

# Diagnose: Psychiatrie - ein Rollentausch

Recoveryorientierung, Personenzentrierung, Wertschätzung - starke Worte,  
die man mittlerweile auf der Website jeder psychiatrischen Klinik findet.  
Doch wie sieht es hinter den Mauern der Institution «Psychiatrie» wirklich aus?  
Einem chronisch kränkenden System auf der Spur.

Von Nadia Pernollet

Heute diagnostiziere ich. Bin ich dazu befähigt? Ich denke schon. Diagnostik beruht auf einer ausführlichen Anamnese, Beobachtungen, der Evaluation von Berichteten sowie dem Miteinbezug fremdanamnestischer Informationen. Nach jahrelanger «Feldarbeit» als Psychiatriepflegefachfrau, etlichen Gesprächen mit anderen involvierten Berufsgruppen, Patient\*innen und ehemaligen Patient\*innen, dem kritischen Studium von Forschungsarbeiten und Literatur sowie gründlicher Reflektion empfinde ich mich als ausreichend kompetent, meine Diagnosen laut auszusprechen. Meine Patientin: die Psychiatrie. Im Besonderen: die Akutpsychiatrie.

Diagnostik hat bekannter- und bedauerlicherwise die Eigenschaft, defizitär orientiert nach Umständen zu suchen, die nicht gut sind oder nicht bzw. nur mangelhaft funktionieren. Es ist mir ein grosses Anliegen, an dieser Stelle zu erwähnen, dass ich mit diesem Artikel nicht beabsichtige, die tägliche Arbeit, die in den psychiatrischen Kliniken unter teilweise schwierigen Bedingungen erbracht wird, herabzuwürdigen, und auch nicht – wie es so oft in der psychiatrischen Praxis geschieht – die «Patientin» auf diese Diagnosen zu reduzieren. Vieles läuft gut, entwickelt sich, wenn auch langsam, in die richtige Richtung. Dennoch bestehen nach wie vor grundlegende Mängel, die es zu beheben gilt. Auch würde es den Rahmen sprengen, wenn ich sämtliche systemrelevanten Komponenten miteinbeziehen würde, obwohl manche sicherlich als nicht unwesentliche Mitursache meiner Diagnosen zu betrachten sind.

Meine Diagnosen beziehen sich auf die Basis, die Quintessenz der Behandlung, nämlich auf den zwischenmenschlichen Umgang zwischen Fachpersonen und Patient\*innen. Denn dort – und davon bin ich zutiefst überzeugt – geschieht unwahrscheinlich viel Therapie- und Zukunftsrelevantes, sowohl im Guten als auch im Schlechten. Wie so oft reicht eine Diagnose nicht aus, und so stellt sich auch die Psychiatrie als multimorbide dar. Zusammengefasst lautet

mein Befund wie folgt: Chronischer Mangel an Empathie und (Zwischen)Menschlichkeit, persistierender Reduktionismus auf Diagnosen und medikamentöse Behandlung und somit Stigmatisierung der Patient\*innen, striktes Festhalten an längst überholten Strukturen und Hierarchien sowie mangelnder Mut zu Unkonventionellem.

## Erläuterungen zur Diagnosestellung

Eine Akutstation ist oft der Ort, an dem Menschen in einer Krise den ersten Kontakt zur Psychiatriewelt haben. Neben der Tatsache, dass es ihnen schlecht geht und sie sich eingestehen müssen, dass sie Hilfe benötigen, wissen viele nicht, was sie dort erwartet. Das nach wie vor vorherrschende, durch die Geschichte, aber auch durch die Gesellschaft und Medien geprägte Schreckensbild der Institution Psychiatrie macht diesen Schritt nicht einfacher.

Was aber spricht dagegen, eine psychiatrische Station zu einem warmen, freundlichen und von Empathie erfüllten Ort zu machen? Warum heisst es nicht bereits beim Eintrittsgespräch: «Willkommen bei uns auf der Station. Es ist gut, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben. Wir werden in der Zeit, die wir haben, unser Bestes geben, mit Ihnen gemeinsam einen Weg in Richtung Genesung zu finden.» Stattdessen wird ein oft knapp gehaltenes Einweisungsschreiben überflogen, mit Fokus auf der Diagnose, und schon hat man ein bestimmtes Bild der Person, die einem gegenübersteht. Stigmatisierung geschieht nicht nur in der Gesellschaft, sondern genauso unter erfahrenen Fachleuten. Die Ankündigung eines bekannten «schwierigen Patienten» kann selbst bei ihnen Unsicherheit und Angst auslösen. Das ist auch in Ordnung, sofern sogleich die Reflexion bezüglich der Ursachen dieser Empfindungen erfolgt. Ist es vielleicht meine eigene, ganz persönliche Unsicherheit, die mich zu schubladisierendem Denken verleitet? Habe ich möglicherweise Angst, den

Turbillon





Erwartungen – und deren gibt es viele von verschiedenen Seiten – nicht gerecht zu werden? All diese und noch viele andere Fragen sind durchaus nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass Psychiatrie keine exakte Wissenschaft ist.

