

– 3 –

Eine Vision

**Wohin entwickelt sich
die Kinder- und
Jugendpsychiatrie?**

– 4 –

Generationen-Gespräch

**«Vernetzen und
koordinieren wird noch
wichtiger werden»**

– 8 –

David Garcia Nuñez

**«Die Psychiatrie
ist keine Gender-
Wachhündin»**

– 10 –

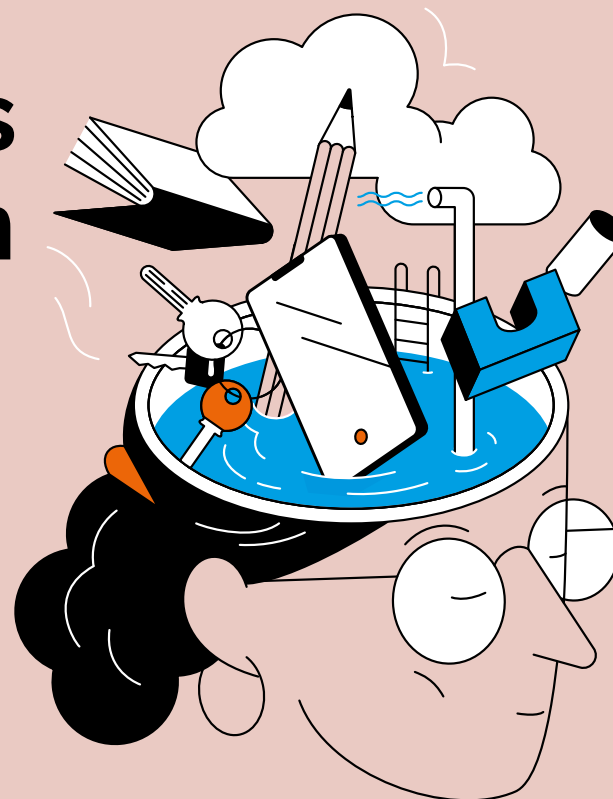
Humor in der Therapie

Lachen erlaubt!

«Unser Fach muss sich den Debatten stellen»

Das bio-psycho-soziale Modell ist in Gefahr, zur blossen Ikone zu werden. Darum muss das Ringen in der Psychiatrie um Begriffe und Konzepte weitergehen – zumal der Mensch, ob gesund oder krank, nie vollständig erklärt und erfasst sein wird.

Autor: Paul Hoff
Illustration: Anja Wicki



Zu Beginn ein Geständnis: Vor vielen Jahren, als psychiatrischer Assistenzarzt, habe ich auf die Frage nach meinem Beruf gelegentlich geantwortet, ich sei Zahnarzt – nur, um nicht in eine komplexe Debatte über die Psychiatrie verwickelt zu werden. «War keine gute Idee!», sagen Sie?

Mag sein, und doch führt uns diese kleine biographische Anekdote mitten ins Thema: Was kennzeichnet die Psychiatrie, was den psychiatrischen Beruf in Praxis, Klinik und Forschung? Vielleicht bietet ja das im Gefolge der COVID-19-Pandemie entstandene Interesse an Themen wie Umgang mit Ängsten, Krisenbewältigung oder Resilienz die Chance, substanzielle Reflexionen über unser Fach anzustossen und uns selbst sowie einer breiteren Öffentlichkeit näher zu bringen. Einige Eckpunkte eines solchen «Nachdenkens über Psychiatrie» versuche ich im Folgenden herauszuarbeiten.

Was ist der Gegenstand der Psychiatrie?

Macht diese Frage im Singular überhaupt Sinn? Gibt es nicht Dutzende von Forschungsgegenständen in der Psychiatrie, von der genetischen Ausstattung des Individuums über die klinische Symptomatik und deren neurobiologisch erfassbare Korrelate bis hin zum sozialen und kulturellen Kontext? Doch, die gibt es, und das ist gut so. Jedoch darf die verbindende Klammer nicht in Vergessenheit geraten: Das übergeordnete «Objekt» der Psychiatrie ist nämlich gar kein Objekt, sondern ein Subjekt, die psychisch erkrankte Person.

Das mag trivial klingen, ist es aber ganz und gar nicht: Das Spannungsfeld zwischen, pointiert gesagt, dem Chromosom und der Person konfrontiert unser Fach in umfassender Weise mit der *conditio humana*. Kein empirisches Forschungsergebnis und kein neues Diagnosemanual wer-

den das im Grundsatz ändern können, liegt hier doch der eigentliche Kern der Psychiatrie.

Warum hat es in der Psychiatrie so viele wissenschaftliche Kontroversen?

Seit es «uns», das wissenschaftlich begründete medizinische Fach Psychiatrie, gibt – also seit ungefähr 250 Jahren – findet ein Ringen zwischen ganz unterschiedlichen theoretischen Krankheitsmodellen und den daraus abgeleiteten Diagnose- und Behandlungsmethoden statt. Das führte sowohl zu unproduktiver wechselseitiger Abwertung als auch zu Versuchen eines Brückenschlages.

Der bekannteste dieser Versuche ist das heute breit akzeptierte «bio-psycho-soziale Modell» psychischer Erkrankungen. Können wir uns daher nun zurücklehnen und das anstrengende Ringen um Begriffe und Konzepte *ad acta* legen? Nein, das

sollten wir nicht tun. Denn wenn das bio-psycho-soziale Modell zu einer blossen Ikone erstarrt, die zwar alle gut finden, die aber niemand in seinem konkreten beruflichen Handeln wirklich ernst nimmt, nützt es gar nichts, sondern schadet eher. Die drei Säulen müssen in einen kritischen und nachhaltigen Kontakt miteinander gebracht (und dort gehalten) werden, um substanzielle Fortschritte möglich zu machen. Das wird zu Kontroversen führen, aber Wissenschaft besteht nun einmal aus Kontroversen, allerdings aus argumentativ gehaltvollen, nicht aus polemisch vereinfachenden.

Kann man die Psyche überhaupt wissenschaftlich erfassen?

Natürlich kann man das. Viele prägende Figuren haben es uns demonstriert: Wilhelm Griesinger, Sigmund Freud, Eugen Bleuler, Karl Jaspers, um nur wenige zu nennen. Bestimmte Aspekte des Psychischen sind messbar (Beispiel: rating scales), andere sind visuell abbildbar (Beispiel: funktionelle Hirnbildgebung), hermeneutisch zugänglich (Beispiel: überdauernde Konfliktmuster in einer Biografie) oder durch sorgfältige psychopathologische Arbeit beschreibbar (Beispiel: das Erleben in einer floriden Psychose).

All das ist möglich, und die Ebenen sind gut miteinander verknüpfbar. Nur eines wird nicht gelingen: Die vollständige wissenschaftliche Erfassung oder gar Erklärung einer Person, mit welcher Methode auch immer. Menschen sind, in Gesundheit wie Krankheit, Wesen, die nicht vollständig «festgestellt», nicht wie ein Uhrwerk bis auf das letzte Zahnrad auseinandergenommen werden können. Karl Jaspers, einer der grössten Denker unseres Faches, wurde nicht müde zu betonen, diese prinzipielle Beschränkung habe nichts Defizitäres oder Fehlerhaftes an sich, sondern stelle gerade den Kern psychiatrischen Handelns dar.

Gesellschaft und Psychiatrie – eine anspruchsvolle Schnittstelle

Die Psychiatrie erfüllt einen gesellschaftlichen Auftrag. Sie untersucht und behandelt Menschen, bei denen

sich eine psychische Erkrankung entwickelt oder bereits eingestellt hat. Aber: Dieselbe Gesellschaft, die den Auftrag erteilt, betrachtet gleichwohl die Arbeit der Psychiatrie häufig mit distanzierter Skepsis, wenn nicht sogar mit Argwohn: Wie freiwillig ist

«Dieser ständig präsen- te Balanceakt zwischen Personen- zentriertheit und Wissenschaftlichkeit macht dieses Fach so faszinierend.»

Paul Hoff

ein Aufenthalt in der Psychiatrie? Wie gestaltet sich die Rollenverteilung zwischen Patient*in und Behandler*in? Sind Behandlungsmethoden wissenschaftlich fundiert? Diese ambivalente Beziehung zwischen Gesellschaft

und Psychiatrie kann es Berufseinsteiger*innen durchaus schwer machen, eine stabile professionelle Identität aufzubauen. Unser Fach darf diesen Debatten nicht ausweichen, sondern muss sich ihnen stellen und sie durch Wissen und Engagement anreichern.

