

**5. Fachgespräch für Münchner Hausärzte,  
Fachärzte, Psychiater u. Psychotherapeuten  
13. April 2016,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU**

**Münchener Psychiatrie-Erfahrene e.V.**  
Thalkirchner Str. 10/1, Stock  
80337 München  
fon: 089-260 230 25  
fax: 089-260 230 84  
mail: muepe-selbsthilfe@t-online.de  
web: www.muepe.org

*„Wer versteht mich?“ oder: So erleben psychisch Kranke ihre  
Arzt-Patienten-Kontakte“*

GOTTFRIED WÖRISHOFER

Sehr geehrter Damen u. Herren,

es scheint mir notwendig, kurz über den Hintergrund zu sprechen, vor dem ich referiere. – Wir sind ein Verein mit derzeit 150 Mitgliedern. Ihre Zugehörigkeit ergibt sich *nicht* aus einer *bestimmten* Diagnose. Diagnosen sind von untergeordneter Bedeutung. Dennoch lässt sich ein gewisser Schwerpunkt ausmachen: am ehesten fühlen sich Menschen mit einer Psychose-Erfahrung und signifikant-stationären Klinikaufhalten von uns angesprochen. Das hängt mit den Gründungsmotiven vor 25 Jahren zusammen: damals gab es noch schwerste Defizite in der Versorgung; kaum eine Möglichkeit für Patienten, mit anderen zu sprechen; Gewalt- und Zwangserfahrungen usw. – Neben Gruppengesprächen boten wir von Anfang an eine Peer-to-Peer-Beratung an – mit jährlich steigenden Zahlen von Ratsuchenden. Im letzten Jahr, 2015, waren es 328. Die meisten davon sind entweder mit etwas unzufrieden, wollen sich selbst weiterbringen, oder sind, was oft vorkommt, schlicht: einsam. Aus diesen Kontakten, die wir zwar statistisch erfassen, aber nicht qualitativ aufbereiten können, speist sich das was jetzt gesagt wird. – In unserem Verein sind, um das noch zu erwähnen, *alle* verantwortlichen Positionen von Psychiatriebetroffenen besetzt. Ich selbst habe seit meinem 19. Lebensjahr mit der Psychiatrie zu tun.

Die Arzt-Patienten-Kontakte beleuchte ich unter mehreren Aspekten, die, wie wir sehen werden, aufs Innigste zusammengehören: 1. Zeit und Geduld, 2. Augenhöhe und Respekt, 3. Psychopharmaka und Diagnose und 4., Beziehung als Vertrauen. – Einige Originalzitate werden die Beobachtungen jeweils begleiten.

