstellung eines Weißbuchs Schizophrenie

Im Kontext der Gesundheitswissenschaften versteht man unter einem Weißbuch eine Dokumentensammlung, die die Versorgungssituation zu einer bestimmten Indikation oder eines festgelegten

Gesundheitsthemas analysiert und Verbesserungsmöglichkeiten in dem Bereich aufzeigt. Das IGES Institut, welches seit Jahrzehnten die medizinische Versorgung im deutschen Gesundheitssystem untersucht, hat ein Weißbuch zur Versorgungssituation von Betroffenen mit Schizophrenie in Deutschland herausgebracht. Dazu haben die beteiligten Mitarbeiter viel recherchiert und gelesen: über das Krankheitsbild, die Verbreitung von Schizophrenie, den Entstehungsmodellen und Behandlungsmethoden.

Ich hatte die Möglichkeit, an der Entstehung des Buches mitzuwirken, da die Perspektive von Angehörigen mit einbezogen wurde.

In Online-Interviews wurden Betroffene, Angehörige und im Versorgungssystem arbeitende Menschen einzeln befragt. Es ging um den ‚Versorgungsweg‘ im Hilfesystem welchen Betroffene gehen, und wo man persönlich die jetzigen und zukünftigen Herausforderungen in der Versorgung von an Schizophrenie Erkrankten sieht. Auch das Thema Stigma wurde angesprochen. Später erhielt ich die Einladung zu einem Online-Expertenworkshop. Außer mir als Angehö-



rigenvertreterin nahmen fünf weitere Personen aus den Bereichen der Psychiatrie, der Psychiatriekoordination, der Psychotherapie, des Maßregelvollzugs und der gesetzlichen Krankenversicherung teil.

Die IGES-Mitarbeiter hatten die Interviews, in dem Projekt ‚Expertengespräche‘ genannt, ausgewertet und als Briefingdokument für alle Teilnehmer des Workshops aufbereitet. Sie hatten Herausforderung im Hilfesystem identifiziert und daraus Problemfelder abgeleitet. In Vorbereitung auf den Workshop bekamen wir die Aufgabe, uns die gesammelten und übersichtlich zusammengestellten Informationen durchzulesen und uns Gedanken zur Beantwortung mitgeschickter Impulsfragen zu machen.

Im Workshop selbst sollten wir über Lösungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation bei Schizophrenie diskutieren und Ziele erarbeiten, aus denen sich Maßnahmen ableiten lassen. Vorgegangen wurde nach der SMART-Methode. SMART steht für: Das Ziel muss spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert sein. Relevant in der Diskussion war außerdem, wo die Verantwortlichkeiten liegen und natürlich die Finanzierung.

Die Ergebnisse des Workshops flossen in Kapitel 6 (Anforderungen an eine angemessene Versorgung von Betroffenen mit Schizophrenie) ein. Besonders erfreulich: Mir wurde angeboten, einen Gastbeitrag aus Angehörigenperspektive zu verfassen. Der steht im Kapitel 3 (Versorgungssituation).

Das Buch kann kostenlos von der Homepage ‚Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft‘ heruntergeladen werden:

<https://mwv-open.de/site/books/e/10.32745/9783954669226/>

Ein Bericht von Sylvia Spiegel, Mitglied im LV NRW ApK

## Trauma und Beziehungen

### Wie wir die immergleichen Bindungsmuster hinter uns lassen

Von Verena König

(Trauma-) Therapeutin, Bestsellerautorin, Seminarleiterin

Wie frühe Prägungen unsere Beziehungen bestimmen

Frühe Bindungserfahrungen und emotionale Verletzungen aus der Kindheit hinterlassen Spuren in unserem Nervensystem, die sich ein Leben lang auswirken können: wiederkehrende Konflikte, Gefühle tiefer Einsamkeit und Selbstentfremdung. Was vielen nicht bewusst ist: Gerade Beziehungsprobleme wie Bindungsängste oder der Hang zu toxischen Partnerschaften sind häufig Folgen dieser Traumata.

