

SWR2 Wissen

Die Geschichte der Sozialpsychiatrie

Integrieren statt wegsperren

Von Franziska Hochwald

Sendung: Donnerstag, 25. Februar 2021, 8:30 Uhr

Redaktion: Vera Kern

Regie: Ulrich Lampen

Produktion: SWR 2021

Psychisch kranke Menschen wurden bis zur Psychiatrie-Enquete 1975 in „Verwahranstalten“ mit Medikamenten ruhiggestellt. Die Sozialpsychiatrie ermöglicht eine andere Behandlung.

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter www.SWR2.de und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-wissen-podcast-102.xml>

Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder swr2.de

Die SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...
Kostenlos herunterladen: www.swr2.de/app

MANUSKRIPT

Regie: Musik, kurz frei, dann unterlegen bis Titelanzeige

OT 01 Bock:

Es macht überhaupt keinen Sinn, Menschen mit psychischer Erkrankung zwingend stationär zu behandeln.

OT 02 Söhner:

Es gab schon deutlich früher reformorientierte Ansätze in der Psychiatrie. Wenn wir ins neunzehnte Jahrhundert schauen. Die heutige Sozialpsychiatrie bezieht sich vielleicht ein Stück weit darauf, auch wenn sich einzelne Aspekte dann doch sehr unterscheiden von dem heutigen Verständnis einer guten psychiatrischen Versorgung.

OT 03 Seibt:

In der Psychiatrie-Enquete sind ja zwei Sachen gefordert worden. Wir wollen die großen Anstalten auflösen und wir wollen weniger Psychopharmaka verschreiben. Bei Psychopharmaka ist man krachend gescheitert. Seit 1975 sind zweistellige Zuwachsraten. Jedes Jahr.

Ansage:

Geschichte der Sozialpsychiatrie – Integrieren statt wegsperren. Von Franziska Hochwald.

Sprecherin:

Psychisch kranke Menschen wurden bis in die 1970er Jahre mehrheitlich in Großpsychiatrien auf dem Land untergebracht, wo sie gesellschaftlich isoliert lebten und verwahrt statt behandelt wurden. Therapie hieß lange: Ruhigstellen mit Medikamenten. Es war ein langer Weg bis zu einem menschlicheren Umgang und zu dem, was wir heute Sozial- oder Gemeindepsychiatrie nennen. Was hat zu dieser Reform geführt? Und welche Alternativen zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik gibt es heute für Menschen in akuten Krisen?

Musikakzent

Sprecherin:

In SWR2 Wissen sprechen wir gleich darüber, wie Menschen in psychischen Notlagen auch ambulant geholfen werden kann, also ohne, dass sie dafür ihr soziales Umfeld verlassen müssen. Vorher blicken wir aber auf die Anfänge moderner Psychiatrie.

Sprecherin:

Während im Mittelalter die Irren in Narrentürme gesperrt wurden, begann die Medizin sich um 1800 für seelische Leiden zu interessieren. Psychisch kranke Menschen sollten nicht mehr einfach nur ausgegrenzt werden, sondern geheilt, erläutert Burkhard Brückner, Professor für Sozialpsychologie an der Hochschule Niederrhein.

OT 04 Brückner:

Man merkte schnell, die Patienten- und Patientinnen-Populationen sind sehr heterogen, und sie konnten sozusagen den selbstgesetzten aufklärerischen Reformanspruch, die Leute dort zu heilen, auch gar nicht einfach umsetzen. Ja, das führte dann dazu, dass man diese Trennung zwischen heilbar und unheilbar, zwischen Pflegeanstalt und Heilanstalten einführte.

Sprecherin:

Die neuen Krankenhäuser waren aber von Beginn an auch Einrichtungen, in denen Menschen, die sich nicht den Normen der Gesellschaft unterwerfen konnten oder wollten, diszipliniert und eingesperrt werden sollten. Das zeigte sich auch in den Methoden, die sich die Mediziner der damaligen Zeit einfallen ließen.