**Erstens:** Jemand erzählt vom Erstbesuch bei seiner Psychiaterin: „*Ich hab' gefragt, wieviel Zeit ich habe, und sie meinte: 'Wir haben endlos Zeit!' Ich fühlte mich dadurch richtig befreit und konnte ungestört sprechen und bin trotzdem nicht lange geblieben.*“ Ein anderes Zitat: „*Der Zeitdruck ist spürbar, er bestimmt das Gespräch – am besten sollte man noch einen Zettel mit seinen Fragen mitnehmen.*“ oder „*am Nachmittag, habe ich den Eindruck, wird sich immer weniger Zeit genommen für die Patienten!*“ – Klagen über fehlende Zeit sind häufig und vielfältig. Die zur Verfügung stehende Zeit ist also von großer Bedeutung, wenngleich wir auch den Eindruck gewinnen, dass es nicht nur um ein starres Minutenkontingent geht, sondern um ein Kontingent an *Geduld*. Aber was ist schon Geduld? In unserem Falle, und da gibt es kein Vertun, ist sie eine mit dem Lebensproblem des Patienten *mitgehende* Haltung, die einerseits durch engagiertes Zuhören, andererseits als „*zuvorkommendes Sprechen*“ zu kennzeichnen wäre. Die aus Geduld mit der Lebensbewegung *mitgehende* Haltung verdichtet die messbare Zeit und gestaltet sie überhaupt erst zu einer positiv erlebten Behandlung. Das Zitat einer Patientin mag dafür als Indiz gelten, sie schreibt: „*Während langer Phasen meiner Therapie hatte ich das Gefühl, einfach nur einer Bekannten gegenüber zu sitzen; ich hätte mehr Input seitens der Therapeutin gebraucht, der weit über ein mitfühlendes Ab-nicken hinausgeht; professionelle Distanz finde ich furchtbar!*“ Das Schlüsselwort „*mitgehende Haltung*“ bedarf einer näheren Erläuterung: Ich bin fest davon überzeugt, dass es ein krankheitsbedingtes Bedürfnis und daher eine Notwendigkeit gibt, das Leben selbst, in seinen psychotischen Pressionen und damit verbundenen Verwerfungen im Alltag, zu thematisieren. Nur das kann aus unserer Sicht als fachlicher Standard gelten, und sollte also in angemessener Weise mit Zeit versehen werden. Es ist, denke ich, kein Geheimnis, dass es für eine gedeihliche Arzt-Patient-Beziehung insbesondere zu Beginn mehr Zeit braucht als später, in einer vertrauten, und daher gefestigten, Beziehung. Selbstverständlich ist das keine Empfehlung zur Zeitökonomie, die folgendermaßen umgesetzt werden müsste: „*In der ersten Stunde erhebe ich sämtliche Daten, später geht's dann im normalen Takt weiter.*“ Der Takt, könnte man sagen, ist eine *Taktlosigkeit* für die ein Patient von Anfang an, und je länger er krank ist, umso mehr, einen 6. Sinn entwickelt. Ein Arztbesuch indessen braucht nicht so lange dauern bis der Patient sich zu langweilen beginnt, das wäre quasi das eine Extrem, das andere ist jenes gefürchtete Verhalten der Heilberufler, sich, während der Patient noch dasitzt und spricht, die Hand mit den Worten hinzustrecken „*Alles Gute für Sie*“, um mit einer bewegenden Höflichkeit den Besuch zu beenden. Jeder, der in irgendwie beratend tätig ist, der Sprechende eingeschlossen, muss zwar gelegentlich zu diesem Akt der Verzweiflung greifen, um Endlosred-

nen und –problematisierern ein Ende aufzuzeigen. Gleichwohl wollen wir ihn, wenn auch im Rahmen der Notwehr, als Foul registrieren.

Den größten Gewinn haben Patient und Arzt – dieser hoffentlich auch –, wenn ihre Beziehung möglichst lange andauert. Oft beobachte ich jedoch: schon wegen kleiner Unstimmigkeiten brechen Patienten die Beziehung ab, beim nächsten Arzt passiert das gleiche wieder usw.. Dabei liegt der Effekt eines langfristigen Kontaktes auf der Hand: Die psychotische Abweichung vom Durchschnittsverhalten zu unterscheiden, setzt eine längere Beziehung geradezu voraus und bekommt erst dadurch die Chance sich zu vertiefen. So beschreibt eine Patientin den Charme ihrer Arztbeziehung voller Stolz: *„Wir gingen durch dick und dünn!“* – Ein anderes Problem tritt erst neuerdings zu Tage: auch bei Psychiatern gibt es heutzutage lange Wartezeiten; von Psychotherapeuten ist das ja seit langem bekannt. Ein Vereinsmitglied schreibt uns: *„Was nützen all die vielen Psychiater und Psychologen in München, wenn sie keinen Notfalltermin machen? Ebenso bei Therapeuten, die dann nicht da sind und keinen Termin frei haben, wenn es am Dringendsten wäre.“*

