

**7 gute Gründe
und
5 gute Formen,
um Unsicherheit auszuhalten.**

Volkmar Aderhold
Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald

1

Zunächst möchte ich Sie
etwas verunsichern.

2

Übersicht

- Verzögerung von Erkenntnissen
- Dosierung von Neuroleptika
- Rückfallprophylaxe
- Wirksamkeit der Neuroleptika
- Aussagefähigkeit von Studien
- Diagnostik der „Schizophrenie“
- Genetik der „Schizophrenie“
- Pharmaindustrie

3

Zulassung Haloperidol

- "Die FDA würde heute Haloperidol nicht mehr genehmigen, angesichts der schweren Schäden, die es trotz seiner Wirksamkeit für Psychosen dem Gehirn zufügen kann." [1]

(1) H.A. Nasrallah 2013 Current Psychiatry 12(7):7-8.

- Nasrallah ist kein Außenseiter.
Er möchte damit den Einsatz (und Umsatz) von Neuroleptika der 2. Generation erhöhen.

4

Verzögerung von Erkenntnissen Neuroleptika der 1. und 2. Generation

Die Geschichte der Atypika oder Antipsychotika der 2. Generation ist nicht die Geschichte einer klinischen Entdeckung oder Fortschritts. Es ist die Geschichte von fabrizierten Klassen, Geld und Marketing.

Kendall Br J Psychiatry 2011

5

Verzögerung von Erkenntnissen Spätdyskinesien

- Es hat auch 10 Jahre gedauert, bis die Verursachung von Spätdyskinesien durch Neuroleptika von den Psychiatrischen Fachgesellschaften anerkannt wurde.
- Sie entstehen u.a. kumulativ dosisabhängig und auch durch Neuroleptika der 2. Generation.

6

Dosierung von Neuroleptika - historisch

initiale Akutdosierung Ersterkrankte z.B. 1982

7 - 7 - 7 mg Haloperidol

75 - 75 - 75 (-75) mg Neurocil

Summe: **30 mg** Haloperidoläquivalente/Tag

initiale Akutdosierung mehrfach Erkrankte z.B. 1982

10 - 10 - 10 mg Haloperidol = 30 mg

100 - 100 - 100 (-100) Neurocil

Summe: **42 mg** Haloperidoläquivalente/Tag

7

Wie hoch würden Sie heute dosieren?

Welche Dosis wurde Ihnen als angemessen
empfohlen?

Was würden Sie tun, wenn es **Ihre** erste
eigene psychotische Episode wäre?

8

Dosierung

Die zunehmend anerkannte Zieldosis ist heute die niedrigst mögliche Dosis.

Wie hoch beginnen?

Wann erhöhen?

Wann nicht weiter erhöhen?

Wann erniedrigen?

Was muss der therapeutische Kontext zur Verfügung stellen, um dieses Ziel zu erreichen?

9

Niedrigst mögliche Dosierung

Sie wäre bei Ersterkrankten
1 mg Haloperidol-Äquivalent/Tag
möglichst über **einige Wochen**,
bevor erhöht wird oder nicht mehr erhöht werden muss.

In ca. 50% muss dann nicht weiter erhöht werden. (1)

(1) Oisthuizen et al J Psychopharmacol 2001

10

Bedeutung der Dosierung

Es gibt zunehmende Evidenz für eine **Abnahme der Grauen Substanz des Gehirns** und damit verbundener Verschlechterung von Symptomen und kognitiven Störungen **in Abhängigkeit von der kumulativen neuroleptischen Dosis.**

Anfangs vermutlich stärker als im längerfristigen Verlauf.

Unter den Neuroleptika der 2. Generation langfristig vermutlich nicht deutlich anders.

11

Historische Verzögerung Volumenminderung von Hirnregionen durch Neuroleptika

Diese Problematik hätte historisch schon sehr viel früher ausreichend untersucht werden können.

12

ZWISCHENFRAGE:

13

Recht auf eine nicht schädigende Behandlung in der Psychiatrie?

