

Ethik in der Psychiatrie

Univ. Prof. Dr. Michaela Amering

Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Universitätsklinik für Psychiatrie/

Medizinische Universität Wien

Ethik in der Psychiatrie

- **Ethik**
- **Psychiatrie**
- **Ethisches Denken, Schließen und Handeln in der Psychiatrie**

Ethisches Denken, Schließen und Handeln in der Psychiatrie

Therapeutische Beziehung

Neue Formen der Kooperation

User Involvement

Krankheitseinsicht und Compliance

Urteils- und Einsichtsfähigkeit

Zwang und Gewalt

Stigma und Diskriminierung

**Modelle zur Überwindung von Stigma und
Diskriminierung**

Eine Psychiatrie für die Person (WPA)

Literatur

www.ierm.at

Bibliothek

**Literaturliste zur Vorlesung ‚Einführung in die
Pflegeethik‘ – Prof. Körtner**

**Dickenson D Fulford KWM (2000) In two minds. A
Casebook of Psychiatric Ethics. Oxford University
Press**

**Bloch S, Chodoff P, Green SA (1999) Psychiatric Ethics.
3rd Ed, Oxford University Press**

Urteils- und Einsichtsfähigkeit

Probleme der Definition

Probleme der Beurteilung

**Juristische versus medizinische Begriffe und
Konzepte**

**Einwilligungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit,
Testierfähigkeit, Freiheit der
Willensbestimmung,**

Einwilligungsfähigkeit

1. Treffen einer Wahlentscheidung (evidencing a choice)
2. Nachvollziehbarkeit der Entscheidung (reasonable outcome of choice)
3. Rationale Begründung der Entscheidung (choice based on „rational“ reasons)
4. Verständnisfähigkeit (ability to understand)
5. Wirkliches Verstehen (actual understanding)

Roth et al, 1977

Einwilligungsunfähigkeit

1. **Der Patient verhält sich so, als könne er die Wahlmöglichkeiten nicht nutzen.**
2. **Der Patient versteht nicht wirklich die gegebenen Informationen.**
3. **Der Patient versteht zwar die gegebene Information, kann sie aber für eine angemessene Entscheidung nicht nutzen.**
4. **Der Patient hat keine Einsicht in die Natur seiner Erkrankung.**
5. **Der Patient ist nicht mehr authentisch, also nicht mehr in Übereinstimmung mit seinen Werten, Zielen etc., die er vor seiner Erkrankung hatte.**

Einwilligungsunfähigkeit

Psychiatrische PatientInnen ~ 50%

Allgemeinmedizinische Pat. ~ 40%

**Alter, kognitive Störungen, psychiatrische
Erkrankungen**

Einwilligungsunfähigkeit

**Bei psychiatrischen PatientInnen unklarer
Zusammenhang mit Schweregrad der
Erkrankung, keiner bei Depression**

**Klarer Zusammenhang mit kognitiven Störungen
(Demenz) und formalen Denkstörungen
(Schizophrenie), häufig auch mit inhaltlichen
Denkstörungen (Schizophrenie)**

I want to be able to talk to someone in a pub and say „I have been mentally ill“ and for them to say „that’s interesting, what did you experience?“

UK, 1997; quoted in Sayce, 2002

Stigma und Diskriminierung im psychiatrischen Feld

- **Konzepte**
 - **Daten**
 - **Interventionen**
- **Diskussion**

Stigma

- **Hindernis bei der Hilfesuche**
- **zusätzliche Belastung**
- **zusätzliche Symptomquelle**
- **Hindernis bei der Behandlung**
- **Hindernis bei der Integration**
- **„eine zweite Krankheit“ (*Asmus Finzen, 1996*)**

Stigma

**ein Auffälligkeitsmerkmal als Ausdruck
der Abwertung Einzelner oder von
Gruppen, die Ursache und Folge
sozialer Randständigkeit sein können**

Stigma

durch

- ❖ **Symptome**
- ❖ **Verhalten**
- ❖ **Diagnose**
- ❖ **Behandlung**
 - **psychiatrische**
 - **psychopharmakologische**

Stigma-Forschung

- ✓ **Psychische Erkrankung**
- ✓ **Psychiatrische Behandlung**

- ✓ **Depression**
- ✓ **Demenz**
- ✓ **Schizophrenie**

- ✓ **Stigmaprozesse**

Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

- 2. Individuelle Diskriminierung**
(soziale Distanz)
- 2. Strukturelle Diskriminierung**
(soziale Strukturen, politische Entscheidungen, rechtliche Regelungen)
- 3. Diskriminierung aufgrund von Selbststigmatisierung**
(Reaktionen auf erwartete Diskriminierung)

Typische stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychischer Erkrankung

Schuld – Menschen mit psychischen Erkrankungen sind selbst schuld an ihrer Erkrankung, die Familie ist schuld

Unberechenbarkeit/Gefährlichkeit psychisch Kranker, Verletzung sozialer Normen

Unheilbarkeit – chronischer Verlauf, schlechte Prognose, schlechte Behandlung (Stigmatisierung auch der Psychiatrie)

Ursachen falscher und negativer Vorstellungen zu psychischer Erkrankung

Mangel an Information

„Ich kenne niemanden, der eine psychische Erkrankung hat“,
„Psychische Erkrankungen sprechen nicht auf
psychiatrische Behandlung an“, „Alle Psychopharmaka
machen süchtig“

