

Die Chancen der Sozialpsychiatrie

Ist die Sozialpsychiatrie wichtiger, mächtiger, politischer als sie es selbst denkt?

Thomas Bock (*)

Die DGSP begeht ihr 50 jähriges Jubiläum, eher zerknirscht als fröhlich, eher hadernd als mutig – und das nicht nur wegen Corona. Vielleicht weil sie nicht mehr allein das Zentrum der Bewegung ist? Weil die Zuversicht Verantwortung erfordert? Zweifel sind wichtig und für Sozialpsychiatrie noch selbstverständlicher, sie gehören zum Gegenstand, zur Methodik, zur Aufgabe. Doch schade ist, wenn wir die Chancen übersehen. Schade ist, wenn wir die eigenen Erfolge übersehen – auch wenn sie längst nicht mehr die einer einzigen Organisation sind. Auch das könnte ja ein Zeichen von Stärke sein. Ich möchte im Folgenden die Sozialpsychiatrie in ein helles Licht stellen, ihre Erfolge und Chancen betonen. Ich tue das deutlich, eher etwas provokativ, nicht um die Zweifel zu beseitigen, die bleiben (auch mir), sondern um Mut zu machen.

(1) Der Dialog fordert und fördert die Sozialpsychiatrie

Das muss auch umgekehrt gelten. Sich als Experten zu begegnen, die Angehörigen selbstverständlich einzubeziehen, ist das nicht Sozialpsychiatrie pur? Und wo das noch nicht der Fall ist, ist es dann noch Sozialpsychiatrie? Die Keimzelle des Psychoseseminar, die dialogischen Bürgerinitiativen für Sensibilität und Toleranz (z.B. Irre menschlich Hamburg), dialogische Beschwerdestellen, Besuchskommissionen, Fortbildungen, Verbände, Bücher, Tagungen, Filme, jetzt endlich auch die Forderung nach Partizipation in der Forschung (EmPeeRie, NoW) – eine langsame aber unaufhaltsame Bewegung. Ein Machtfaktor – bisher erst noch fast aus Versehen, als der Kampf gegen PEPP und die Petitionen der Angehörigen plötzlich das Hometreatment ermöglichten - zwar als StÄB noch bürokratisch verunstaltet, aber trotzdem.

(2) Mit der anthropologischen Sicht als Gegenthese zur Pathologie hat die Sozialpsychiatrie (endlich) eine (Meta-)Theorie

Die anthropologische Sicht als Gegenthese zu reinen Pathologie ist aus dem Dialog erwachsen. Sie ist die Theorie des Dialogs und damit ihre Basis in der Öffentlichkeitsarbeit. Wir haben die Wahl: Sehen wir psychische Störungen als Ausdruck von Fremdheit, Normabweichung und Defizit oder (auch) als etwas, das in unterschiedlicher Ausprägung uns allen gemeinsam und zutiefst menschlich. Niemand ist nur gesund oder nur krank? Jede/r kann psychotisch werden – durch Überforderung/Überreizung, bis wir aussteigen aus der Realität (Dissoziation) oder durch Einsamkeit/Isolation, bis wir das Echo selber erzeugen (Halluzination). Die Frage ist nur ab wann? Die Grenze ist verschieden, das ist alles.

Viele für psychische Störungen typische Phänomene gehören zum Repertoire aller Menschen, spiegeln die Muster bestimmter Entwicklungsstufen: Etwas auf sich zu beziehen, kann psychotisch oder kindlich sein. Beziehungen radikal zu fordern, mag zur Borderline Störung passen, aber auch zur Pubertät. Psychische Störungen sind Ausdruck einer der existentiellen Lebenskrisen eines dünnhäutigen Menschen, sind Bewältigungsstrategien unter widrigen Umständen, können eine Eigendynamik entwickeln, die Hilfe erfordert.

Diese anthropologische Sicht wirkt der Selbst- und Fremdstigmatisierung entgegen und fördert die Aneignung der Erfahrung zu mir als Person anstelle der Abspaltung zur

Erkrankung. Das eine mindert Angst und Einsamkeit, das andere fördert Mut und Selbstverantwortung.

Diese Sicht hat spannende Vorläufer (Daseinsanalyse, Phänomenologie), hat nichts zu tun mit der verstaubten und von den Nazis missbrauchten Anthropologie. Sie hat viele Partner und ist im Detail und kompatibel und ergänzungsbedürftig durch systemische, psychodynamische, soziologische und politische Theorien Sie ist in ihrer Erklärungsmacht bescheiden, in ihrer Bedeutung als Antithese aber sehr wertvoll.

Die anthropologische Sicht öffnet den Blick auch für die gesellschaftlichen und kulturellen Zusammenhänge: Wenn (z.B. in Psychosen) Innen und Außen nicht mehr so klar zu trennen sind, dann wird die reale Bedrohung der Welt zur existentiellen Krise – egal ob durch Corona, Umweltzerstörung, Kriegsgefahr oder mangelnde Solidarität. Wahnhaf ist nicht die Wahrnehmung dieser Bedrohung, sondern deren Leugnung.

