

## **DGBS-Jahrestagung 2014**

Symposium XVII: Zwischen allen Stühlen – Selbst betroffene Psychiaterinnen und Therapeutinnen

### **Margret Osterfeld: Die Diagnose, das Stigma und die Dienstpflicht**

Beiden Co-Referentinnen kann ich inhaltlich nur zustimmen und ich kann all das bestätigen, was sie bereits sagten. Weil mir mein Beruf lieb und teuer war, nahm ich sorgfältig mein Lithium - es hat sicher dazu beigetragen, dass meine Fehltage wegen Krankheit nicht höher waren als im Klinikdurchschnitt. Die rasch gestellte Diagnose löste große Selbstzweifel aus, so musste ich ein Jahr mit mir ringen, bis ich 2002 mit meiner Patientenerfahrung an die Öffentlichkeit ging. Innerhalb einer Klinikhierarchie wird man dadurch nicht beliebter, doch meine fachlich-inhaltliche Fähigkeit, mit akut kranken Menschen eine tragfähige Beziehung einzugehen, hat durch meine Erfahrungen als Psychatriepatientin eher zugenommen. Eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung ist das Wichtigste, wenn eine Krankenhausbehandlung zum Erfolg führen soll, nicht die Frage, ob und welche Medikamente man schluckt. Im Jahr 2000 wollte man mich mit dem Mittel der Zwangseinweisung nötigen, Gabapentin zu schlucken, ein Medikament, das bis heute nicht zugelassen ist zur Behandlung der Bipolaren Störung. Rasch wird man zum Versuchskaninchen karriereorientierter Chefärzte, die gerade eine wissenschaftliche Studie betreiben. Die Aufklärung zur Medikation, die wohlinformierte Zustimmung wird da leicht zur lästigen und daher unterlassenen Pflicht.

Ich kann bestätigen, wie leicht durch Aufgabenüberhäufung und später mit offener Androhung des Approbationsentzugs ein Chefarzt versuchte, die unliebsame Kollegin aus dem Beruf zu drängen. Meine persönliche These ist: Hätte ich diese Krankheits- und Behandlungserfahrung vor meinem 25. Lebensjahr gemacht, also bevor ich eine gewisse persönliche und berufliche Stabilität erreicht hatte, wäre ich heute womöglich eine "chronische Patientin": arbeitslos, ausgeschlossen von gesellschaftlicher Teilhabe oder gar im Heim. Ist das die Aufgabe der Psychiatrie? Heute, inzwischen in der Freistellungsphase der Altersteilzeit, kann ich die Frage so offen stellen. Seit sieben Jahren habe ich nun weder Lithium noch einen Psychiater gebraucht - wie chronisch ist die Bipolare Störung nun?

Sicher ist, dass die Selbsthilfe ein wichtiger Teil der Krankheitsbewältigung ist und hier liegt auch die Bedeutung der DGBS. Etwa 1200 von der Diagnose Betroffene sind in ihr organisiert. Ich möchte fast wetten, das darunter mehr medizinisch Tätige sind als wir drei Frauen hier vorn. Seit gestern hat die DGBS sogar eine betroffene Ärztin im Vorstand. Ich wünsche mir, dass die DGBS sich genau den von Frau Freisen wissenschaftlich untermauerten Aufgaben zuwendet. Dass sie aktiv die Beteiligung von Betroffenen auch im medizinischen Alltag - im Sinne des Peer-Involvement fördert. Dies ist heute der Tätigkeitsbereich von Frau Schmäuser. Dass sie mit dazu trägt, dass eine psychiatrische Störung nicht per Approbationsordnung zum Berufsverbot führen kann und die Behindertenrechtskonvention mit ihrer Forderung nach Inklusion auch hier mit Leben erfüllt wird.

Wer Sinn hat für schrägen Humor, kann die Beschreibung der Hypomanie im ICD 10 durchaus in eine zeitgemäße Stellenanzeige übertragen: körperlich und seelisch leistungsfähig, starker Antrieb und Aktivität, nur das „flegelhafte Verhalten“ würde in solch einer Anzeige „durchsetzungsfähig“ heißen.