- Haben Patienten ein **Anrecht auf Behandlungskontexte**, die v.a. personell so ausgestattet sind, dass dort Medikamente **so niedrig wie möglich dosiert werden können**, um einer vermeidbaren körperlichen Schädigung zu entgehen?
- Gleiches gilt für die größtmögliche Vermeidung von Zwang.

14

Recht auf eine nicht schädigende Behandlung in der Psychiatrie?

- Haben geschädigte Patienten ein Recht auf Entschädigung oder zumindest eine Entschuldigung von Seiten der Psychiatrie.

15

Rückfallprophylaxe

16

S3 Leitlinien der DGPPN

seit 2008 in Überarbeitung

- „(40) Empfehlungsstärke A/B.
Bei einer Erstmanifestation sollte eine medikamentöse antipsychotische Behandlung über **mindestens** 12 Monate erfolgen.“
- „(41) Empfehlungsstärke C.
Nach einem **ersten Rezidiv** sollte eine medikamentöse antipsychotische Behandlung **kontinuierlich** für 2 bis 5 Jahre (und nach multiplen Rezidiven gegebenenfalls **lebenslang**) erfolgen.“

17

DGPPN-Leitlinie

Erstaunlich, dass die Verfasser dieser Leitlinie offensichtlich kaum an einen wissenschaftlichen Fortschritt glaubten und daher erschütternde Therapieempfehlungen für 20 - 40 Jahre aussprachen.

18

Wunderink et al 2013

- N = 103 Pat mit remittierter 1. psychotischer Episode
Randomisierte Verlaufsstudie über 7 Jahre
- **Vorgehen Experimentalgruppe:**
Nach Remission **frühe Dosisreduzierung** nach 6 Monaten
und - wenn möglich - **begleiteter Absetzversuch**.
- **Ergebnis im 7. Jahr**
 - Mehr als **doppelt so hohe Recoveryrate** in der
Experimentalgruppe: **gute alltagsrelevante
Funktionsfähigkeit bei 40,4% vs. 17,6%**
 - Erzielte \emptyset Dosis bei 2,8 vs. 4,1 mg Haloperidol-Äquival.

19

Wunderink et al 2011

- **21,1 %** Neuroleptika vollständig **absetzt**.
- **21,1 %** **Dosierungen unter 1 mg** Haloperidol-Äquivalente
- **Erhöhter Rate kürzerer Rückfälle in den ersten 3 J.**
Rückfälle über 7 Jahre um die Hälfte niedriger.
(0,7 vs. 1,51).
- **Der deutlich bessere Verlauf setzte nach 3 Jahren ein.**
- Die weitere **psychosoziale Begleitung** der Patienten
entsprach dem auch sonst Üblichen. Eine
psychotherapeutische Behandlung erfolgte nicht.

20

Wunderink et al 2011

- **Kleine Dosisminderungen**, haben oft **große Vorteile** für **Fähigkeiten im Alltag**: Selbstfürsorge, Haushalt, familiäre, partnerschaftliche und freundschaftliche Beziehungen, Integration in die Gemeinde, Berufstätigkeit.
- **Recovery** braucht minimale Dosierungen und begleitete Absetzversuche. Das wird häufig in der Debatte vergessen.