**Zweitens: Augenhöhe und Respekt:** Davon wird neuerdings viel gesprochen – und zurecht! Insbesondere von Seiten der sozialpsychiatrisch gesinnten Profis, von unserer Seite natürlich noch mehr. Nur –, was verstehen wir eigentlich unter „gleicher Augenhöhe?“ Wo ist bitte inhaltlich ausgeführt, was die Kurzformel meint? Wohl kaum wird sie heißen können, dass wir in jeder Hinsicht gleich wären, sind wir doch in völlig *unvergleichlichen* Lebenslagen und differenten Rollen: Hier – allgemein gesprochen – der Leidende = der Patient, dort der Helfer. Eine unverkennbare Abhängigkeit, auch ein Gefälle, wenn man so will müssen wir konstatieren, eine Asymmetrie, ein Herab! Dennoch lässt sich mit Recht von „gleicher Augenhöhe“ sprechen, dann nämlich, wenn wir uns wechselseitig mit Respekt begegnen. Der Arzt *sollte* seinen Blick heben, zur Würde des Leidens, welches seine eigene ihm zukommende Anstrengung und Leistung bei sich trägt. Der Patient, mindestens der *erfahrene*, *sollte* die Fachkenntnisse des Arztes respektieren, auch, dass er sich um Viele zu kümmern hat, daher in Vielem sich auskennen muss. Der Respekt vermag uns auf die gleiche Augenhöhe zu heben. Um uns jedoch darin zu halten, bedarf es fortwährender Aufmerksamkeit. Dabei hilft uns evtl. auch die Überlegung, dass Rollen, die wir jeweils einnehmen, im existenziellen Sinne, nebensächlich sind. Wenn es stimmt, dass jeder Mensch das Zeug dazu hat, psychisch krank zu werden, scheint es ein schicksalhafter Zufall, auf welcher Seite des Schreibtisches wir Platz finden. Doch verlassen wir fürs erste diesen „hohen Ton.“ In der Praxis vermisst eine Frau schlicht *„ein Mitspracherecht bei der Medikamentendosierung.“* Damit kommen wir zu:

**Drittens: Psychopharmaka und Diagnose:** Der Patient kennt sich aus in der Wirkung, die ein bestimmtes Psychopharmakon auf ihn hat. Besser gesagt, er *spürt* seine Wirkung. Der Arzt kennt sich auch aus in der Wirkung von sogar vielen Psychopharmaka: wie sie in der Regel wirken und bei wem. Er *spürt* sie aber nicht. Eindeutig nicht. Das wäre ja auch unmöglich. Wenn man's nüchtern betrachtet, wäre die Voraussetzung für eine Win-Win-Situation gegeben. Aber leider, muss man sagen, scheitern in diesem Punkt, häufig die Arzt-Patient-Beziehungen. So taucht z. B. bei vielen Patienten, der Wunsch auf, die Psychopharmaka abzusetzen. Häufig tun *wir* es selbst, klammheimlich – weil wir davon ausgehen müssen, dass unser Wunsch abgelehnt wird. Hat man diese Zurückweisung nur *einmal* erlebt, wird man den Wunsch so schnell nicht wieder vorbringen. Sie wird als schroffe Zurückweisung meines *Lebenswillens* erfahren, als wäre der Psychiater – obwohl er wahrscheinlich aus Sorge abweist –, daran interessiert, dass es mir schlecht geht, nein: als würde er meinen Lebenswillen *geringer* schätzen als die Einhaltung der Behandlungsleitlinie. Im Grunde sagt der Patient ja vorrangig nicht „ich will absetzen“, sondern er sagt, „ich will, dass es mir besser geht.“ Da die Lebensqualität unmittelbar mit Art und Dosierung des Pharmakons zusammenhängt, ist der Wunsch nach Absetzen m. E. *unbedingt* zu beachten, wenngleich auch nicht strikt zu befolgen, sondern fürs erste therapeutisch in „Zufriedenheit mit einer Reduktion“ zu verwandeln.

Wir betrachten es durchaus als Behandlungsfehler, wenn über das *Absetzen* von Psychopharmaka nicht gesprochen werden kann, da die absolute Maxime gilt, sie seien ständig zu nehmen, eine Thematisierung würde da nur Zweifel aufkommen lassen. Auf der anderen Seite gibt es nämlich den Patienten, der in schlechtem Zustand denkt, es läge an den Medikamenten, bei gutem Zustand denkt er, er bräuchte sie nicht mehr. In jedem Fall ist das Pharmakon ein ständiger Begleiter im *Selbstgespräch*, greift es doch tief in alle Schichten des Lebensvollzuges ein. Trifft der Patient nicht auf einen Arzt, der diesem tiefsitzenden Bedürfnis Raum gibt, wird der/die Betreffende – das beobachten wir oft genug – heimlich und eigenmächtig unter sehr ungünstigen Bedingungen absetzen: professionelles Wissen steht nicht zur Verfügung, zudem belastet die Heimlichkeit das Verhältnis zur Umgebung und führt im Ganzen zu einer Verunsicherung.

