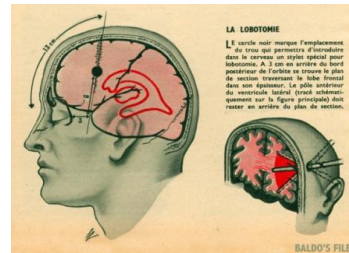


Wir und sie? Abgrenzungen und Solidarität - Herausforderungen für sozialpsychiatrisches Handeln im Zeichen einer gesellschaftlichen Krise



Stefan Weinmann
Videogespräch BeB

25.05.2020



„Psychiatrie“ als Ort und Instrument der Hilfe und der Abgrenzung

- Psychiatrie, auch Sozialpsychiatrie, ist doppelgesichtig
 - Heilung/Besserung/Therapie
 - Soziale Kontrolle (Ordnungsfunktion)

- Die Hilfe, die sie anbietet (und teilweise durchsetzt), kann gut oder schlecht sein
 - Kurzfristiger/ langfristiger Nutzen
 - Autonomie/ Abhängigkeit

„Psychiatrie“ als Ort

Solange Psychiatrie ein Ort ist, wird sie zur Stigmatisierung beitragen

Die Haltung ist das Wichtigste

Was wirkt ist die therapeutische Beziehung

Wir und sie – Grundlage medizinischer Psychiatrie

- Abgrenzungen/ Diagnosen/ Pathologien sind Bedingungen psychiatrischen Handelns
- Hilfe für Menschen mit (schweren) psychischen Beeinträchtigungen beruht auf dem „Mehr-Wissen“ der Therapeuten/ Helfer
- „Intervention“ (Psychiatrie)
- Normalisierung (Sozialpsychiatrie)

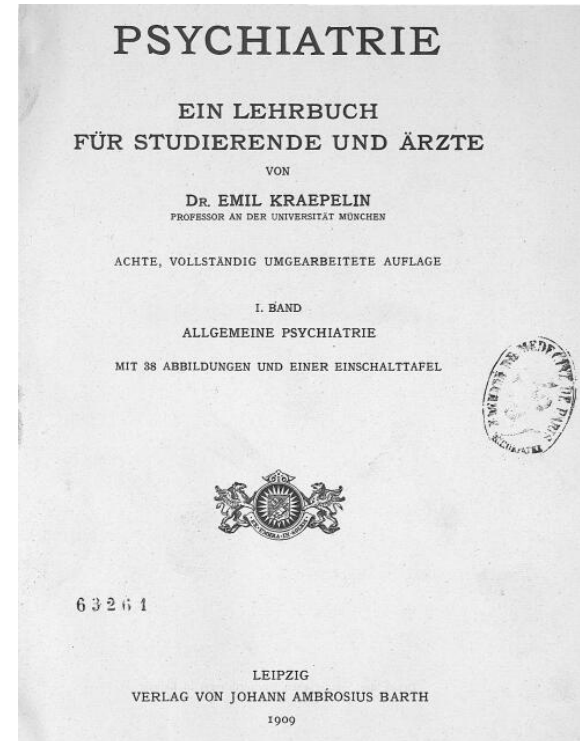
„Psychiatrie“ als Ort und medizinisches Fach

