

Was tut die Psychiatrie?



Psychiatrie: Ein weites Feld

Markus Huber

Eine Vorgeschichte

Diskussionen zur Frage, was Psychiatrie sei, womit sie sich zu beschäftigen habe und was ihr therapeutischer Auftrag sei, sind nicht neu. In der Gegenwart schwankt die Vorstellung des Faches ganz erheblich. Neu ins Bewusstsein gerückt ist die Tatsache, dass die Vorstellung von Psychiatrie entscheidend von den sozioökonomischen Bedingungen abhängt. Psychiatrie in einem Entwicklungsland und bei uns sind sehr verschiedene Dinge. Nicht zuletzt gestalten sich diese Fragen anhand der Dichte von Leistungserbringern. Je mehr Leistungserbringer vorhanden sind, desto weiter dehnen sich die Ränder des Faches. Auch bei uns ist dieses Spannungsfeld spürbar. So schwankt das Fach heute zumindest zwischen zwei Polen. Einerseits sieht sich Psychiatrie als spezifisches Fach für ein mehr oder weniger umschriebenes Feld von Krankheiten und Störungen. Eine Behandlung erfordert noch stets eine Diagnose. Am anderen Pol findet sich Psychiatrie als Kompetenz- und Zuständigkeitszentrum für eine Vielzahl von psychosozia-

Que fait la psychiatrie?

Cet article se concentre sur la position actuelle et future de la psychiatrie dans le système de santé en Suisse. Il décrit l'écart entre l'idée que l'on se fait de la discipline et sa fonction réelle. La proximité avec la médecine de premier recours est l'élément-clé de la manière dont la psychiatrie se pratiquera dans le futur. Ce lien permettra à la psychiatrie de se repositionner au sein de la médecine. Mais, d'autre part, ce rapprochement pourrait engendrer une dilution de ce domaine d'activité de même qu'une mise de côté et un affaiblissement de nos compétences-clés. La communauté des psychiatres est invitée à définir plus clairement la forme et les possibilités de cette discipline dans le contexte des soins de santé généraux.

Korrespondenz:
Dr. med. Markus Huber
Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie FMH
Haus zum Licht
Rathausplatz 5
CH-8500 Frauenfeld
Tel. 052 722 30 30
Fax 052 722 30 31
markus.huber@hin.ch

len Problemen. Damit eröffnen sich unserem Fach neue Betätigungsfelder, man kann auch sagen, neue Märkte. Es fehlt heute nicht an Mahnern, die unser Fach wieder näher bei seiner Kernkompetenz sehen möchten, die Realität unseres klinischen Alltages verläuft jedoch in eine andere Richtung. Im Rahmen der sich verändernden Versorgungslandschaft taucht diese Frage in neuer Form auf. Ganz besonders stellt sich die Frage: Soll Psychiatrie sich sehr nahe bei der medizinischen Grundversorgung plazieren oder positioniert sie sich eher als Spezialdisziplin? Bei meinem Artikel geht es darum, dieses Spannungsfeld näher auszuleuchten, im Sinne eines reflektierten Erfahrungsberichtes. Ich werde meine Überlegungen in vier Thesen zusammenfassen.

Die Identität unseres Faches war nie selbstverständlich. So erinnere ich etwa meines Befremdens bereits zu Studentenzeiten bei der ersten Lektüre des Lehrbuches von Manfred Bleuler, damals einem Standardwerk des Faches. Was sich dort fand, war nicht ein zusammenhängender Wurf, eher schon ein Konglomerat verschiedenartigster Krankheitsbilder von fraglicher Zusammengehörigkeit. Es fanden sich methodische Betrachtungsweisen unterschiedlichster Provenienz. Schon die ältere Psychiatrie war nosologisch, vor allem aber konzeptuell ein offenes Feld.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelten sich die psychotherapeutischen Schulen. Vor allem die Psychoanalyse und die Systemtheorie boten umfassende Erklärungsmodelle psychischen Geschehens an, auch «Erklärungen» grosser psychiatrischer Erkrankungen. Über die Methodik dieser Schulen, Störungen als spezielle Ausformung allgemeinemenschlicher Konflikte zu deuten, hielten Bereiche des Lebens in unser Fach Einzug, die zuvor kaum thematisiert worden waren. Diese Tendenz war so stark, dass heute die Psychiatrie von sich sagen kann: «Mir ist nichts Menschliches fremd». Sie befasst sich mit allem, was das Leben ausmacht und den Lebensweg der Patienten und Patientinnen mitprägt. Ihre Erklärungsgewalt haben die psychotherapeutischen Schulen zwar eingebüsst, was sie an Themen dem Fach zugeführt haben, blieb uns jedoch erhalten.

