

Klaus Weise

Der Nestor der sozialen und humanen Psychiatrie in Leipzig

Prof. Dr. rer. medic. Holger Steinberg

Archiv für Leipziger Psychiatriegeschichte
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Fakultät, Universität Leipzig

Ab 1953: Assistent an der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig



Quellen: Bresler, Deutsche Heil- und Pflegeanstalten. Bd. 1. Halle: Marhold, S. 475; Kai Müller-Hegemann, privat



- Psychiatrische Station der Uniklinik mit 90 Betten im Haus A 1 der Heil- und Pflegeanstalt Dösen
- Direktor: Dietfried Müller-Hegemann (1910-1989)

Theoretische Fundierung der sozialen und humanen Psychiatrie Weises

1. Phänomenologisch-anthropologische und daseinsanalytische Psychiatrie

1957 - 1958: Oberarzt am Fachkrankenhaus in Rodewisch
Begegnung mit Karl Peter Kisker (1926-1997)

- Mensch als Ganzes und nicht als Organsystem
- Symptom als sinnhafte „Mit-Teilung“; „Ver-rücktheit“, Psychose als „krisenhafte Abwandlung des menschlichen Daseins“
- Psychonomie (Weise & Thom, 1966)
- „begegnendes Verstehen“



Quelle: Bernd
Wannenmacher,
privat

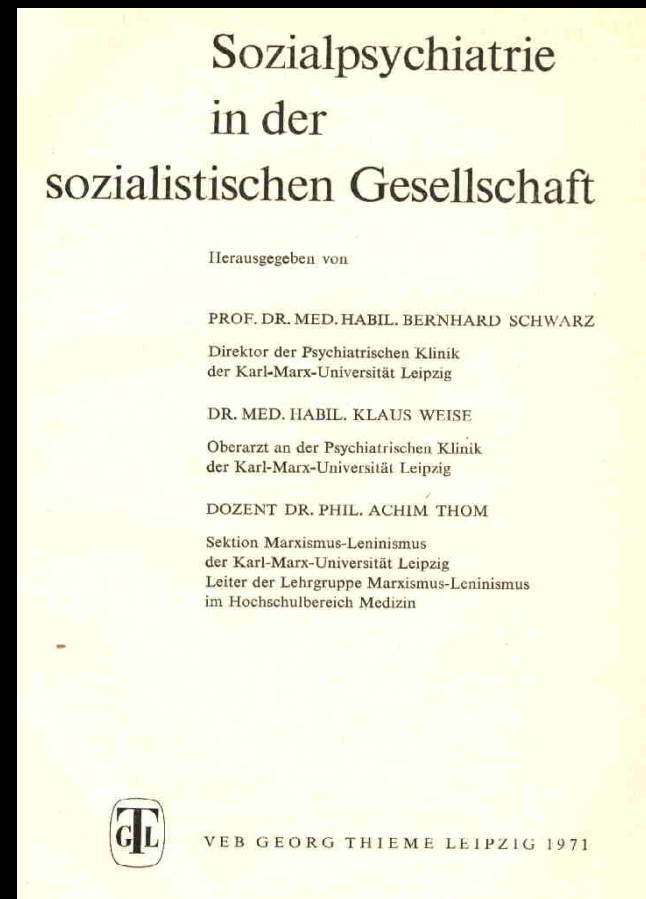
Theoretische Fundierung der sozialen und humanen Psychiatrie Weises

2. Marxismus

Zusammenarbeit & Freundschaft mit Achim Thom (1935-2010)

- gesellschaftliches Sein bestimmt Bewusstsein: Deformierungen sozialer Wechselwirkungen zwischen Individuum und Gesellschaft => Ursachen für neurotische, psychosomatische und schizophrene Erkrankungen (Thom & Weise, 1973)
- „Entfremdung der Arbeit“: Privateigentum an Produktionsmitteln beraubt den Menschen eigener Fähigkeiten (Thom, 1971)