Psychiatrie als Beruf: Balanceakt zwischen Individualisierung und Generalisierung

Manchen mag das alles nach einer sehr komplizierten Angelegenheit klingen. Ich darf nach 40 Berufsjahren in der Akutpsychiatrie sagen, dass es genau dieser ständig präsen- te Balanceakt zwischen Personenzentriertheit einerseits und Wissenschaftlichkeit andererseits ist, der dieses Fach so faszinierend macht. Es geht um die Perspektive des Individuums und um verallgemeinerbares Wissen, das für alle gilt. Im Grundsatz trifft dies natürlich auf die gesamte Medizin zu, die eben wegen dieses Anspruches in früheren Zeiten nicht ohne Grund «Ars medica», «Heilkunst», hiess. Es ist genuiner Bestandteil des psychiatrischen Berufes, sich immer wieder neu der herausfordernden Mehrdimensionalität unseres Faches bewusst zu werden und diese aktiv mitzugestalten. Das sind wir unseren Patient*innen schuldig – und uns selbst.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff ist seit dem 1. Juni 2021 in ambulanter Praxis an der Privatklinik Hohenegg tätig. Zuvor war er stv. Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Seit Januar 2021 ist er Präsident der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Editorial

Sie halten das neue Magazin in den Händen, das die SGPP und die SGKJPP gemeinsam unter ihrem Dachverband FMPP herausgeben. Wir haben das Layout mit dem Ziel aufgefrischt, den veränderten Lesegewohnheiten gerecht zu werden und Ihnen auf diese Weise attraktive Hintergrundgeschichten und Analysen schmackhaft zu machen.

Wie elementar das «Nachdenken über die Psychiatrie» ist, erläutert Paul Hoff in seinem Auftaktartikel. Denn das sind wir nicht nur unseren Patientinnen und Patienten schuldig, sondern auch uns selbst. Das Ringen nach Identität gehört genauso zum Wesen der Psychiatrie wie der Spagat zwischen unberechenbarem Individuum und messbarer Wissenschaft.

In unserem neuen Printprodukt, dem wir einen Magazincharakter verpasst haben, möchten wir Debatten anstossen und Platz bieten für Reflexionen – zum Beispiel über die Zukunft der Psychiatrie, aber auch über ihre Rolle in der Gesellschaft. Die Verpackung ist dafür bekanntlich genauso wichtig wie der Inhalt; in Zeiten des Informationsüberflusses müssen auch wir Ihre Aufmerksamkeit gewinnen. Wie gefällt Ihnen der neue Auftritt? Welche Themen möchten Sie in diesem Magazin vertieft haben? Sehr gerne nehmen wir Ihre Anregungen und Feedbacks entgegen. Schreiben Sie uns an folgende Adresse: fmpp@psychiatrie. Wir freuen uns über jede Rückmeldung!



Dr. med. Fulvia Rota (SGPP), Co-Präsidentin FMPP



Prof. Dr. med. Alain Di Gallo (SGKJPP), Co-Präsident FMPP

Fünf gute Gründe, um Kinder- und Jugendpsychiater*in zu werden

Wohin entwickelt sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie? Wir sind überzeugt: Das Fach erfährt bis 2030 einen Bedeutungsgewinn – und wird nichts an Faszination verlieren. Im Gegenteil.

Autoren: Stephan Eliez
und Alain Di Gallo

Die körperliche und psychische Gesundheit einer Bevölkerung entscheidet auf grundlegende Weise darüber, ob sie sich in einer globalisierten und kompetitiven Welt behaupten kann. Eine Gesellschaft, welche diese Zusammenhänge erkannt hat, wird die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmend in den Vordergrund rücken. Wir nennen Ihnen fünf gute Gründe dafür, warum der Beruf des Kinder- und Jugendpsychiaters im Jahr 2030 wichtiger sein wird denn je.

1. Das Wissen um die Bedeutung der psychischen Gesundheit und ihre Kosten für die Gesellschaft

Heute ist das Bewusstsein gross, wie wichtig die psychische Gesundheit ist und wie sehr sie in einer engen Beziehung mit der körperlichen Gesundheit steht. Aus wirtschaftlicher Sicht sind psychische Erkrankungen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, jene Krankheiten mit den höchsten Gesundheitskosten, gemessen an der Lebensdauer des Individuums. Sie sind ausserdem am folgereichsten in Bezug auf mögliche negative Konsequenzen für die Gesellschaft. Es geht also gleichermaßen um die wirtschaftlichen Folgen als auch um die Lebensqualität der Betroffenen und deren soziales Umfeld. Die jüngsten Kampagnen und die Aufmerksamkeit, die das BAG den Fragen rund um die psychische Gesundheit schenkt, sind Ausdruck dieses gewachsenen Bewusstseins.

Letztlich wird in einer mehrsprachigen, multikulturellen, globalen Gesellschaft auch das Thema Harmonie immer zentraler. Nur ein friedliches, von gegenseitigem Respekt geprägtes Zusammenleben gewährleistet eine hohe Lebensqualität und attraktive Städte. Die Entstigmatisierung von Personen mit psychischen Erkrankungen spielt hierbei eine absolute Schlüsselrolle.

2. Die erstaunlichen Fortschritte in der Neurobiologie und den Neurowissenschaften

Das Wissen um die Mechanismen psychischer Krankheiten wächst schon seit zwanzig Jahren stetig an. Seit etwa fünf Jahren lässt sich zusätzlich eine rapide Zunahme des Erkenntnisgewinns beobachten. Nach den Dekaden der Genetik zwischen den 80er-Jahren und 2010 sind wir nun im goldenen Zeitalter der Neurowissenschaften angelangt. Es vergeht keine Woche, in der Medien und internationale Presse nicht von neuen Durchbrüchen zu berichten wissen, die von einem besseren Verständnis von Autismus, Schizophrenie oder Depression künden. Translationale Forschungsstudien vermehren das Fachwissen, indem am Tiernmodell gewonnene Erkenntnisse auf den Menschen übertragen werden.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Erkenntnisse der Neurowissenschaften über psychische Erkrankungen sowie neu entwickelte Therapiemethoden unser Fachgebiet stark verändern werden. Die Anforderungen an unser Fachgebiet werden daher zunehmen und zu einer Annäherung an andere somatische Fachgebiete wie die Pädiatrie und die Neurologie führen.

3. Ein Fachgebiet, das sich dem Menschen in all seiner Komplexität widmet

Neurobiologische Erkenntnisse werden niemals die Wesentlichkeit der anderen, relationalen Dimension des Menschen in all seiner Komplexität infrage stellen: Die Beziehung zum Patienten und seinen Gefühlen, seiner Geschichte, seiner Identität, seinem sozialen Umfeld, seiner Kultur, seinem Leben. Unser Fachgebiet ist dahingehend einzigartig, denn über das Somatische, das Neurologische hinaus, widmet es sich der Psyche und somit dem Individuum in seiner Gesamtheit und seiner Komplexität.

4. Die Jugend im gesellschaftlichen Wandel aktiv begleiten und dabei lernen

Die Welt verändert sich laufend. Globalisierung, neue Technologien, Klima und aktuell die Pandemie sind nur einige der grössten Herausforderungen, denen wir uns gegenübersehen. Der Takt der gesellschaftlichen Umwälzungen nimmt rasant zu, das Entwicklungsumfeld der Kinder und Jugendlichen wird immer komplexer. Das alles bringt grosse Risiken und Chancen mit sich. Auch wir Erwachsenen müssen uns diesen Entwicklungen aktiv stellen, um nicht den Anschluss zu verlieren oder von Ängsten blockiert zu werden.

Als Kinderpsychiaterinnen und -psychiater stehen wir in diesem Spannungsfeld vor der faszinierenden Aufgabe, mit der jungen Generation in Kontakt zu sein, sie auf ihrem Weg zu begleiten und in psychischen Krisen mit unserem Wissen zu unterstützen. Als Anwältinnen und Anwälte zum Wohle der Rechte aller Kinder und Jugendlichen tragen wir grosse Verantwortung. Mit Prävention sowie dem Erkennen und Behandeln von psychischen Krankheiten leisten wir einen zentralen

Beitrag für die Zukunft der kommenden Generationen. Das allein ist schon Grund genug, diesen Beruf zu wählen.