OT 05 Brückner

Das führte auch dazu, dass dann ab 1810 ein ganzes Arsenal von Zwangsmitteln erfunden wurde, um Unheilbare quasi in den Anstalten zu halten und Heilbare auch wieder auf dem Weg der Vernunft zu bringen. ... Drehstühle, auf die die Patienten geschnallt worden sind, die dann in Rotation gebracht wurden, oder Ledermasken, die den Patientinnen und Patienten übergesnallt worden sind, oder Zwangsstühle, an denen sie festgeschnallt wurden.

Sprecherin:

In zahlreichen europäischen Ländern wurden schon früh kritische Stimmen von Betroffenen laut. Sie wehrten sich vehement dagegen, dass sie für verrückt erklärt und ihnen damit auch ihre Bürgerrechte entzogen wurden. So protestierte 1740 zum Beispiel der Engländer Alexander Cruden gegen seine Zwangseinweisung in ein privates Irrenhaus.

OT 06 Brückner:

Er forderte, dass seine Persönlichkeitsrechte beachtet werden, dass er genug Nahrung essen, Ausgang bekam. Man muss auch berücksichtigen, damals war es üblich, dass die Patienten in ihren Zellen noch angekettet gewesen sind.

Sprecherin:

Im 19. Jahrhundert gerieten die psychiatrischen Anstalten mit der Verarmung großer Bevölkerungsanteile immer mehr zu Verwahrortern für alle, die als gesellschaftlich nutzlos angesehen wurden, so Brückner:

OT 07 Brückner:

Hier gibt es vor allem die Hypothese, dass die Psychiatrien, sozusagen Teil einer sozialpolitischen Bewegung zur Lösung der sozialen Frage gewesen ist. Die gesamtgesellschaftliche Industrialisierung, Bürokratisierung, führte auch dazu, dass mittellose und arme Personen, die nicht mehr in den Familien haltbar waren, mehr wurden. Und insofern wurden diese Anstalt auch zu sozialen Auffangbecken.

Sprecherin:

Im Nationalsozialismus fielen mindestens 250.000 Menschen mit psychischen Störungen und Behinderungen dem sogenannten Euthanasieprogramm zum Opfer. Psychiater waren maßgeblich an der Zwangssterilisierung von bis zu 400.000 vor allem psychisch kranker und geistig behinderter Menschen beteiligt. Während in Italien, England oder den USA nach dem zweiten Weltkrieg bald neue Ideen entstanden, war in Deutschland von einer solchen Aufbruchsstimmung lange nichts zu spüren. Viele der Entscheidungsträger aus der Nazizeit waren nach wie vor in Leitungspositionen.

OT 08 Brückner:

Wir wissen heute von der historischen Forschung über die nationalsozialistische Tötungspolitik in den Anstalten, dass verantwortliche Pfleger, Ärzte nicht zur Rechenschaft gezogen worden sind. Es gab zwar große, sogenannte Euthanasie-Prozesse zum Beispiel in Frankfurt, aber auch dort aus heutiger Sicht sind eher milde Strafen ausgesprochen worden. Und in der Gesamtschau ergibt sich ein Bild einer Justiz, die diese Täterschaften nicht wirklich anerkennen wollte.

Sprecherin:

Beschreibt Sozialpsychologe Burkhard Brückner die Ausgangssituation. Für die Medizinhistorikerin Felicitas Söhner von der Universität Düsseldorf war auch die gesamtgesellschaftliche Lage nach dem Zweiten Weltkrieg ein Grund dafür, dass die Psychiatrie sich noch nicht reformierte:

OT 09 Söhner:

In den Jahren nach 1945, als der Fokus sich auf den Wiederaufbau, den Erhalt des Wohlstandes richtete, hatte man vielleicht weniger Aufmerksamkeit auf die Ränder der Gesellschaft gerichtet, und als es der bundesrepublikanischen Bevölkerung auch wieder besser ging, da begann man auch wieder vermehrt auf die schwächeren Glieder in der Gesellschaft zu schauen. Und ich denke, deswegen haben wir hier im deutschsprachigen Raum eine Verzögerung im Vergleich zu anderen Ländern.

