

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V.
Franz-Josef Wagner
Gratianstr.7
54294 Trier

Tel. und Fax: 0651/1707967
e-mail: F.J.Wagner@gmx.net

Was bleibt zu tun?

Allgemeines

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V. ist ein eingetragener Verein psychisch/seelisch kranker oder krank gewesener Menschen, der 1996 nach Inkrafttreten des Gesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) von bereits bestehenden Selbsthilfegruppen aus Mainz, Landau und Trier gegründet wurde. Aus den 20 Gründungsmitgliedern sind bis heute über 150 Mitglieder sowie personelle bzw. institutionelle Fördermitglieder geworden. Seit Gründung bin ich Vorstandsmitglied und seit 1998 Vorsitzender des LVPE Rheinland-Pfalz e.V.

Ich werde provokativ 10 Jahre vorausschauen und meinen Vortrag anhand von noch nicht erfüllter Thesen - was bleibt zu tun? - aufbauen. Anhand von einer kurzen Beschreibung werde ich diese Thesen erklären.

- **Die Krankenhäuser haben pro Station einen Psychologen der täglich ansprechbar ist!**

Auf sehr vielen psychiatrischen Stationen der Krankenhäuser gibt es heute noch kaum oder gar keine Psychologen. Viele Studien haben belegt, dass unsere Situation durch die Kombination psychologischer und pharmakologischer Therapie verbessert werden kann. Aus diesem Grund wünschen wir uns mehr psychologische Therapie.

- **Es gibt keine Medikamente, sondern nur Psychotherapie in der Klinik!**

1971 gründete Loren Mosher in San Jose, der San Francisco Bay Area, das Projekt Soteria (der Name kommt aus dem Griechischen und bedeutet Erlösung, Befreiung). Psychopharmaka wurden von Mosher wegen ihrer Auswirkungen für eine langfristige Rehabilitation als problematisch angesehen und deshalb sehr selten vergeben. Mit gleicher Vision aber ohne Psychiater arbeitet das mit Preisen ausgezeichnete, anti- und nichtpsychiatrische „Weglaufhaus“ in Berlin.

Damit eine psychotherapeutisch wirksame Einflussnahme möglich wird ist es notwendig, dass die bisher rudimentär existierende psychologische Modelle von psychiatrischen Erkrankungen weiter ausgebaut werden, und das unabdingbar im Dialog mit Betroffenen. Wir als Betroffene wissen, dass ein Gespräch mit uns nicht stattfindet, um unsere Denkweisen in so genannten Krankheitsphasen aufzuarbeiten, sondern lediglich, um im Kurzinterview zu einer Diagnose zu kommen. Der seelisch „geschundene“ Patient wird ausschließlich Medikamenten überlassen. Heilung ist nicht das Ziel und wird, falls sie eintritt, als Ausnahmeerscheinung gesehen!

- **Es gibt längere Verweilzeiten und weniger Drehtürpsychiatrie in den Kliniken!**

Nach unserem Gefühl – wir haben keine Statistiken – nimmt die Drehtürpsychiatrie durch die reine Medikamentengabe zu. Mit Hilfe der Psychotherapie, wie es in alternativen Projekten üblich ist, entstehen längere Verweilzeiten aber auch weniger Drehtürpsychiatrie. Es kann

doch keine Lösung sein, dass ein Mensch in fünf Jahren über 70 mal den stationären Aufenthalt unfrei oder freiwillig aufsucht.

- **Die Spezialisierung auf den Stationen erfolgt nach Krankheitsbildern!**

Die psychiatrischen Stationen und Krankenhäuser sind – wenn überhaupt – nach Regionen organisiert, in denen alle Krankheitsbilder vorhanden sind. Auf den Stationen erfahren wir vermehrt Spannungen durch die Durchmischung der unterschiedlichen psychischen/seelischen Erkrankungen und der Altersspanne von 18 bis 100 Jahre in der Erwachsenen-Psychiatrie. Z.B. ist die Spannung von ängstlichen, depressiven und manischen zu den delinquenten und abhängigen Menschen auf den Stationen sehr hoch. Hier könnten wir uns vorstellen, dass es in Zukunft – wie in der somatischen Medizin – „Cluster“ der Spezialisierung gibt.

- **Es ist ein erhöhter Einsatz von natürlichen Profis (Laien) statt Akademikern in den Kliniken vorhanden!**

Die Soteria und auch das Weglaufhaus haben auch durch den Einsatz von Nichtprofessionellen (Laien) den großen Erfolg. Die Entscheidung von Mosher gründet auf seiner Vorstellung, dass Professionelle eingeschränkte Theorien über die sogenannte Schizophrenie haben. Aus diesem Grund stellte er Bewerber ein, die die Fähigkeit besaßen, verrücktes Erleben und Handeln zu verstehen, und die in der Lage waren, eine konstante, beruhigende Anwesenheit herzustellen ohne zudringlich, fordernd oder störend zu sein.

- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gen- und Psychotherapie ist realisiert!**

Der 14. Kongress für klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung 2002 in Berlin thematisierte die möglichen Auswirkungen der Genforschung auf die Sozialwissenschaft, insbesondere auf die Psychologie. Wir fordern nicht, wie der Titel der Veranstaltung war, „Gentherapie statt Psychotherapie? – Kein Abschied vom Sozialen!“ sondern eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gen- und Psychotherapie.

- **Die ambulanten Psychiater haben pro Patient und Woche 45 Minuten Zeit!**

Die ambulanten Psychiater arbeiten zur Zeit mindestens 8 Stunden pro Tag und haben wegen der Vielzahl von psychisch/seelisch kranken Menschen pro Quartal nur 30 – 45 Minuten Zeit für uns. Ängstliche, depressive oder manische Menschen brauchen aber mehr supportive Gespräche als nur einmal pro Quartal. Bei einer kürzeren Frequenz der supportiven Gespräche könnten viele Krisen frühzeitig vermieden und eventuell der ein oder andere Suizid oder Suizidversuch verhindert werden. Aus diesem Grund fordern wir mehr ambulante psychiatrische Unterstützung.

- **Die Psychiatrie-Erfahrenen können eine private Unfallversicherung abschließen!**

Alle privaten Unfallversicherungen – auch die Unfallversicherung des Landes RLP für ehrenamtlich Tätige – schließen „Geistesranke und Pflegebedürftige“ aus. „Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geistesranke. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte nicht mehr versicherbar ist.“ Unter Geistesranke fallen alle psychiatrische Diagnosen! Viele Psychiatrie-Erfahrene haben eine Unfallversicherung abgeschlossen und bezahlen ihren Beitrag, können jedoch nie Leistungen erhalten, da laut AUB keine Leistungen zu zahlen sind. Wir hoffen, dass das Antidiskriminierungsgesetz hier Abhilfe schafft, da keine aktuelle Statistik eine Begründung dieses Verhaltens belegt.