Aber: psychische Krankheit als „Dekompensation des Systems Persönlichkeit - der psychophysischen Struktur in ihrer Fähigkeit der Anpassung an die Umwelt“ (Weise & Thom, 1966)



Grundsätze für die klinische Praxis

1. Diagnostik und Nosologie

Naturwissenschaftliche psychiatrische Forschung „allein nicht ausreichend“
„Irrelevanz des medizinischen Krankheitsverständnisses“

weil:

1. Relative Autonomie des Psychischen und Psychopathologischen vom Somatischen; Psychopathologie als psychisches Prozessgeschehen
 2. soziale Determiniertheit des Menschen
- **Nosologie** (Weise & Thom, 1968):
 - „notwendig“
 - Kraepelin und Leonhard „rein biologisch-erbprognostisch orientiert“ => „Ordnungsfaktoren biologischer Art, die völlig hypothetischer Natur sind“
 - „alle psychopathologisch-symptomatologische Nosologie nur relativ und Typenbestimmungen – keine Entitäten“
 - für Therapie und Prognose „nicht ausreichend“
 - **„außernosologische Betrachtungsweisen“:**
 - „sinnvoll und zulässig“

Grundsätze für die klinische Praxis

1. Diagnostik und Nosologie

Schlussfolgerungen:

1. Klinische Symptome = Hinweise auf psychophysische Zusammenhänge
1. Psychologische Forschungsergebnisse = Hinweise auf psychosoziale Zusammenhänge => „Rang einer Hauptrichtung der psychiatrischen Forschung ... in Wechselwirkung zu allen anderen Richtungen“ (Weise, 2011)

Grundsätze für die klinische Praxis

2. Menschbild und Therapie

Notwendigkeit einer „Alternative zum medizinischen Krankheitsverständnis, die dem psychisch Kranken **Menschenwürde** und **Selbstbestimmung** gibt, ... den Patienten als Person und Subjekt ... im Kontext von Biographie und Lebenssituation in den Mittelpunkt stellt.“ (Weise, 2011)

- Psychopathologie als Subdisziplin einer „subjektorientierten Psychologie“
- Konflikt- und personenzentrierte Psychotherapie:
 - Kommunikation über persönlichen Sinn der Erkrankung
 - Entwicklung eines gemeinsamen Bezugssystems zwischen Welt und Welt des Klienten (Selbstaktualisierung)
- **Basistherapie**: Carl Rogers klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

Grundsätze für die klinische Praxis

2. Menschbild und Therapie: klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

- keine wissenschaftliche Orientierung an überindividuellen Diagnosen/Symptomen/Störungen sondern:
- teilnehmend-empathische, akzeptierende, wertschätzende Haltung des Therapeuten gegenüber dem Individuum; Wahrung der Würde des Klienten
- selbstbestimmende, therapiesteuernde Rolle des Klienten, da selbst „Experte seiner seelischen Probleme“
- Therapie nicht als Herrschafts- und Kontrollwissenschaft; „Patient nicht das Objekt des dominierenden Therapeuten“; Therapeut = „Partner auf Augenhöhe“
- **Ziel: Hilfe zur Selbsthilfe**

Praktische Umsetzung der sozialen und humanen Psychiatrie

1.: in der eigenen Abteilung bzw. Klinik

ab 1958 Oberarzt der Psychiatrischen Abteilung

ab 1973/74 bis 1995 Direktor der Klinik und Ordinarius für Psychiatrie

- Komplextherapie
- 1961 Gruppentherapie, 1963 Tagespatienten, 1965 Angehörigengruppe, 1967 Therapeutischer Club, Prinzip der ‚Therapeutischen Gemeinschaft‘, multiprofessionelle Teamarbeit
- 1966 Öffnung aller Türen, Entfernung der letzten Gitter, Reduzierung von Zwang
- 1969 Geschlechtsgemischte Stationen, Abschaffung der Krankensäle und Isolierzellen, der Anstaltskleidung etc., Öffnung zum sozialen Umfeld, Enthierarchisierung (gemeinsame Feste, Urlaubsreisen, Kulturveranstaltungen)
- Patientenselbstverwaltung und Mitverantwortung (Rat, Sprecher, Empfangskomitee)