Schliesslich bezeichnete die Psychiatrie ihr Methodenkonglomerat als «psychobiosoziales Modell». Nur, wovon hat sie ein derartig integratives Modell? Von Krankheiten, von Verhaltensweisen, von der Gesellschaft, von Biographien, von «Menschen» schlechthin, schliesslich ist zu fragen: Wovon nicht? Und womit rechtfertigt sie diesen neuen umfassenden Anspruch? Und wie

will sie die dabei mitgedachten Versprechungen auch einlösen?

Beim Nachdenken über mein eigenes Fach sah ich die Psychiatrie lange als Disziplin, die sich mit dem Selbsterleben der Menschen beschäftigt sowie mit dessen Störungen. Es wäre dann die Phänomenologie des Selbsterlebens und dessen Störungen der Kern unseres Faches. Die Prozesse, die gesundes und gestörtes Selbsterleben beeinflussen, wären demnach psychiatrische Hilfswissenschaften, so etwa biologische Betrachtungsweisen, psychodynamische Theorien oder die Entwicklungspsychologie.

Theorie und Praxis

Diese Betrachtungsweise erweist sich bei näherer Betrachtung aber als idealisierender Versuch, der Psychiatrie innere Kohärenz zu geben. Die Erfahrung lehrt eher, dass unser Fach durch gesellschaftliche, historisch gewachsene und sich relativ schnell verändernde Anforderungen definiert wird.

Diese Dynamik ist meines Erachtens von hohem Interesse, da sie in der theoretischen und öffentlichen Diskussion kaum Eingang findet. In Lehre und Forschung wird nach wie vor die Konzeptualisierung von «Störungen» ins Zentrum gestellt. Als Mitglied der Psychiatergemeinschaft gestatte ich mir die Deutung, dass wir dies so sehen, weil für uns die Wirklichkeit herbe Kränkungen bereitstellt.

Meine erste These lautet: Der Ort, der Gegenstand und zum Teil die Art der Behandlung wird weniger bestimmt durch die Störungen selber als durch psychosoziale Folgen und Rahmenbedingungen.

Hierzu möchte ich scheinbar banale Beispiele aufführen, die aufzeigen sollen, was gemeint ist.

Weshalb wird ein depressiver Patient an eine Psychiaterin überwiesen? Die naheliegende Antwort lautet: Wegen der Depression. Die Erfahrung zeigt aber, dass dies kaum zutrifft. Die Depressiven werden eher überwiesen, weil die Überweiser den Suizid befürchten, weil Patienten längere Zeit arbeitsunfähig bleiben u. a. m. Das heisst, die Behandlung der Krankheit wird in erster Linie gesteuert anhand der sozialen Folgeerscheinungen und Verhaltensweisen.

Ein zweites Beispiel: Weshalb erhält ein psychotischer Patient Neuroleptika? Naheliegenderweise, weil diese das psychotische Geschehen eindämmen. In Wirklichkeit wohl aber eher, weil die Psychose das Verhalten desintegriert, unberechenbar macht, weil der psychotische Patient unseren Verhaltenskodex nicht mehr einzuhalten vermag.

Oder: Weshalb werden Patienten und Patientinnen hospitalisiert? Angeblich, weil die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind. Die Erfahrung lehrt aber, dass dies kaum zutrifft. Hospitalisationen erfolgen eher

- weil Patientinnen in der Klinik Schutz suchen;
- weil Angehörige mit den Patienten überfordert sind;
- weil die Patienten sich sozial störend verhalten;
- weil die Patienten die Ordnung der Praxen von uns niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern und von Allgemeinärzten stören und überfordern.

Weitere Motive lassen sich unschwer aufführen.

