

Inclusive „Leben“ mit dem Persönlichen Budget

Konferenz des Kompetenzzentrums Persönliches Budget des Paritätischen
7.-8. Dezember 2010, Berlin

Workshop 2:

Beratung und Unterstützung zum Persönlichen Budget – vor Ort, niedrigschwellig, kontinuierlich, kompetent, parteiisch? Beratungsstellenmodelle und Perspektiven der Budgetberatung.

Karin Roth

Drei Jahre (Peer)Beratung zum Persönlichem Budget – Herausforderungen der Prävention chronischer Beziehungen zur Psychiatrie im Sinne betroffenendefinierter Recovery

Claus Rähke gewidmet

* 12. September 1967

† 7. November 2010

„Letztendlich spielt es eine untergeordnete Rolle,
ob jemand »betroffen« ist oder nicht.
Hilfe scheinen wir in dieser Welt alle nötig zu haben.“

Claus Rähke¹

„Was ein einzelner Mensch für einen anderen Menschen tun kann,
ist nun nicht gerade überhaupt nichts,
aber es hilft dem Hilfesuchenden sicher manchmal,
wenn sich der Helfer darüber im Klaren ist,
wie wenig Hilfe geleistet werden kann.

Vorübergehender Schutz vor den kalten Winden einer wahnsinnigen Zivilisation,
gemeinsam vergossene Tränen und gemeinsames Lachen
und das ist es dann auch schon.“

Gregory Bateson, Counsel for a Suicide's Friend²

Bereits seit Beginn der 80er Jahre setzen sich Ex-PatientInnen der Psychiatrie, die im Selbsthilfebereich aktiv sind, für entpathologisierende Sprache ein und für die Rehistorisierung und Rekonstruktion dessen, was Psychiatrie oft auch heute noch als von der Lebensgeschichte abgekoppeltes, nicht verstehbares Symptom behandelt. Veröffentlichungen aus der Selbsthilfe³ Psychiatrie-Betroffener gehen alle in dieselbe Richtung: Es gibt Möglichkeiten, chronische Beziehungen zur Psychiatrie zu vermeiden bzw. zu beenden. Empowerment ist möglich, *betroffenendefinierte Recovery* z.B. mit Hilfe von Persönlichem Budget ebenfalls (vgl. die Studie von Morrison 2005; Lehmann & Stastny 2007)⁴, doch oft ist niemand da, der oder die zum Nachdenken über nicht medizinisch-psychiatrische Wege des Umgangs mit psychischen Krisen anregen würde.

Die kritische Selbsthilfebewegung Psychiatrie-Erfahrener in der BRD hat ca. 1600 Mitglieder und nur ein kleiner Prozentsatz davon ist aktiv damit befasst, die seit Januar 2008 bestehenden Möglichkeiten des Einkaufs emanzipatorischer, selbstgewählter Alternativen zur gängigen Behandlung bekannt zu machen und Peers konkret bei der Zusammenstellung und Beantragung von Persönlichem Budget (PB) zu unterstützen.

In der BRD gibt es nach wie vor einen extrem hohen Prozentsatz von Psychiatrie-PatientInnen, die keinen Weg zurück in ein Leben finden, das sich jenseits von betreutem Wohnen und Drehtürpsychiatrie, Werkstatt für behinderte Menschen oder Frühberentung