### «Ein Mensch fühlt sich oft wie verwandelt, sobald man ihn menschlich behandelt.»

– Eugen Roth

#### Es kommen Menschen, keine Diagnosen

Psychiatrie hat mit Menschen zu tun. Menschen in Krisen, Menschen in emotionalen Notlagen, aber eben vor allem: mit Menschen. Hier bringen uns oft weder Daten, Befunde noch apparative Messungen wirklich weiter; es ist unumgänglich, mit den betroffenen Menschen in Beziehung zu treten, sie kennenzulernen und sich auf sie einzulassen. Und daher ist in solchen Situationen oft nur auf eines Verlass, nämlich auf die wissenschaftliche Erkenntnis, dass die Qualität der Beziehung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen der Behandlung leistet.

Doch was bedeutet das nun für all die Menschen, die sich aus einer Not heraus in eine stationäre Therapie begeben? In der Fachzeitschrift «Ars Medici» für Mediziner\*innen stand in einem Artikel von 2006: «Die Art, wie man einem Menschen begegnet, beeinflusst sein Verhalten. Diese lapidare Erkenntnis ist Kern aller wirksamen Psychotherapieverfahren und meint zunächst Offenheit gegenüber der persönlichen Problemsicht des Patienten und Respekt vor seiner Geschichte.» Klingt eigentlich ganz logisch, oder?

Gerade Menschen, die immer wieder in die Klinik gehen, bekommen die durch vorgefertigte Meinungen gefärbte Haltung ihnen gegenüber zu spüren – oft im Zusammenhang mit einer früher gestellten Diagnose – und erfahren so von Beginn an wenig Menschlichkeit. «Sie sind sowieso nicht fähig, ein selbständiges Leben zu führen», musste sich Mirjam während ihrer Zeit als Drehtürpatientin anhören. «Man hat jahrelang nur Symptombekämpfung betrieben und mich mit Medikamenten vollgepumpt, aber niemand hat sich jemals darum bemüht, das ganze System um mich herum anzuschauen», resümiert sie im Nachhinein. Die Wende kam, als sie in eine andere Klinik eintrat, in der man sie erstmals gefragt habe, wo sie eigentlich hinmöchte und wo man ihr vermitteln sollte, dass man sich auch von schweren psychischen Krisen wieder erholen kann. Mirjam war seit diesem letzten Klinikaufenthalt nie mehr stationär in Behandlung.

#### Kritisches Nachfragen wird als Bestandteil der Erkrankung angesehen

Ursina Blum, ebenfalls Psychiatrieerfahrene, hat ihre Erlebnisse in einem rund 30-seitigen Dossier festgehalten. Darin berichtet sie unter anderem, dass sie sich schriftlich bei der Klinikleitung über die zu hohe Medikamentendosierung beschwert habe. Die Folge war ein Gespräch mit dem Oberarzt, dem Assistenzarzt, einer Pflegerin und ihr. «Dort wurde ich aufgefordert, die Medikamentenbehandlung, so wie sie vorgesehen war, zu akzeptieren und die Vereinbarung dazu zu unterschreiben. Angesichts der Übermacht an Personen wehrte ich mich nicht mehr.» Nadia Horat, Psychiatrieerfahrene und Peer, schildert Ähnliches: «Während meiner Therapie auf einer Langzeitstation sagte mir der Arzt, ich könne eigentlich auch gehen, wenn ich keine Medikamente nehmen wolle, da die Therapie dann sowieso nichts bringe. Er wollte, dass ich einen Stimmungsstabilisator nehme, ich jedoch wollte in diesem geschützten Rahmen lernen, mit meinen Stimmungsschwankungen umzugehen. Dieser Entscheid beeinflusste das Verhältnis zum Arzt sehr negativ.»