Solange Psychiatrie ein Ort ist, wird sie zur Stigmatisierung beitragen



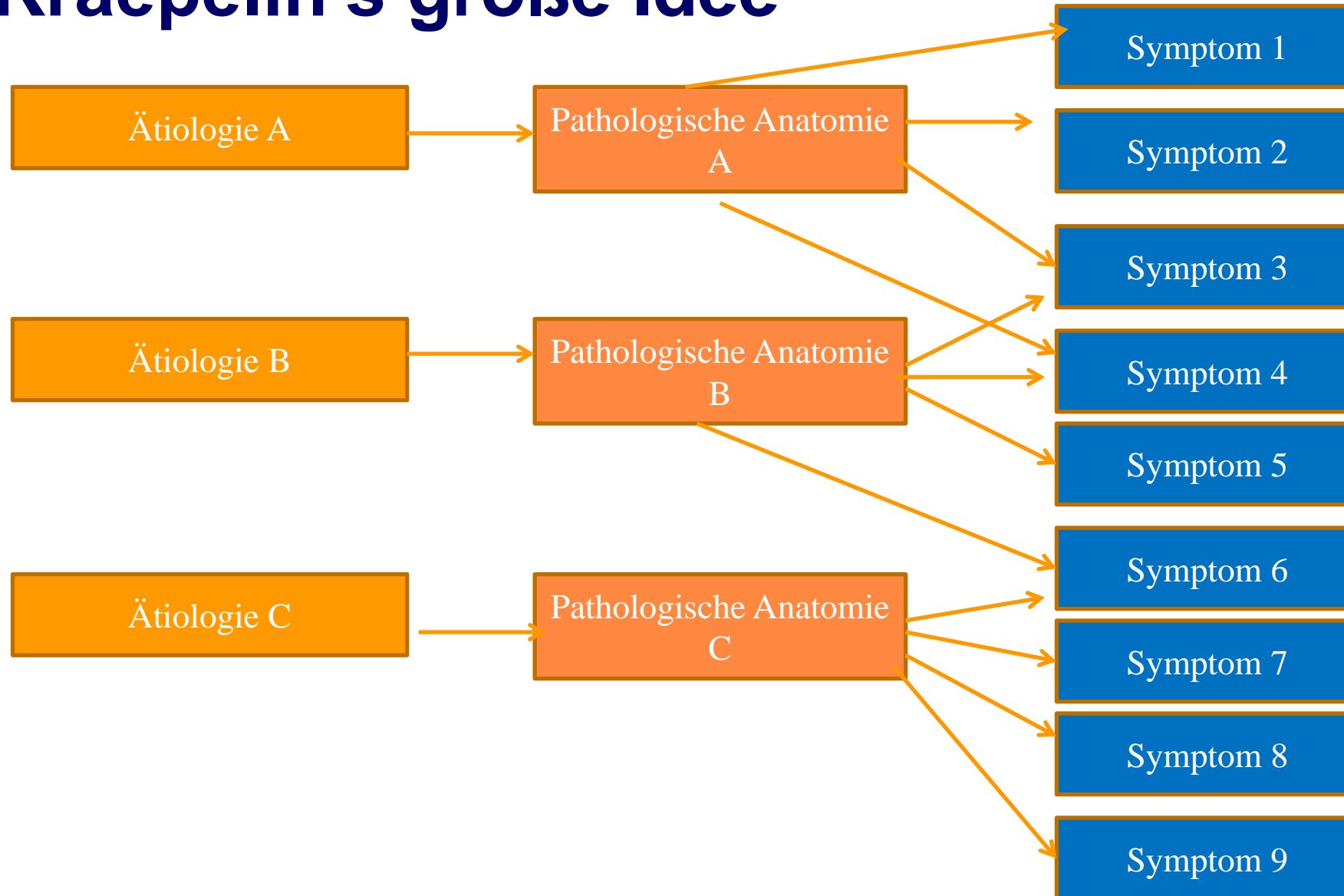
***„Psychische Krankheiten sind
Erkrankungen des Gehirns“***

Wilhelm Griesinger (1817 – 1868)



Emil Kraepelin (1856 – 1926)

Kraepelin's große Idee



Das Beispiel Schizophrenie

Psychose als Inbegriff des Unverstehbaren

2 grundlegende und problematische Annahmen:

- dass „Verrücktheit“ in definierte Krankheitseinheiten einteilbar und auf klar voneinander unterscheidbare und objektiv diagnostizierbare Störungen zurückführbar ist
- und dass die Manifestation oder die „Symptome“ der Verrücktheit psychologisch nicht verstanden werden können.