Für das Absetzbedürfnis gibt es eine Reihe von Gründen:

- Bekannt sind *Nebenwirkungen*: Verminderte Präsenz oder Trägheit; abnehmende Denk- und Gedächtnisleistung, nach längerem Gebrauch entstehende Krankheiten: Begünstigung des Metabolisches Syndroms; Gewichtszunahme (hier *nur* ein Wort, für den Patienten, – mehr noch für die Patientin – eine Exklusion sondern gleich); etc.

- Weniger bekannt dürften Wirkungen sein, die wir als *Tiefenwirkung* bezeichnen können: der Verlust eines tatsächlichen oder vermeintlichen „Selbstseins“, wer bin ich eigentlich „von Natur aus?“ Wie bin ich eigentlich „von Natur aus?“ Oft wird es empfunden, als würde sich die Persönlichkeit verändern. Eine Kränkung besteht darin, überhaupt Psychopharmaka nötig zu haben; Frei-sein von Psychopharmaka hingegen gilt als gleichbedeutend mit Gesundsein und als Rückkehr in die Welt des vollen Menschseins.

Womit Patientinnen und Patienten ständig hadern, womit sie ringen, oder auch leichtfertig umgehen, worüber sie unzufrieden sind, was sie wütend macht oder resignieren lässt – darüber wird nicht, jedenfalls nicht in angemessener Weise, mit den Betroffenen gesprochen. Der *Behandlungsfehler* besteht im „*Fehlen*“ der Möglichkeit übers Absetzen (zunächst aber das Reduzieren) von Psychopharmaka zu sprechen. Das Thema ist auf weiten Strecken tabuisiert, von *beiden* Seiten wie abgeriegelt. Wir wünschen uns Ärztinnen und Ärzte, denen man den Wunsch nach Absetzen „gestehen“ kann. Dafür ist es Voraussetzung, dass sie nicht schon im Vorhinein und auf jeden Fall dagegen sein werden. Manchmal hat man aber den Eindruck, alle seien froh, wenn nichts mehr passiert und setzen das Haus gleich, damit es ja nicht brennen kann, unter Wasser. Der Wunsch, Medikamente zu reduzieren oder abzusetzen, auch wenn er wenig differenziert vorgebracht wird, sollte nicht gleich als fehlende Compliance betrachtet werden.

Noch ein Wort zur Diagnose, speziell der Schizophrenie: Sie hat zwar ein wenig ihre Schreckenswirkung verloren, immerhin gilt sie heutzutage, was nicht wenig ist, als behandelbar, während vor 30 Jahren im Volkslexikon noch zu lesen war, sie führe zur Verblödung. – Eine Diagnose wird „festgestellt“, oft heißt dies, sie wird tatsächlich *festgestellt*, d. h. arretiert und ohne weiteres fortgeschrieben. „*Da steht*“, erzählt eine Frau, „*seit Jahren unverändert in den Unterlagen des Hausarztes „chronische Psychose“, und ich muss die Diagnose zu jedem anderen Arzt hintragen, zu jeder Operation.*“ Sicher, für Sie als Ärzte ist das ein flottes Verständigungsmittel, die Patientin aber, trägt es wie einen Makel, den sie nicht gleich Jedem zeigen will, zumal auch ihre Glaubwürdigkeit in Gefahr steht, angezweifelt zu werden. Unstimmigkeiten in einer normalen Klinikbehandlung werden unter Umständen der Schizophrenie zugerechnet, wo sie doch bei anderen genauso vorkommen. – Insbesondere zu Beginn der Erkrankung löst die Hiobsbotschaft der Schizophrenie drastische Folgen – zwischen Entmutigung und Vernichtung – aus, dabei ist sie doch so unnötig! Für eine Neuroleptika-Behandlung braucht es die hässlich-negative Prognose jedenfalls nicht.

