

Zur Zukunft der Schweizer Psychiatrie

Ciampi Luc, Studer Karl

Interview mit Prof. em. Dr. med. et h.c. Luc Ciampi

Karl Studer: *Du überblickst nun drei bis vier Generationen von Psychiatern mit ihrem psychiatrischen, psychosozialen und psychodynamischen Wissen. Wo steht die Schweizer Psychiatrie derzeit, wo im internationalen Vergleich? Oft werde ich den Eindruck nicht los, dass viele Erfahrungen der letzten Jahrzehnte verloren gegangen sind.*

Luc Ciampi: Ich möchte vorausschicken, dass ich, mit meinen bald 91 Jahren, schon seit 26 Jahren pensioniert bin und somit nur noch ein sehr partielles Bild von der Lage der Psychiatrie in der Schweiz und anderswo haben kann. Allerdings habe ich dank meinen Vorträgen, Seminaren und Supervisionen bis in die letzten Jahre hinein noch immer recht viele Kontakte mit in- wie ausländischen Institutionen aufrechterhalten können. Aus dieser fragmentarischen Perspektive steht die Schweiz in meinen Augen sicher nicht schlechter da als die Psychiatrie anderer westeuropäischer Länder, in verschiedener Hinsicht sogar eher besser: Die Schweizer Psychiatrie profitiert nach wie vor von ihrer grossen und seit jeher bestehenden Offenheit für die verschiedensten fachlichen Orientierungen, von der Psychotherapie und Psychoanalyse bis zur Neurobiologie, und auch von der schon seit den Fünfzigerjahren des letzten Jahrhunderts – also lange vor den meisten andern Ländern – bestehenden offiziellen Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie in Form des Titels zur Spezialisierung «FMH für Psychiatrie und Psychotherapie». Diese Integration besteht in meinen Augen weiter und stellt ein grosses Plus dar. Und auch hinsichtlich der Dichte der Psychiater im Vergleich zur Bevölkerung steht die Schweiz meines Wissens im internationalen Vergleich immer noch an der Spitze. Ein weiteres Plus ist meines Erachtens der Umstand, dass alle psychiatrischen Universitätskliniken in der Schweiz, im Unterschied zu den meisten andern Ländern, auch einem regionalen Versorgungsauftrag zu genügen haben, was sie seit jeher besonders boden- und praxisnahe gemacht hat.

Von näher besehen existieren allerdings manche dieser Vorteile viel eher im privatärztlichen als im institutionellen und auch universitären Bereich. Dort hat sich in den letzten 10 bis 20 Jahren, ähnlich wie in vielen anderen Ländern, immer einseitiger eine primär neurobiologisch und neuropharmakologisch beherrschte Psychiatrie durchgesetzt, während die in den Siebziger Jahren vielerorts geschaffenen sozialpsychiatrischen universitären Lehrstühle (wie

ich selbst ihn an der Spitze der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik in Bern von 1977-94 innehatte) inzwischen fast überall zugunsten der Neurobiologie verschwunden sind – sehr zum Nachteil natürlich einer spezifisch sozialpsychiatrischen Lehre und Forschung. Zudem leidet die Schweizer Psychiatrie, und insbesondere die nicht-universitäre institutionelle Psychiatrie unter einem immer gravierenderen Nachwuchsmangel. Dem Vernehmen nach sind vielerorts die Hälfte bis zwei Drittel der institutionell tätigen Psychiater ausländische Zuwanderer, die zum Teil so wenig assimiliert sind, dass sie nicht einmal eine unserer Landessprachen sprechen. Aber auch die universitäre psychiatrische Lehre und Forschung scheint die Schweizer Ärzte immer weniger zu interessieren. Die heutigen Studenten scheinen fast nur noch von Neurobiologie, kaum aber von Psychotherapie und Sozialpsychiatrie etwas zu hören. Dass mit all dem nicht nur eine verheerende psychiatrische Einseitigkeit, sondern auch ein bedenklicher Abfall des allgemeinen Niveaus der Schweizer Psychiatrie droht, liegt auf der Hand.

KS: *Wie steht es mit der Integration der «Hilfswissenschaften» wie Biologie, Sozialwissenschaften oder Philosophie? Du hast einmal von «Hirnmythologie» gesprochen. Welche Bedeutung haben Deiner Meinung nach die Bildgebenden Verfahren?*

LC: Zunächst: Ich halte es für sehr wichtig, sowohl die Biologie wie die Sozialwissenschaften und die Philosophie ganz klar als Hilfswissenschaften der Psychiatrie zu verstehen, und nicht etwa als die Hauptsache, wie es heute zum Beispiel hinsichtlich der Neurobiologie vielfach geschieht. Denn in der Psychiatrie muss es in erster wie in letzter Linie um das «Psychische», d.h. um das bewusste und subjektive Erleben gehen. Indes ist meines Erachtens die Integration der drei wichtigsten «Pfeiler» der Psychiatrie, d.h. des Biologischen, Psychischen und Sozialen in ein ausgewogenes bio-psycho-soziales Verständnis noch keineswegs optimal gelungen, sowohl was die Neurobiologie als auch im Besonderen die Sozialwissenschaften anbetrifft.