Fehlinformationen durch z.B. Tageszeitungen, Filme, TV
„psychopathischer Mörder“, „gespaltene Persönlichkeit“

Abwehrprozesse

„Ich kann gar nicht psychisch erkranken“, „In unserer Familie
kommt so was nicht vor“

Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

- 1. Ein Unterschied wird festgestellt (z.B. Symptome)**
- 2. Ein Label wird vergeben (psychisch krank)**
- 3. Zusammenhang mit negativen Stereotypen wird hergestellt (unberechenbar, unheilbar)**
- 4. Soziale Distanz wird gesucht**
- 5. Diskriminierung folgt**

Link und Phelan, 2001

Stigmakomponenten

- **Vorurteile**
- **Stereotype**
- **Soziale Diskriminierung**

Menschen mit Vorurteilen fühlen sich bestärkt durch stereotype Bilder in der Gesellschaft und reagieren mit Diskriminierung.

Einstellungsforschung

Variable

- **Problemdefinition (oft Fallvignetten)**
- **Annahmen über Ursachen (biologisch versus psychosozial)**
- **Annahmen zur Prognose (mit und ohne Behandlung)**
- **Hilfeempfehlungen**
- **Zugeschriebene Eigenschaften (z.B. Gefährlichkeit, Abhängigkeit)**
- **Emotionale Reaktionen (z.B. Angst, Mitleid, Ärger)**
- **soziale Distanz**

Fallidentifikation

Schizophrenie **71%**

Depression **62%**

2001

5025 Personen repräsentativ für deutsche Bevölkerung

Angermeyer und Matschinger, 2003

Einschätzungen der Allgemeinbevölkerung zu Ursachen von Schizophrenie und Depression

	Schizophrenie	Depression
Gehirnerkrankung	69	41
Vererbung	59	44
life event	73	81
Arbeitsstress	59	78
broken home	40	44
mangelnde Elternliebe	31	35
unbewusste Konflikte	61	68
Willensschwäche	37	44
Alkohol	53	47
Sittenwidrigkeit	21	19

Einschätzungen der Allgemeinbevölkerung zu **Eigenschaften** von Menschen mit Schizophrenie und Depression

	Schizophrenie	Depression
bedürftig	91	88
auf andere angewiesen	68	63
hilflos	61	56
unberechenbar	54	28
eigenartig	49	32
Mangel an Selbstbeherrschung	44	25
bedrohlich	41	22
aggressiv	36	21
gefährlich	30	14

Einschätzungen der Allgemeinbevölkerung zum natürlichen Verlauf von Schizophrenie und Depression

	Schizophrenie	Depression
Heilung	1	2
Vollremission mit Rückfallrisiko	3	4
Teilremission	6	7
Persistenz	17	22
Verschlechterung	59	50
weiss nicht	10	11

Einschätzungen der Allgemeinbevölkerung zum behandelten **Verlauf** von Schizophrenie und Depression

	Schizophrenie	Depression
Heilung	16	22
Vollremission mit Rückfallrisiko	42	43
Teilremission	25	19
Persistenz	2	1
Verschlechterung	1	1
weiss nicht	10	9

Emotionale Reaktionen gegenüber Menschen mit Schizophrenie und Depression

3 Dimensionen: Angst, Mitleid, Ärger

	Schizophrenie	Depressio
Unbehagen	48	32
Unsicherheit	34	24
Angst	34	21
Peinlichkeit	20	18
Mitleid	61	64
Wunsch zu helfen	59	67
Empathie	25	34
Unverständnis	19	13
Irritation	15	12
Ärger	10	8
Spott	5	4
Sich heraushalten	30	23

Signifikante Zusammenhänge

Frauen geben mehr etwas mehr Angst und Mitleid und etwas weniger Ärger an

Höhere Bildung geht mit weniger Angabe von Angst einher

Familiarität mit Menschen mit psychischen Erkrankungen reduziert Wunsch nach sozialer Distanz

Signifikante Zusammenhänge

Das Identifizieren einer „Schizophrenie“-Fallgeschichte als psychische Erkrankung ist eher ungünstig für die Einschätzung (biologische Erkrankung, Gefährlichkeit, mehr Angst, weniger Mitleid > weniger Ärger)

Das Identifizieren einer Fallgeschichte „Depression“ als psychische Erkrankung ist eher günstig (psychosoziales Modell, Mitleid, weniger Ärger; keine negativen Effekte)

Signifikante Zusammenhänge

Ein psychosoziales Modell reduziert Ärger und fördert Mitleid

Ein biologisches Krankheitskonzept - besonders bei Schizophrenie - fördert Assoziationen mit Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit und vermehrt Angst und Ärger und verringert Mitleid

Annahmen über einen schlechten natürlichen Verlauf fördern Ärger

Keine Veränderung in Deutschland zwischen 1990 und 2001

(Angermeyer und Matschinger, 2004)

- **ein wenig mehr Mitleid**
- **ein wenig mehr Ärger**

Kulturelle Unterschiede

2002

Novosibirsk (Russland) und Ulan Bator (Mongolei)

Wie in BRD führt Identifikation als psychische Erkrankung zur Assoziation von Hilfebedürftigkeit, Abhängigkeit und Wunsch nach sozialer Distanz. In Russland und Mongolei KEINE Assoziation mit „Gefährlichkeit“.