21

Harrow et al 2011 Verlaufsstudie über 20 Jahre

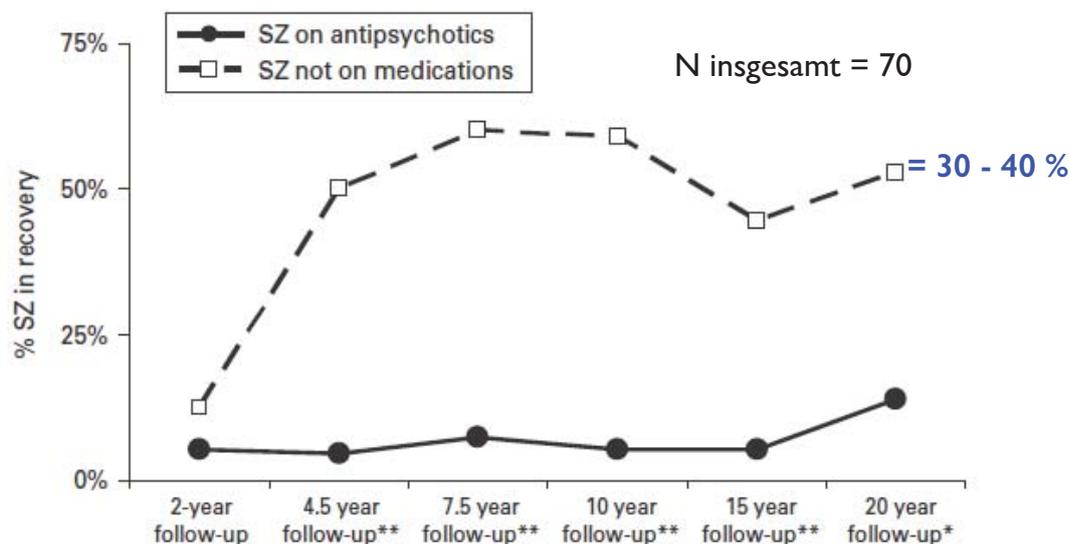


Fig. 1. Relationship between recovery and use of antipsychotics in schizophrenia (SZ). * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$.

- Und was empfehlen Sie ihren Patienten nach dem ersten und weiteren Rückfall?
- Und was vermitteln Sie in der Psychoedukation?
- Und was lern(t)en Sie in der Psychoedukation?
- **Wer steht Patienten zum begleiteten Reduzieren und Absetzversuch zur Verfügung?**
- **Haben sie auch gegen die Leitlinien ein Recht darauf?**

23

Wirksamkeit von Neuroleptika

24

How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials

S Leucht¹, D Arbter¹, RR Engel², W Kissling¹ and JM Davis³

Molecular Psychiatry (2009) 14, 429–447

38 randomisierte Studien - N = 7327 Patienten

Akutbehandlung: Responseraten

Neuroleptika = 41% vs. Placebo = 24%

Unterschied von 17 %

NNT = 6 (6 Pat behandeln, um einen Effekt bei 1 zu erzielen)

mittlere Effektstärke für pos. Symptome = - 0.48

Klinische Bedeutung *(auf der 12.Seite der Publikation)*

In den jüngeren Studien ergab sich nur eine Differenz von

10 Punkten in des PANSS zwischen Neuroleptikum vs. Placebo.

Jedoch erst eine Differenz von **15 Punkten** entspricht einer

minimalen Verbesserung im sog. CGI = Clinical Global Interview.

Placebogruppe:

vorbehandelte Pat. - NL in 2 - 4 Tagen abgesetzt

25

Clinical relevance of findings in trials of antipsychotics: systematic review

Peter Lepping, Rajvinder S. Sambhi, Richard Whittington, Steven Lane and Rob Poole

The British Journal of Psychiatry (2011)
198, 341-345. doi: 10.1192/bjp.bp.109.075366

Resultat

Die meisten Medikamente erreichten nur eine
"minimale Verbesserung" in der BPRS, aber nur

wenige erreichten dies Niveau im PANSS.

Dies galt für Typika und Atypika einschließlich
Clozapin.

Amisulprid und Olanzapin hatten bessere

Ergebnisse als der Durchschnitt.

83

26

Und was heißt dies nun für individuelle Patienten?

27

Studienergebnisse Individuelle Patienten

- Studienergebnisse ermöglichen keine Voraussage, welche Effekte bei einzelnen Patienten auftreten.
Jede Behandlung ist damit ein individuelles Experiment.
- Die meisten Effektstärken psychiatrischer Behandlungen sind gering.
Eine NNT von 4 ist sehr gut, üblich ist eine NNT von 5 - 7.

NNT = number needed to treat
- Studien sind meist kurzfristig, tatsächliche Behandlungen jedoch oft langfristig.