(3) Gesellschaftliche Aspekte sind allgegenwärtig – Sozialpsychiatrie muss politisch sein!

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen steigt mit der Diskrepanz zwischen arm und reich, mit der Ungleichverteilung von Arbeit, die Folgen von Krieg, Gewalterfahrung, Folter, Missbrauch und u.U. auch von Migration – vor allem abhängig von der Ankunft. Prävention braucht also einen umfassenden Ansatz politischen Handelns.

Aktuelle sozialpsychiatrische Projekte wie Housing first, supported employment, Vermeidung von Zwang, Integrierte Versorgung, verbindliche Kooperation, Umwidmung von Ressourcen (ambulant statt stationär) usw. erfordern konsequentes politisches Handeln – in der Gesundheits-, Sozial-, Kommunal-, Wirtschaftspolitik, bei der Beschaffung von Wohn- und Bedeutungsraum.

(evtl. 3 und 6 tauschen?)

(4) Sozialpsychiatrie lebt mit der Multiprofessionalität - jetzt kommen die Peers dazu.

Sozialpsychiatrie war immer multiprofessionell, stellt Hierarchie infrage, steht für „Therapeutische Gemeinschaft“ (in der Soteria-Station, wie im Begegnungsraum) muss tendenziell anarchisch sein. Wenn das unser Reichtum ist, werden wir gerade noch reicher; wenn das unsere Kraft ist, werden wir gerade noch mächtiger: Die neue Berufsgruppe der Genesungs-/Peer-Begleiter hat unschätzbare Vorteile; sie stärkt Selbstwirksamkeit (Patient schreibt sich selbst den Erfolg zu) und Selbstvertrauen, wirkt Vorurteilen entgegen – vor allem in der Psychiatrie (!) -, senkt die Zugangsschwelle und erhöht die Nachhaltigkeit. Wir können diese Wirkung noch steigern, wenn wir selbst offener mit unseren eigenen Krisen umgehen, die Dichotomie von gesund und krank kritisch infrage stellen. .

(5) Der Mensch ist ein soziales Wesen (inkl. Gehirn) – das hat tiefe Bedeutung für psychische Gesundheit / Erkrankung.

Die Dekade des Gehirns ist vorbei – mit allgemeiner Ernüchterung. Das Gehirn erklärt psychische Störungen selbstverständlich nicht, reagiert eher plastisch auf psychosoziale Belastungen, ist eben nicht die Ursache von was auch immer, sondern ein soziales Beziehungsorgan (Thomas Fuchs). Die Bildgebenden Verfahren der Hirnforschung verdeutlichen Begleitphänomene, keine alleinigen Ursachen. Entsprechende Grundsatzdiskussionen über unser Menschenbild sind offensiv und öffentlich zu führen.

Den Reduktionismus in der Psychiatrie zu reduzieren, erfordert eine kulturelle Debatte – über die fachinternen Diskussionen hinaus..

(6) Das Wissen über die Bedeutung sozialer Faktoren ist überwältigend

Der Einfluss sozialer Faktoren ist vielfältig, spannend, in der Summe überwältigend:

- Entstehung und Verlauf nahezu aller psychischen Störungen werden wesentlich vom sozialen Status beeinflusst.
- Urbanität beeinflusst die Häufigkeit psychischer Erkrankungen.
- Unstrittig werden Borderline Störungen wesentlich von traumatischen Erfahrungen geprägt.
- Das gilt in hohem Maße auch für Psychosen, wenn auch vielleicht mit einem etwas mehr subjektorientierten Trauma-Verständnis.
- Einsamkeit beeinträchtigt seelische Gesundheit. Gesellschaft und Politik sind gefordert. In England gibt es ein eigenständiges Ministerium.
- Migration kann psychisch belastend; die Häufigkeit von Psychosen hängt vor allem ab von der Qualität der Ankunft, konkret von der „ethnischen Dichte“, der Akzeptanz der eigenen Kultur.

Der Einfluss genetischer Faktoren ist aus der Sicht genetischer Experten (!) eher bescheiden. Hinzukommt die Erkenntnisse der Epigenetik, wonach oft soziale oder biographische Krisen erst das genetische Potential wecken.

(7) Antistigma-Arbeit ist der Kampf um Sensibilität und Toleranz, ist Kommunalpolitik pur

Möchte mit der „kleinen“ Politik enden. Irre menschlich Hamburg versteht sich als trialogische Bürgerinitiativen mit einem vielfältigen kommunalpolitischen Auftrag, den ich im Folgenden kurz skizziere. Wenn ich mir vorstelle, dass die sozialpsychiatrischen Institutionen in allen Kommunen und Landkreisen der BRD ähnliche Projekte starten, dann könnte das nicht nur den Trialog in den Institutionen, sondern auch das Zusammenleben aller positiv beeinflussen. .