bewegt. Die durch psychische Krisen entstandenen Brüche in der Schul-, Ausbildungs- oder Berufskarriere können sie durch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen oft nicht aufheben. Der Diplom-Psychologe und Gesundheitswissenschaftler Dr. Günther Wienberg, Vorstandsmitglied der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel hat 2008 einen Artikel zu aktueller Lage, Herausforderungen und Perspektiven in der Gemeindepsychiatrie verfasst, aus dem ich im Folgenden zitiere: „Im Bereich der Sozialhilfe fließt mit insgesamt 50 % der Löwenanteil der Aufwendungen in stationäre Leistungen. Etwa 18 % entfallen auf das ambulant Betreute Wohnen (einschließlich Hilfe zum Lebensunterhalt) und nur ca. 11 % auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.“ (Wienberg 2008, S. 5)⁵ Der Trend geht in Richtung Zwei-Klassen-Versorgung, das Geld fließt überwiegend in den stationären Bereich und dort zunehmend in gemeindeferne Spezialangebote für weniger schwer chronifizierte PatientInnen (ebd.). „In der ambulanten Versorgung gilt unübersehbar das inverse care law: Je größer der Hilfebedarf eines Patienten, desto weniger Ressourcen stehen zur Verfügung. Die Lebenswirklichkeit vieler Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist gekennzeichnet durch soziale Exklusion. Versteht man unter sozialer Exklusion den Ausschluss aus wesentlichen sozialen Teilsystemen wie Arbeit, Wohnen, Partnerschaft und Familie, Bildung und Kultur, so kommt man um die Feststellung nicht herum, dass die Exklusion von psychisch kranken Menschen in den letzten Jahren zugenommen hat. Leider ist die soziale Lage psychisch kranker Menschen nicht in umfangreichen, repräsentativen Stichproben dokumentiert. (...) Wenn nun »Gemeindepsychiatrie« mehr meint als wohnortnahe Behandlung und Betreuung, wenn es um gesellschaftliche Teilhabe und gleiche Chancen, um Inklusion psychisch kranker Menschen in die Gemeinschaft aller Bürger geht, dann fällt die aktuelle Bilanz des gemeindepsychiatrischen Programms ernüchternd aus. Anstelle der gesellschaftlichen Teilhabe ist für viele Betroffene die Integration in eine Subkultur getreten. Im günstigen Fall hat sich die Gemeindepsychiatrie unter der Hand in die »Psychiatrie-Gemeinde« verwandelt mit Wohn-, Arbeits- und Freizeitangeboten, die für die Betroffenen nur mehr ein Surrogat des »normalen« Lebens darstellen.“ (ebd., S. 5f.) Die Autorin Sibylle Prins, selbst psychiatriee erfahren, schreibt treffend: „Es gibt weder Notwendigkeit noch Anlass, vielleicht auch keine Gelegenheit mehr, außerpsychiatrische Bezüge zu suchen ... Betroffene, aber auch Mitarbeiter, verlieren immer mehr den Kontakt und Bezug zu dem, was außerhalb dieses besonderen Rahmens geschieht. Die Mitarbeiter ..., denen ja eigentlich nur die Funktion von befristeten ›Ersatzspielern‹ im Leben des Betroffenen zgedacht war, werden zum dauerhaften Familien-, Partner- oder Freundesersatz. Verhaltensweisen und Spielregeln werden nicht nur entwickelt, sondern auch für das außerpsychiatrische Leben empfohlen, die dort nicht gängig sind und mit Befremden betrachtet werden“ (Prins in Wienberg 2008, S. 6). Wienberg schreibt weiter: „Diese Situation – insbesondere, wenn sie mit Erfahrungen von Stigmatisierung einhergeht – wirkt nachteilig auf die psychische Gesundheit, wodurch eine Abwärtsspirale in Gang kommen kann bis hin zur Totalexklusion in der Obdachlosigkeit.“ (ebd.) Und er schließt seinen Artikel mit der Feststellung, dass der bisher radikalste Schritt der Psychiatrie-Reform ansteht, nämlich die konsequente Umsteuerung in Richtung ambulanter, integrierter und durchlässiger Behandlungs- und Unterstützungsleistungen (ebd., S. 7).

Warum ist die Lage Psychiatriebetroffener so prekär?

Eine mögliche Antwort sieht die Selbsthilfebewegung darin, dass in der bundesrepublikanischen Tradition psychiatrischer Behandlungsformen Psychopharmaka und individuumzentriertes Denken nach wie vor einen hohen Stellenwert einnehmen. Psychopharmaka-bedingte „Nebenwirkungen“ wie Affektverflachung, Apathie, Sedierung, Motivationsverlust, Energieverlust und psychopharmakainduzierte kognitive Defizite – gepaart mit der oft nicht stattfindenden Auseinandersetzung mit konkreten Problemen, die in

die Krise und zur Psychiatrieeinweisung geführt haben – tragen zur *Chronifizierung durch Behandlung* bei. Gängige Praxis ist jedoch, sowohl das Scheitern der Therapie⁶ als auch das Scheitern der sozialen und beruflichen Rehabilitation, den PatientInnen selbst anzulasten. Betroffene, die solche Zuschreibungen übernehmen, werden selten von selbst emanzipatorische PB-Leistungen beantragen!

Soziale und berufliche Rehabilitation ist nur dann zum Scheitern verurteilt, wenn vorher die notwendigen Grundlagen nicht geschaffen wurden. Studienergebnisse⁷ zeigen, dass die Integration in Arbeit signifikant häufiger gelingt, wenn mit „Schizophrenie“ diagnostizierte PatientInnen ohne Neuroleptika behandelt werden.