Die renommierte Traumatherapeutin Verena König erklärt anhand der Erkenntnisse der Psychotraumatologie und



Fortsetzung S. 18

der Polyvagaltheorie, wie Traumata entstehen und wie wir sie erkennen können. Mit klaren Worten, zahlreichen Fallbeispielen aus der Praxis und Anleitungen zur Selbstbegegnung ist dieses Buch ein Begleiter in einem tiefen und entlastenden Erkenntnisprozess.

Selbstreflexion, (Selbst-) Mitgefühl und tiefes Verständnis führen zu einer elementaren Klarheit: Die größte Heilkraft für frühe Wunden liegt in unseren Beziehungen. Mit diesen Erkenntnissen und Werkzeugen können wir uns auf den Weg in ein Leben frei von den Schatten der Vergangenheit begeben und erfüllende Beziehungen gestalten – sei es die Verbundenheit zu unserem Körper, unseren Mitmenschen, dem Planeten Erde oder auch zu unseren Symptomen und unserer Vergangenheit.

Paperback, Klappenbroschur, 1. Auflage 2024, 272 Seiten, ISBN: 978-3-442-34310-2, 20 €

## Wir gedenken an unsere liebe Kollegin Gunda Twardon

### Adelgunde Twardon



Am 16.12.2024 verstarb unsere liebe Kollegin und Gründerin des Verbands.

Gunda Twardon war Gründungsmitglied des Landesverbands Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und hat ihn seit 1989 bis zum letzten Tag tatkräftig unterstützt. Sie war Helfende und Initiatorin bei der Pionierarbeit und leitete gleichzeitig erfolgreich eine Angehörigengruppe in Essen.

Sie hielt Vorträge, war stets ansprechbar für die Belange der Angehörigen, immer freundlich und eine gute Zuhörerin. Es war ihr sehr wichtig, Ihr Leben den Angehörigen psychisch erkrankter Menschen zu widmen.

Wir vermissen sie alle sehr als unsere sehr herzliche Kollegin und weise Freundin. Mit ihr geht nicht nur unsere Gründungsmutter und tragende Kraft in der Arbeit des LV NRW ApK, sondern auch ein wunderbarer Mensch mit friedlicher und herzlicher Ausstrahlung.

Liebe Gunda: Bewundert haben wir schon immer Deinen messerscharfen Verstand, Deine Hingabe für die Menschen und Deinen langen Atem im Kampf für die Angehörigenbelange.

Mit Dir geht ein großes Vorbild – doch Du wirst uns immer weiter begleiten – in unseren Herzen und unserem Tun!

Unser Mitgefühl gilt der Familie und Angehörigen.

Wir wünschen Ihren Geschwistern, Kindern, Enkeln und allen Angehörigen viel Kraft und Zuversicht in dieser schwierigen Zeit.

Der Vorstand



## Informationen aus dem BAPK Newsletter

### Workshop "Mitgeföhlt?!"

Schülerinnen und Schüler der Lise-Meitner-Gesamtschule in Köln-Porz hatten die Gelegenheit, am Workshop "Mitgeföhlt?!" des BApK teilzunehmen. Das Format mit Julia Paar und Nele Riepenhusen bot einen geschützten Raum, um über psychische Gesundheit zu sprechen, eigene Herausforderungen zu reflektieren und sich über persönliche Erfahrungen

Mehr davon: <https://imgporz.de/workshop-mitgefuehlt-in-den-lassen-10-1-und-10-5/>

### So bleiben Angehörige von psychisch Erkrankten selbst gesund

Wenn ein geliebter Mensch krank wird, kümmert man sich um ihn. Doch das kann zu viel werden. Expertinnen und Experten - u.a. vom Landesverband für Angehörige psychisch erkrankter Menschen in Berlin - erklären, wie man auch auf sich selbst achtet und was dabei hilft. Von Evelyn Steinbach.

Mehr davon: <https://www.tagesspiegel.de/gesundheit/volkskrankheit-depressionen-so-bleiben-angehorige-von-psychisch-erkrankten-selbst-gesund-12772373.html>



### Spruch:

Wir müssen auch unsere Schattenseiten anschauen, um unser Licht zu entfalten.