Das Argument, die Klinik sei ein Ort verdichteter Behandlungsmöglichkeiten, ist zwar grundsätzlich zu akzeptieren, vermutlich aber in eher seltenen Fällen das eigentliche Motiv der Hospitalisation. Behandlungen im spezialisierten Setting erfolgen somit nicht in erster Linie wegen der Störungen per se, sondern eher wegen der z. T. indirekten Folgeerscheinungen. Dies gilt für die Ambulanz und vermutlich noch mehr für die Kliniken.

Damit komme ich zu meiner zweiten These: Das Verständnis unserer Rolle, unseres Handelns leidet an einem grundsätzlichen Missverständnis: Währenddem wir uns mit Störungen und Ressourcen unserer Patientinnen beschäftigen, beschäftigen sich unsere Auftraggeber (Ärzte, Gerichte, Militär, Vormundschaftsbehörden, Opferhilfen, Angehörige, Patienten selber) eher mit den störenden Folgeerscheinungen der «Erkrankungen», mitunter auch mit sekundären Interessenkonflikten.

Wir alle kennen viele Beispiele, die diese These bestätigen (natürlich auch Gegenbeispiele), wir sind aber ungern bereit, den systematischen Charakter dieser Situation anzuerkennen. Auch «politische» Statements zu Versorgungsfragen zeigen den Widerstand gegen diese Erkenntnis. So ist etwa der Grundsatz «ambulant vor halbstationär vor stationär» doch klar von der Vorstellung geprägt, die Eskalation der Betreuung sei assoziiert mit dem Schweregrad der Erkrankung und den Möglichkeiten der Behandlung. Dies trifft jedoch in der Regel zumindest bei meiner eigenen Klientel nicht zu: Der Ort der Behandlung wird eher bestimmt durch diverse Verhaltensmerkmale unserer Patienten, insbesondere durch die soziale Kompatibilität des Verhaltens und der sich daraus ergebenden Notwendigkeit, die Dynamik des Gesamtgeschehens zu regulieren. Dies sind vorwiegend soziale und nicht in

erster Linie medizinisch-therapeutische Fakten. Diese Dynamik beschränkt sich nicht etwa auf das Gebiet der deklarierten Sozialpsychiatrie, sie bezieht sich auf einen Grossteil unserer Tätigkeit.

Die sozialpsychologische Bestimmung der Psychiatrie begründet heutzutage einerseits deren grosse reale Bedeutung (wir bekleiden viele Rollen), andererseits erweist sie sich gerade durch ihre Breite als suspekt. Ist es denn verwunderlich, dass die Psychiatrie in ihrer Bedeutung einerseits überschätzt, andererseits aber gleichzeitig verächtlich behandelt wird? Ist es verwunderlich, dass diese Unsicherheit sowohl von den Mitarbeitenden unseres Faches wie auch von unseren Auftraggebern geteilt wird?

Wer sagt, was die Psychiaterinnen und Psychiater zu tun haben?

Meine dritte These lautet: Gemessen an der sozialen Dynamik der Auftragserteilung sind schulspezifische Ausrichtungen innerhalb der Psychiatrie von untergeordneter Bedeutung. Somit ist es an der Zeit, neben «fachspezifischen» Gesichtspunkten ebenso sehr die Frage unserer Fachidentität und unseres Rollenverständnisses zu thematisieren. Diese Fragen betreffen nicht einfach die Rahmenbedingungen der Psychiatrie, sondern unser Kerngeschäft, unser alltägliches Handeln. Mein Eindruck ist, dass im Verlaufe der letzten Jahre die Bereitschaft zunimmt, unser Fach als Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen zu sehen und diese Bedingtheit auch zu bejahen. Wir bekleiden verschiedenartige und zugeleitete Rollen. Diese Dynamik erweist sich als sehr viel stärker als die entgegengesetzte: Dass wir nämlich unser Fach selber definieren und abstecken. In vielen Belangen reiten wir – nicht als einzige! – auf den Wellen des Zeitgeistes. Man möge uns dies nicht zu sehr verargen, wir erhalten dadurch ja auch die Chance, diesen am eigenen Leib zu erfahren, zu verstehen, zu begreifen und dieses Begreifen nutzbar zu machen. Das Erfassen des Zeitgeistes ist ja auch tatsächlich eine gute Voraussetzung für die Gestaltung des Marktes. Wie aber steht es nun eigentlich mit unserer eh schon etwas eiteln Selbstdeklaration einer reflexiven Disziplin? Zeitgeist ist ja nicht viel mehr als die Summe kollektiv akzeptierter, nicht befragter Vorstellungen. Seine Erfassung ist entscheidender für kommerzielle Zwecke als für eine sinngebundene Gestaltung der Versorgungslandschaft.

