

Unsere Anliegen an Psychiater_innen

Sowohl Psychiater_innen als auch Menschen mit psychischen Krisenerfahrungen sowie Menschen in akuten psychischen Krisen haben Kompetenzen. Wir sehen uns für unsere psychische Entwicklung selbst verantwortlich und möchten, dass unsere Erfahrungen mit psychischer Erkrankung von Psychiater_innen respektiert und beachtet werden. Verletzungen und Gewalt - sowohl psychische, körperliche und auch sexualisierte Gewalterfahrungen - sowie traumatische oder traumatisierende Erlebnisse und Erfahrungen haben uns in unserer Entwicklung gehindert oder behindert. Kein Mensch ist davor sicher, auf Extremsituationen mit heftigen, psychischen Krisen oder Erkrankungen zu reagieren. Für uns ist das eine Fähigkeit aller Menschen, eine uns Menschen mögliche und verfügbare Überlebensstrategie, die wir entwickeln können, um psychisch und auch körperlich nicht völlig vernichtet zu werden und letztlich zu sterben. (anthropologischer Ansatz, z.B. von Thomas Bock)¹

Wir brauchen Mitbestimmung und Selbstbestimmung in allen Phasen unserer Erkrankung. Wir möchten gleichwertig und respektvoll behandelt werden, und dass uns mit Geduld und ausreichend Zeit begegnet wird. Im Folgenden haben wir zusammengefasst, was uns aufgrund unserer bisherigen Erfahrungen für eine gute Begleitung durch Krisen besonders wichtig erscheint.

Psychiater_innen sollten in ihrem Denken und Handeln die Würde des Menschen in den Mittelpunkt stellen. Grundlegend ist für uns dafür, dass wir Patient_innen als Menschen auf dieser Basis begleitet werden, dass unsere Erfahrungen und Wünsche respektiert und unsere Ressourcen erkannt und wahrgenommen und unterstützt werden. Es sollte immer davon ausgegangen werden, dass eine psychisch gesundheitliche Besserung möglich ist, wobei Genesung nicht ausgeschlossen werden darf. Krisen sollten nicht als Rückfälle sondern als Chancen begriffen werden.

Der Psychiater Stefan Weinmann formuliert aus unserer Sicht sehr treffend unser Anliegen, dass Psychiater_innen Menschen nicht auf eine Diagnose reduzieren sollen.

„Die Übereinstimmungsraten in den Diagnosen zwischen verschiedenen Psychiater_innen und verschiedenen diagnostischen Systemen und Manualen sind alarmierend gering – selbst heutzutage nach immer wieder erfolgter Revision der diagnostischen Kategorien. Dies konnte beispielsweise der britische Psychiater Ian Brockington von der Universität Birmingham bereits Anfang der 1990er-Jahre im Rahmen des US-UK-Diagnostic Project zeigen...“²

Wir wünschen uns, dass wir gemeinsam mit Psychiater_innen herausfinden dürfen und können, was für uns hilfreich ist. Therapeutische Aktivitäten (besonders auch die Medikamenteneinnahme) sollen gemeinsam mit den psychisch erkrankten Menschen geplant und flexibel ausgeführt werden, sodass diese ihren jeweiligen und tatsächlichen individuellen Bedürfnissen und ihrem Netzwerk entsprechen.

Psychisch erkrankte Menschen sollen von Psychiater_innen als Expert_innen ihrer eigenen Lebenssituation wahrgenommen werden, die Verantwortung für ihr Leben übernehmen wollen.

Wir möchten nicht Psychiater_innen ausgeliefert sein, die unsere Würde verletzen, indem sie unsere Wünsche, unsere Bedürfnisse und unsere Stärken ignorieren. Daher sind wir auf der Suche nach Psychiater_innen, die das System, in dem sie arbeiten hinterfragen wollen, die sich selbst und ihr Handeln als Psychiater_innen reflektieren und erkennen, was sie möglicherweise durch ihre Ausbildung und Einstellung auf Menschen übertragen, die sie durch psychische Krisen begleiten. Weinmann beschreibt dies treffend wie folgt:

„In den letzten Jahren wird auch von anderen wieder zunehmend auf Karl Jaspers verwiesen, der, und zwar lange vor den Erfolgen der neurobiologischen Forschung, die zentralen Probleme der heutigen Psychiatrie, insbesondere der Diagnostik, vorhergesehen hat. Er mahnte besonders methodische Kenntnisse bei Psychiatern an, Offenheit, Seh- und Erlebnisfähigkeit und – vor allem – Selbstkritik. Er sah die zunehmende Bedeutung qualitativer Methoden, wie sie heute von postmodernen Philosophen, insbesondere französischen Denkern, beeinflusst sind: Lacan, Foucault und Derrida (ebd.). Das Seelenleben könne nicht auf eine begrenzte Zahl universeller Prinzipien zurückgeführt werden. Psychopathologische Phänomene können nicht mit somatischen Vorgängen erklärt werden, auch wenn natürlich das Psychische und das Somatische verbunden sind. Jaspers schrieb damals schon von „Hirnmythologie“, einem Begriff, der heute noch viel größere Gültigkeit besitzt.

Die zentralen Mechanismen der Selbsttäuschung in der Psychiatrie sind daher fast hundert Jahre alt: der Versuch, Psychisches zu quantifizieren und durch Anhäufen und Aufzählen von Einzelbefunden aus mehr oder weniger zufällig gefundenen oder systematisch verfälschten Korrelationen „Kausalitäten“ zu machen. Dies führe zur „literarischen Endlosigkeit“, die durch die akademische Forderung „publish or perish“ (veröffentlichen oder untergehen) unterstützt wird.

*Dabei ist nicht das Problem, dass wir Psychiater oft unterschiedlicher Meinung sind, eher sozialpsychiatrisch, biomedizinisch, psychotherapeutisch oder wie auch immer argumentieren, kontroverse Diskurse führen und Einzelne und Vertreter bestimmter Richtungen oder Methoden Wahrheitsansprüche für die Psychiatrie geltend machen. Wenn die Suche nach der „Wahrheit“ – als das am ehesten Gültige oder am besten Passende – in der psychiatrischen Diagnostik und Therapie kooperativ erfolgt, können wir nur gewinnen. **Der Punkt ist eher, dass ein Konsens unmöglich ist, wenn eine Profession oder eine Methoden- bzw. Denkschule sich zum Herrscher über das Subjektive macht und über Meinungs- und Machtkartelle Diskurse an sich reißt, ohne die Gemeinten, nämlich die psychisch Kranken, ins Zentrum zu stellen und ihre Stimme zu hören, da diese keine anerkannte „Methode“ des Erkenntnisgewinns anbieten können.**“³*

Dabei sollen Psychiater_innen Patient_innen als Menschen zuhören, mit ihnen gemeinsam herausfinden, wie es ihnen geht und was sie brauchen, statt diese Menschen als Objekte zu behandeln, die sie zusammen mit anderen Fachpersonen begutachten und bewerten, ohne darüber mit ihnen selbst zu sprechen. Für uns ist die Prämisse: „Nichts über uns ohne uns“

Die Haltung gegenüber einem Menschen in einer psychischen Krise sollte aufgeschlossen, möglichst unvoreingenommen und nicht wertend sein. Psychiater_innen sollten Menschen

in psychischen Krisen vorurteilsfrei begegnen, zusätzliche Verängstigung vermeiden und dabei weder pathologisierende Bezeichnungen und Diagnosen verwenden noch negative Prognosen erstellen, die eine Hoffnung auf Genesung und auf ein Überwinden der Krise bzw. der Erkrankung zunichtemachen.

Darüber hinaus ist eine kritische Haltung der Psychiater_innen zu Psychopharmaka und deren oft massive gesundheitsschädliche Folgen wünschenswert. Wir wissen aus eigener Erfahrung, dass der Einsatz von Psychopharmaka nicht für alle Patient_innen und nicht unbedingt ein Schutz ist, und schon gar nicht der einzige Schutz vor psychischen Erkrankungen. Psychiater_innen sollten Alternativen zur Einnahme von Psychopharmaka kennen, sich nicht nur auf das Verschreiben von Psychopharmaka spezialisieren, sondern auch beim Reduzieren von Medikamenten unterstützen. Ebenso wissen wir aus eigener Erfahrung, dass Psychopharmaka nicht ausnahmslos vor einer erneuten Krise schützen, und wünschen uns daher, dass Psychiater_innen nicht auf Psychopharmaka und Phasenprophylaktika bestehen. Wenn eine Person den Wunsch äußert, die Medikamente zu reduzieren, sollte das ausführlich besprochen werden können und von Psychiater_innen respektiert und mit Kompetenz und Verantwortung begleitet werden.