Medien?

Angermeyer, Buyantugs, Kenzine, Matschinger, 2004

Soziale Distanz

- **Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen als**
 - **MieterIn**
 - **ArbeitskollegIn**
 - **NachbarIn**
 - **Babysitter**

- **Heirat in Familie**
- **Aufnahme in sozialen Kreis**
- **Empfehlung als MitarbeiterIn**

Soziale Distanz - Daten

Nigeria/BRD

Nicht sich unterhalten	38/9%
Nicht als Arbeitskollegen	45/16%
Nicht Zimmer zu teilen	65/43%
Familie schämen	88/7%
Freundschaft fortführen	37/77%
heiraten	21/23%
1=bestimmt nicht	3=wahrscheinlich
2=wahrscheinlich nicht	4=ganz bestimmt

Soziale Distanz - Daten

Baumann et al, 2005 – vor/nach „Das Weisse Rauschen“

Angst sich zu unterhalten	1,4/1,5
stören als Arbeitskollegen	1,9/2,2
stören Zimmer zu teilen	2,4/2,7
Familie schämen	1,5/1,5
Freundschaft fortführen	3,3/3,0
heiraten	2,2/2,0

1=bestimmt nicht

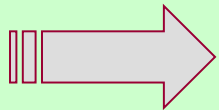
2=wahrscheinlich nicht

3=wahrscheinlich

4=ganz bestimmt

Soziale Distanz - PsychiaterInnen versus Allgemeinbevölkerung

- PsychiaterInnen sind noch positiver gegenüber gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen eingestellt als die Allgemeinbevölkerung, allerdings ebf. etwas „NIMBY“ (Entwertung von Immobilien)
- PsychiaterInnen sind bezüglich „sozialer Distanz“ nicht anders als die Allgemeinbevölkerung



Wissen verringert nicht soziale Distanz

Die Rolle von PsychiaterInnen als Vorbilder und Rollenmodelle in Anti-Stigma-Kampagnen muss überdacht werden

„nimby“

soziale Inklusion JA,

aber

not in my backyard

Iatrogenic stigma of mental illness

**„Begins with behaviour and attitudes of
medical professionals, especially
psychiatrists“**

Norman Sartorius, 2002, BMJ

Strukturelle Diskriminierung

Wo soll in der Allokation finanzieller Mittel für
Krankenversorgung NICHT gespart werden?

- **Krebserkrankungen > 80%**
- **Aids/HerzKreislauf > 40%**
- **Diabetes/Alzheimer/Rheuma > 25%**

- **Schizophrenie/Depression/Alkohol < 10%**

Dasselbe gilt für Forschungsgeld.

Beck et al, 2003

rechtliche Diskriminierung

PatientInnenrechte

Menschenrechte

Versicherungsrecht

Eherecht, Kirchenrecht

u.v.m.

Anti-Diskriminierungsgesetze

- **Arbeit**
- **Wohnen**
- **Freizeit**
- etc.**

- **soziale Ausgrenzung**
- **soziale Inklusion**

Stigma Erfahrung

Entwertung durch andere Personen	78%
beleidigende Darstellung in Medien	77%
als weniger kompetent behandelt	70%
Kontaktvermeidung	60%
Ablehnung Bewerbung	32%
Ablehnung als MieterIn	19%

Wahl, 1999

Stigma Erfahrung

**Mehr Stigmaerfahrung in persönlichen Interaktionen
(auch mit professionellen HelferInnen!) als strukturelle
Diskriminierung.**