Diagnostizieren – unnötig zu sagen, – ist selbst schon Teil der Behandlung, zerstört je nach Gemüt des Betroffenen, alle Hoffnung, untergräbt alle Energie; – die er letztlich dringend bräuchte um die verwirrenden *Erlebnisse* dessen zu bestehen und zu ordnen, was als Schizophrenie zu bezeichnen unnötig ist – wenigstens zum Zeitpunkt einer Ersterkrankung.

**Viertens und letztens: Beziehung als Vertrauen.** Wenn über die Arzt-Patienten-Beziehung gesprochen wird, muss auch – und sei es zum 100sten Mal – über Vertrauen gesprochen werden. Vertrauen ist nicht einfach so *vorhanden*. Es muss, um mit dem Soziologen Niklas Luhmann zu sprechen, in einer „riskanten Vorleistung“ *entgegen gebracht* werden. Riskant ist die Vorleistung insofern, als man nicht wissen kann, an welchen Arzt, welche Ärztin man gerät. Wird er sich als vertrauenswürdig erweisen? Wird er oder sie annähernd der Vorstellung entsprechen, die man notwendigerweise von einem Arzt hat? Vertrauen zu genießen, gehört ja schließlich zu seinem Berufsbild! Da wird aber dem Pharmavertreter ein freier Durchmarsch ins Arztzimmer gewährt! Bekomme ich dann eigentlich noch die besten, für mich passenden Medikamente oder nur die vom Vertreter angepriesenen? Läuft z. Zt. vielleicht eine Versuchsreihe in die „mein Fall“ gut reinpasst? – Ein Vereinsmitglied berichtet, der Psychiater habe sie als unbedingt behandlungsbedürftig eingeschätzt und, nachdem sie es anders gesehen habe, eine gesetzliche Betreuung veranlasst. Dies sei äußerst kränkend und das Ende der Beziehung gewesen. – Gründe für Misstrauen gibt es zahlreich. Tiefsitzend scheint auch die Bereitschaft zu sein, diese Gründe und damit ein *Miss*-trauen zu nähren, dem *Ver*-trauen kaum Chancen einzuräumen. Misstrauen authentisch, – ohne Besänftigung – zu widerlegen, gehört darum zum therapeutischen Geschick, braucht selbstverständlich auch Zeit, weil es sich nur entlang der Problemgeschichte erweisen kann. Man sagt zwar, die Chemie müsse stimmen, dennoch ist Vertrauen *nicht herstellbar*, eben keine chemische Schnellreaktion, eher schon über die Länge hingezogenes Verdunsten von Misstrauen. So paradox es klingen mag, Vertrauen entsteht vorzugsweise da, wo es Belastungen ausgesetzt ist. Wo Krisen gemeinsam durchgestanden werden, können unverbrüchliche Beziehungen entstehen. „*Ein halbes Jahr*“, erzählt ein Mann, „*bin ich zu einer Therapeutin gegangen und hab´ nichts gesagt, hab´ nur auf dem Stuhl gesessen..., und durfte doch immer wieder kommen. Das habe ich als Wertschätzung erlebt.*“ Eine Patientin führt ihren Psychiater hinters Licht, setzt heimlich die Medikamente ab und gerät nach einem ½ Jahr in eine wahnhafte Psychose. Nach dem Wiederauftauchen, als sämtliche Koordinaten wieder an ihrem Platz waren, beichtet sie, ihn hintergangen zu haben. Ihr Psychiater ist spürbar enttäuscht, sie hätte doch mit ihm reden können! Warum sie es nicht tat, lassen wir jetzt beiseite. Bemerkenswert hingegen ist m. E., dass sich diese Beziehungskrise bereits auf