Individuumzentrierte und überwiegend psychopharmakologische Behandlung wird nicht nur in der Selbsthilfebewegung fragwürdig, sondern bereits seit den 50er Jahren von Geisteswissenschaftlern angeprangert und als chronifizierend eingestuft (vgl. z.B. Bateson et al. 1956; Bateson 1969, Goffman 1963)⁸.

Eine von Professionellen entwickelte Alternative ist der *Open Dialogue Approach*.⁹ Der Ansatz wurde Mitte der 80er Jahre von dem norwegischen Psychiater Tom Andersen (*1936 †2007) aus Erfahrungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis heraus entwickelt.

In Zusammenarbeit mit dem finnischen Psychologen Jaakko Seikkula u.a.¹⁰ wurde dann nach und nach ein *Skandinavisches Netzwerk für Alternative Praktiken* aufgebaut.

Das Denken und Handeln von Tom Andersen war epistemologisch von sozialkonstruktivistischen Ideen (siehe dazu Gergen 2009¹¹) geprägt: Die Entstehung psychischer Ausnahmezustände hat er nicht im einzelnen Individuum lokalisiert, sondern als ein Resultat dessen gesehen, *was Menschen miteinander in und durch ihre Weisen des In-Beziehung-Tretens aktiv erzeugen und aufrechterhalten (auch innere Dialoge und daraus resultierende Gefühle sind aus dieser Sicht Weisen eines aktiven sich In-Beziehung-Setzens)*. Diese Annahme ist absolut zentral und entsprechend genau dieser Grundannahme entwickelte Tom Andersen eine Arbeitsweise, die dazu geeignet ist, alle an der Problemlösung Interessierten *miteinander in offene Dialoge zu bringen* und Vielstimmigkeit in den Problembeschreibungen zu evozieren, da jeder Raum zum Sprechen, Gehörtwerden, Zuhören und Nachdenken erhält. Wenn solche Prozesse gut moderiert werden, fühlen sich die Teilnehmenden eingeladen, nach und nach eingefahrene Sichtweisen und *Sprachspiele*¹² zu verlassen (z.B. Fremd- und Selbstpathologisierungen). Neues Denken und Handeln kann so möglich werden, in dem alle auch bereit sind, Mitverantwortung zu übernehmen für die Eskalation oder Deeskalation von Krisen (relationale Verantwortung; vgl. Gergen 2009). Sponsoring dieser Arbeit durch Pharmafirmen wurde von Tom Andersen konsequenterweise immer abgelehnt.

In Deutschland soll nun seit einiger Zeit der Ansatz in mehreren Modellregionen („Netzwerk Psychische Gesundheit“¹³) umgesetzt werden – das Gelingen wird davon abhängen, ob das Personal die oben beschriebene Haltung von Tom Andersen, bereit ist zu leben.

Zu viele PsychiatriepatientInnen sind in Deutschland nach wie vor weder über den Open Dialogue Approach noch über Selbsthilfeansätze informiert; Überschneidungen in der Haltung sind vielfältig und für die Schaffung von Synergieeffekten prädestiniert. Die strukturierte Kooperation beider Gruppen steht in der BRD noch am Anfang. Sie ist meiner Ansicht nach sinnvoll und notwendig, gerade auch weil in der Selbsthilfe ein Mangel an PB-Leistungserbringern und PB-Peer-Beratern zu verzeichnen ist. Dieser Mangel könnte durch Kooperation mit Netzwerken, die im Sinne des Open Dialogue Approach arbeiten, ein Stück weit behoben werden.

Ich habe 2008 und 2009 zusammen mit meinem Kollegen Peter Weinmann aus Saarbrücken im Rahmen eines von AOK und Barmer finanzierten Selbsthilfe-Projekts zur Verbreitung des

Persönlichen Budgets zwecks Inanspruchnahme von Leistungen im Sinne betroffenendefinierter Recovery (Träger war der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener) daran mitgewirkt, PB-Selbsthilfe-Strukturen zu entwickeln.