Die Entwicklung integrierter Netzwerke in der Versorgung dürfte in dieser Geschichte ein neues Kapitel schreiben. Im Laufe der letzten Jahre ist die Psychiatrie näher an die medizinische Grundversorgung herangerückt. Angesichts der

Breite und mangelnden Bestimmtheit unserer eigenen Rolle drohen wir in ärztlichen Teams zu Troubleshootern zu werden. Ich gehe davon aus, dass die «Vergesellschaftung» der Psychiatrie in ärztlichen Teams die soziale Rollendefinition des Faches zuspitzt und die damit verbundenen Fragen radikalisiert. Es ist noch nicht absehbar, wie sich unser Fach durch die stärkere Einbindung in die medizinische Grundversorgung entwickelt. Wir bekommen in dieser Situation die Chance einer neuen Rolle, andererseits droht uns in dieser Rolle ganz besonders die Beliebbarkeit des Auftrages in unserem «psychobiosozialen» Selbstverständnis. Ich halte es für die Entwicklung unseres Faches nicht für sinnvoll, uns mit einem Teil der Grundversorgung gleichzusetzen. Dies eröffnet zwar neue Märkte, langfristig droht jedoch weiterer Zuständigkeitsverlust bei den tatsächlichen Grundversorgern sowie eine zunehmende Verwässerung unseres eigenen Faches. Wofür sind wir denn zuständig? Für unsere Kollegen? Für unsere Patientinnen? Für die Versicherungen? Für alle gleichzeitig? Für Entscheidungen, die sonst niemand fällen will? Für verbesserte zeitliche Effizienz anderer Leistungserbringer? Sind wir Dolmetscher, Vermittler, Mediatoren, Berater, Fürsprecher, und was befähigt uns zu derart verschiedenartigen Rollen?

Mein Eindruck ist, dass die Nähe zur Grundversorgung dennoch quantitativ gesehen das Zentrum der zukünftigen Psychiatrie bildet.

Wir sollten uns vermehrt selber definieren

Meine vierte These lautet deshalb: Es ist an der Zeit, das Bewusstsein dafür zu schärfen, was wir können, was wir nicht können, was wir wollen, nicht wollen und dies im Kontext der Grundversorgung auch zu vertreten.

Welche Rolle bekleidet die gegenwärtige und zukünftige Psychiatrie?

Da wir Kinder des Zeitgeschehens und des Zeitgeistes sind, ist diese Frage weitgehend identisch mit jener, was die Gesellschaft und deren Individuen beschäftigt. Wer seit 20 Jahren in der Psychiatrie arbeitet, kann unschwer den Wandel der Themen feststellen. Noch in meiner eigenen Ausbildung dominierten Vorstellungen von Entwicklung und Identitätsbildung. Therapeuten und Therapeutinnen sahen sich als Begleiter und Förderer ihrer Patientinnen auf diesem Weg. Das therapeutische Setting war vorwiegend dyadisch, der Fokus der Behandlung wurde schwergewichtig intrapsychisch oder doch zumindest individuell formuliert. Es gab damals noch keine Globalisierung, keine Arbeitslosigkeit, bald wird man vielleicht sagen: kein Bewusstsein des

Klimawandels. Stattdessen gab es Postulate wie: Integration der Schwachen in den Arbeitsprozess, auch den Glauben an die Möglichkeit, mit therapeutischen Methoden diese Integration zu ermöglichen. Im persönlichen Bereich standen Fragen der Identitätsbildung im Vordergrund. Die zwischenzeitliche Entwicklung führt zu neuen Fragestellungen: Wie verläuft die Dynamik von sozialer Integration und Ausgliederung? Was heisst Randständigkeit für die Betroffenen, aber auch für die Gesellschaft? Weiterhin werden wir uns mit Störungen und Krankheitsbildern beschäftigen, die die Integrationsfähigkeit einzelner Menschen beeinflussen. Wir schärfen gleichzeitig unser Bewusstsein dafür, dass die Biographien von Menschen in der Regel von starken Kräften beeinflusst werden, auf die wir nur begrenzten therapeutischen Einfluss haben. Im Zentrum steht wohl die Frage: Wie ist es unseren Patienten möglich, teilzunehmen an öffentlichem und privatem Leben, «ein Mensch unter Menschen zu sein». Es geht hierbei weniger um Befindlichkeiten als um ganz reale, basale Möglichkeiten der Partizipation und selbstgewählter Aktivitäten. Menschen in inneren und äusseren Umbruchsituationen, die ihr basales Sicherheitsgefühl bedroht sehen, stehen im Zentrum unserer therapeutischen Tätigkeit.