Sprecherin:

Mitte der 1960er Jahre beginnt ein Umdenken. Junge Psychiater mit Auslandserfahrungen bringen neue Ideen ins Land:

OT 10 Söhner:

Die internationalen Entwicklungen hatten einen großen Einfluss auf die Entwicklung in der Bundesrepublik. Insbesondere die Impulse aus Großbritannien, aus den USA und aus Italien spielten eine Rolle. Aber auch die Entwicklungen in Frankreich, die sektorale Versorgung psychisch erkrankter Menschen.

Sprecherin:

Die Impulse für ein Umdenken gingen nun vor allem von jungen Psychiatern aus.

OT 11 Söhner:

In Heidelberg erinnerten die Zeitzeugen ein fruchtbares Diskussionsklima um Psychiatriereform, Psychoanalyse, Psychosomatik. Dort waren vertreten: spätere,

reformorientierte Psychiater damals noch nicht ordiniert, sondern als Doktoranden, Doktoren und dort wurden auch Publikationen verfasst, also von Heinz Häfner, Walter von Bayer und Klaus Peter Kisker eine Denkschrift, 1965 mit dem Titel: „Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. Über die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrische Einrichtungen.“

Sprecherin:

Die Gesellschaft hat im Zuge der 68er-Bewegung auch um einen neuen Blick auf psychische Krankheit gerungen. Dabei regten auch die Philosophie und die Sozialwissenschaften zum Nachdenken an, mit Büchern wie „Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ von Erving Goffman oder „Wahnsinn und Gesellschaft“ von Michel Foucault.

OT 12 Söhner:

Einige Zeitzeugen erinnern, dass der Zeitgeist durchaus eine Rolle gespielt hat, dieses Infragestellen von Autoritäten, die kritische Geschichtsbetrachtung und auch die Atmosphäre in den Universitäten und Kliniken, dann eben auch revolutionäre Selbsthilfe bis hin zur Radikalisierung, und das war also durchaus eine sehr aufgeladene Situation.

Sprecherin:

Zwei Positionen standen sich unversöhnlich gegenüber: Die reformorientierten Vertreter der Psychiatrie suchten nach neuen Behandlungsformen. Dagegen war die antipsychiatrisch orientierte Betroffenenorganisation des Sozialistischen Patientenkollektivs in Heidelberg der Auffassung, dass nicht die Menschen mit psychischen Störungen geheilt werden mussten, sondern dass es die kapitalistische Gesellschaft selbst war, bei der Behandlungsbedarf bestand. Felicitas Söhner hat die Akteure befragt, die an der Entwicklung mitwirkten:

OT 13 Söhner:

Die Idee, dass Politik sich für ein medizinisches oder ein gesundheitliches Thema interessiert und das aufgreift, das hing ab von zahlreichen Faktoren, und das war zum einen die Medien, Publizisten, die auch einen engen Kontakt zu Vertretern in der Psychiatrie hatten, haben berichtet in überregionalen Zeitschriften. Und Walter Picard, ein CDU-Politiker, der verwandt war mit einem jungen Psychiater, der reformorientiert gearbeitet hat, der hat die Ideen oder die Anträge gestellt, schon ab 1967.

Sprecherin:

Die Suche nach neuen Wegen in der Psychiatrie führte schließlich zur Psychiatrie-Enquete von 1975. Dieser wissenschaftliche Untersuchungsausschuss markierte einen Wendepunkt im Umgang mit psychisch kranken Menschen in Deutschland. Die Forderungen darin haben bis heute Gültigkeit: Es sollte ein bedarfsgerechtes gemeindenahes Versorgungssystem aufgebaut werden. Die Kliniken sollten verkleinert und durch ambulante Dienste ergänzt werden und seelisch Kranke rechtlich, sozial und finanziell den körperlich Kranken gleichgestellt werden.