Wir wollten erreichen, dass Betroffene Unterstützung durch Peers bei der Beantragung selbstgewählter Hilfen erhalten können; Maßnahmen, von denen sie sich effektive Möglichkeiten des Ausstiegs aus dem Leben mit Betreutem Wohnen, Arbeitslosigkeit oder Frühberentung und Dauermedikamentierung erhofften. Einige von ihnen haben bereits jetzt nach 3 Jahren Leben mit Persönlichem Budget durch diese Hilfen die Voraussetzung zum erfolgreichen Wiedereinstieg in Ausbildung oder Studium geschaffen. Bei einer Person konnten die Eingliederungshilfen zur Teilhabe bereits nach einem Jahr erheblich reduziert werden. Erfolgreich in der Durchsetzung Persönlicher Budgets im Sinne betroffenendefinierter Recovery waren wir während der PB-Selbsthilfe-Projektlaufzeit vor allem in Hessen, dem Saarland, Thüringen und NRW. Immer wieder waren jedoch Gespräche mit Kostenträgern notwendig, um bei ihnen ein Verständnis für die Sinnhaftigkeit des Selbsthilfe-Ansatzes „Empowerment im Sinne betroffenendefinierter Recovery“ herzustellen.

Zusammenfassend zeigen meine dreijährigen Erfahrungen mit Beratung, PeerBeratung und Aufbau von Selbsthilfe-Strukturen im Bereich PB:

- Ein Zugehen auf NutzerInnen stationärer und ambulanter Dienste ist nötig, z.B. in Form von Veranstaltungen, in denen gezielt über die Möglichkeiten von Prävention chronischer Beziehungen zur Psychiatrie mit Hilfe von Persönlichem Budget aufgeklärt wird. Psychiatrieerfahrene ExpertInnen können dabei als ReferentInnen ein Klima von Hoffnung schaffen, ein Gespür für die Option neuer Wege; Gespräche mit Peers wirken auf einer anderen Ebene als es Gespräche mit Professionellen ohne Psychiatrieerfahrung tun. Wilma Boevink¹⁴, Professorin für Recovery an der Hanze Universität Groningen, selbst psychiatrieerfahrene Aktivistin und Leiterin einer betroffenenkontrollierten Ausbildungs- und Beratungsgruppe zu den Themen Recovery, Empowerment und Expertentum durch Erfahrungswissen, formuliert entsprechend (Boevink in Lehmann et al. 2010)¹⁵:

„Auf die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener in den Niederlanden wird in Deutschland oft bewundernd verwiesen. Projekte, die von Betroffenen gesteuert werden, erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Auf vielen Gebieten beginnen Psychiatrie-Erfahrene, ihre Leitungsfähigkeit zu zeigen. Allen Aktivitäten liegt als Triebkraft die Überzeugung zugrunde, dass die eigenen Erfahrungen eine andere Perspektive auf Symptome und psychische Probleme – wie zum Beispiel Stimmenhören oder Selbstverletzung – eröffnen und damit eine andere, wahrscheinlich bessere Dienstleistung als das reguläre psychosoziale Versorgungsangebot ermöglichen können. Selbsthilfe und betroffenengesteuerte Initiativen sind eine Antwort auf die Tatsache, dass sich unsere Eigenheit, unsere Erfahrung und unser Wissen in der regulären psychosozialen Versorgung kaum widerspiegeln. Für die Betroffenen, individuell und kollektiv, verschiebt sich der Schwerpunkt: Weg vom Agieren gegen die Macht der Anderen und vom Reagieren auf ihre Tagesordnung, hin zur Besinnung auf die immer stärker werdenden eigenen Kräfte.“

Die Idee von Wilma Boevink ist einfach und effizient: Betroffenen werden Informationen und Werkzeuge angeboten, mit denen sie eine neue Sicht auf ihr Leben entwickeln können. Betroffene erhalten die Gelegenheit, nach und nach die Patientenrolle zu verlassen, ohne das Gespräch über ihre Psychiatrie-Erfahrungen abzublocken. Dadurch kann ihnen bewusst werden, was sie zur Selbsthilfe aktiv tun können. Sie können dann später, im Laufe der Inanspruchnahme selbstgewählter Hilfen, lernen, den eigenen Recoveryprozess kritisch zu reflektieren. Das Ziel dieses Prozesses ist die Transformation langfristig stigmatisierender Diagnosen und Prognosen im Sinne des Verlassens der Patientenrolle, unter Verzicht auf Leugnung des erlebten psychischen Leidens. In neuen Dialogen kann die Krankheitsidentität gegen eine neue, selbstgewählte Identität