einer persönlichen Vertrauensebene abspielt. Der Psychiater hätte sich ja genauso gut sagen können: typisch suboptimale *Adhärenz*, typisch für das Krankheitsbild der Schizophrenie, was immerhin seine professionelle Objektivität bezeugt. Die Patientin empfand die Lüge jedoch als einen, von ihr begangenen Vertrauensbruch. Wohl kaum ein Arzt wird das einfach so, – „objektiv“ – an sich abperlen lassen, letztlich vergäbe er damit auch die Chance, die Arzt-Patient-Beziehung zu vertiefen und gleichsam „schiffbar“ zu machen. Schiffbar steht hier für eine Qualität, die Probleme hoch kommen lässt und trägt, Lösungen transportiert und vor allem in der Strömung *mit* dem Arzt und manchmal *gegen* ihn überhaupt erst ein *Lernen* ermöglicht. Symptomfreie Intervalle können bedeutend mehr sein, und müssen auch mehr sein, als bloße Zeiten sorglose-naiver Freude über das Ausbleiben des drohenden, aber noch nicht eingetretenen Rezidives. Die Aussichten stehen dafür günstig, wenn zuvor schon Gewicht und Tiefgang in der Beziehung herrschen. Der wohlfeile Appell hilft ja erfahrungsgemäß nichts; einen empirisch richtigen Sachverhalt zu dozieren, bringt die Sache auch nicht entscheidend weiter. Schwerer als alles Lehren ist jederzeit das Lernen *lassen*. Darum geht´s in der Therapie, wenn ich es recht verstehe: Dem anderen etwas mitteilen, ihn etwas aufnehmen lassen, was er *sich selbst gibt*. Bemühungen und Erfolge des Patienten gehören anerkannt, Jeder möchte auch selbst „schuld sein“ an seiner Besserung und ist doch glücklich darüber, ja sogar angewiesen darauf, dass ihm Jemand zu dieser Möglichkeit verhilft.

Abschließend – obwohl sie nicht eigentlich zu meinem Thema gehört –, noch ein paar Worte zur Vernetzung: Was ist mit Vernetzung überhaupt gemeint? Verstehen wir das gleiche darunter? Sind vernetzte Strukturen in jedem Falle auch für den Patienten das Beste? Bekanntlich hat ein Netz mindestens zwei Funktionen, es fängt *auf* – denken wir an die Trapezkünstler –, und es fängt *ein*, wenn man an die Gefangennahme durch ein Fischernetz denkt. Nun sind das, auf unser Gebiet bezogen, zwei extreme Metaphern. Wir Patienten werden uns leicht mit der Vorstellung des „Auffangnetzes“ befreunden, diese für das einzig Wünschenswerte halten; auf der anderen Seite: die Profihelfer, werden kaum das Einfangen und Festsetzen der Patienten im Sinn haben. Gleichwohl: Seitdem nahezu inflationär von „Vernetzung“ die Rede ist, höre ich – wie merkwürdig – die ebenso inflationäre Redewendung, man müsse den Patienten da und dort, in der Tagesstätte oder beim SPDi „anbinden.“ Keineswegs glaube ich, irgendwer sei der Meinung, man müsse jemanden wie eine Ziege am Pflock anbinden! Was die Redewendung jedoch unverhohlen zugibt, ist die Vorstellung, man könne den Patienten *einseitig* und über seinen Kopf hinweg dazu bringen eine gewisse, für richtig gehaltene Bindung einzugehen. Welche Erfahrungen machen Sie

damit? Aus unserer Perspektive, meine ich behaupten zu können, ist dem wenig Erfolg beschieden. Bindungen, die eh´ eine Tendenz zum Fragilen aufweisen, d. h. die im Gegensatz zum Strick jeder Zeit lösbar sind, brauchen eine ganz andere Form von Bindung: die *Adhärenz*. Und zwar so verstanden, dass sie eben nicht einen Mangel des Patienten beschreibt, sondern die dem Mangel *entgegenkommende Haltung* des Arztes und Therapeuten. In der offenbar bereits überholten Begrifflichkeit von „Compliance“, würden Arzt und Patient dann zu „Komplizen“, die – auf einander angewiesen – in geheimer Verabredung und ruhiger Entschlossenheit *gemeinsame* Sache machen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!