

Thomas Ihde

Chefarzt Psychiatrie spitäler fmi AG, Berner Oberland / Präsident Pro Mente Sana

### **Der psychisch kranke Klient/die psychisch kranke Klientin – ein kritische Auslegeordnung**

Zwischen den Bereichen Psychiatrie und Sozialhilfe gibt es heute eine grosse Schnittmenge. Ein signifikanter Anteil der ambulanten Notfälle in psychiatrischen Ambulatorien hat heute nicht psychische Auslösefaktoren im engeren Sinne, sondern wird durch soziale Belastungen ausgelöst (Konflikt am Arbeitsplatz, nicht mehr gesicherter Arbeitsplatz, Bedrohung der Existenzgrundlage, Schwierigkeiten mit Sozialversicherungen und -behörden etc.). Gleichzeitig zeigt sich, dass bei Menschen, die längerfristig von der Sozialhilfe unterstützt werden, der Anteil von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen mindestens 40 % beträgt und gerade bei diesen Integrationsmassnahmen häufig nicht wirksam sind.

Erschwert wird das Problem durch den Ressourcenmangel in beiden Bereichen. Gerade auch der Bereich Psychiatrie ist heute stark gefordert mit rasant zunehmenden Fallzahlen in einer stark mentalisierten Welt bei einer Stagnation in der Weiterentwicklung von besseren Behandlungen. Beispielsweise die Behandlung von Depressionen hat sich leider in den letzten 30 Jahren praktisch nicht verändert, sie ist immer noch genauso langsam und es sprechen ungefähr genau gleich viel Menschen auf die Behandlung an wie vor 30 Jahren, dies beispielsweise in einem riesigen Unterschied zur Onkologie oder Orthopädie, wo riesige Fortschritte stattfanden.

Während sich die WHO bis an hin praktisch nie oder dann nur in einem Nebensatz zu psychischen Gesundheit äusserte, hat sich dies in den letzten 4 Jahren sehr geändert. Wichtige Grundsatzpapiere wurden von der WHO zum Thema der psychiatrischen Versorgung veröffentlicht. Dabei stellte diese ebenfalls besagte Stagnation fest und sieht hier die Ursache in einer relativ einseitigen Ausrichtung auf eine eher biologische Psychiatrie mit primär medikamentösen Ansätzen und auf die Einzelpsychotherapie bei Vernachlässigung von sozialen Faktoren und sozialen Multiplikatoren. Sie wünscht sich eine ausgeprägte Stärkung der sozialen Partner. Sie bringt hier das konkrete Beispiel, dass beispielsweise wie sich eine RAV-Mitarbeiterin einer Klientin gegenüber verhält, die gerade ihre Stelle verloren hat, einen viel grösseren Einfluss auf deren psychische Gesundheit hat, als die Psychotherapie, die dann 9 Monate oder 18 Monate später beginnt. Sie weist hier auf sogenannte soziale Scharnierfunktionen hin, in denen früh wichtige Weichen für die Prognose gestellt werden.

Die WHO, deren Grundsatzpapiere aktuell von der Pro Mente Sana auch auf Deutsch übersetzt werden, wird künftig auch Instrumente anbieten, wie Mitarbeitende im Sozialbereich geschult werden können.

Gleichzeitig wissen wir aus kanadischen Studien auch, welche äusseren Faktoren, die unabhängig von der persönlichen Prägung eines Menschen und dessen privatem Kontext sind, psychische Gesundheit beeinflussen und es ist davon auszugehen, dass diese Faktoren auch in der Zusammenarbeit mit Sozialdiensten wirken. Hier zeigt sich, dass die die Passung zwischen den persönlichen Stärken und Schwächen eines Individuums mit seinem Umfeld matchentscheidend sind für die psychische Gesundheit und dass es dies bei der Planung von Entwicklungsschritten bzw. Integrationsmassnahmen zu berücksichtigen gilt. Noch höher gewichtet werden soziale Stressfaktoren. Hier kommen Begriffe wie Transparenz, Verlässlichkeit, aber auch Fairness zum tragen. Der wichtigste soziale Stressfaktor ist die sogenannte Angst im sozialen Kontext im Sinne beispielsweise der angst bei einer ungesicherten Existenzgrundlage. Je länger diese dauert, umso grösser ist die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung und es versteht sich von selbst, dass psychiatrische Massnahmen nicht greifen bzw. höchstens etwas stabilisieren können, solange die Existenzgrundlage nicht gesichert ist. Ein typisches Beispiel hierfür wäre ein hängiger Asylentscheid bei Schutzsuchenden. Ein noch höherer Risikofaktor als Angst ist aber Scham bzw. die sogenannte Stigmatisierung. Und dies betrifft hier ja gerade die beiden Bereiche: Sozialhilfe zu beziehen und psychisch zu erkranken sind in unserer Gesellschaft immer noch relativ stark stigmatisiert. Im Bereich der psychischen Erkrankungen zeigt sich zwar eine Abnahme der Stigmatisierung, aber weniger bei

der sogenannten Selbststigmatisierung. Wir anerkennen also bei anderen, dass psychische Erkrankungen heute sehr häufig sind, haben aber immer noch eine Tendenz zu einer starken Selbstentwertung, wenn wir selbst Einschränkungen bei unserer merken.

Formen einer möglichen engeren Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Sozialhilfe und Psychiatrie wurden diskutiert, dies kann beispielsweise gerade auch in Regionen mit schlechter psychiatrischer Versorgung über eine PsychiatrieSpitex erfolgen, die Menschen proaktiv in deren Lebenswelt begleitet oder indem die Psychiatrie eben nicht nur bei den Menschen zu Hause aufsuchend Hilfe anbietet, sondern auch in Sozialdiensten und anderen Behörden mit Scharnierfunktion, so das früh mitunterstützt werden kann.

Ein kleiner Exkurs erfolgte zudem zum Thema des Open Dialogue (offener Dialog), einer psychiatrischen Behandlung aus Skandinavien, die seit 2015 in Interlaken durch das team der mobilen Krisenbegleitung umgesetzt wird. Dabei werden Menschen in psychiatrischen Krisen, und gerade in Krisen, in denen sie sich selbst nicht als krank erleben und deshalb auch keine Behandlungsnotwendigkeit sehen, zu Hause aufgesucht und relativ intensiv begleitet. Speziell ist dabei, dass die Behandlung auf das natürliche Netzwerk der betroffenen Person ausgerichtet ist und dieses vor allem gestützt wird. Dies heisst also, dass bei einem jungen Mann mit einer Erstpsychose zu Hause Netzwerkgespräche stattfinden mit seinen Eltern, seinen besten Kollegen, seiner Lehrlingbeauftragten und dem Junioren-Fussballtrainer.

WHO guidelines: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>