Möchte man also keine Medikamente oder – wie Ursina Blum – eine niedrigere Dosierung, wird man als uneinsichtig und unkooperativ bezeichnet – oder, wie es in der Fachsprache auch heisst, als «non-compliant». So wird jede persönliche Meinung, die mit dem Behandlungsplan der

Fachleute nicht konform ist, als pathologisches Symptom gewertet. Der Wunsch nach einem Wechsel der Bezugsperson: spalterisch; ein Lächeln während eines Gesprächs über Suizidgedanken: parathym; ein nicht sofort nachvollziehbarer Gedankengang: psychotisch. Eine Pflegefachfrau (anonym) schrieb kürzlich in einem Artikel für das Magazin des Tages-Anzeigers: «In der Psychiatrie gibt es keine Eigenschaften, es gibt nur Diagnosen und Symptome, alles ist pathologisch.» Es werden sogenannte «Behandlungsvereinbarungen» erstellt, die jedoch eher Vorgaben für die Betroffenen beinhalten, als dass sie gemeinsam mit ihnen erstellt und ihre ganz persönlichen Behandlungsziele und Wünsche berücksichtigen würden. Solche und andere pädagogische Erziehungsmassnahmen sind längst überholte Relikte einer Zeit, die wir endlich hinter uns lassen müssen. Zwang hat in der Psychiatrie keinen Platz, auch nicht informeller Zwang. So bergen insbesondere Behandlungsvereinbarungen, wenn sie nicht reflektiert und transparent in einem gemeinsamen Prozess mit den Patient\*innen erarbeitet werden, ein hohes Missbrauchsrisiko. Die oft einseitig formulierten Überzeugungsversuche darin sowie die Konsequenzen bei Nichteinhalten derselben erinnern eher an Erpressung als an das Resultat einer gemeinsamen Übereinkunft.

Simone Fasnacht, Aktivistin und Psychiatrieerfahrene, meinte neulich an einer Podiumsdiskussion: «Ich würde mir wünschen, dass auch Ärzte sich verletzlich und nicht allwissend zeigen; dass sie ehrlich und transparent sind und zu ihrer Ohnmacht stehen.» Auch ich bin überzeugt, dass kein\*e Patient\*in die fachliche Kompetenz der Behandler\*innen anzweifeln würde, nähme man sich nur die Zeit, zu erklären, dass vieles helfen kann, aber nicht zwingend muss, dass man aber gewillt ist, gemeinsam gute Lösungen zu finden. Patient\*innen brauchen keine Studienresultate oder Fachtitel. Was sie brauchen, sind Menschen. Menschen, die ihnen zuhören, ihnen auf Augenhöhe begegnen und sie begleiten auf ihrem ganz eigenen, selbstgewählten und selbstbestimmten Weg. Im Grunde genommen müsste jede Fachperson, die in der Psychiatrie arbeitet, sich überlegen, wie sie selbst in einer vergleichbaren Situation behandelt werden möchte. Der Grundsatz «Behandle jeden Menschen so, wie du selbst behandelt werden möchtest» sollte richtungsweisend für den zwischenmenschlichen Umgang in der Psychiatrie sein.

### Therapie

Ein Kulturwandel ist unabdingbar, und die radikalste Therapie wäre wohl eine komplette Umstrukturierung des Systems Psychiatrie, gibt es doch mittlerweile genügend Studien, die belegen, wie beschränkt die Wirkung von Psychotherapie und Psychopharmaka, so wie sie aktuell eingesetzt werden, ist. Doch so weit möchte ich hier gar nicht gehen, denn ein Kulturwandel braucht Zeit, viel Zeit. Derweil suchen weiterhin täglich Menschen in Not einen Ort der Zuflucht und des Verstandenwerdens und deshalb gilt es, bereits heute anzusetzen. Die Massnahmen für eine menschenwürdigere, personenzentrierte Psychiatrie sind längst bekannt. Deshalb verordne ich:

- **Gründliche Reflexion hinsichtlich des Machbaren auf einer Akutstation:** Eine Akutstation soll ein Ort sein, an dem Menschen in einer Krise Stabilität, Ruhe und Akzeptanz finden, sich sortieren können, um dann weitere Schritte in Angriff zu nehmen. Es liegt auf der Hand, dass so ein Ort geprägt sein muss von Verständnis, Empathie und Menschlichkeit. Die Menschen sollen ankommen können, sich orientieren und erzählen dürfen.
- **Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle als Fachperson:** Welche Erwartungen habe ich an mich in meiner Funktion? Entsprechen diese Erwartungen auch denjenigen der Patient\*innen? Wie sehr bin ich mir der Grenzen der Medizin bewusst und bereit, mich auf die Menschen und nicht die Diagnosen einzulassen? Insbesondere erfahrene Gesundheitsfachpersonen neigen zu stigmatisierendem Verhalten. Diese institutionalisierte Stigmatisierung verhindert, dass Menschen mit psychischen Belastungen ganzheitlich wahrgenommen werden. Deshalb muss Antistigma-kompetenz Bestandteil der Ausbildung sein und später in Inter- und Supervisionen einfließen. Nur eine aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle in einer normorientierten Gesellschaft und der Bedeutung von Stigmatisierung für Betroffene führt dazu, dass Vorurteile abgebaut werden und unvoreingenommene Begegnungen stattfinden können.