**Häufiger ist der angegebene Grund die Tatsache in
Behandlung zu sein/in der Klinik gewesen zu sein.**

**Bei Schizophrenie gibt es mehr Stigmaerfahrung als bei
Depression.**

antizipierte Stigmatisierung

Ablehnung durch andere/Kontaktvermeidung

Ablehnung Arbeitsplatz/Partnerschaft

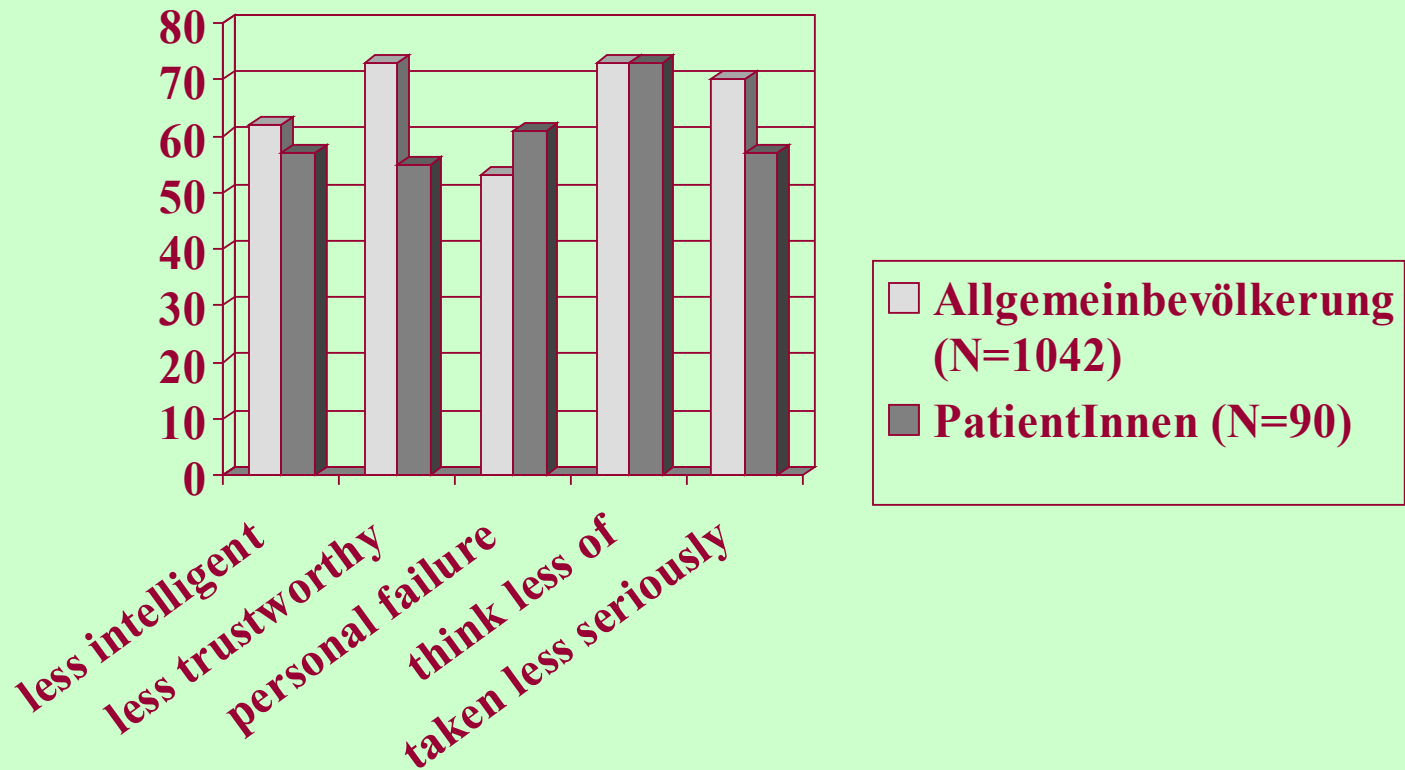
Rechtliche/Versorgungsnachteile

Berichterstattung/Darstellung in Medien

- **mehr antizipiert als tatsächlich erfahren**
- **kein Unterschied zwischen Depression und Schizophrenie**

Stigma-Erwartungen

(Freidl et al, 2003: How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness)



Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI) Deutsche Version

J. Ritsher, University of California, San Francisco

(Übersetzung: I. Sibitz, A. Unger, M. Amering, Medical University of Vienna)

Ich fühle mich fehl am Platz in der Welt, weil ich eine psychische Erkrankung habe.

Psychisch kranke Menschen neigen dazu gewalttätig zu sein.

Menschen diskriminieren mich, weil ich eine psychische Erkrankung habe

Ich vermeide es Menschen ohne psychischer Erkrankung nahe zu kommen, um nicht zurückgewiesen zu werden.

Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI) Deutsche Version

J. Ritsher, University of California, San Francisco

(Übersetzung: I. Sibitz, A. Unger, M. Amering, Medical University of Vienna)

Menschen behandeln mich oft herablassend oder wie ein Kind,
nur weil ich eine psychische Erkrankung habe.

Ich bin von mir selbst enttäuscht, weil ich eine psychische
Erkrankung habe.

Die psychische Erkrankung hat mein Leben verdorben.

Menschen können aufgrund meines Aussehens erkennen, dass
ich eine psychische Erkrankung habe.

Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI) Deutsche Version

J. Ritsher, University of California, San Francisco

(Übersetzung: I. Sibitz, A. Unger, M. Amering, Medical University of Vienna)

Ich meide gesellige Anlässe, um meine Familie oder meine Freunde vor Peinlichkeiten zu bewahren.

Ich kann nichts für die Gesellschaft beitragen, da ich eine psychische Erkrankung habe.

Da ich eine psychische Erkrankung habe, brauche ich andere, um die meisten Entscheidungen für mich zu treffen

Internalisiertes Stigma - Daten

- | | |
|---------------------------|------------|
| Insgesamt | 34% |
| • Entfremdung | 34% |
| • Stereotype | 28% |
| • Diskriminierung | 49% |
| • sozialer Rückzug | 42% |
-
- **Anti-Stigma Überzeugungen** **24%**
- **Internalisiertes Stigma untergräbt Moral –
besonders Entfremdung (*Ritsher & Phelan, 2004*)**

Derzeit Validierungsstudie in Wien (Sibitz, Unger, Amering)

Stigma Coping

- **offensiv**
Aufklärung
- **defensiv**
Kontaktvermeidung
Geheimhaltung

PatientInnen mehrheitlich für Einsatz aller 3 Strategien:

1. Aufklärung 2. Geheimhaltung 3. Kontaktvermeidung

Link et al, 1989

Profis?