### Nächste Termine 2025



#### Nächste Veranstaltungen des Landesverbands NRW ApK

##### **22. März - Gruppentreffen**

**Vortrag „Seelenerbe - erwachsene Kinder von psychisch kranken Eltern oder ‚wie man einen Verein auch anders führen kann‘**

**mit Irmela Boden, EX-IN Angehörigenbegleiterin, WISE Referentin**

**Ort: im Alexianer-Krankenhaus in Münster-Amelsbüren**

**5./6. April – Workshop – ‚Ernährung und Psyche‘ Psychoedukation und wie Ernährung das psychische Wohlbefinden unterstützen kann**

**mit Dr. Ewald Rahn und Petra Rassenhövel**

**Ort: am Möhnesee**



### Impressum

Klare Sicht - Infozeitung für Angehörige psychisch Kranker  
Herausgeber:

Landesverband Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.  
Gasselstiege 13, 48159 Münster  
Büro: Tel. 0251/5209522  
Fax. 0251/5209523  
Beratung: Tel. Mi 10 – 12 Uhr  
Tel. 02521-3959  
E-mail: lv-nrw-apk@t-online.de  
www.lv-nrw-apk.de  
Redaktion: Andrea Wallis  
V.i.S.d.P. Wiebke Schubert  
Titelbild: pixabay  
Bankverbindung:  
Sparkasse Münsterland-Ost  
IBAN:  
DE64 4005 0150 0006 0096 09  
BIC: WELADED1MST

Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung des jeweiligen Verfassers wieder. Der Einfachheit halber und für einen guten Lesefluss, nutzen wir nur die männliche Schreibweise. Vervielfältigung und Kopieren ohne Genehmigung verboten.

Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Gasselstiege 13, 48159 Münster, Tel. 0251-5209522, lv-nrw-apk@t-online.de, www.lv-nrw-apk.de

# LANDESVERBAND DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Diese Grundsätze bilden das Fundament des Landesverbands NRW ApK:

## **Informieren**

Mehr Informationen und bessere Beratung in finanziellen und sozialrechtlichen Fragen der Angehörigen durch Veranstaltungen, unsere Verbandszeitschrift die „Klare Sicht“ und die Inkludierung der „Psychosozialen Um-schau“ in unserem Mitgliedsbeitrag.

## **Verantwortliche zur Rede stellen**

Der Landesverband fordert: Menschen, die Entscheidungen treffen, sollen Verantwortung übernehmen!

## **Bestehende Bedingungen prüfen**

Der Landesverband besucht unangemeldet die Kliniken in NRW. Mit seiner unabhängigen Besuchskommission prüft er die Gegebenheiten und den Umgang mit den psychisch Kranken direkt vor Ort und weist auf Missstände hin.

## **Mobilisieren und vernetzen**

Der Landesverband bringt Menschen zusammen, die gemeinsam an einem Strang ziehen, um die Bedingungen der Angehörigen psychisch kranker Menschen zu stärken und zu stützen.

## **Unabhängigkeit**

Der Landesverband lässt sich nicht von Pharmafirmen sponsern und nimmt kein Geld von Industrie oder Politik. Wir entscheiden für die Angehörigen – unabhängig von fremden Interessen.

## **Erhalt des bestehenden Dialogs**

Ärzte holen Angehörige ins Boot. Der Austausch zwischen Arzt, Betroffenen und Angehörigen wird immer deutlicher sichtbar. Der Landesverband befürwortet diesen Dialog und stellt die Notwendigkeit in den Vordergrund.

## **Mitmischen - überall**

Wir sind Beiräte in Kliniken, Behindertenwerkstätten, Beschwerde-kommissionen, sind Mitglied in psychosozialen Arbeitskreisen und arbeiten aktiv in politischen Gremien an der sozial-psychiatrischen Gesetzgebung mit. Wir sind Mitglied beim Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Deutschland.

***Sorgen Sie für Bestand und Weiterentwicklung der Angehörigenarbeit!***

***Werben Sie Mitglieder!***

***Spenden Sie!***



familien **selbsthilfe**  
psychiatrie