OT 14 Peukert:

Viele Leute beziehen sich verständlicherweise immer wieder auf die Enquete, weil das eigentlich die erste bedeutsame Schrift war, die die Situation der Psychiatrie in Deutschland dargestellt hat und Ziele formuliert hat.

Sprecherin:

Im Zuge dieser Enquete wurde eine Expertenkommission gebildet, die im Jahr 1988, also 13 Jahre später, ihren Bericht vorlegte. In dieser Zeit hatte ein weiteres Umdenken stattgefunden, erläutert Reinhard Peukert. Der emeritierte Professor für Sozialpsychiatrie und Sozialmanagement ist Vorstandsmitglied der „Aktion Psychisch Kranke“:

OT 15 Peukert:

Man hat aber eben doch mit der Zeit erkannt, wenn man Institutionen beschreibt, dann führt das zwingend dazu, dass auch die Hilfen auf diese Institution bezogen sind, nicht auf die Patienten oder die Klienten selber. Die Expertenkommission hat genau beschrieben, welche konkreten Hilfen Menschen haben sollten. Und sie hat nicht beschrieben, in welchen Institutionen. Das, was der Klient braucht, sollte im Vordergrund stehen.

Sprecherin:

In einem nächsten Schritt wurde 1998 festgelegt, wie diese Hilfen konkret umgesetzt werden können:

OT 16 Peukert:

Eins dieser Instrumente ist der sogenannte IBAP, der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan, wo Menschen den Wunsch des Klienten protokollieren können. Und das zweite Instrument sind die Gemeindepsychiatrischen Verbände. Dass also alle Hilfen sich in einer Region zusammentun und gemeinsam im Grunde sich für den Klienten verantwortlich fühlen oder den Patienten, weil jeder eben den Teil erbringt, den er erbringen kann und das alles zusammen ergibt die erforderliche Hilfe.

Sprecherin:

Während die Reform vor allem von Psychiatern und Ärzten angestoßen wurde, haben hier auch Angehörige und Betroffene mitgewirkt.

Wie konnten diese Forderungen nun in der Praxis umgesetzt werden? Jens Bullenkamp ist der Leiter der Gemeindepsychiatrie des Mannheimer Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, kurz ZI, einer der ältesten Einrichtungen dieser Art in Deutschland:

OT 17 Bullenkamp:

Wir unterscheiden drei große Bereiche, die man als Wohnen, Arbeit, Freizeit charakterisieren kann. Man kann inzwischen Selbsthilfe, Therapie, Behandlung auch dazu zählen, aber diese ersten drei großen Bereiche sind die klassischen Domänen der Sozialpsychiatrie.

Sprecherin:

Der erste Leiter des ZI, das schon im Jahr 1975 gegründet wurde, war Heinz Häfner, einer der wichtigsten Akteure der Psychiatrie-Reform und Mitglied der Enquete. In den Anfangsjahren bekam dieser sozialpsychiatrische Ansatz viel Unterstützung aus der Bevölkerung, und Freizeit war ein ganz zentraler Bereich der gemeindepsychiatrischen Unterstützung:

OT 18 Bullenkamp:

Wir haben viele Clubs, von Jungen bis Senioren. Wir hatten damals viel Unterstützung von – damals hießen sie Laienhelfer, heute sagt man Bürgerhelfer – gehabt. Der Mannheimer Hausfrauenverband hat in großer Zahl uns unterstützt. Das war eben in den Siebzigerjahren auch so die Idee. Wir holen die Bevölkerung rein, und es war auch in den Siebzigerjahren ein ganz anderes, soziales Engagement zu spüren.

Sprecherin:

Das waren hoffnungsvolle Ansätze für eine Psychiatrie, die nicht ausgrenzt, sondern Menschen mit psychischen Erkrankungen in das ganz normale Leben der Gesellschaft zurückholt. Doch inzwischen ist das nicht mehr so einfach.

OT 19 Bullenkamp:

Wir haben viel überlegt. Woran liegt es? Und wir sind zu dem Schluss gekommen, dass sich auch unser Freizeitverhalten auch als unser persönliches Freizeitverhalten geändert hat.