Einstellungen zu möglichen Hilfen und Hilfesuchverhalten

- 5025 Interviews
- repräsentativ für BRD Allgemeinbevölkerung
- Mai und Juni 2001
- strukturiertes Interview mit Fallvignetten
- Fragen zu Hilfeempfehlungen, Präferenzen, Annahmen zu Ursache

Riedel-Heller et al, 2004

Einstellungen zu möglichen Hilfen und Hilfeempfehlungen

- Für Schizophrenie empfohlen 77% professionelle Hilfe, für Depression 65%
- Am häufigsten als 1. Wahl empfohlen wurde Psychotherapie (Schizophrenie 64%, Depression 53%)
- Bei Scheitern 2. Wahl waren Medikamente (1/2 Sch, 1/3 Dep) und Entspannung Sch 1/3, Dep 1/3)
- Naturheilverfahren kamen als erste Wahl etwa gleich häufig vor wie Medikamente – für Schizophrenie 15%, für Depression 11%

Hilfeempfehlungen

Psychotherapie wird in Anlehnung an Psychoanalyse als kausale Therapie angesehen.

Psychopharmaka werden als symptomatische Therapien gesehen, Abhängigkeit als grosse Gefahr und Persönlichkeitsveränderungen als Folge gefürchtet.

Riedel-Heller et al, 2004; Althaus et al, 2002

Einstellungen zu möglichen Hilfen und Hilfesuchverhalten

**Für Schizophrenie empfohlen 77%
professionelle Hilfe, für Depression 65%**

**Dabei hat sich seit 1993 für die neuen
Länder der Trend zur professionellen
Hilfe verstärkt**

Einstellungen zu möglichen Hilfen und Hilfesuchverhalten

Schizophrenie

77% empfehlen professionelle Hilfe

PsychiaterIn 35%

PsychotherapeutIn 25%

praktische/r ÄrztIn 17%

Depression

65% empfehlen professionelle Hilfe

PsychotherapeutIn 22%

PsychiaterIn 21%

praktische/r ÄrztIn 20%

Einstellungen zu möglichen Hilfen und Hilfesuchverhalten

Ältere Leute empfehlen gerne den praktischen Arzt

Höher gebildete eher Vertrauenspersonen und Profis

Empfehlungen sind abhängig von der Definition als „Fall“
und von den Annahmen zu den Ursachen (z.B.
biologische Ursachen verringern die Häufigkeit der
Idee der Selbst- und Laienhilfe, die eher bei life-events
und Stress als angenommene Ursache empfohlen
wurden)

Riedel-Heller et al, 2004

Hilfeempfehlungen

Beeinflusst werden Hilfeempfehlungen durch Definition

- **als Fall ja/nein (Unterschied bez. Psychotherapie, NICHT bez. Medikamente) und**
- **Sch/Dep – z.B. Schizophrenie Psychotherapie
Depression Meditation, Naturheilverfahren**

sowie durch Annahmen über Ursachen, z.B.

- **stress – Entspannung, Meditation**
- **life-events - Psychotherapie**
- **genetisch - Medikamente**

Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics?

Rössler et al (1999)

not the place per se, but the amount of social support (increasing qol), and

severity of illness (decreasing qol)

level of education (decreasing qol)

subjective susceptibility (decreasing qol)

idiosyncratic assumptions (increasing qol)

negative assumptions about prescribed drug treatment (increasing qol)

PatientInnen mit Schizophrenie und ihre Einstellungen zur medikamentösen Behandlung

Unterschiede zwischen PatientInnen mit „pharmakophilen“ und „pharmakophoben“ Haltungen gibt es nur in Bezug auf

- **Behinderungen durch Medikamente im Alltagsleben**
- **Hilfe durch Medikamente im Alltagsleben**
- **Krankenhausaufenthalte („pharmakophil“ nach 2-5 Aufenthalten, 1 und >5 „pharmakophob“)**

Sibitz I, Katschnig H, Gössler R, Unger A, Amering M (2005) Pharmacophilia and Pharmacophobia: Determinants of Patients' Attitudes towards Antipsychotic Medication. Pharmacopsychiatry 38: 107-112

Pharma-Werbung

Antidepressiva – positive Bilder

Antipsychotika - 3/5 negative Bilder

D. McKay, British Journal, 2000

Interventionen

„Es ist leichter ein Atom zu zerstören als ein Vorurteil“

Albert Einstein

Interventionen

- **Reduzierung von Stereotypen zur Reduzierung von individueller Diskriminierung**
- **Einflussnahme auf Politik gegen strukturelle Diskriminierung**
- **Empowerment, Recovery**
(Interessensvertretung, Selbsthilfe, peer specialists)
- **therapeutische Interventionen gegen Selbststigmatisierung**

Angermeyer, 2004

Interventionen

Zeitungen – Mediawatch; Studien Schizophrenie, Demenz

Fernsehen – Mediawatch, stigma busters, raspberry awards, Kommissar Rex, „Peak Practice“ (UK), Aus/NZ soap

Filme – „A beautiful mind“, „Shine“, „Das Weisse Rauschen“, „Rainman“, „Mr. Jones“

Schulprojekte

HPE Wien (D. Simon)

**Leipzig – Irre menschlich – „It’s normal to be different!“
– „Me? I’m not crazy!“ – „Being different. What is it
like? Who are we?“ – „We all have to find our way!“ –
Crazy! So what?“(Schulze, 2003)**