Praktische Umsetzung der sozialen und humanen Psychiatrie: 1.: in der eigenen Abteilung bzw. Klinik

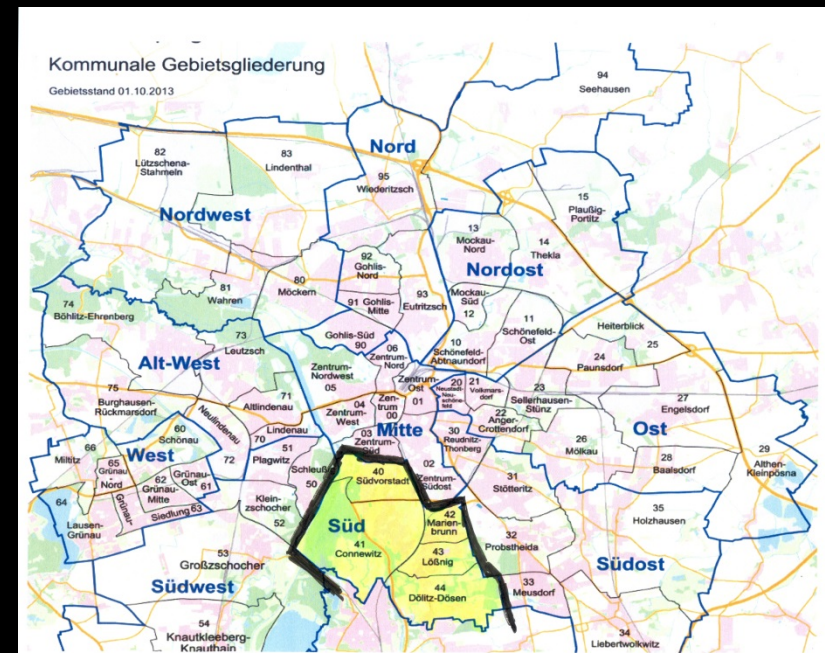


1984: Wiedereinzug der
Psychiatrischen Klinik in das Klinische
Viertel Liebigstraße
im Bettenhaus des
Universitätsklinikums der 6. Etage
= Psychiatrie im Verbund mit den
somatischen Kliniken

Praktische Umsetzung der sozialen und humanen Psychiatrie: 2.: in der Stadt Leipzig

1975/76: Sektorisierung (Weise, Bernhard Schwarz-Dösen, Rat der Stadt Leipzig-Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen)

- psychiatrische Versorgung als „gemeindenahes Versorgungssystem“
- volle psychiatrische Pflichtversorgung für Stadtbezirk Leipzig-Süd mit 110.000 erwachsenen Einwohnern
- Ambulante Versorgung mit Fachabteilung der Poliklinik Süd (,Modellprojekt gemeindenaher Psychiatrie‘)
- Schrittmacherdienste in der praktisch-institutionellen Umsetzung: 2. deutsche Klinik
- Gegenmodell zu den ‚Rodewischer Thesen‘





Quelle: Arch Lpz Psychiatrgesch

Veränderung der Perspektive zum
Betroffenen =

„die erste Stufe der sozialpsychiatrischen
Psychiatriereform, eigentlich die primäre
und grundlegende“ (Weise, 2011)

„Sozialpsychiatrie ohne Psychotherapie, wie sie sich in den
letzten Jahrzehnten zunehmend technokratisch entwickelt,
bleibt immer ein Fragment, weil das Wesentliche, der
Betroffene als Subjekt, ausgeblendet wird. Deshalb habe ich
mich auch mit der Einordnung als Vertreter der
Sozialpsychiatrie nie so recht identifizieren können.“

(Weise Interview 2005; Weise 2011)