- eingetauscht werden. Auf selbstgewählten Wegen besteht auch die Chance, mit bleibenden Verletzungen leben zu lernen (vgl. ebd.).
- Das Zugehen auf NutzerInnen in hier beschriebenem Sinne ist bislang oft an (finanziellen) Interessenskonflikten zwischen den Einrichtungen und ihrer Klientel gescheitert. Die meisten Einrichtungen und Leistungsanbieter sperren sich vehement gegen das Persönliche Budget, aus Angst, ihre Klientel und hierdurch finanzielle Einnahmen zu verlieren.
 - Es fehlen qualifizierte PB-Leistungserbringer, egal ob psychiatriee erfahren oder nicht, die in der Lage sind, Betroffenen zu helfen
 - durch das Anbieten einer sicheren Bindung die Voraussetzungen für die Entwicklung von Selbstwert und Autonomie zu schaffen¹⁶,
 - ihre Krisen zu rekonstruieren, ihre „Symptome“ zu dekonstruieren und mit Ereignissen aus ihrem Leben in Verbindung zu bringen, ihre „Krankheit“ insgesamt zu kontextualisieren und die konkreten Lebens- und Beziehungsprobleme Schritt für Schritt aufzulösen,
 - ihre oft traumatischen Erfahrungen mit Psychiatrie, Entmündigung, Diskriminierung und Gewalt zu überwinden,
 - die oft jahrelang von Familie oder / und Professionellen geschürte und lähmende Angst vor „Rückfällen“ als das einzuordnen, was sie ist: nämlich lediglich eine Denktradition von vielen,
 - wieder Mut zu fassen, neue Wege zu gehen, ein Denken und Handeln zu entwickeln, das die Möglichkeit des langsamen Absetzens und/oder aufgeklärten und selbstbestimmten Umgangs mit Psychopharmaka miteinschließt,
 - etc.
 - Wir bieten im YAEL ELYA INSTITUT bundesweit Beratung zum Persönlichen Budget im Sinne von Empowerment und betroffenendefinierter Recovery an und sind seit einem Jahr damit beschäftigt, ein funktionierendes Selbsthilfnetzwerk Persönliches Budget aufzubauen. Ohne Vergütung der PeerBeratung ist dieses Vorhaben schwer umzusetzen. Die Ausschöpfung von Selbsthilfe-Förderungsmöglichkeiten vor Ort ist meiner Ansicht nach zur Zeit die einzig realistische Option.

Sowohl Beendigung als auch Prävention chronischer Beziehungen zur Psychiatrie mit Hilfe von Persönlichem Budget kann gelingen, wenn der Fokus der Hilfen auf konkrete Lebensgeschichten (Erfahrungen, Prägungen, Beziehungen, Wunden) gelegt und davon ausgegangen wird, dass menschliches Verhalten – so absonderlich es auch erscheinen mag – immer eine Form des In-Beziehung-Tretens ist. Eine Sprache, die niemals geschichtslos oder gesichtslos ist, eine Sprache, die gemeinsam entschlüsselt werden kann, eine Sprache, die sich in guter Beziehung so wandeln kann, dass Psychiatrie-PatientInnen sich irgendwann nicht mehr durchgängig mit Tabletten knebeln müssen, um das, was innen brodelt, zu dämpfen... – weil eben Alternativen bekannt sind und weil Peers oder andere in der Lage waren, Mut zu machen, neue Schritte zu gehen und diesen Weg qualifiziert zu begleiten.

Endnoten

1 Rätthke, Claus (2009). „Unser Anderssein ist unsere Stärke.“ Erfahrungen mit EX-IN. Soziale Psychiatrie, Heft 1, S. 9-10.

2 Bateson, Gregory (1975). Counsel for a Suicide's Friend. CoEvolution Quarterly, Heft 5, S. 137. / Deutsche Fassung: Bateson, Gregory (1987). Ratschlag für den Freund einer Selbstmörderin. Zeitschrift für Systemische Therapie, 5(1), S. 26-27.

3 siehe www.wnusp.net; www.enusp.org; www.mindfreedom.org; www.bpe-online.de; www.antipsychiatrieverlag.de; Stöckle, Tina (1983). Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieopfern. Frankfurt am Main: Extrabuchverlag.

4 Lehmann, Peter & Stastny, Peter (Hrsg.) (2007). Statt Psychiatrie 2. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag. / Morrison, Linda Joy (2005). Talking back to psychiatry: The Consumer/Survivor/Ex-Patient Movement. New York: Routledge.