28

Studienergebnisse Individuelle Patienten

- Ausschluss vieler Patienten aus Studien, die jedoch den psychiatrischen Alltag bestimmen. Hier bleibt nur praktisches Handeln ohne Orientierungsmöglichkeiten an wissenschaftlicher Evidenz.
- Werden diese Klienten in Studien eingeschlossen, sinken die Effekte der Pharmakotherapie oft ins Unbedeutende, z.B. (1).

(1) Jin et al J Clin Psychiatry 2012

29

Psychotherapie bei Psychosen

- Obwohl Patienten unkritisch mit viel zu hohen Dosierungen behandelt wurden und es keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für diese Praxis gab, so wussten die meisten Psychiater doch sehr genau, dass eine Psychotherapie ihren Patienten nicht gut tun würde.
- Aufgrund welcher gesicherten Studienlage?
- Diese Vorstellung ist heute „evidenzbasiert“ überholt.

30

Psychotherapie bei Psychosen

- Die Psychiatrie selbst hat so über Jahrzehnte einen Rückzug/Ausschluss der Psychotherapie aus der Behandlung von Menschen mit Psychosen betrieben.
- Möglicherweise ist „Kognitive Therapie“ auch als Alternative zur Medikation geeignet. (1)

(1) Morrison et al Psychol Med 2009 (2) Morrison et al Lancet 2014

31

Recovery Peer Bewegung

Wär hätte vor 15 Jahren Menschen mit einer Schizophrenie-Diagnose solche Potentiale unterstellt, wie sie die Recovery-Bewegung deutlich gemacht hat.

32

Diagnose Schizophrenie

- Die gemeinsame **Schnittmenge** der bisher verwandten Diagnosesysteme für „Schizophrenie“ beträgt **27%**.
- **DSM V**: Kategorie der **Paranoiden Schizophrenie** und andere Subtypen wurden **abgeschafft**.
- **DSM V**: „**Symptome ersten Ranges**“ wurden **abgeschafft**.
- Die klinischen Manifestationen des sog. „Schizophrenie“ werden als „**extrem unterschiedlich**“ eingeschätzt. (1)

(1) Tandon et al Schizo Res 2013

33

DSM V und NIMH Thomas Insel

Das NIMH hat dem DSM V das Vertrauen entzogen.

Im Rest der Medizin, käme dies der Erstellung von Diagnosesystemen gleich, „die auf der Art der Brustschmerzen oder der Qualität des Fiebers aufgebaut“ seien.

Deshalb wird das NIMH seine Forschung neu ausrichten, fernab von den DSM Kategorien.

34

Research Domain Criteria RDoC

- Aus genetischen, bildgebenden, physiologischen und kognitiven Daten werden „Cluster“ gebildet. Diese Cluster werden mit Symptomen und Behandlungseffekten in Beziehung gesetzt.
- **Ein Projekt, das vermutlich 10 Jahre dauern wird.**

35

Man darf gespannt sein.

Bisher ließen sich solche Verheißungen nicht einlösen.

Aber was machen wir bis dahin?

Und warum stigmatisieren und quälen wir dann noch Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“?

Und was wollen Sie jetzt einem Patienten mit „Schizophrenie“-Diagnose sagen?

36

Genetik der „Schizophrenie“

- Die Genetische Forschung zur „Schizophrenie“ hat keine wirklich wegweisenden Ergebnisse erbracht. Eine 50 und mehr Milliarden teure Forschung.
- Keines ihrer Ergebnisse ist bisher behandlungsrelevant geworden.
- Weiterhin bleibt das Paradoxon, dass „Schizophrenie“ angeblich in Familien weitergegeben wird, jedoch die meisten Menschen mit Psychosen gar nicht aus solchen Familien kommen und selbst relativ selten Kinder zeugen.

37

Epigenetik der „Schizophrenie“

Bedeutsame Befunde hat die epigenetische Forschung erbracht.