**Hamburg – Irre Menschlich - dialogische Initiative mit
grossem Erfolg (Bock, Naber, 2003)**

Schulprojekte

Tirol (Meise et al, 2001)

- **Wissenszunahme und Verringerung der sozialen Distanz nach Unterricht durch Betroffene und PsychiaterIn**
- **Wissenszunahme, jedoch keine Verringerung der sozialen Distanz nach Unterricht durch SozialarbeiterIn und PsychiaterIn**

Interventionen

www.openthedoors.com

WPA und Eli Lilly

BASTA - Das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen - gegen die Diskriminierung psychisch Kranker

SANE - Das internetbasierte Stigma-Alarm Netzwerk

Schizophrenie 2005

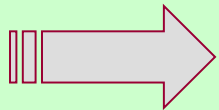
Angermeyer und Matschinger; Brit J of Psychiatry, 186, 331-334

- Menschen mit Schizophrenie werden heute mehr abgelehnt als vor 10 Jahren
- Veränderungen in Richtung der Etablierung eines biologischen Modells der Verursachung von Schizophrenie ist nicht mit einer positiven Veränderung der Einstellung gegenüber erkrankten Menschen verbunden.
- Die diesbezüglichen Anstrengungen sind möglicherweise nicht mit Erfolg im Hinblick auf eine Verringerung der sozialen Distanz verbunden.

PsychiaterInnen versus Allgemeinbevölkerung

PsychiaterInnen sind noch positiver gegenüber gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen eingestellt als die Allgemeinbevölkerung, allerdings ebf. etwas „NIMBY“ (Entwertung von Immobilien)

PsychiaterInnen sind bezüglich „sozialer Distanz“ nicht anders als die Allgemeinbevölkerung



Wissen verringert nicht soziale Distanz

Rolle von PsychiaterInnen als Vorbilder und Rollenmodelle in Anti-Stigma-Kampagnen muss überdacht werden

Prominente Personen mit MDK-Diagnose

Ted Turner

Robert Hochner

Kay Jamison

Prominente StimmenhörerInnen

Sokrates

Hildegard von Bingen

Johanna von Orleans

....

John Nash

**Paddy McGowan, Stephanus Binder, Netzwerk
spinnen, Nest**

Ron Coleman

„Psychotic and Proud“



„I hear voices.....“

.....and they don't like you!“



Behinderung versus Krankheit als label

**Anti-Diskriminierungsarbeit gemeinsam mit anderen
Gruppen von Behinderten und Minderheiten**

Behinderung als label anstelle von Krankheit?!

**World/European Network of Users, Ex-users, survivors
of psychiatry (Csx)**

Autistic liberation front, UK

WNUSP/ENUSP Policy

World/European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry

- ✓ **Human rights**
- ✓ **Patients' rights**
- ✓ **Alternatives**

- ❖ **Improvement of mental health services**

UNO, WHO, EU, Open society,

Modelle zur Bekämpfung von Diskriminierung

(Liz Sayce, 2000)

**das Modell „Gehirnerkrankung“
(the brain disease model)**

**das Modell „persönliches Wachstum“
(the individual growth model)**

**das libertäre Modell
(the libertarian model)**

**das Modell sozialer Integration
(the disability inclusion model)**

Signifikante Zusammenhänge

Ein psychosoziales Modell reduziert Ärger und fördert Mitleid

Ein biologisches Krankheitskonzept - besonders bei Schizophrenie - fördert Assoziationen mit Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit und vermehrt Angst und Ärger und verringert Mitleid

Annahmen über einen schlechten natürlichen Verlauf fördern Ärger

prognostischer Negativismus
„recovery - an alien concept“

prognostische Einschätzungen – Schizophrenie - DSM

„Volle Rückkehr zu einem Leben wie vor der Erkrankung ist so selten, dass sich in diesem Fall Zweifel über die Diagnose ergeben.“ (DSM-III)

(R.P.Lieberman et al, 2002)

„Vollremission (...) ist wahrscheinlich bei dieser Störung nicht zu erwarten“ (DSM-IV)

(APA, 1994)

prognostische Einschätzung - Schizophrenie

**„Niemand von uns würde sich anstrengen,
wenn wir glauben würden, es wäre
umsonst“**

(National Empowerment Center, 1999)

prognostische Einschätzung – Schizophrenie - ICD

„..am besten für die Haltung von *ICD-10* scheint es, alle Annahmen über unbedingte Chronizität der Schizophrenie zu vermeiden, und den Ausdruck als Beschreibung zu sehen für ein Syndrom mit höchst unterschiedlichen Ursachen und Verläufen“

Klassifikation der Untergruppen der Schizophrenie

z.B. paranoide Schizophrenie

(„.. Die Prognose für die paranoide Schizophrenie scheint sehr viel besser zu sein als für andere Untergruppen...“)

Residualsyndrom

(„..kann zeitbegrenzt auftreten und einen Übergang zwischen einer vollen Episode und vollständiger Remission darstellen“)

DSM-IV, APA 1994

Veränderungen

„schizophrener Defekt“

Heinrich Donat

„Residualsyndrom“

Stewart Hendry

„ein Übergang zwischen einer vollen Episode und kompletter Remission“ (*DSM-IV*)

„recovery“

- ✓ **Erholung, Besserung**
- ✓ **Genesung, Gesundheit**
- ✓ **Bergung, Rettung**
- ✓ **Rückgewinnung**
- ✓ **Wiedergewinnen, Wiederfinden**

„recovery“

I. Selbstzeugnisse von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

(P. Deegan, D. Fisher, M.E. Copeland, K. Jamison, u.v.a.)