Sprecherin:

Die Bereitschaft in der Bevölkerung, psychisch kranke Menschen zu unterstützen, sei eher zurückgegangen, meint Bullenkamp.

Und auch die Menschen mit psychischen Themen suchen ihre Kontakte heute zunehmend im Internet:

OT 20 Bullenkamp:

Die ersten, die uns weggeblieben sind, waren die jungen Menschen gewesen. Das sind natürlich die Personen, die auch auf neue Medien ansprechen, sodass das einer der ersten Clubs war, den wir geschlossen haben, weil einfach keine Nachfrage mehr da war.

Sprecherin:

Bullenkamp und sein Team haben deshalb versucht, anstelle von Clubs ein Angebot an Aktivitäten zu schaffen, wie zum Beispiel Gruppenspaziergänge oder Lauftreffs. Doch nicht nur soziale Veränderungen erschweren die Arbeit, auch die Ökonomisierung von Gesundheit fordert ihren Preis.

OT 21 Bullenkamp:

Alle Einrichtungen, Dienste, Kliniken oder außerklinischen Einrichtungen unterliegen den Gesetzen des Marktes und müssen sich finanzieren. Die Kosten steigen stetig, und das ist für Städte in ihrer eigenen Verschuldungssituation keine einfache Lage.

Und in diesem Zuge ist aus dem Aushängeschild Psychiatrie in Mannheim ein Belastungselement geworden, zumindest auf der politischen Seite.

Sprecherin:

Nicht nur die finanzielle Lage ist schwierig. Auch der Einsatz von Medikamenten in der Psychiatrie steht in der Kritik. In den vergangenen zehn Jahren wurden laut Technikerkrankenkasse fast doppelt so viele Psychopharmaka verschrieben: 2009 waren es 8,5 Tagesdosen pro Versicherten, im Jahr 2019 waren mit 15,6 Dosen fast zwei Mal so viel. Das liegt vor allem daran, dass Hausärztinnen und Hausärzte ihren Patienten immer noch häufig lieber Medikamenten verschreiben, als sie auf dem Weg zu einer Therapie zu begleiten. Doch auch die allermeisten Psychiater sehen Tabletten nach wie vor als unverzichtbar. Jens Bullenkamp erläutert, wie sich neuere Antipsychotika wie Chlorpromazin von dem bereits in den späten 1950er-Jahren entwickelten Haloperidol unterscheiden:

OT 22 Bullenkamp:

Die früher verwendeten Antipsychotika, die haben Patienten häufig zu Zombies gemacht, die dann nur über den Flur geschlurft sind. Die heutigen Medikamente machen sie dick. Wenn Sie durch die Stadt gehen: Ein Zombie? Sehen Sie sofort. Einen dicken Menschen sehen sie nicht, weil da gibt es ganz viele andere dicke Menschen. Für die Lebenserwartung ist aber diese metabolische Nebenwirkung aus der heutigen Sicht mindestens genauso kritisch zu sehen wie Haldol. Das ist ja heute nach wie vor so, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Lebenserwartung haben, die 20 Jahre unterhalb derer der Allgemeinbevölkerung liegt. Das ist eigentlich ein Skandal.

Sprecherin:

Kritiker der Medikamentierung weisen darauf hin, dass Psychopharmaka zudem unter dem Verdacht stehen, das Gehirn irreversibel zu schädigen und Symptome zwar unterdrücken, aber nicht heilen können. Doch nach wie vor gibt es dazu kaum aussagekräftige unabhängige Studien. Auch üben viele Betroffene nach wie vor harsche Kritik am grundsätzlichen Umgang mit psychischer Krankheit, so zum Beispiel Matthias Seibt, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener. Neben dem Einsatz von Psychopharmaka bemängelt er auch die heutigen Wohnkonzepte für psychisch kranke Menschen:

OT 23 Seibt:

Die großen Anstalten sind aufgelöst, aber die Leute sitzen jetzt in Heimen. In den letzten Jahren explodieren die geschlossenen Heime. Das ist irgendwie eine geschlossene Unterbringung auf Dauer. Das sind die alten Langzeitstationen. Es gibt auch keine Zahlen. Das fordern wir seit Jahren: zählt die geschlossenen Heimplätze.