5. Das Bekenntnis zur ärztlichen Psychotherapie aufrechterhalten

Die Ansprüche an die Psychotherapie unterliegen einem steten Wandel. Heute findet sie oft unter Zeitdruck, mit beschränkten finanziellen Mitteln und dadurch mangelnder Kontinuität statt. Die Digitalisierung bietet neue Möglichkeiten. Die Psychotherapie muss sich all diesen schwierigen Bedingungen und dem veränderten Umfeld stellen, sich selbst infrage stellen und weiterentwickeln. Nur so lässt sich das integrale Verständnis von Psychiatrie und Psychotherapie bewahren. Die Untrennbarkeit der beiden reflektiert die Einzigartigkeit unseres Berufs.

Die hohe Wirksamkeit der Psychotherapie wird unsere Motivation auch in zehn Jahren noch steuern. In diesem Sinne wird sich unser Fachgebiet sicherlich zu einem der komplexesten und anspruchsvollsten, aber auch zu einem der faszinierendsten überhaupt entwickeln. Unsere Ausbildung, unsere Kompetenzen aber auch unsere Berufsidealität müssen mit dieser Entwicklung unbedingt Schritt halten.

Die neue – aber auch die alte – Generation der Kinder- und Jugendpsychiater*innen steht vor aufregenden Herausforderungen. Das Jahr 2030 wird spannend!



Prof. Dr. med. Stephan Eliez
ist Co-Präsident der SGKJPP, Direktor der «Fondation Pôle Autisme» und Professor am Departement für Psychiatrie der Universität Genf.



Prof. Dr. med. Alain Di Gallo
ist Co-Präsident der SGKJPP und Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendliche der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel.

«Vernetzen und koordinieren wird noch wichtiger werden»

Wie beurteilen ein angehender Psychiater und eine langjährige Psychiaterin ihr Fach? Das Generationen-Gespräch zwischen Fabian Kraxner (29) und Bernadette Lusser (72) entpuppt sich als Liebeserklärung an den Beruf – aber die beiden haben auch kritische Einwände, was künftige Entwicklungen anbelangt.

Interview: Manuela Specker
Fotos: Meinrad Schade

Bernadette Lusser, Sie sind seit über 37 Jahren als Psychiaterin und Psychotherapeutin in eigener Praxis tätig. Was waren für Sie wichtige Veränderungen und Werte in all den Jahren?

Bernadette Lusser: Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen werden heute vermehrt in Anspruch genommen, insbesondere auch von Männern oder älteren und jungen Menschen, für welche die Schwelle früher zu hoch war. Mir selbst war es stets wichtig, zu wissen, dass jemand medizinisch gut versorgt ist. Diese Abklärungen zu Beginn und im Verlaufe einer Behandlung fand ich zentral, auch weil die Tendenz besteht, bei psychisch kranken Menschen körperliche Probleme vorschnell auf die Psyche zurückzuführen, statt an organische Ursachen zu denken. Zugleich sehen wir die Patientinnen und Patienten oft jahrelang und viel häufiger als der Hausarzt, die Hausärztin. Wir können somit die Ersten sein, welche die Weichen zurück zum Hausarzt stellen.

Fabian Kraxner, Sie sind auf dem Weg zum Facharzt-titel. Wie nehmen Sie die Situation wahr?

Fabian Kraxner: Es ist dieses bereits von Bernadette angesprochene integrative und ganzheitliche Denken, das für mich das Fach so spannend macht. Diese Einzigartigkeit betone ich auch in den Gesprächen mit dem Nachwuchs. Denn wenn ich mich mit ihnen über unsere Fachrichtung unterhalte, heisst es oft: Das Körperliche fällt weg. Das stimmt natürlich nicht, zumal ein psychisches Problem häufig auch die Folge eines somatischen Problems sein kann. So gilt es im Kontakt mit dem Nachwuchs, überholte Vorstellungen zu berichtigen.

Bernadette Lusser: Ich habe die interdisziplinäre Zusammenarbeit schon in meinen Anfängen als Assistenzärztin am Drop-In, am Burghölzli, Schlöss-




«Wir können die Ersten sein, welche die Weichen zurück zum Hausarzt stellen.»

Bernadette Lusser

li etc. sehr geschätzt. Es herrschte damals eine Aufbruchstimmung, die mich prägte, unter anderem in Sozialpsychiatrie und Psychoanalyse. Die heutigen Entwicklungen in den Neurowissenschaften sind interessant, aber es besteht die Gefahr, die Komplexität des menschlichen Seins einseitig zu reduzieren. Es braucht eine Balance von Natur- und Geisteswissenschaften. Wenn sich unser Fach einseitig in die biologische Richtung entwickelt, wäre das ein herber Verlust für das Verständnis der seelischen Leiden unserer Patientinnen und Patienten, aber auch für die Attraktivität unseres Berufsstandes. Die Fortschritte in der Pharmakotherapie möchte ich natürlich keinesfalls missen.

Fabian Kraxner: Mir entspricht die heute vorherrschende, multimodale Haltung sehr. Genau diese Diversität macht unser Fach attraktiv.

Aber es gibt ja auch Bedenken, dass gerade die psychotherapeutische Tätigkeit der Psychiaterinnen und



Die niedergelassene Psychiaterin Bernadette Lusser im Gespräch mit Fabian Kraxner, angehender Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie SGPP-Vorstandsmitglied.

Psychiater immer weniger gefragt sein wird. Das Anordnungsmodell trägt nicht eben dazu bei, diese Bedenken zu zerstreuen, im Gegenteil.

Fabian Kraxner: Leider werden Unterschiede in der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie zu wenig betont. Als Ärztinnen und Ärzte setzen wir uns mit körperlichen, geistigen Dysfunktionen sowie deren Wechselwirkungen auseinander. Das bio-psycho-soziale Modell dient als Grundlage dieser unersetzbaren, ärztlichen Tätigkeit. Dabei spielt die ganzheitliche Auseinandersetzung mit dem Menschen genauso eine Rolle wie die philosophische Begegnung mittels einer wertschätzenden, einfühlsamen und authentischen Haltung.

Bernadette Lusser: Unser Blickwinkel wird gemäss unserem Doppeltitel immer etwas anders sein, und den gilt es weiter aufzuwerten. Gute Vernetzungen unter anderem mit den Hausärztinnen und Hausärzten sind weiterhin zentral. Wir wollen nicht nur Dysfunktionen feststellen, sondern nach Möglichkeit ja auch die Ursachen von Krankheiten herausfinden und behandeln.

**Wie haben Sie es mit der Patientenautonomie?
Paul Hoff, der ehemalige stellvertretende Klinikdirektor der Psychiatrischen Universitätsklinik**

Zürich, hat in seinem Abschiedssymposium betont, dass diese Patientenautonomie nicht einfach gegeben ist, sondern dass man sie bei jedem Patienten neu aushandeln muss.

Bernadette Lusser: Ja, dieses Aushandeln ist ein Bestandteil unserer täglichen Arbeit und ist manchmal eine Gratwanderung. Was mich in all den Jahren schon beeindruckt hat, ist, wie Patientinnen und Patienten sich verändern können; wie sie zuerst passive Erwartungen an das Heilungsvermögen des Arztes haben und später selbstbestimmt in echter Autonomie handeln. Es gilt, die Hintergründe für die Spannungsfelder in der therapeutischen Beziehung im individuellen biografischen, kulturellen Kontext zu erforschen und dem Patienten zu vermitteln; er wird uns sagen, ob wir mit unseren Hypothesen richtig liegen. Das ist die Kunst in unserem Beruf. Es braucht auch Geduld sowie ein kritisches Hinterfragen des eigenen Tuns und Denkens.

Fabian Kraxner: Ich sehe das ähnlich. Wir müssen uns immer vor Augen halten, wie unvorstellbar verschieden und einzigartig die einzelnen Geschichten und Schicksale sind. Dem kann man nur entsprechen, indem wir uns an einer mehrdimensionalen Psychiatrie orientieren, welche jedem einzelnen Individuum gerecht werden will. Für mich ist das mehr als nur eine Beteuerung. Denn ich stelle immer wieder erstaunt fest, wie viel ich selbst durch die Begegnung mit Patientinnen und Patienten lerne.

Wo sehen Sie eine grosse Herausforderung, mittel- und langfristig betrachtet?