- Begegnungsprojekte in Schulen vermitteln nebenbei auch Achtsamkeit, Wirken dem Mobbing-Risiko entgegen, erhöhen Sensibilität und Toleranz sich selbst und anderen gegenüber – eine wesentliche Voraussetzung für Prävention.
- Begegnungsprojekte in Betrieben thematisieren unweigerlich Stressfaktoren – mit der Chance die Arbeitsbedingungen für alle zu reflektieren und ggf zu verbessern.
- Trialogische Fortbildungen bei der Polizei verändern das Bild von psychisch erkrankten Menschen und damit den Alarmismus, der manche Einsätze gefährlich werden lässt. Ähnliches gilt für Trialogische Fortbildungen im Strafvollzug.
- Trialogische Fortbildungen für Lehrer helfen das Thema Seelische Gesundheit selbstverständlich im Unterricht zu integrieren. Sie stärken den Auftrag an Schulen, nicht nur Wissen in Köpfe zu trichtern, sondern auf das Leben vorzubereiten – inkl. der damit verbundenen Krisen.
- Trialogische Fortbildungen für sozialpädagogische Fach- und Führungskräfte in Jugend-, Alten, Sozial- und Arbeitslosenhilfe können seelische Gesundheit fördern und der Pathologisierung entgegenwirken.
- Trialogische Fortbildungen und Begegnungsprojekte in Kirchen können deren Inklusionspotential stärken.

- In kulturellen Zusammenhängen wächst das Selbstverständnis eines fließenden Übergangs von gesund und krank und des Stellenwertes kultureller Debatten.

Allen Projekten gemeinsam ist, dass die Erfahrenen als Lebenslehrer und der CoreferentInnen die Hauptrolle spielen, schon weil sie am überzeugendsten sind. Das stärkt Inklusion und Selbstbewusstsein. Und nebenbei entsteht eine Menge Zuverdienstarbeit, entwickelt sich eine andere Basis der Kooperation und der Rollenverteilung.

Resummée: Die Sozialpsychiatrie muss politischer und gesellschaftskritischer werden

Die DGSP ist nicht mehr die Sozialpsychiatrie, doch sie ist thematisch und organisatorisch noch immer ihre wesentlicher Teil, in mancher Hinsicht auch ihr Zentrum. Es gibt die Trialogbewegung und mit BPE/ ... sowie BAoK ihre organisatorische Abbildung, die Trialog-Bewegung mit vielen Organisationen (Netzwerk Stimmen, DGBS (!), die Ex-In-Bewegung, die in Deutschland aus dem Psychoseseminar/ Trialog (Erster Ort der Begegnung als Experten) erwuchs, den Dachverband Gemeindepyschiatrie, die open-Dialog-bewegung und (im Moment?) schon auch eine deutlich erweiterte DGPPN. Und nicht zuletzt: Die Psychotherapieszene ist vielfältiger und lebendiger geworden (Zulassung der Systemischen Therapie, schulenübergreifender Dachverband Psychosen-Psychotherapie

Die DGSP muss sich bewegen, weiterentwickeln, um mithalten zu können. Vielleicht muss sie trialogischer werden? Sie darf sich hinsichtlich der Repräsentanz von Berufsgruppen und Institutionen (z.B. im Vorstand) nicht reduzieren. Mein Wunsch ist, dass die DGSP der Mediator des Trialogs in Richtung Politik wird. Die (Sozial)Psychiatrie muss politischer werden, die Politik mehr unter Druck setzen – hinsichtlich Psychiatriereform und hinsichtlich Prävention. Sie muss auch wieder gesellschaftskritischer werden (Hier gebe ich Heiner Keupp recht). Der Trialog könnte ihr die Kraft geben. Die Schätzungen zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen sind vernebelnd, weil sie sehr unterschiedliche Erfahrungen und Leidenszustände vermischen. Doch mit den Angehörigen zusammen sind allemal ein Drittel der Wähler betroffen. Wir sind eine (schlafende) politische Macht

Wir müssen aus dem Klein-Klein raus, dürfen uns nicht nur mit uns selbst beschäftigen, müssen die geschilderte Vielfalt der Verbände (auch bei den Erfahrenen(/Betroffenen!)) nicht als Konkurrenz, sondern als Kraft begreifen, die es gemeinsam zu bündeln, auszurichten und umzusetzen gilt. Hier kann die DGSP eine wichtiger Rolle übernehmen, muss aber unbedingt über sich selbst hinaus schauen. Die Sozialpsychiatrie ist viel größer als die DGSP – zum Glück (für beide)!

(*) Anlass für diesen Text ist das Online Jubiläum, bei dem ich mich zu einer vorlauten zweckoptimistischen Bemerkung hab hinreißen lassen. Die möchte ich mit diesem Text belegen und auf weitere life-Diskurse hoffen. Ein paar kurze Infos zu mir, um mich zu „legitimieren“: Ich bin Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychiatrie, kenne die sozialpsychiatrische Szenehamburg in fast von Anfang an, war lange der DGSP aktiv (mehr als meiner Frau lieb war), bin dann mit Dorothea Buck im Trialog aufgegangen, habe neben bei 40 Jahre an einer Uniklinik um Veränderungen gekämpft – als psychologischer Psychotherapeut in einer medizinischen Hierarchie. Ich bin also mit verschiedenen Kontexten (Sozialpsychiatrie – Uni – Trialog) vertraut und kenne die sich verändernden Fronten.