- **Recovery – an Alien Concept** *(R. Coleman)*
- **Reichtum/Besitz der eigenen Erfahrung**

recovery

II. Epidemiologische Daten zum Krankheitsverlauf der Schizophrenie

c) Symptomremission nach frühzeitiger Behandlung

(e.g. Gitlin et al, McGorry et al, Hegarty et al)

b) Soziale „recovery“ auch nach langjährigen Verläufen

(e.g. Harrison et al, Harding et al, Ciompi, Bleuler)

recovery

- ein Prozess
- ein Ergebnis

➤ beides

recovery – ein Prozess

- **Hoffnung** (Ressourcenorientierung, individuelle Ziele, positive prognostische Einschätzung)
- **Heilung** (Selbstgefühl unabhängig von der Erkrankung finden, Selbstachtung, Selbstwertgefühl, Kontrolle)
- **empowerment** (Autonomie, Verantwortung)
- **Gesellschaftlichen Anschluss** (soziale Inklusion)

Jacobson and Greenley, 2001

recovery als Ergebnis

Funktionen

versus

Symptome

Sinnerfülltes Leben

versus

Inanspruchnahme fachlicher Hilfe

recovery - Kontext

**Menschenrechte/BürgerInnenrechte/
PatientInnenrechte**

recovery-Orientierung der Behandlung

Recovery und evidenzbasierte Interventionen

- **25% aller PatientInnen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen erhalten eine Behandlung, die dem vollen derzeitigen Wissensstand und Leitlinien entspricht**

(Wang, Berglund, Kessler, 2000)

- **Dasselbe gilt für Schizophrenie** *(Lehmann, 2001)*

Recovery

und die biologische Psychiatrie

- **Remission**
- **Recovery**
- **Einschätzung der Schizophrenie Prognose korrigieren**
- **Neue Behandlungsziele**
- **Definitionen**

„Jemand, der an uns geglaubt hat, hat uns zur Gesundheit geholfen “

Dan B. Fisher, M.D., Ph.D.

„eine Ärztin, die an mich geglaubt hat. Sie hat nie aufgegeben. Sie war die einzige, die nicht aufgegeben hat... “

„... Hat mich motiviert weiterzukämpfen. Gib nicht auf. Lass nicht die anderen sich durchsetzen. Kämpf einfach weiter. “

„Sie hat an mich geglaubt. ... Sie schickte mir eine Karte ‚machs weiter so gut!‘ Sie hat etwas in mir gesehen. Von Anfang an hat sie mir gesagt, dass vieles für mich spricht. Sie hat mir Mut gegeben und mich angespornt.“

,Holders of Hope‘

"So many times we ask our mental health professionals to be our ,Holders of Hope‘.

Sadly most of them however can't be our ,Holders of Hope‘ because they come from the 'mind set' that ,I do not believe that you can recover, therefore you cannot recover'".

Helen Glover

Evidenzbasierte Praxis und recovery-Orientierung

**Diejenigen, die FÜR die am schwersten Behinderten
Menschen eintreten, kämpfen aus Gründen des
KonsumentInnenschutzes für evidenzbasierte
Interventionen**

**PatientInnen in recovery kämpfen für recovery-
Orientierung, d.h. Autonomie, Wahlfreiheit, Hoffnung**

Die meisten PatientInnen brauchen beides.

Kämpft gemeinsam! Forscht zu beidem!

(Frese et al, 2001)

Evidenzbasierte Praxis und recovery-Orientierung

W Anthony, ES Rogers, M Farkas (2003):

- 3. Ergebnismessungen sollten sich daran orientieren, was wichtig ist für recovery und was PatientInnen selbst als wesentliche Ziele vorschlagen**
- 5. Subjektive Ziele und qualitative Methoden sollte mehr Aufmerksamkeit im Rahmen der Forschung erhalten**

Evidenzbasierte Praxis und recovery-Orientierung

- 3. Die Forschung sollte versuchen, herauszufinden, weil bis heute publizierte Resultate der Versorgungsforschung nur selten positiven Einfluss auf recovery zeigen konnten.**
- 4. Die Forschung sollte mehr Untersuchungen zur Beziehung zwischen HelferInnen und Hilfesuchenden durchführen, da diese Beziehung anscheinend eine wichtige Rolle spielt für recovery.**

evidence-based practice and recovery orientation

5. Forschung sollte vermehrt spezifische Komponenten von Behandlungsprogrammen untersuchen, nicht nur das ganze Paket auf einmal.
6. Forschung sollte Behandlungsmodelle auf ihre Anwendbarkeit und Wirksamkeit unter verschiedenen kulturellen und kontextuellen Bedingungen untersuchen.
7. Forschung sollte sich auch mit Werten und Menschenbild von Hilfeangeboten befassen

recovery-orientierte Praxis

- **Personenzentrierung** anstatt **Institutionszentrierung**
Lebensfeldorientierung, Kontinuität, Multidisziplinarität, Mobilität
- **integrative Behandlung**
- **distale UND proximale Interventionen**
Watts and Priebe, 2003
- **Zusammenarbeit FÜR Veränderung**
collaborative commitment for change
- **Selbsthilfe und Interessensvertretung**