Fabian Kraxner: Die Attraktivität jedes Medizinalfaches hängt auch von der Vergütung ab und kann ein Grund sein, warum sich jemand im Medizinstudium gegen das Fach Psychiatrie und Psychotherapie entscheidet. Tarifsenkungen sind am Ende kontraproduktiv für die Versorgung, die Qualität sowie die Nachwuchsförderung.

Bernadette Lusser: Ja, der Tarif muss unbedingt die ganze Breite unseres Tätigkeitsfeldes abbilden. Eine gute psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation soll auch in ländlichen Gebieten und städtischen Agglomerationen für alle zeitnah gewährleistet sein. Dazu braucht es verbindliche Vernetzungen mit den Hausärztinnen und Hausärzten. Längerfristige Psychotherapien, die ja häufig auch zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit beitragen, sollen weiterhin möglich sein. Die Einführung von sogenannten Fallpauschalen in der ambulanten Psychiatrie wäre meiner Meinung nach verheerend und keineswegs kostensparend.

Fabian Kraxner: Dieses Votum teile ich. Ich nehme in Gesprächen mit Versicherern ein zunehmendes Unverständnis wahr, wenn es um Therapieverlängerungen geht. Der psychische Genesungsprozess ist hochindividuell, nicht instantan und kein standardisierbarer, linearer Prozess.

Ist das nicht paradox? Einerseits stehen Psychiaterinnen und Psychiater immer mehr unter Rechtfertigungsdruck, die Patientinnen und Patienten möglichst schnell «funktionsfähig» zu machen. Zugleich hat sich das Umfeld für psychisch Kranke gerade auf dem Arbeitsmarkt in den letzten Jahren verschärft.

Bernadette Lusser: Ja, die Erfahrung von Fabian ist paradox. In der Praxis habe ich bis heute aber gute Erfah-

«Ich nehme im Gespräch mit Versicherern ein zunehmendes Unverständnis wahr.»

Fabian Kraxner



rungen mit Krankenversichern gemacht. Die Schwierigkeiten sehe ich eher vereinzelt bei den Taggeldversicherungen, konkret wenn sie eine Krankheit fürs weitere Arbeitsleben ausschliessen, oder wenn Arbeitgeber jemanden aufgrund einer Diagnose entlassen. Das ist inakzeptabel. Hier wäre unter anderem weitere Aufklärungsarbeit bei Arbeitgebern notwendig, falls dies mit Hilfe der IV nicht gelungen ist.

Fabian Kraxner: Gerade während der Corona-Krise habe ich wahrgenommen, wie schwierig es gegenwärtig ist, psychisch beeinträchtigte Menschen in die Arbeitswelt zu (re-)integrieren. Das hat auch damit zu tun, dass mit der Digitalisierung viele einfache Arbeitsplätze verschwunden sind, und dadurch die Teilnahme am Arbeitsmarkt für Menschen mit Leistungsbeeinträchtigungen erschwert worden ist. Ich wünsche mir in der Arbeitswelt ein grösseres Verständnis für psychische Beschwerden. Denn mit Druck oder Befehl werden die wenigsten wieder gesund.

Was heisst das für die Arbeit der Psychiaterinnen und Psychiater?

Bernadette Lusser: Es ist wichtig, dass sich unser Berufsstand mit den gesellschaftlichen Entwicklungen auseinandersetzt, deren negative Auswirkungen wir in unserer Arbeit sehen. Wir müssen uns konkret mit gehaltvollen Argumenten und zusammen mit anderen Verbänden an die entsprechenden Adressaten und an die Politik wenden. Ziel soll sein, bessere sozioökonomische Bedingungen für psychisch Kranke sowohl auf dem Arbeitsmarkt als auch anderswo zu erreichen. Ein hoher Anspruch, aber das sind wir den Betroffenen schuldig. Grundsätzlich wären auch Forschungen im Gebiet der Sozialpsychiatrie wichtig. Und ein letztes Votum: Psychisch

chronisch kranke Menschen dürfen auf keinen Fall von der psychiatrischen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden.

Fabian Kraxner: Die Fäden laufen bei uns zusammen. Wir haben den Überblick und gehen neue Wege mit den Patienten beziehungsweise stimulieren sie dazu. Das ist aufgrund der schwierigen Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt zunehmend auch ein kreativer Akt. Ich denke, diese koordinierende und vernetzende Tätigkeit wird für uns künftig noch wichtiger werden.

Dafür braucht es einen starken Berufsstand. Wie liesse sich die Anziehungskraft steigern?

Bernadette Lusser: Prägnante Vorbilder sind wichtig, sei es an der Uni, im Praktikum im Wahlstudienjahr oder in den Praxen. Dabei müsste die ganze Breite unseres spannenden Berufsfeldes hervorgehoben werden.

Fabian Kraxner: Nebst packenden Vorbildern braucht es viel Aufklärungsarbeit, damit unser Fach in allen Facetten wahrgenommen wird. Deshalb sollten wir jede Möglichkeit nutzen, engagiert und stolz darüber zu reden. Schon unter Medizinstudierenden kursieren falsche Annahmen über unsere Berufstätigkeit, bis hin zur Idee, wir seien nur «halbe Ärzte», oder wir würden mehrheitlich nur reden. Psychiatrie und Psychotherapie per se sind vielfältig und komplex. Gerade dieser Umstand macht unser Tätigkeits- und Arbeitsfeld intellektuell herausfordernd und spannend. Eine dialogisierende Vernetzung zu den Fachdisziplinen und den Medizinstudierenden stärkt deshalb unseren Berufsstand.

Bernadette Lusser: Das sehe ich auch so. Ich war früher als Konsiliar-Psychiaterin tätig und habe realisiert, dass es zur Verständigung zwischen den Fachdisziplinen oft einen längeren Atem braucht. Aber es lohnt sich. Für eine stärkere Rolle der Psychiatrie scheint es elementar, dass wir uns besser vernetzen. Zum Teil findet dies ja schon statt, wenn ich an die Vernetzungen mit den Hausärzten oder an die Qualitätszirkel denke. Dafür muss man gerade als niedergelassene Psychiaterin viel Eigeninitiative mitbringen. Natürlich wären weitere Vernetzungen wie zum Beispiel mit den Institutionen wünschenswert, aber die Zeit ist auch bei uns begrenzt.



Dr. med. Bernadette Lusser (1949)

ist seit 1984 als niedergelassene Psychiaterin/Psychotherapeutin in ihrer Praxis in Zürich tätig. Psychoanalytische Ausbildung am Psychoanalytischen Seminar Zürich, Ausbildung in chinesischer Medizin (Akupunktur) in China, München und Zürich, dazu einige Jahre in separater Praxis tätig. Mehrere Jahre Mitglied der regionalen Psychiatriekommission Zürich.



Fabian Kraxner (1992)

ist im 5. Weiterbildungsjahr zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Die nachhaltige, qualitative und quantitative Nachwuchsförderung liegt ihm am Herzen. Er ist seit Dezember 2021 SGPP-Vorstandsmitglied und für das Ressort «Nachwuchs» zuständig.

«Die Fragmentierung ist gefährlich»

Wie kann die Psychiatrie gestärkt werden? Was sind ihre Schwächen? Statements am SGPP-Kongress lassen aufhorchen.

Text: Manuela Specker

Die Zukunft der Psychiatrie: So lautet auch der Titel der «State-of-the-Art-Session V», die von Michael Wallies, Präsident SVPA und Fabian Kraxner, Vorstand SGPP und SVPA im Rahmen des SGPP-Jubiläumskongresses (25. bis 27. August 2021) durchgeführt wurde. Die nachfolgenden Statements stammen aus dieser Session, die wie alle anderen Beiträge bis 31. Dezember 2021 online abgerufen werden können (siehe Kasten).

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c. mult. Norman Sartorius, Präsident Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Präsident WPA 1993 – 1999
«Wir arbeiten und denken heute sehr separiert und fragmentiert. So geht die Idee über den ganzen Menschen, in welchem die Krankheit entsteht, verloren. Diese Fragmentierung ist gefährlich. Die immer kleinere und feinere Spezialisierung eignet sich nicht für die Behandlung komorbider Krankheiten, die enorm zunehmen. Es wäre wichtig, dass wir eine

einheitliche Profession werden. So lange jeder von etwas anderem redet, sind wir auch nicht in der Lage, der Gesellschaft wesentliche Schritte für die Prävention psychischer Krankheiten zu vermitteln. Die ganze Frage der Prävention wird heute nicht mehr angerührt, obwohl wir wissen, dass 40 bis 50 Prozent aller psychiatrischen Krankheiten vermeidbar wären. Eine der grossen Herausforderungen für die Psychiatrie besteht deshalb darin, dass wir uns einigen und mit einer Stimme sprechen.»