Erhöhtes Psychoserisiko nach:

- Traumatisierung:
sexueller Missbrauch oder physische Misshandlung **bei 50%**
- Soziale Notlagen
- Aufwachsen in Städten
- Cannabis
- Sozialer Ablehnung
- Schikanieren und Bullying
- Migration

38

Pharmaindustrie und pharmakologische Studien

- Publikationen der medizinischen Literatur dienen in erster Linie Marketing-Interessen. (1)
- Unterdrückung und Verfälschen von negativen Daten sowie Ghostwriting wurden als Werkzeuge dafür entwickelt. (1)
- Diverse weitere methodische „Tricks“ in den Studiendesigns kommen hinzu.
- **„Wir schlagen vor, dass eine auf wissenschaftlicher Evidenz basierte Medizin ein nobles Ideal ist, jedoch die an Marktinteressen orientierte Medizin die Realität.“ (1)**

(1) Spielmans et al Bioethical Inquiry 2009 39

Peter Gøtzsche
Mitbegründer der Cochrane
Collaboration

LINK zum gesamten VIDEO

<http://www.youtube.com/watch?v=3XEDzhjW9fU>

Peter Gøtzsche co-founded The Cochrane Collaboration, which conducts the world's most thorough independent analysis of healthcare research.

41

Übersetzung

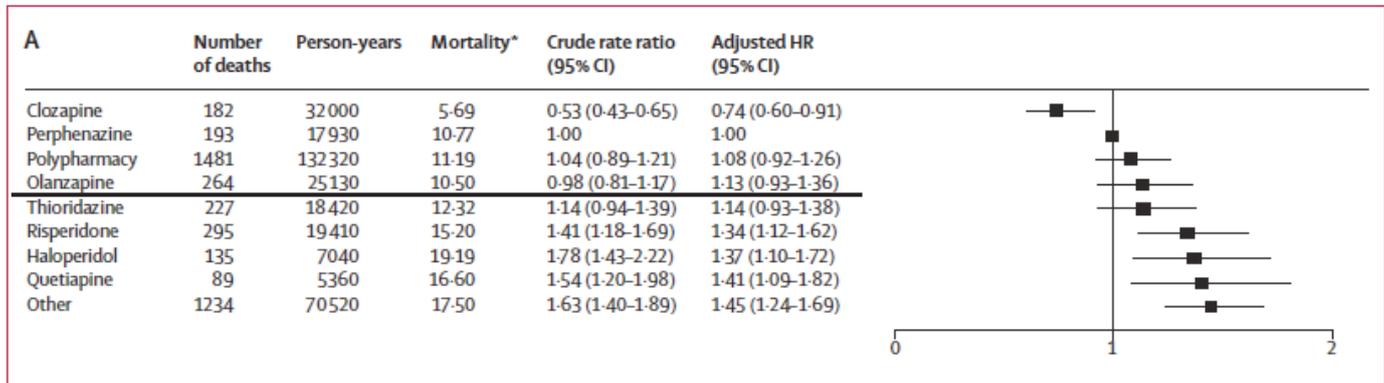
„Ich schreibe, dass Drogen die 3. häufigste Todesursache in der westlichen Welt nach Herzerkrankungen und Krebs. Und teilweise und vor allem, weil das Geschäftsmodell der Pharmaindustrie organisierte Kriminalität ist. Aber sie stehlen weit mehr Geld und töten weit mehr Menschen als die Mafia überhaupt tun kann. Wir müssen etwas tun. Wir müssen unsere Gesellschaften demedikalisieren.“

42

11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)

Jari Tiihonen, Jouko Lönnqvist, Kristian Wahlbeck, Timo Klaukka, Leo Niskanen, Antti Tanskanen, Jari Haukka

Lancet Juli 2009



43

Eine 6-seitige Methodenkritik
erschien in einem anderen Journal
1,5 Jahre später.