Sprecherin:

Einer der wichtigsten Kritikpunkte des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener sind die Zwangseinweisungen, die durch die so genannten Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder ausgestaltet werden. Laut Seibt ist es mehr als zweifelhaft, dass Zwangseinweisungen einen Suizid wirklich verhindern:

OT 24 Seibt:

Natürlich kann man jemanden 14 Tage so überwachen, dass das gar nicht geht. Wobei die Statistiken zeigen, dass diese Totalüberwachung gar nicht so günstig ist. In Psychiatrien, wo diese totale Überwachung herrscht, gibt es eben eine sehr hohe Selbsttötungsrate. In der Psychiatrie kommt das dicke Ende nach Entlassung, das halbe Jahr nach Entlassung ist die hundertfach erhöht gegenüber der Normalbevölkerung.

Sprecherin:

Im Verlauf eines Jahres ist in Deutschland etwa jeder vierte Erwachsene von einer psychischen Erkrankung betroffen. In akuten psychischen Krisen ist eine Unterbringung in der Psychiatrie immer noch die häufigste Form der Therapie. Jährlich werden über 800.000 stationäre Behandlungen dort durchgeführt. Doch es geht auch anders: In Bochum bietet der dortige Landesverband Psychiatrieerfahrener bereits seit 25 Jahren eine Alternative zur psychiatrischen Station:

OT 25 Seibt:

Wir haben da zwei Krisenzimmer, seit 25 Jahren machen wir das. Jeder kann einem Menschen zuhören, dem es nicht gut geht. Jeder kann jemandem zuhören, wo man erst einmal sagt, der ist verwirrt. Wenn man dann näher zuhört, merkt man ja so verwirrt ist der gar nicht. Das hat ja durchaus einen Sinn, was dieser Mensch da, für krauses Zeug abliefert.

Sprecherin:

Lange Zeit wurden die Wahrnehmungen, die psychisch kranke Menschen von sich und ihrer Welt haben, als reine Störungen verstanden. Doch daneben gibt es Ansätze, die auch die Inhalte ernst nehmen. Wegweisend ist hier Thomas Bock, Professor für klinische und Sozialpsychiatrie am Universitätsklinikum in Hamburg-Eppendorf und ehemaliger Leiter der sozialpsychiatrischen Ambulanz. In seinen Seminaren entwickelte er den Ansatz des Trialogs:

OT 26 Bock:

Die Keimzelle des Trialogs war das Psychose-Seminar. Das erste Psychose-Seminar hat 1989 stattgefunden, als Dorothea Buck bei mir in einem Seminar auftauchte, wo gerade die Studenten ausschwärmten, um die unterschiedlichen therapeutischen Schulen darüber zu befragen, wie weit sie die Inhalte der Psychose ernst nehmen. Und Dorothea Buck tauchte da mehr oder weniger auf und sagte, sie will auch interviewt werden.

Sprecherin:

Dorothea Buck war eine Überlebende der Nazi-Diktatur, die von der NS-Psychiatrie zwangssterilisiert worden war. Sie bereicherte das Seminar, indem sie mit den Studierenden ihre Sicht auf ihre Psychose teilte und ihnen dadurch neue Perspektiven aufzeigte:

OT 27 Bock:

Entscheidend war, dass sie sich den Inhalten und dem Erleben zugewandt hat, was damals, vor 30 Jahren noch nicht so selbstverständlich war, und dass das ein anderes Verständnis und einen anderen Umgang mit der Psychose eröffnete.