Dr. med. Florian Riese, Leitung Forschungsgruppe Universität Zürich, Präsident EFPT 2012/2013
«Wir haben zwar eine grosse Vielfalt an Angeboten und ein grosses Spektrum an Verfahren. Aber die gesamte Psychiatrie steckt in einer Krise, weil der inspirierende, zusammenhaltende Leitgedanke fehlt, wie wir das einst mit der Psychoanalyse, der Sozialpsychiatrie und der Neurobiologie hatten. Mir ist unklar, woher heute der Fortschritt herkommt. Ich habe den Eindruck, dass sich unser Fach die letzten 15 Jahre kaum entwickelt hat. Zudem haben wir viel mehr Psychologiestudierende als Medizinstudierende. Der Behandlungsbedarf wird in dieser Dimension in Zukunft nicht mehr von der Psychiatrie abgedeckt, sondern von anderen Fächern. Die Psychiatrie weiss das seit zehn Jahren, aber es gelingt ihr nicht, Gegensteuer zu geben.»

Dr. med. Eva Maria Schindowski, in Weiterbildung zur Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, Vizepräsidentin SVPA
«Auf die Frage, warum nicht mehr das Fach Psychiatrie wählen, wurde ich von Studierenden oft gefragt: Kann ich als Einzelner in diesem Fach etwas ausrichten? Und ist das für mich nicht selbst psychisch un-

heimlich anstrengend? Es liegt auch an uns, die Attraktivität des Fachs damit zu stärken, indem wir aufzeigen, wie vielfältig die Möglichkeiten sind. Es gibt viele innovative Felder in der Psychiatrie – ich denke nicht, dass sich in unserem Fach nichts mehr bewegt. So wie beispielsweise Cannabis auch in der Schweiz zur Behandlung bestimmter somatischer Leiden zugelassen ist, so gibt es auch in der Psychiatrie Substanzen, die wiederentdeckt oder noch erforscht werden. Ich denke da beispielsweise an die Untersuchungen zu MDMA oder Psychedelika. Als Psychiater können wir zudem Spezialisten für ganzheitliches Denken sein. Wir kennen die Hirnphysiologie, die psychologischen und sozialen Probleme. Patientinnen und Patienten sollen auch in dieser Art und Weise behandelt werden.»

Dr. med. Rosilla Bachmann Heinzer, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH in eigener Praxis, Vorstandsmitglied SGPP

«Die Facharztausbildung kostet sehr viel Zeit und eigeninvestiertes Geld. Wir spüren den Nachwuchsangel schon lange, das hat auch mit der Stigmatisierung psychischer Krankheiten zu tun. In den USA habe ich diese Problematik viel weniger wahrgenommen als in der Schweiz, wo unser Fach um den Nachwuchs ringen muss. Hinzu kommt, dass Betroffene somatisch schlechter monitorisiert werden, das dürfen wir nicht untätig hinnehmen. Als Psychiaterinnen und Psychiater sind wir gefordert, anwaltschaftlich für unsere Patientinnen und Patienten tätig zu sein.»

Gina Mari, Bewerberin Studienplatz Medizin, hat eine Maturarbeit über Schizophrenie verfasst

«Die Vielseitigkeit der Psychiatrie ist eine Stärke, aber leider wird das in der Gesellschaft nicht so wahrgenommen. Das hängt vielleicht auch mit der Stigmatisierung zusammen. Viele denken, in psychiatrischen Kliniken würden Patienten nichts mehr mitkriegen, weil sie mit Medikamenten vollgepumpt sind. Viele wissen nicht, wie die heutigen Umstände in psychiatrischen Kliniken sind. Es herrschen veraltete Ansichten vor, aber es wird nicht versucht, diese zu erneuern. Das ist sehr schade. Ich wünsche mir, dass mehr gegen die Stigmatisierung unternommen wird, nicht zuletzt wegen der Nachwuchsprobleme in der Psychiatrie.»

SGPP-Kongress 2021: Alle Beiträge sind online verfügbar

«Psychiatrie - Quo vadis»: Dieses Symposium unter der Leitung von Daniele Zullino widmet sich ebenfalls der Zukunft der Psychiatrie und ist Teil des «On Demand»-Programmes, das bis Ende 2021 den Angemeldeten zum Nachschauen und Nachhören zur Verfügung steht. Auch sämtliche Live-Beiträge aus dem Hauptprogramm, zu dem die State-of-the-Art-Session zur «Zukunft der Psychiatrie» gehört, wurden aufgezeichnet und sind bis 31. Dezember 2021 abrufbar. Anmeldungen sind jederzeit unter www.psy-congress.ch möglich. Diese gewährt den vollen Zugriff auf das umfassende Programm: So sind aufgrund der rein virtuellen Durchführung persönliche Begegnungen zwar ausgeblieben, doch dafür kann man sich nun jederzeit online an diesem grossen Wissensschatz bedienen, der im Rahmen dieses vielfältigen Jubiläumskongresses (125 Jahre SGPP) vermittelt wurde.

PSY & ASD SGPP
SSPP
SSPP

Impressum

Redaktion: Manuela Specker,
Kommunikationsbeauftragte
Herausgeber: FMPP (Dachverband von
SGPP und SGKJPP)
Gestaltung und Layout:
Andrea Federer, Typografische Gestaltung
Druck: SWS Medien AG PriMedia
Auflage: 2200 Ex. deutsch, 1000 Ex. franz.

FMPP
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8
Telefon: +41 (0)31 313 88 33
fmpp@psychiatrie.ch

 **Klimaneutral**
Druckprodukt
ClimatePartner.com/13270-2109-1004



«Die Psychiatrie ist keine Gender-Wachhündin»

Wenige trans Menschen erleben ihre Geschlechtsidentität als konfliktvoll: Psychische Störungen sind die Folge von Stigmatisierung und Diskriminierung. Dass die Psychiatrie ihre geschlechternormierende Funktion endgültig abgegeben hat, ist elementar für das Vertrauensverhältnis.

Autor: David Garcia Nuñez
Foto: madochab/photocase.de

Lange galt in unserer Gesellschaft fürs Geschlecht dasselbe wie fürs Geld: Über Geschlecht sprach man nicht, Geschlecht hatte man einfach. Viele Jahrhunderte lang wurde die Frage ausgelassen, weshalb die Gleichung zwischen einem äusseren Körpermerkmal (Vulva/Penis) und einer inneren Eigenschaft (Frausein/Mannsein) sich bei allen Menschen automatisch als wahr entpuppte. Doch weshalb sollte die ansonsten ebenfalls geltende Lebensweisheit, dass man die Wertigkeit der Dinge nie ausschliesslich nach dem äusseren Schein beurteilt, in einem derart zentralen Bereich nicht auch gelten?

Dieses Schweigen war jedoch kein Naturgesetz und lässt sich auch nicht rational ableiten. Es hängt vielmehr mit der Existenz und der Wirkung der sogenannten cisheteronormativen Matrix zusammen (Butler, 1990). Dieser soziale Mechanismus schafft vordergründig eine Win-Win-Situation für die Gesellschaft und die darin lebenden Individuen: Einerseits bildet die Matrix die stabile Basis für die Entwicklung einer klaren – und damit auch wahren – binär definierten Geschlechterordnung. Andererseits vermittelt sie den einzelnen Personen eine scheinbar widerspruchsfreie Orientierungshilfe, um damit alle einzelnen Geschlechterkomponenten kohärent zu gestalten, sodass sie ihren biographischen – und auch hier: gemäss Matrix wahren – Hauptzweck einfacher erfüllen können: sich zu reproduzieren.