Karl Jaspers

Nicht-Verstehbarkeit von Symptomen trotz empathischen Sich-Hinein-Fühlens führte zur Kategorie „schizophren“ (psychotisch)

Verstehbarkeit ist aber subjektiv

„Verrücktheit“ wurde den Biologen übergeben

Psychotische Erfahrungen – weit verbreitet

Posey & Losch (80er Jahre): 39% der befragten Studenten

Ellen Tien (Epidemiological Catchment Study): 11-13% der Bevölkerung kennen Halluzinationen

Jim van Os: 2% belastende Halluzinationen, 6% nicht-störende Halluzinationen

„Abnorme Überzeugungen“

- Viele Menschen in den USA glauben an UFOs, 15% an Telepathie (*wie viele glauben nicht an Corona...?*)
- Jim van Os: Über 3% der Menschen haben klinisch relevante Wahnsymptome
- keine Unterschiede in einem speziell entwickelten Score für Wahneinfälle zwischen wahnhaften psychiatrischen Patienten und Anhängern einer Nicht-Mainstream-Religion

Schizophrenie



WHO Studien

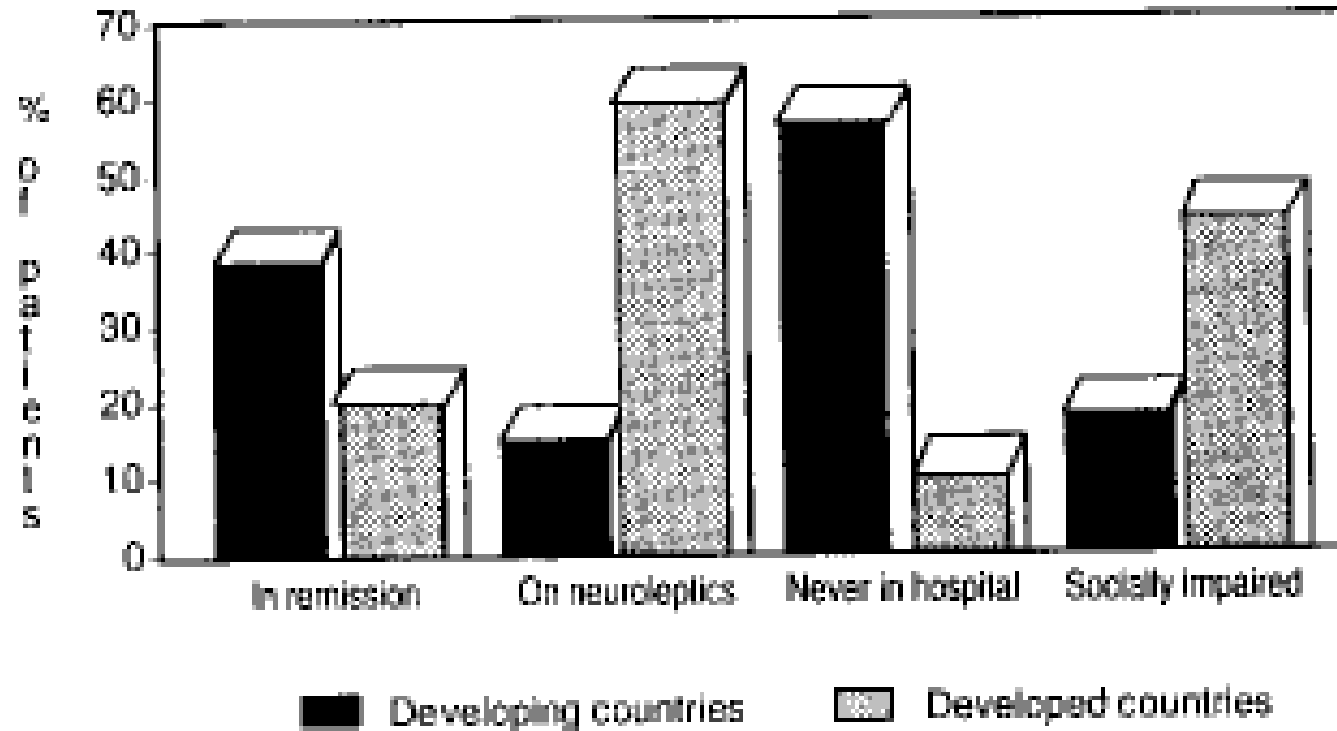
- Erhebliche Variationen in den Neuerkrankungsraten (0,3 (Amish) – **17** (Nordschweden) pro 1000 Einwohner)
- Weniger Schizophrenie-artige Psychosen in nicht-westlichen Gesellschaften

Migration...., Traumata..,

Externe Attribution selbst-bezogenen Denkens,
Zuschreibungsfehler, Dissoziationen...