Sprecherin:

Dorothea Buck wurde zu einer treibenden Kraft bei der Entwicklung des Trialogs, also des Gesprächs zwischen Therapeuten, Betroffenen und Angehörigen als Grundlage für alle Entscheidungen. Diesen Ansatz brachte Thomas Bock mit dem Weltkongress für Psychiatrie im Jahr 1994 auf die internationale Ebene:

OT 28 Bock:

Es war der erste Weltkongress auf deutschem Boden nach der Nazipsychiatrie und da fanden trialogisch statt und da war Dorothea Buck, dann die Co-Präsidentin und da wurde die Idee des Trialogs ziemlich breit bekannt. Es war ein extrem bunter, lebendiger Kongress, wo alle Hauptsymposien mit den drei Gruppen besetzt waren, also für die internationale Szene schon eine Kulturrevolution.

Sprecherin:

Die trialogische Haltung führte für Bock auch zu einer neuen Sicht auf psychische Störungen als Bewältigungsstrategien mit einem fließenden Übergang zwischen gesund und krank.

OT 29 Bock:

Eine Angststörung, mag eine Störung sein, aber Angst an sich ist eine überlebenswichtige Fähigkeit. Ein Zwang mag im Extrem eine Störung sein. Aber Rituale können uns helfen, mit Angst umzugehen. Das ist erst einmal heilsam, eröffnet Kräfte und erst im übernächsten Schritt kriegt es eine Eigendynamik und wird zur Erkrankung.

Sprecherin:

Ein Verständnis von Psychosen, das sie nicht nur als Krankheit sieht, sondern den ganzen Menschen mit seiner Lebensgeschichte in den Blick nimmt, wird inzwischen auch von einer ganzen Reihe von Verbänden berücksichtigt. Einer davon ist das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg. Regionaldirektor für den Bereich Alb-Neckar Gerhard Längle beschreibt den Ansatz:

OT 30 Längle:

Eine akute Versorgung zuhause gab es bisher nicht. Die gibt es jetzt, das heißt Stationsäquivalente Behandlung, wir nennen es kurz STÄB, und diese Form der Behandlungen führen wie in Baden-Württemberg tatsächlich modellhaft auch für die Bundesrepublik durch. In Berlin gibt es den zweiten Schwerpunkt, aber ansonsten sind es jetzt neun Kliniken in Baden-Württemberg, die das machen.

Sprecherin:

Dieses Modell besteht parallel zur Behandlung in den psychiatrischen Stationen und ist gedacht für Menschen, die mit dieser herkömmlichen Form der Hilfe nicht gut zurechtkommen.

OT 31 Längle:

Jemand, der in einer akuten Psychose so dünnhäutig, so verletzlich, so empfindlich ist gegen Außenreize, dass eben die eigene Wohnung mit einer gewissen Ruhe mit vertrauter Umgebung heilsamer sein kann als eine relativ unruhige Aufnahmestation in der Psychiatrie, wo naturgemäß mehr Trubel und mehr Leben ist.

Sprecherin:

Täglich bekommen die Patientinnen und Patienten Besuch von einem Mitglied des Betreuungsteams, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Sozialdienst, Psychologinnen, aber auch Musik- oder Bewegungstherapeuten. Andrea Diesch lebt mit einer Suchterkrankung und hat dieses Modell als Patientin kennengelernt:

OT 32 Diesch:

Und ich für mich persönlich fand es damals eine ganz große Unterstützung, Und es ist nicht wie auf einer Station, wo 20 Leute sind und wo oft gar keine Zeit ist, sondern da kommt wirklich jemand, nimmt sich eine halbe Stunde Zeit oder eine Stunde Zeit und da habe ich gemerkt dass das für mich ganz wichtig war, weil ich muss mich dann vorher fragen: „Wie geht's mir eigentlich?“ Wenn ich von dem Angebot auch profitieren möchte.