In die Welt der psychiatrischen Abnormitäten verbannt

Trotz des Erfolgs dieses Modells haben sich immer wieder Risse in dieser cisheteronormativen Idylle gezeigt. Zu jeder Zeit gab es Menschen, die sich der herrschenden Geschlechterordnung nicht anpassen und folglich in einer besonderen Art behandelt – oder anders gesagt: diskriminiert – wurden. Gelegentlich wurden sie geehrt, manchmal wurden sie toleriert, häufig wurden sie unsichtbar gemacht. So beispielsweise geschehen, als ab Mitte des 20. Jahrhunderts die Inkongruenz zwischen Geschlechtskörper, Geschlechtsrolle und Geschlechtsidentität nicht als menschliche Eigenschaft, sondern als eine Störung der Geschlechtsidentität namens «Transsexualismus» (ICD-10, 1991) in die Welt der psychiatrischen Abnormitäten verbannt wurde.

Seit diesem Zeitpunkt haben sich von der Psychiatrie über die Endokrinologie bis zur Plastischen

Chirurgie viele mit der trans Bevölkerung auseinandergesetzt. Leider ist das kein Ruhmesblatt, weder für die somatische Medizin noch für unser Fach. Die Liste der dabei entstandenen Menschenrechtsverletzungen ist lang und wird irgendwann an anderer Stelle detailliert besprochen werden müssen.

Denn für viele Jahrzehnte gebarte sich die Psychiatrie als die Hüterin der von der Matrix definierten Geschlechtergrenzen, etablierte auf somatischen Zuspruch ein streng definiertes Kontrollregime. Sie traute sich hypothesenreich, aber faktenarm über die Demarkationslinie zwischen «echten» und «unechten» trans Personen zu richten.

Psychosozial orientiertes Coaching statt Psychotherapie

Eines gelang den damaligen psychiatrischen Repräsentant*innen jedoch nicht: den definitiven Beweis zu erbringen, welcher die Hypothese der gestörten Geschlechtsidentität von trans Personen erhärtet hätte. Die reale Auseinandersetzung mit trans Menschen zeigte ganz im Gegenteil, dass nur sehr wenige ihre eigene Geschlechtsidentität als konfliktvoll erleben. Ebenfalls musste mit Staunen konstatiert werden, dass Transitionen unter den geeigneten Voraussetzungen keiner psychotherapeutischen, geschweige denn einer psychiatrischen Behandlung bedurften. Hingegen erwies sich ein den Bedürfnissen der trans Personen angepasstes, psychosozial orientiertes Coaching als sinnvoll.

Psychiatrie wird als Hürde wahrgenommen

Dass unter diesen Umständen viele trans Menschen die Psychiatrie mehr als Hürde, denn als Unterstützung erlebten, darf nicht erstaunen. Diese Aversion führte aber auch zu einem Rückkopplungseffekt. Mit den dringenden – und aus einer Ohnmachtsposition manchmal laut vortragenen – Bedürfnissen von trans Personen konfrontiert, entschieden viele Berufskolleg*innen, diese Klientel den «begutachtenden» Zentren zu überlassen.

Glücklicherweise hat sich unser Verhältnis zum und unser Verständ-

nis über das Geschlecht geändert. Die frühere Geschlechter-Omertä beginnt zu bröckeln, und die Geschlechterbinarität steht wöchentlich in den Medien zur Disposition. Dieser öffentliche Diskurs folgt einer klinischen, wissenschaftlichen und seitens der trans Community ge-

leisteten Vorarbeit, bei welcher die Behandlungsdefizite und das Misstrauensverhältnis zwischen Behandlungssuchenden und Psychiatrie angegangen wurde. Hierbei wurde die unbewiesene Störungshypothese zugunsten eines (de-)konstruierten Geschlechterverständnisses verlassen. Die daraus entstandenen Konzepte der Geschlechtsdysphorie in der DSM5 (American Psychiatric Association, 2013) beziehungsweise der Geschlechtsinkongruenz in der ICD-11 (Beek et al., 2016) wurden überprüft und haben sich im Alltag als fruchtbar erwiesen.

Die Geschlechtsidentität entpsychopathologisieren Institutionen wie der Schwerpunkt für Geschlechtervarianz am Universitätsspital Basel oder die SGPP haben diese wissenschaftstheoretische Wende intensiv begleitet und sich beispielsweise bei der Erstellung der evidenzbasierten S3-Leitlinien zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie (www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html) engagiert. Diese Schritte haben zur therapeutischen Qualitätssteigerung geführt und dadurch das Vertrauen von trans Personen in die Psychiatrie und Psychotherapie gestärkt. Oder anders gesagt: Trotz der Untergangsfantasien manch privilegierter Kreise, die gern die Psychiatrie nach wie vor als «Gender-Wachhündin» der Gesellschaft sehen würden, sprechen alle bisherigen Daten und Erfahrungen dafür, die Geschlechtsidentität der trans Bevölkerung zu entpsychopathologisieren.

Die Geschlechtsidentität entpsychopathologisieren

Wie Studien zeigen, weist die trans Bevölkerung jedoch als stigmatisierte Gruppe signifikante Probleme im Bereich der affektiven Angst- und Suchtstörungen auf. In diesem Sinne werden wir in Zukunft trans

Menschen nach wie vor in unseren Praxen, in unseren Ambulatorien und Kliniken begegnen. Allerdings nicht mehr, um darüber entscheiden zu müssen, ob sie medizinisch und/oder sozial transitionieren sollen oder nicht. Diese Fragen müssen die betreffenden Personen für sich selbst entscheiden und bedürfen – wenn überhaupt – der interdisziplinären Expertise von spezialisierten Zentren. Hingegen wird es weiterhin Fachpersonen brauchen, die trans Personen vor, während und nach diesem Prozess wohnortsnah und hinsichtlich der genannten Stigmatisierungsfolgeprobleme unterstützen. Gerade trans Personen, denen adäquat medizinisch, psychotherapeutisch und sozial geholfen wird, profitieren am meisten von ihrer Transition.

Eine geschlechtsnormierende Ära geht zu Ende

Geschlechter sind keine essenziellen zur Wahrheit führenden Entitäten, sondern unterstehen biologischen, psychologischen und sozialen Wechselmechanismen. Daher ist es nur richtig, dass sich die Diagnose der Geschlechtsinkongruenz in der ICD-11 nicht mehr im psychiatrischen Kapitel befindet, sondern in jenem zu sexuellen und geschlechtlichen Gesundheitszuständen. Manche sehen diese Veränderung als Verlust für unser Fach. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Nicht mehr in pseudoaufgeklärter Form über Geschlechter(un)wahrheiten entscheiden zu müssen, eröffnet die Chance, dass wir uns – endlich – auf unsere Kernaufgabe konzentrieren. Damit geht für die Psychiatrie eine geschlechtsnormierende Ära zu Ende. Und das ist gut so.

Referenzen:

- Butler, J. (1990). Gender trouble: Feminism and the subversion of identity. Routledge.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).
- Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Bouman WP, de Vries AL, Steensma TD, Witcomb GL, Arcelus J, Richards C, Elaut E, Kreukels BP. Gender incongruence of adolescence and adulthood: acceptability and clinical utility of the World Health Organization's proposed ICD-11 criteria. PLoS One. 2016; 11(10):e0160066.

«Alle bisherigen Daten und Erfahrungen sprechen dafür, die Geschlechtsidentität der trans Bevölkerung zu entpsychopathologisieren.»

David Garcia Nuñez



Dr. med. David Garcia Nuñez ist Leiter des Schwerpunktes für Geschlechtervarianz am Universitätsspital Basel.

Was gibt's denn da zu lachen?

«Lachen ist gesund.» Stimmt das überhaupt? Die Humorforschung macht ernst und wächst aus den Kinderschuhen heraus – sogar in der Psychiatrie und Psychotherapie. Denn Humor, richtig eingesetzt, ist erfreulich nebenwirkungsarm und oft erstaunlich wirksam. Was aber muss man beachten? Und wie findet man seinen eigenen Humor?

Autor: Frank Köhnlein
Fotos: Mathias Willi

Gegen Ende einer schwierigen, regelrecht bedrückenden Therapiestunde fragte ich unlängst eine junge Patientin, ob sie noch etwas von mir brauche. Sie schaute mich unverwandt an, und ich erklärte etwas unbeholfen: «Na ja, ein Rezept, einen zusätzlichen Termin, keine Ahnung, eine Klinikweisung, eine Krankschreibung, was wir Psychiater halt so anbieten können ...» Sie dachte kurz nach und fragte: «Haben Sie auch Waffen?» Lustig. Und natürlich nicht lustig. Beides. Nicht lustig, wenn sie nicht danach breit geschmunzelt hätte. Vermutlich hätte ich ohne ihr Schmunzeln auch etwas anderes geantwortet als das, was mir daraufhin einfiel: «Ich habe das jetzt noch nicht so arg oft verordnet. Ehrlich gesagt noch garnie. Aber ich frage mal beim Gesundheitsdepartement nach, ob das in deinem Fall ausnahmsweise möglich ist. Allerdings dauert das bis nächste Woche. Ich gehe also davon aus, dass wir uns dann sicher wieder sehen.»