- **In der Ruhe liegt die Kraft:** Weg von der schnellen Problemlösung und Symptombekämpfung hin zu Offenheit und Transparenz in Bezug auf die Behandlung und die Einnahme von Psychopharmaka. Es braucht sachliche Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen sowie Alternativen und keine Aussagen, wie ich sie selbst in der Praxis oft gehört habe: «Das ist der Ferrari unter den Medikamenten» oder «Sie müssen Ihr Leben lang Medikamente nehmen».
- **Mut zu Unkonventionellem und Neuem:** Raus aus der Komfortzone, aus dem gemütlichen Nest oder, um es mit den Worten von Walter Gekle, dem Chefarzt der Soteria (kleines psychiatrisches Akutspital in Bern), zu sagen: «Jemand sollte mal ein paar Reissnägel in das Nest werfen.» Nur wer aufsteht und Missstände anspricht, kann Veränderungsprozesse in Gang setzen.
- **Recovery soll im Herzen stattfinden, nicht nur im Stationskonzept:** Mirjam schilderte exemplarisch den Unterschied zwischen der Klinik, in der sie jahrelang ein- und ausging, und der letzten Klinik: «Das gesamte Behandlungsteam hat mir Hoffnung vermittelt, dass Genesung möglich ist. Das Team war aufrichtig daran interessiert, dass man gemeinsam im Prozess bleibt und am Behandlungsziel arbeitet. Über Suizidgedanken wurde gesprochen, doch niemand hat mit einer Verlegung auf die geschlossene Abteilung gedroht, wenn ich solche geäußert habe. Ich gab den Weg vor und das Team unterstützte mich auf diesem Weg. Ich fühlte mich erstmals ernst genommen und gehört und ich durfte, nein musste den Behandlungsweg mitbestimmen. So kam ich von einem Gefühl der Ohnmacht zurück zur Eigenverantwortung und Selbstbestimmung.»

Das sind viele Therapiemassnahmen, ein langer Weg mit Herausforderungen, Umdenken, Neudenken. Doch ich bin überzeugt, dass auch für die Patientin Psychiatrie Recovery möglich ist. Die Verantwortung liegt bei jeder einzelnen Person in diesem System. Wenn alle gemeinsam

das Ziel verfolgen, die Akutpsychiatrie zu einem warmen, menschlichen Ort zu machen, wo Patient\*innen sich willkommen fühlen, wird Veränderung möglich sein. Es gibt unglaublich viele Fachpersonen, die sich jeden Tag mit Herzblut und Engagement den Herausforderungen stellen und trotz des chronischen Personal- und Zeitmangels sowie der enorm hohen Zahl von FU-Patient\*innen ihr Bestes geben.

Alle von mir für diesen Artikel befragten Psychiatrie-erfahrenen haben bestätigt und sogar betont, dass eben diese einzelnen Begegnungen und Beziehungen wesentlich dazu beigetragen haben, ihren Aufenthalt erträglich zu machen. Sie alle erwähnten, dass es da neben den Missständen, die sie erlebt haben, oft diese eine Pflegefachperson oder Therapeutin gab, die anders war, sich Zeit nahm und zuhörte, und alle betonten, wie wichtig diese für sie gewesen sei. «Schön fand ich, dass die eine Pflegefachperson auf der geschlossenen Abteilung mich am Abend immer noch allein im Wohnzimmer fernsehen liess und sich bisweilen auch zu mir setzte und mit mir redete. Auch auf der offenen Station arbeitete eine sehr freundliche und empathische Pflegefachfrau, die sich immer wieder Zeit für Gespräche nahm, von denen ich viel mitnehmen konnte», so Nadia Horat.

Es ist dringend nötig, dass sich auch an den äusseren Strukturen einiges ändert und ebendiese motivierten Fachpersonen nicht abspringen, weil sich durch die dauernde Überforderung eine Mitgefühlsmüdigkeit (compassion fatigue) einstellt. Die bereits oben erwähnte Pflegefachfrau schreibt in ihrem Artikel auch: «Aber Zeit bräuchten wir mehr, Zeit. Fehlt Zeit, fehlt Menschlichkeit. Fehlt Menschlichkeit, wird geurteilt, ohne hinzuhören.»



**Nadia Pernellet**

Fachmitarbeiterin  
psychosoziale Angebote  
Pro Mente Sana

[n.pernellet@promentesana.ch](mailto:n.pernellet@promentesana.ch)