Schizophrenie: Unterschiede zwischen Kulturen: WHO-Studien: IPSS, DOSMED

FIGURE 3. Differences between Patients on Selected Outcome Variables



No. of patients studied: 1,014

Wir und Sie

Verharren in einer passiven Rolle (trotz aller Beteuerungen der modernen Psychiatrie, dass es um Empowerment und Befähigung geht) ist eines der Kernprobleme unserer „klassischen“ („neo-kraepelinischen“) Psychiatrie

Im Hilfesystem internalisierte Konzepte von psychiatrischen Erkrankungen

Stigmatisierung

Was tun?

Abstand von zweifelhaften Annahmen traditioneller Psychiatrie:

- dass es eine klare Grenze zwischen psychologisch gesund und psychologisch krank gibt
- dass es eine abgrenzbare Anzahl verschiedener psychischer Erkrankungen gibt und
- dass diese Typen von Erkrankungen primär durch gegenüber dem Normalen abweichende biologische Prozesse erklärbar sind.

Moderne Gesellschaft und Psychiatrie

- „Zuständigkeit“ der Psychiatrie: Krankheit, Behinderung, Abweichung?
- „Toleranz“ der Gesellschaft hinsichtlich abweichendem Verhalten?
- Psychiatrie ohne Institution?
- Transinstitutionalisierung?

Ambiguitäts-Toleranz



Moderne Gesellschaft und Psychiatrie

- In wenig ambiguitäts-toleranten Gesellschaften steigt der Bedarf an Psychiatrie
- „Kästchendenken“
- Verunsicherte Gesellschaft?
- Suche nach Identität → Abgrenzung/ Ausgrenzung
- Normalitätskonstrukte

Psychiatrie und Corona



- Reduktion der Belegung auf 60-70%
- „Ein Berg von Psychiatrie wird vor uns hergeschoben“
- Kreative Lösungen vor Ort
- Sozialkörper (Basaglia) schien gezwungen, sich zurückzuziehen.
- Moderne soziale Psychiatrie → Verringerung der sozialen Distanz in der Gemeinde, jetzt sollte sie wieder (physische) Distanz schaffen?
- Ent-Stigmatisierung als Verringerung von Distanz

Warum stationäre Aufenthalte vermeiden ?

- Pathologie der „Institution“ Klinik
- Fokus: Symptome und Konformität des Verhaltens
- Diskurs über krank-gesund / normal-unnormal wird von der Klinik bestimmt
- Rollen/ Status
- Unfreiheit
- Klinik darf Zwang anwenden, Gemeindepsychiatrie/StäB nicht
- Narrativ der „Störung“ / der „Krise“

Was heißt (Mit-) Entscheidung von Betroffenen?

- Entscheidung für oder gegen Therapie/Medikamente?
- Rolle der Professionellen: Vom Therapeuten zum Begleiter
- Veränderung der Sprache und der Narrative
- Veränderung von Machtstrukturen
- Umgang mit „Behinderung“
- Wem gehört die Psychiatrie?

Ziele der Betroffenen

- Eigenständiges Leben führen trotz Sonderwegen
- Erhalt von Teilhabe
- Vermeidung von Klinikaufenthalten, aber nicht um jeden Preis
- Autonomie wichtiger als Symptommfreiheit
- Menschen finden, die sie in der Umsetzung ihrer Ziele unterstützen
- Ärzte/Therapeuten bleiben für den Patienten als Menschen sichtbar



Kernfrage

- Fürsorge
vs / plus
- Autonomie