Gut denkbar, dass ich bei einer neuen Patientin mit so einer Aussage schon tags darauf in der Boulevardpresse erschienen wäre. Aber wir kennen uns seit sechs Jahren, und die Patientin weiss so gut wie ich, was wir uns gegenseitig zumuten dürfen. Mehr noch: Tatsächlich entstand daraus ein beeindruckender, kurzer Dialog über die Wut auf sich selbst und auf das Leben, das allen anderen rundherum scheinbar so mühe-los gelingt.

Sind Sie empört? Halten Sie das für unprofessionell? Verletzt das irgendeinen Kodex oder irgendwelche Manuale? Ich könnte mir vorstellen, dass Sie unter Humor etwas anderes verstehen als meine Patientin und

ich. Oder Sie haben vielleicht die Vorstellung, Humor habe in einer richtigen Psychotherapie nichts verloren. Es gibt ja auch Menschen, die finden, in eine Salatsauce gehöre kein Zucker, und niemand wird diesen oder der Zuckerfraktion das Recht absprechen, das so zu sehen. Der Begründer der Provokativen Therapie, der Professor für Soziale Arbeit und Psychiatrie, Frank Farrelly, erklärte uns regelrecht überrumpelten Supervisandinnen und Supervisanden vor vielen Jahren in München: «There are people who say: Don't joke with patients. And I agree: These people should not.»

«Humor» passt in keine Leitlinie
Und Sie? Würden Sie von sich sagen, dass Sie in der Therapie mit Humor arbeiten? Ich nehme einmal ohne jede wissenschaftliche Evidenz an, dass über 90 Prozent von uns diese Frage bejahen würden. Das ist

schön. Der Grossteil würde wohl irgendeine clevere Einschränkung machen: «Wenn es passt.» oder «Von Zeit zu Zeit.» oder «Je nach Patient.» Das ist vorsichtig und gut, insbesondere, wenn der-einst vielleicht die Leitlinieninquisition kommt – denn natürlich findet sich Humor in keiner Behandlungsleitlinie. Wie auch! Wie sollte man so ein anarchisch-heterogenes Konstrukt wie «Humor» leitlinienfähig machen? Das ist etwa so lebensfeindlich wie Blumenpressen. Sieht nachher auch noch schön aus, aber halt ganz anders als in Wirklichkeit.

«Wie sollte man so ein anarchisch-heterogenes Konstrukt wie <Humor> leitlinienfähig machen? Das ist etwa so lebensfeindlich wie Blumenpressen.»

Frank Köhnlein

Und die Gegenfrage? Wie viele Ihrer Patientinnen und Patienten würden sagen: «Meine Therapeutin / Mein Therapeut ist humorvoll.» Wenn die Passung halbwegs stimmen soll, sollten wir hier auch auf einen Wert von über 90 Prozent kommen.

Finden Sie sich humorvoll, Ihre Patientinnen und Patienten aber nicht, dann ist noch lange nicht gesagt, dass Sie Unrecht haben – immerhin haben wir ja auch jahrelang Selbsterfahrung gemacht, wir sollten also schon halbwegs wissen, wo wir uns auf dem breiten Kontinuum zwischen Knäckebrotspitzigkeit und Kasper Lustig in etwa verorten können. Ihre Patientin oder Ihr Patient hat vielleicht aber auch nicht ganz unrecht. Wenn Ihr Humor eher im Bereich Thomas Mann'scher Zynismus, jener Ihrer Patientin, Ihres Patienten aber zwischen Blondinenwitzen und Mario Barth oszilliert, dann hätten beide mit ihrer Einschätzung recht. Wenig überraschend:

Wie bei vielen anderen Therapeutenvariablen auch, so ist eben auch beim Humor die Schnittmenge mit dem Gegenüber der Ort, an dem Beziehung wirksam wird und in dem am wenigsten Reaktanz und mithin am meisten produktive Entwicklung zu erwarten ist.

Humor ist schwierig zu fassen
Nehmen wir einmal an, Sie haben Humor: Was ist das eigentlich? Es herrscht ein allgemeiner Konsens darüber, dass Humor das ist, was man umso weniger hat, je mehr man sich bemüht, ihn zu definieren. Der Neuropsychologe Paul McGhee beschreibt bereits im Jahr 1979



Humor, der ins Schwarze trifft: Der Kinder- und Jugendpsychiater Frank Köhnlein erläutert in diesem Beitrag, warum Humor auch in der Psychotherapie seine Berechtigung hat.

Humor einerseits als eine Fähigkeit und Haltung, Lebenswidrigkeiten hinzunehmen, andererseits als ein soziales Beziehungsphänomen: Humorvoll empfinden wir jemanden, dem es gelingt, andere Menschen zum Lachen oder zu einer heiteren, entspannten Stimmung oder Gelassenheit zu bringen – unter Umständen auch bei Widrigkeiten.

Humor, das zeigt uns die wissenschaftlich noch etwas heimatlose Humorforschung (Soziologie, Psychologie, Linguistik, Philosophie, Biologie, Empirische Kulturwissenschaften etc.), ist unter anderem geprägt von Elementen wie

- Hierarchie (der Lachende empfindet sich beispielsweise als überlegen, womit wir wieder bei den Blondinenwitzen wären. Anderes Beispiel: Patient: «Herr Doktor, ich werde von niemandem ernst genommen.» Psychiater: «Ha ha ha ha ha ha.»)
- Überraschung und Diskrepanz (eine Jugendliche fragte mich vor kurzem: «Wo gehen Sie hin in die Ferien? Nach Mallorca, saufen?» Oder: «Stell dir vor, mein Psychiater hat mir gesagt, ich müsse an meiner Rachsucht arbeiten. Das wird er noch bereuen.»)
- Aktivierung unbewusster Impulse und Triebe, Tabuverletzungen («Kann man meine Depression denn behandeln?» «Ja, aber da braucht es Medikamente.» «Hm, da hätte ich aber gerne noch eine zweite Meinung.» «Okay, sie haben eine beschissene Frisur.»)

Jetzt wird verständlich, warum die sarkastische Frage meiner Patientin humorvoll war: Die Jugendliche hatte darin lakonisch alle drei Elemente verpackt. Humortechnisch hat sie alles richtig gemacht. Meine Replik, das muss ich einräumen, war nicht halb so gut wie ihr humorvoller Frontalangriff.

Was guten Humor in der Therapie auszeichnet

Wir sind uns vermutlich einig: Humor muss passen. Aber was heisst das? Wann passt Humor?

Um für einmal auch zu den grossen Impulsgebern in unserem Fachgebiet zu zählen, habe ich vor Jahren eine Regel aufgestellt, eine humorvolle Eselsbrücke, die mir immerhin für einen Moment den Anschein von Wissenschaftlichkeit oder gar Leitlinienkompetenz gibt. Leider vergesse ich die Eselsbrücke



«Humor ist nicht etwas Unveränderliches, Gottgegebenes. Humor kann man entwickeln, ausdifferenzieren und trainieren.»

Frank Köhnlein

immer wieder, daran muss ich noch arbeiten. Aber für richtig halte ich sie immer noch. Guten Humor in der Therapie zeichnet aus, dass er die PASST-Regel berücksichtigt:

- **P**ersönlichkeit des Empfängers (Alter, Entwicklungsstand, Wortschatz, Verständnishorizont, Lebenssituation)
- **A**uthentizität des Senders (Bin ich humorvoll? Passt der Witz, die Pointe, der ironische Schlenker, die Provokation zu mir? Oder mache ich etwas, das gar nicht ich bin?)
- **S**ituationsangemessenheit (Ist es gerade passend, humorvoll zu sein?)
- **S**pass (Erfüllt der Humor alle oder zumindest einige der Kriterien Diskrepanz, Überraschung, Unerwartetes, Hierarchie, Triebimpuls, Leidensverminderung, Entlastung?)
- **T**ransparenz (Ist es erkennbar, dass es sich um einen Spass oder Humor handelt? Ist die Übertreibung gross genug, ist die Formulierung genügend absurd, die Handlung ausreichend grotesk?)