44

Do antipsychotic medications reduce or increase mortality in schizophrenia? A critical appraisal of the FIN-11 study

Marc De Hert ^{a,*}, Christoph U. Correll ^{b,c}, Dan Cohen ^{d,e}

^a University Psychiatric Center, Catholic University Leuven, Campus Kortenberg, Belgium

^b The Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, New York, USA

^c Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, USA

^d Department of Epidemiology, University Medical Centre Groningen, University of Groningen, Netherlands

^e Division Chronic Care, Noord-Holland-Noord, GGZ-NHN, Heerhugowaard, Netherlands

Schizophrenia Research Nov 2010

ARTICLE INFO

Article history:

Received 10 September 2009

Received in revised form 24 November 2009

Accepted 19 December 2009

Available online 12 January 2010

Keywords:

Antipsychotics

Mortality

Outcome

Physical health

Schizophrenia

ABSTRACT

Compared to the general population, people with schizophrenia are at risk of dying prematurely due to suicide and due to different somatic illnesses. The potential role of antipsychotic treatment in affecting suicide rates and in explaining the increased mortality due to somatic disorders is highly debated.

A recent study of death registers in Finland compared the cause-specific mortality in 66,881 patients versus the total population (5.2 million) between 1996 and 2006, suggesting that antipsychotic use decreased all-cause mortality compared to no antipsychotic use in patients with schizophrenia, and that clozapine had the most beneficial profile in this regard (Tiihonen et al., 2009). The benefits of clozapine were conferred by significant protective effects for suicide compared to perphenazine, whereas, a mixed group of 'other' antipsychotics, haloperidol, quetiapine and risperidone were reported to be associated with significantly higher all-cause mortality than perphenazine. By contrast, despite known differences in effects on cardiovascular risk factors, there were no significant differences between any of the examined antipsychotics regarding death due to ischemic heart disease. A number of methodological and conceptual issues make the interpretation of these findings problematic, including incomplete reporting of data, questionable selection of drug groups and comparisons, important unmeasured risk factors, inadequate control for potentially confounding variables, exclusion of deaths occurring during hospitalization leading to exclusion of 64% of deaths on current antipsychotics from the analysis, and survivorship bias due to strong and systematic differences in illness duration across the treatment groups.

Well designed, prospective mortality studies, with direct measurement of and adjustment for all known relevant risk factors for premature mortality, are needed to identify risk and protective medication and patient factors and to, ultimately, inform clinical practice.

© 2009 Elsevier B.V. All rights reserved.

45

aus dem Abstract:

Eine Reihe von methodischen und konzeptionellen Fragen machen die Interpretation dieser Befunde problematisch.

.....

■ **Ausschluss der Todesfälle, die während des Krankenhausaufenthaltes auftreten. Dies führte zum Ausschluss von 64% der Todesfälle beim gegenwärtigen Gebrauch der Antipsychotika aus der Analyse.**

.....

46

Und was glauben Sie?

47

Hätte **Zyprexa** überhaupt die Zulassung erhalten,
wenn die Pharmaindustrie die Zulassungsbehörde
nicht über die beobachteten Fälle von Hyperglycämie
getäuscht hätte, indem sie Studienergebnisse
fälschte?

Dies wurde erst durch einen Whistleblower der Presse
zugespielt.

48



49

fraude = Betrug

bribery = Bestechung

kickbacks = Provisionen

50

In 2004, the body of a 19-year-old college student was found hanging by a scarf from a shower rod in an Indianapolis laboratory run by Lilly.⁷⁸ She had entered a clinical study as a healthy volunteer in order to help pay her college tuition after having undergone thorough medical testing to screen out depression or suicidal tendencies.

Candace, a 12-year-old girl, was prescribed Zoloft because she suffered from anxiety. She was a happy child that had never been depressed or had suicidal ideation. She hanged herself after 4 days.⁹

Vicky Hartman was given a sample pack of Zoloft by her child's doctor. She didn't suffer from any mental disorder but mentioned she needed a 'pick-me-up' to help with stress. Soon after starting the medication, she shot her husband and herself.⁸

51

Pharmaindustrie J. A. Lieberman Präsident APA

"Wir müssen verstehen, dass wir obwohl es **in einigen Fällen Fehlverhalten** durch beide, die Industrie und die akademischen Ärzten, die mit der Industrie zusammenarbeiten gegeben hat, das Kind nicht mit dem Bade ausschütten."