Sprecherin:

Die Stationsäquivalente Betreuung ist eingebettet in eine große Bandbreite anderer Unterstützungen. Für Andrea Diesch war die Anstrengung, allein zu leben, irgendwann zu groß:

OT 33 Diesch:

Ich wollte sehr gern normal sein, also wie alle anderen auch, wo es nach außen halt aussieht, wie wenn wir alles ganz gut auf die Reihe kriegen und ich mit meinem Sucht-Hintergrund habe das Gefühl gehabt, ich muss es dreimal so gut machen. Das ist wie so ein Teppich und der kriegt lauter kleine Löcher und diese Löcher wurden immer größer. Weil ich halt nicht weiß, wie ich es flicken kann, und ich konnte auch niemandem fragen. Die Scham war dann irgendwann zu groß zuzugeben, dass ich das halt doch nicht so ganz gut hinkriege mit dieser Wohnung.

Sprecherin:

Andrea Diesch hat dann eine Langzeittherapie gemacht:

OT 34 Diesch:

Unter anderem hat mir diese Tiertherapie ganz arg viel geholfen. Ich hatte ein Pflegepferd, die Josi. Die war über 30 Jahre alt und die Josi ist gehandicapt, die war auf dem rechten Auge blind, hat Arthrose gehabt. Die Josi war wie ein Spiegel, durch die Josi hab ich gemerkt, das steht nicht auf meiner Stirn, und dieses Handicap gehört halt dazu, und die Leute mögen mich wirklich, und das war so ein Punkt, was mich trägt.

Sprecherin:

Derzeit lebt Andrea Diesch in einem Wohnheim in Zwiefalten. Durch die Unterstützung hat sie sich zugetraut, eine Ausbildung zur Betreuungsassistentin zu

machen. Sie arbeitet jetzt in einem Altenheim, in ihrer Freizeit macht sie Aufsicht im Zwiefaltener Psychiatriemuseum. Zudem ist sie Patientensprecherin bei der Regionalkonferenz des ZfP.

OT 35 Diesch:

Ich habe schon das Gefühl, dass ich da gut gehört wurde und einfach auch auf Augenhöhe behandelt wurde.

Sprecherin:

Andrea Diesch kommt mit ihrer Erkrankung gut zurecht, weil sie Zugang zu vielfältigen Hilfsangeboten hat und von den Beteiligten als Partnerin in ihrem Heilungsprozess ernst genommen wird. Doch lässt sich ein solches Hilfssystem mit den vorhandenen Mitteln finanzieren? Gerhard Längle ist optimistisch:

OT 36 Längle:

Wir haben jetzt die ersten tausend Patienten in dieser Form behandelt in unseren Kliniken. Die bisherigen Erfahrungen weisen darauf hin, dass es keinesfalls teurer ist, eher ein bisschen günstiger, was ja volkswirtschaftlich durchaus sinnvoll wäre.

Sprecherin:

Es gibt sie also, die flexiblen, wohnortnahen Therapieformen. Für viele Menschen mit psychischen Störungen sind die Angebote von Gemeinde- und Sozialpsychiatrie eine immense Lebenshilfe. Doch nach wie vor ist die heutige Psychiatrie weit entfernt davon, therapeutische Möglichkeiten auch flächendeckend flexibel und unbürokratisch anzubieten, oder wie Thomas Bock es formuliert:

OT 37 Bock:

Seit vier Jahren gibt es ein Gesetz, was erlaubt, Stationsäquivalente Akutbehandlung zuhause zu machen. Nur die Kliniken tut's nicht. Sie haben davor, Angst um ihr Geld, obwohl das mit Pflegesatz bezahlt wird. Wenn sie das wirklich mal tun und nach Hause fahren und die Krisen dort erleben und die Menschen dort unterstützen, ist es ungleich viel spannender und ungleich viel reichhaltiger und letztendlich auch wiederum befriedigender für alle.

* * * * *

Quellen:

Bundesverband Psychiatrie Erfahrener:

<https://bpe-online.de>

Geschwisternetzwerk:

<https://geschwisternetzwerk.de>

Aktion Psychisch Kranke:

<https://www.apk-ev.de>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

<https://www.dgppn.de>

und eine Adresse zum Thema Trialog:

<https://www.trialog-psychoseseminar.de/>