Recovery-orientierte Psychopharmakologie: Neudefinition der Ziele der pharmakologischen Behandlung

Noordsy et al, J Clin Psychiatry 2000

- **Medizinisches Modell**
- **Rehabilitations-Modell**
- **Recovery-Modell**

in der Arbeit mit Menschen mit Psychosen

Medizinisches Modell in der Arbeit mit Menschen mit Psychosen

Theoretische Grundlage

Psychosen sind Gehirnerkrankungen

Diagnostische Erhebungen

Symptome

Anamnese

Befunde

Diagnose nach standardisierten Kriterien

Behinderungen

Medizinisches Modell in der Arbeit mit Menschen mit Psychosen

Behandlung

biologisch ausgerichtet
diagnosegesteuert

Ziel

Symptomreduktion

Forschung

von der Diagnose zur Ätiologie
Ursache finden und kurative Intervention entwickeln

Prototyp

Parkinson'sche Erkrankung

Rehabilitations-Modell in der Arbeit mit Menschen mit Psychosen

Theoretische Grundlagen

Psychosen verursachen Funktionseinschränkungen, für die es keine kurativen Behandlungen gibt

Diagnostische Erhebungen

Ressourcen, Fertigkeiten

Frühere Interessen und Fähigkeiten

körperliche Leistungsfähigkeit

Funktionsniveau

Rehabilitations-Modell in der Arbeit mit Menschen mit Psychosen

Behandlung

ressourcenorientiert

Arbeitsrehabilitation, Training sozialer Fertigkeiten

Lebensstilveränderungen (Hygiene, Diät, Sport)

Ziel

Funktionsoptimierung, Integration in die Gesellschaft

Forschung

Entwicklung effektiver Methoden zur
Funktionsoptimierung

Prototyp

kardiale Rehabilitation

Recovery-Modell in der Arbeit mit Menschen mit Psychosen

Theoretische Grundlage

Menschen mit Psychosen können sich eher in sozialen Rollen und Beziehungen neu definieren als durch ihre Behinderung

Diagnostische Erhebungen

individuell relevante Einschränkungen durch die Erkrankung

Teilhabe, Kontrolle über das eigene Leben und die eigene Erkrankung

PatientInnenrolle, Institutionalismus

Recovery-Modell in der Arbeit mit Menschen mit Psychosen

Behandlung

- durch Betroffene vorgegebener Veränderungsprozess
- KlinikerIn als BeraterIn, VermittlerIn, UnterstützerIn
- gemeinsame und Selbsthilfe-Interventionen
- Entwicklungen fördern, Möglichkeiten, Hoffnungen und Lebensträume berücksichtigen
- Motivational Interviewing (MI)
- Klare Aussprache wichtiger Einschätzungen
- sinnerfüllten Rollen im Leben anstelle der PatientInnenrolle
- Gesundheitsförderung anstelle von Konzentration auf die Erkrankung

Recovery-Modell in der Arbeit mit Menschen mit Psychosen

Ziel

ein sinnerfülltes Leben

Forschung

Versuch recovery-Prozesse messbar zu machen

Korrelationen zwischen recovery und traditionellen outcome-Variablen

Beitrag von professionellen HelferInnen zum recovery-Prozess

Prototyp

Krebs (Paradigmenwechsel, Selbsthilfe)

Alkoholbehandlung

Sprache und recovery

Beispiele

„Person first!“

**„Personen mit psychischen Erkrankungen, „Menschen, die an bipolaren Störungen/schizophrenen Psychosen leiden“ anstelle von „psychisch kranke Menschen“
„Schizophrene“, „Depressive“**

„Wiedererkrankung“ versus Rückfall

**„Übereinstimmung“ anstelle von „Compliance“
(Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997)**

Consensus Statement zur Psychiatrischen Prävention WPA/Sektion Präventive Psychiatrie

„Traditionelle krankheitsorientierte Behandlung sollte sich erweitern zu integrativen, multidimensionalen Konzepten auf der Basis einer positiver Haltung und einer Reduktion der vorherrschenden Skepsis gegenüber der Möglichkeit der Gesundung“

Kontinuität der Identität

Psychiatric Advance Directives (PAD)

„... dass ich Menschen habe, denen ich gesagt habe: wenn ich krank werde, ist es das allerwichtigste, dass *IHR DIE LEUTE DARAN ERINNERT, WER ICH BIN*, damit sie nicht so böse auf mich sind.“

Amering M, Stastny P, Hopper K (2005) Psychiatric Advance Directives: qualitative study of informed deliberations of mental health service users. British Journal of Psychiatry 186, 247-252

recovery

HOFFNUNG-MACHT-SINN

Modelle zur Bekämpfung von Diskriminierung

(Liz Sayce, 2000)

**das Modell „Gehirnerkrankung“
(the brain disease model)**

**das Modell „persönliches Wachstum“
(the individual growth model)**

**das libertäre Modell
(the libertarian model)**

**das Modell sozialer Integration
(the disability inclusion model)**