5 Wienberg, Günther (2008). Gemeindepyschiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 1, S. 2-13.

6 „austherapiert“ ist ein gängiges Wort in Gutachten

7 vgl. Herz, M.I.; Glazer, W.M.; Mostert, M.A. et al. (1991). Intermittent vs maintenance medication in schizophrenia. Two-year results. Arch Gen Psychiatry (48), 333–339. / Johnstone E.C., Macmillan J.F., Frith C.D., et al. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following 1st schizophrenic episodes. Br J Psychiatry (157), 182–189. / Seikkula, J.; Aaltonen, J.; Alakare, B.; Haarakangas, K. (2006). Five-years experiences of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow up outcomes, and two case studies. Psychotherapy and Research (16), 214–228.

8 Bateson, Gregory (1969). Schizophrenie und Familie. Frankfurt am Main: Suhrkamp; Bateson et al. (1956). Towards a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science, vol. I, 251-264; Goffman, Erving (1963). Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin.

9 vgl. Aderhold, Volkmar & Grewe, Niels (2009). Bedürfnisangepasste Behandlung und Offene Dialoge. Kontext, 40/3, S. 228-242.

10 Seikkula, J. & Alakare, B. (2007). Offene Dialoge. In P. Lehmann, P. Stastny (Hrsg.), Statt Psychiatrie 2 (S. 234-249). Berlin: Antipsychiatrie Verlag. / Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2007). Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster: Paranus Verlag. / Seikkula, J. (2002). Die Kopplung von Familien und Krankenhaus. In N. Greve & T. Keller (Hrsg.), Systemische Praxis in der Psychiatrie (S. 303-322). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. / Seikkula, J. et al. (2003). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. Ethical Human Sciences and Services (5), 163-182.

11 Gergen, Kenneth (2009). Relational Being. Beyond Self and Community. Oxford: University Press.

12 Wittgenstein, Ludwig (2001). Philosophische Untersuchungen. Kritisch-genetische Edition. Herausgegeben von Joachim Schulte. Frankfurt am Main: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

13 siehe <http://www.tk.de/tk/besondere-tk-angebote/psychische-erkrankungen/netzwerk/208398>

14 Wilma Boevink, geboren 1963, Sozialwissenschaftlerin, Professorin für Recovery an der Hanze Universität Groningen. Aktiv in der niederländischen Psychiatriebetroffenenbewegung und Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP). Arbeitet am Trimbos-Institut für Psychiatrie und Abhängigkeit. Leiterin einer betroffenenkontrollierten Ausbildungs- und Beratungsgruppe zu den Themen Recovery, Empowerment und Expertentum durch Erfahrungswissen. Seit 2006 Vorsitzende von Stichting Weerklank, der niederländischen Organisation von Menschen, die Stimmen hören und psychotische Erfahrungen haben. Buchveröffentlichungen u.a.: „Samen werken aan herstel. Van ervaringen delen naar kennis overdragen“ („Zusammenarbeit für Recovery: Vom Erfahrungsaustausch zur Wissensanwendung“; Utrecht 2002, Co-Autorin); „Stories of Recovery: Working together towards experiential knowledge in mental health care“ („Recovery-Geschichten. Zusammenarbeit in Richtung Erfahrungswissen im psychosozialen Bereich“; Hg., Utrecht 2006). Kontakt: wboevink@trimbos.nl

15 Lehmann, Peter; Wehde, Uta; Roth, Karin; Itten, Theodor; Emmanouelidou, Anna; Urban, Martin; Boevink, Wilma (2011). Psychotherapie und helfende Beziehung statt Psychiatrisierung – alternative Wege bei schweren seelischen Krisen. (Erscheint demnächst in der Zeitschrift Verhaltenstherapie. Überarbeitete Beiträge zum gleichnamigen Symposium am 6. März 2010 beim 26. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung: „... Beziehungsweise Psychotherapie“, organisiert von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 5.-9. März 2010, Freie Universität Berlin.)

16 vgl. Urban, Matin & Hartmann, Hans-Peter (Hrsg.) (2005). Bindungstheorie in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kontakt:

Karin Roth
Yael Elya Institut
Alter Mühlenweg 14 (Hauptsitz)
44139 Dortmund
Telefon: 0231-16779819
www.yael-elya.de
karin.roth@yael-elya.de

© by Karin Roth 2010. Alle Rechte vorbehalten.