Wir wünschen uns Behandler_innen, die gewillt sind, Menschen, die auf professionelle Hilfe und auf Fachwissen angewiesen sind, zu begleiten und dabei zu helfen, langsam und risikoarm zu reduzieren, auch mit dem Ziel, die abhängig machenden Psychopharmaka auf Dauer auszuschleichen. Dabei kann es sein, dass es mehrere Versuche braucht. Das Offenlegen von Schwierigkeiten beim Reduzieren sollte nicht zu einem Abbruch führen, sondern eventuell zu einem vorübergehenden Erhöhen der Dosis, wenn das den Patient_innen hilfreich erscheint. Das Verschreiben von Psychopharmaka sollte prinzipiell nicht das erste Mittel zur Unterstützung in Krisensituationen sein. Vielmehr braucht es Begegnung – wie zuvor beschrieben – und Gespräche, in denen gemeinsam z.B. andere, individuelle Strategien im Umgang mit der Krise gefunden werden können.

Für eine gute Gesprächsbasis zwischen Psychiater_innen und Patient_innen als Expert_innen aus Erfahrung braucht es aus unserer Sicht:

- Offenheit für die jeweiligen individuellen Lebenswege
- Offenheit und Respekt vor der persönlichen Wahrheit. Psychiater_innen sollten uns ihre Wahrheit nicht überstülpen, diese nicht auf uns übertragen
- eine motivierende Haltung der Psychiater_innen, die unsere Stärken gemeinsam mit uns entdecken wollen
- Psychiater_innen sollen Optimismus und Hoffnung vermitteln können, dass das Reduzieren von Medikamenten funktionieren kann und Genesung möglich ist
- unsere Stimmen als Expert_innen aus Erfahrung hören und ernstnehmen
- Geduld haben und sich Zeit nehmen

- unsere Kompetenz als Expert_innen aus Erfahrung genauso respektieren und schätzen wie die eigene Kompetenz als Psychiater_in
- gegenseitiges Lernen als gegenseitiges Bereichern: nicht nur Psychiater_innen sondern auch Menschen in akuten Krisen haben Kompetenzen und viel Wissen, z.B. dafür, was sie in Krisen brauchen, und über eigene Lösungsansätze und Bewältigungsstrategien
- Raum dafür schaffen und unterstützen, dass Mitsprache, Selbstbestimmung und letztlich Selbstverantwortung der Menschen in Krisen stattfinden kann
- Anerkennung des Rechts, dass wir als Expert_innen aus Erfahrung selbst Entscheidungen treffen können und wollen, die uns, unser Leben, unsere Gesundheit und damit auch unsere Behandlung betreffen. Diese Entscheidungen können mit Hilfe einer Behandlungsvereinbarung gemeinsam verschriftlicht und diese immer wieder evaluiert werden.

Quellenhinweis:

¹ Bock, Thomas: Klaus Dörner, Dieter Naber (Hg.): Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie. Psychiatrieverlag Köln, 2014.

² Weinmann, Stefan: Die Vermessung der Psychiatrie, Psychiatrieverlag Köln, 2019, S. 144

³ Ebd. S145f

Literaturempfehlungen:

Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge. Volkmar Aderhold und Nils Greve:

www.dgsf.org/service/wissensportal/beduerfnisangepasste-behandlung-und-offene-dialoge

DGSP-Broschüre Neuroleptika reduzieren und absetzen:

https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Publikationen/DGSP_Broschuere_Neuroleptika_reduzieren_2018.pdf

Jann E. Schlimme, Thelke Scholz, Renate Seroka: Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen Psychiatrieverlag Köln, 2019.