52

Und wie bewerten Sie die Pharmaindustrie?

Wie wirkt sich das auf die Informationen aus, die Sie bekommen und auf ihr Alltagshandeln?

Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden Sie diesen Einfluss unterbewerten. Das sagt die Forschung.

Psychiatrie heute

- Psychiatrie in einer Phase großer Verunsicherung und Instabilität.
- **Das Projekt Biologisierung der Psychiatrie hat bisher keine tragfähige Evidenz erbringen können:**
 - Diagnostik
 - Genetik
 - ursächliche biologische Mechanismen
 - kausal wirkende Pharmakotherapie
 - primär ausreichende Effekte der Pharmakotherapie
 - Verbesserung der Chronifizierungstendenz
 - pharmakotherapeutische Frühintervention (bis auf Fischöl)

55

Psychiatrie heute

- Echte pharmakologische Innovationen sind nicht in Sicht
- Der finanzielle Zufluss aus der Pharmaindustrie nimmt deutlich ab, so scheint es. Werden dadurch neue Kräfte frei?
- Geht die Dominanz des reduktionistischen biogenetischen Paradigmas langsam zu Ende?

56

Das immer weitere Warten auf biologische Innovationen verzögert die konsequente Umsetzung psychosozialer und psychotherapeutischer und weiterer menschlicher Möglichkeiten heute mit der Folge weiterer vermeidbarer Chronifizierungen.

57

UND WAS NUN TUN?

58

Das Fundament therapeutischen Handelns

- **Beziehungen:** im Lebensraum + im Therapieprozess
- **Bedeutungen:** subjektiv, „vielstimmig“ und nie abgeschlossen
- **Werte:** Selbstbefähigung, soziale Inklusion, Autonomie, Selbstbestimmung, Wahlmöglichkeiten, maximale Reduktion von Zwang, Menschenrechte, Transparenz
- **Hoffnung:** eine positive Identität entwickeln

59

Das Fundament therapeutischen Handelns

- Jeder Mensch ist einmalig.
- Jede Behandlung ist ein individuelles Experiment.
- Sie soll sich einfügen in den sozialen Kontext der Betroffenen.
- Ihr Fundament sind therapeutische Beziehungen.
- Sie muss dem einzelnen Betroffenen Sinn und Bedeutung (zurück-)geben.
- Den Betroffenen dazu verhelfen eine gebenden Person zu sein.

60

Sozialer Kontext

- Die Krise und den Menschen in seinem sozialen und biographischen Kontext verstehen.
- **Die wichtigen Menschen dieses Kontextes von Anfang an mit einbeziehen.**
- Viele Perspektiven zur Sprache kommen lassen.
- **Genau und lange zuhören, ohne sich ein festes Bild zu machen.**
- Offen bleiben für die Unterschiedlichkeit subjektiver Erfahrungen.

61

Sozialer Kontext

- **Offenheit und gemeinsame Suche mit dem Klienten und seinen wichtigen Bezugspersonen/Familie.**
- Gemeinsam mit dem Patienten und den wichtigen Bezugspersonen nachdenken und nachfühlen.

62

Arbeiten im Team

Leitlinien Psychosoziale Therapien DGPPN

Empfehlung 6:

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Experten aus Erfahrung in diese Teams integrieren.

63

Primat der Beziehungen

- Basis jeden Handelns sind die menschlichen Beziehungen und Begegnungen, die sich erst in geeigneten Strukturen entfalten können.
- Dafür braucht es auch Kompetenz.
- **Biologische Interventionen sind nur die Kompensation für das, was so nicht gelingt.**

64

Therapeutische Beziehung

- Eine tragfähige vertrauensvolle therapeutische Beziehung finden, die sich der Betroffene aussuchen kann, ist bedeutsamer als die „richtige“ Medikation.