Dass Humor Nebenwirkungen hat wie alles, was wirksam ist, liegt auf der Hand. Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, die potenziell toxischen Effekte von Humor hier aufzuführen. Das Tröstliche: All diese Nebenwirkungen (wie beispielsweise Beziehungsstörungen oder -abbruch) sind ausnahmslos auf die falsche Anwendung von Humor zurückzuführen. Ein russisches (oder sonst halt chinesisches) Sprichwort sagt beispielsweise: «Man kann nicht in zwei Anläufen über einen breiten Graben springen.» Stimmt. Wenn ich eine Situation übertreibe, dann muss ich gehörig übertreiben, sonst stürze ich mit meiner Übertreibung unverstanden ab.

Was aber, wenn Ihre Basis-Humor-ausstattung eher im Knäckebrotbereich ist? Seien Sie ermutigt, über sich hinauszuwachsen. Humor ist nicht etwas Unveränderliches, Gottgegebenes. Humor kann man entwickeln, ausdifferenzieren (Ironie, Sarkasmus, Spass, Satire, Nonsense, Witz, Karikatur u. a.) und

trainieren. Paul McGhee hat dazu eine Art Trainingsprogramm vorgelegt, das regelrecht harte, aber lustvolle Arbeit ist. Es enthält sieben Kernelemente wie: «Nehmen Sie sich nicht so ernst. Lachen Sie über sich selbst.» und «Umgeben Sie sich mit Humor.»

Wenn Sie diesen Beitrag bis hierhin gelesen haben, haben Sie für heute letzteres immerhin schon einmal abgearbeitet. Sie sind auf dem richtigen Weg. Morgen werden Sie Zucker in die Salatsauce geben und staunen.

Dr. med. Frank Köhnlein

ist niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater in Basel, Dozent und Supervisor mit besonderem Schwerpunkt im Bereich Kinderschutz. Er ist zertifizierter Provokativer Therapeut (DIP) und schreibt unkonventionelle Romane aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: «Vollpfer» (2013), «Kreisverkehr» (2015); sein dritter Roman «Krankmachen» erscheint 2022.

Warum sich Psychiater*innen besser vermarkten sollten:
Alexandra Antonazzo, niedergelassene Psychiaterin in Pully,
über ein unterschätztes Spannungsfeld.

Bescheidenheit ist (k)eine Tugend

Text und Foto:
Manuela Specker

«Für mich als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist es immer wieder von Neuem sehr berührend, meine Patientinnen und Patienten auf dem Weg zur Genesung zu begleiten. Auch eine schwere psychiatrische Krankheit ist kein Schicksal und darf uns nie entmutigen, selbst wenn – gerade bei chronischen Erkrankungen – gewisse Schwierigkeiten bestehen bleiben.

Dafür müssen wir uns als Spezialisten nicht nur regelmässig weiterbilden, sondern auch unser Handeln immer wieder reflektieren. Wir sitzen nicht in einem Elfenbeinturm und müssen bereit sein, jederzeit selbst eine Psychotherapie zu machen. In unserem Beruf sind Bescheidenheit und das ständige Hinter-

fragen des eigenen Tuns ganz zentral, um den Patientinnen und Patienten in ihrer Individualität gerecht zu werden.

Psychiater*innen sind keine Magier

Manche Patienten suchen mich bei ihren Problemen mit einer magischen Erwartungshaltung auf. Dann erläutere ich jeweils, was überhaupt unsere Rolle ist. Das ist wichtig und prägt die nachfolgende therapeutische Beziehung, auch gegenüber den Versicherern. Wir müssen uns klarer positionieren und den Wert unserer Arbeit verteidigen. Im Grunde genommen müssen wir uns sowie unsere Kompetenzen und Spezifitäten permanent erklären. Ich finde,

wir sollten dies vermehrt auch in der Öffentlichkeit tun, denn wir sind ein wichtiger Partner, um aktuelle und künftige gesundheitlichen Herausforderungen zu bewältigen.

Wir Psychiaterinnen und Psychiater sind es nicht gewohnt, uns und unsere Arbeit in ein gutes Licht zu stellen. Viele sind mit Leidenschaft bei der Sache und vergessen vielleicht gerade deshalb, über ihre Alltagsrealität zu sprechen. Es könnte aber auch damit zu tun haben, dass die psychiatrische Versorgung und das, was auf sie einwirkt, sehr komplex ist. So etwas lässt sich nicht in einem Satz erklären. Langjährige Patientinnen und Patienten wissen um diese Komplexität, aber das reicht nicht aus.

Unsere Arbeit besser zu vermarkten, wäre nur schon deshalb sehr wichtig, weil es in der Politik wenig Medizinerinnen und Mediziner gibt, geschweige denn Psychiaterinnen und Psychiater! Es liegt auch in unserer Verantwortung, dazu beizutragen, dass unser Wirken in der Gesellschaft eine Aufwertung erfährt. Wir müssen gegenüber den Patientinnen und Patienten bescheiden sein, nicht aber, wenn es darum geht, die Bedeutung und die Herausforderungen unserer Arbeit hervorzuheben.

Die Unterscheidung zwischen ärztlicher und psychologischer Psychotherapie ist seit fast einem Jahrhundert eine Quelle von Konflikten. Patientinnen und Patienten jedenfalls, die eine Psychotherapie sowohl bei einem Psychologen als auch einer Psychiaterin absolviert haben, wissen um den Unterschied. Dabei geht es in keiner Art und Weise darum, dass das eine besser sein soll als das andere. Im Vordergrund muss der Patient stehen, der Hilfe sucht und eine passende und hochwertige Behandlung erhalten soll. Die Wirtschaft-

lichkeit der Versorgung ist ebenfalls ein wichtiger Aspekt, den wir beachten müssen.

Klinische Erfahrung ist das A und O

Ich sehe durchaus eine gewisse Gefahr, dass Patienten mit psychischen Problemen zu spät an eine Medizinerin überwiesen werden. Dieses Triage-Problem wird sich mit dem Anordnungsmodell wohl noch verschärfen, gerade weil Psychologinnen und Psychologen verhältnismässig wenig klinische Erfahrung mitbringen müssen. Dabei wäre das elementar! Selbst für uns Psychiaterinnen und Psychiater, die bereits eine medizinische Basis-Ausbildung mitbringen und Erfahrungen sowohl ambulant als auch stationär sammeln, würde ein Jahr klinische Erfahrung nicht ausreichen.

Komplexität darf nicht unterschätzt werden

Ich habe mehrere Jahre in der Notfallpsychiatrie am CHUV in Lausanne gearbeitet. Heute noch schöpfe ich aus der Erfahrung, die ich in den vielen schwierigen und komplizierten Situationen, mit denen ich konfrontiert wurde, gesammelt habe. Langjährige klinische Psychologinnen und Psychologen profitieren ebenfalls von dieser reichen Praxis. Das widerspiegelt, wie wichtig es ist, die Komplexität schwerer psychischer Erkrankungen nicht zu unterschätzen – sonst laufen wir Gefahr, dass diese Patientinnen und Patienten unterversorgt sind. Es darf auf keinen Fall passieren, dass sie noch mehr bestraft werden. Manche fühlen sich nach wir vor stigmatisiert, und in der Tat sind wir als Gesellschaft weit davon entfernt, eine psychische Krankheit als eine Krankheit wie jede andere auch zu betrachten. Ich bin der Ansicht, dass wir als Spezialisten eine wichtige Rolle spielen, damit sich dies ändert.»

Am Uferweg zwischen Pully und Lausanne: Alexandra Antonazzo



Dr. med. Alexandra Antonazzo

arbeitet seit zehn Jahren als niedergelassene Psychiaterin in Pully. Sie war Oberärztin an der Notfallpsychiatrie am CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) in Lausanne und engagiert sich aktiv als Vorstandsmitglied des GPPV (Groupement des Psychiatres et Psychothérapeutes Vaudois), als Delegierte bei der SVM (Société Vaudoise de Médecine) und bei der FMPP sowie als Vertreterin der Ärzteschaft bei der CCLVD (Commission Cantonale de Lutte Contre la Violence Domestique).