V-3-226: Verbesserte Therapie, Versorgungslage und Prävention von psychischen Krankheiten

Antragsteller*innen Simon Feyrer

Antragstext

Von Zeile 225 bis 227:

und die Individualität von Behandelnden häufiger als krank angesehen. Die Behandlung jedoch sollte nicht dazu ~~dienen, einen "normalen" Menschen zu erschaffen, sondern ausschließlich den individuellen Leidensdruck zu mindern.~~dienen, Menschen sozialen Normalitätsvorstellungen anzupassen, sondern um den individuellen Leidensdruck zu mindern. Auch die Psychotherapie reproduziert gesellschaftliche Verhältnisse. Psychotherapie anbieten darf nur, wer ein Hochschulstudium absolviert hat, viele gesellschaftlich marginalisierte Gruppen sind unter Therapierenden nicht ausreichend vertreten. Wichtige Perspektiven und Erfahrungshorizonte bleiben so außen vor-obwohl die Forschung zu Psychotherapie eine gute Passung von Therapeut:in und therapierter Person als eine zentrale Erfolgsvoraussetzung ausgemacht hat.

Psychotherapie ist oft besonders für Menschen in besonders verletzlichen Lagen wichtig, etwa traumatisierte Geflüchtete oder depressive Suchtkranke. Therapierende müssen dafür sensibilisiert werden, hier ihr Handeln immer am Willen von Patient*innen auszurichten, und die notwendigen Ressourcen erhalten um Allen eine angemessene Versorgung gewährleisten zu können.

Begründung

Psychotherapeut*innen sind Teil der Gesellschaft und gegen deren Schwächen keineswegs immun. Sexismus, Rassismus und andere reaktionäre Ideoligien werden auch in Therapiekontexten reproduziert, was durch die oft starke Machtposition Therapierender besonders problematisch ist, wie beispielsweise an der rassistischen Tötung Tonou Mbobdas im UKE deutlich wird (https://taz.de/Patient-stirbt-nach-Zwangsmassnahmen/!5702144/). Um so wichtiger ist eine kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Verhältnissen in der Ausbildung. Vielfältige Therapierende sind zudem notwendig, weil psychische Krankheiten nicht nur individuelle Ursachen haben. Für marginalisierte Gruppen ist psychische Hilfe

zugänglicher, wenn im Gesundheitssystem Menschen mit einem vergleichbaren Erfahrungsschatz arbeiten.
Weitere Barrieren, etwa sprachliche, werden derzeit durch eine schlechte Ressourcenausstattung geschaffen. In stationären Einrichtungen beispielsweise kommt es vor, dass Patient*innen ohne Deutschkenntnisse nur ein Dolmetschergespräch pro Woche haben und deshalb das nichtmedikamentöse Therapieangebot überhaupt nicht oder kaum wahrnehmen können.