65

Der Kern ?

- Begegnung als Kern der wirklichen Behandlung.
- Die einmalige Erfahrung in der Gegenwart.

66

Vor allem: Schade nicht

- Keine massive „Kur“ hat sich je als sinnvoll erwiesen:
z.B. „neuroleptic load“
- Trauen Sie Ihrer Wahrnehmung: Was schwere Nebenwirkungen macht, ist sehr verdächtig.
- Sehr wahrscheinlich sind diese mit keiner Hauptwirkung zu rechtfertigen.

67

Komplementarität

- **Eine invasive Therapie steht meist in einem komplementären Verhältnis zum psychosozialen Handeln:**
 - Was wurde dort versäumt?
 - Was ist dort machbar?

68

Innovationen

- Konservatismus bei den biologischen Interventionen.
Welche bedeutsamen Innovationen hätten Sie verpasst, wenn Sie in den letzten 15 Jahre zunächst 2 - 3 - 5 Jahre gewartet hätten?
- Die meisten Innovationen bestehen aus falschen Versprechungen.
- Alle neuen Erkenntnisse, erst Recht die, an denen verdient wird, sollten in Frage gestellt werden.

69

Notwendiges Nicht-Wissen

- Ich muss es nicht wissen, denn ich kann es nicht wissen.
- Trauen Sie doch Ihren Patienten/Klienten mehr (zu).
- Gemeinsam Zweifeln heißt ernst nehmen.
- Immer wenn Sie nicht weiter wissen, fragen Sie erstmal ihren Patienten und seine wichtigen Bezugspersonen.

70

Nicht-Wissen

- Aus der Echtheit des Nicht-Wissens für den anderen entsteht die Tiefe des Kontakts.

71

Zweifel mitteilen

- Teilen Sie ihre Zweifel und Bedenken
 - mit dem Patienten
 - mit den Angehörigen und wichtigen Bezugspersonen
- Sie entscheiden nur für sich, und der Patient für sich selbst: „informierte Zustimmung“.

72

Um Hilfe bitten

Bitten Sie um Mithilfe und Unterstützung, wenn Sie unsicher sind:

- bei dem Patienten/Klienten
- bei den wichtigen Bezugspersonen

73

Gemeinsame Suche

Die Gemeinsame Suche und das Aushalten von Unsicherheit braucht einen sicheren Rahmen:

- Institutionelle Spielräume
- Solidarität im Team
- Unterstützung durch Vorgesetzte
- Beziehungskontinuität mit dem Klienten

74

Gemeinsame Suche

- Wenn wir es heute nicht wissen, wissen wir vielleicht morgen mehr.
- Was können wir tun, um später mehr zu wissen?
- Warten ist keine Inaktivität sondern Raum für eine gemeinsame Entwicklung.

75

Gemeinsame Suche

- Vieles wissen wir trotzdem und können wir uns auch miteinander beantworten.
- Gemeinsam einen noch unbekanntem Prozess gehen.
- Leben ist Dialog auf jeder Ebene.

76

Zeit geben

Zeit ist eine wesentliche therapeutische Dimension in der Psychiatrie.

Episodik vieler Erkrankungen (Selbstlimitierung)

Zeit lassen heißt noch Hoffnung haben.

Zeit ist Zeit für Unvorhersehbares.

Ehrliche Ratlosigkeit ist erlaubt und besser als ihre Verschleierung.

77

Politisch sein

Für Behandlungskontexte kämpfen, die tatsächlich eine gemeinsame therapeutische Arbeit ermöglichen.

78

Politisch sein

- Die Mängel der Psychiatrie darstellen und nicht immer aus Gründen des Marketing so tun als ob
- Die Gewinnorientierung in der Psychiatrie anklagen.
- Dafür sorgen dass das Geld auch dort ankommt, wofür es die Versicherten und Steuerzahler eingezahlt haben.

79

VIELEN DANK

FÜRS MITDENKEN

80