Menschen mit sozialen Behinderungen nehmen in unserer Sprechstunde bereits jetzt einen immer grösseren Raum ein. Oft ist nicht entscheidend, ob diese Behinderung überhaupt primär psychiatrische Ursachen hat. Viele Migrationspatienten, Arbeitslose, Menschen mit Mehrfacherkrankungen, Menschen mit akzentuierten Persönlichkeitsmerkmalen, Menschen nach dem Verlust familiärer Bindungen, aber auch primär psychisch erheblich Erkrankte, um nur einige Gruppen zu nennen, teilen das Schicksal des drohenden sozialen Abstiegs, drohender Ausgliederung aus öffentlichen und privaten Beziehungen. Die Komplexität der damit verbundenen Vorgänge und die z. T. eher sekundären psychischen Probleme führen dazu, dass die betroffenen Personen unsere Klienten werden. Es handelt sich typischerweise um Patienten, die uns von Allgemeinärzten oder auch Ämtern geschickt werden, sie sind vermutlich in Zukunft der Kern der «psychiatrischen Grundversorgung». Die gemeinsame Endstrecke dieser Verläufe stellt damit das zentrale Thema dieser Klientel dar, währenddem der Weg zu dieser Situation, die ursprüngliche Problematik, auch für die Behandler eher in den Hintergrund tritt. Jede klinisch tätige Psychiaterin kennt die mit diesen Verläufen verbundenen Probleme, auch die oft eintretende Ratlosigkeit und die Un-

sicherheit über die eigene Rolle bei diesen Verläufen. Wir werden uns nicht nur mit unseren Zuweisern, sondern ebenso sehr mit anderen sozialen Institutionen zusammensetzen müssen, um zu klären, welche Rolle die Psychiatrie in diesem Gesamtkontext überhaupt einnehmen kann. Gegenwärtig neigt sie nach meiner Erfahrung zu einer selbstüberfordernden (oder selbstgefälligen?) Übernahme von Aufträgen, die ihren Einfluss- und Kompetenzmöglichkeiten oft nicht entsprechen.

Fazit, Ausblick

Damit schliesst sich der Kreis meiner Überlegungen. Wir werden nicht primär wegen psychischer Störungen aufgesucht, sondern wegen der damit verbundenen Folgen. Die heute im Vordergrund stehende, drohende Folge verschiedenartigster individueller Entwicklungen ist in der Regel Desintegration, Ausgliederung, Vereinzelung. Die Beschäftigung mit derartigen Grenz- und Übergangssituationen dürfte sich, entsprechend den Themen unserer Zeit, zu unserem

zentralen Arbeitsfeld entwickeln. Wir werden auch dann als zuständig betrachtet, wenn unerwünschten sozialen Entwicklungen keine psychiatrische Krankheit zugrunde liegt. Für die Indikationsstellung genügt die Störung der Integrationsfähigkeit, fast unabhängig von der Ursache. Dies bedeutet auch, dass wir uns intensiv mit einer Klientel beschäftigen, deren Führung sich auch für andere Versorger als aufwendig und schwierig erweist.

Zu thematisieren sind fachübergreifende Betrachtungsweisen der Entwicklung ganzer Kollektive und die Spiegelung dieser Prozesse in individuellen Biographien. Zu oft glaubte die Psychiatrie – auch historisch – an die Möglichkeit, Probleme der Zeit in individuell therapeutischem Kontext lösen zu können. Zu hoffen ist, dass es unserem Fach gelingt, seine Identität und seine Rolle im zeitgeschichtlichen Kontext glaubhaft zu finden, als Teil der medizinischen Versorgung, weder im Elfenbeinturm noch in der wahllosen Unbestimmtheit sozialer Zuständigkeit.