Zur Erhellung des neurobiologischen «Pfeilers» – der zerebralen «Dunkelkammer», wie man das Gehirn bis vor kurzem noch nannte – leisten die modernen bildgebenden Verfahren fraglos einen äusserst wichtigen Beitrag. Von «Hirnmythologie» muss man indessen dann sprechen, wenn man die die Hirnphysiologie als das einzig Wesentliche betrachtet und wähnt, wenn diese erst einmal aufgeklärt sei, so hätte man die Psyche «begriffen»! Obwohl doch gerade die moderne Hirnforschung – so z.B. die ganze Stress-, Trauma- und Epigenetik- Forschung immer

Correspondence:

Dr.med. Karl Studer, Praxis im Klosterhof, Klosterhofstrasse 1, CH-8280 Kreuzlingen, karl.studer[at]blue-mail.ch

klarer zeigt, dass viele Hirnprozesse in erster Linie von Umwelteinflüssen abhängen. Viel zu wenig berücksichtigt wird von den «Hirnmythologen» des weiteren, dass nach wie vor völlig unklar ist, wie zerebrale elektrochemische Impulse in subjektives Erleben und Bewusstsein umgesetzt werden.

KS: *Du hast auch von einer grossen Hoffnung auf die nächste Generation gesprochen der es gelingen könnte, die Neurobiologie, die Psychodynamik und die Erfahrungen der sozialen Umwelt von Patientinnen und Patienten zu einer Synopsis zu gestalten. Wie stellst Du Dir das vor?*

LC: Meine Hoffnung auf eine integrative Psychiatrie der Zukunft gründet sich in der Tat zu einem nicht geringen Teil gerade auf die genannte moderne Forschung zur Wirkung von Umweltfaktoren sowohl auf das Genom wie auch auf die Hirnfunktionen. Ebenfalls zu nennen wären hier die neueren Erkenntnisse zu neuronaler Plastizität, zur Oxytocin-Forschung u.a.m. Die ganze Berücksichtigung dieser Erkenntnisse, so hoffe ich, wird zusammen mit einer besseren Integration des «Sozialen» (in erster Linie der Kommunikations- und Familienforschung) sehr logisch dazu führen, dass man das Heil der Psychiatrie in erster Linie in einer Verbesserung des Behandlungsmilieus suchen wird, statt in immer neuen Medikamenten. Mit Behandlungsmilieu meine ich: der Umgang mit den Kranken und ihren Familien und die Entwicklung von zunehmend situations-, störungs- und persönlichkeitspezifischeren psycho- und soziotherapeutischen Verfahren.

KS: *Was bedeutet dies für unseren psychiatrischen Nachwuchs? Wie könnten junge Ärzte, die ja von Natur aus sehr an den Menschen interessiert sind, für diese Tätigkeit gewonnen werden?*

LC: Ich meine, dass man nur den Studenten und jungen Ärzten, aber auch Psychologen, Soziologen, psychiatrischen Pflegekräften und überhaupt allen Berufs- und Gesellschaftsgruppen, die mit psychisch Kranken zu tun haben, gerade die oben erklärten Zusammenhänge so klar wie irgend möglich vor Augen führen muss. Und die jungen Leute werden sich wiederum ebenso brennend für die Psychiatrie interessieren und begeistern, wie wir selbst das seinerzeit taten. Weil sie auf diesen Grundlagen verstehen werden, dass wohl kein anderer Zweig der Medizin und überhaupt der Wissenschaft uns dem Menschen und Menschlichen so nahe zu bringen vermag wie gerade eine psycho-sozio-biologisch integrative Psychiatrie.

KS: *Du hast einmal den Ausdruck der «Manager-Pest» geprägt. Was hast Du damit gemeint? Wie siehst Du die Bedeutung der Führung der psychiatrischen Institutionen der letzten Jahre? Was wäre Deiner Meinung nach wichtig für eine patientenorientierte Entwicklung?*

LC: Ja, von «Managerpest» spreche ich aufgrund der Entwicklung speziell der psychiatrischen Institutionen, aber auch der Gesellschaft als Ganzer in den letzten 20-30 Jahren – nämlich seitdem überall im Gesundheitswesen das moderne, in allererster Linie auf Profit, Effizienz und Ökonomie ausgerichtete Managertum überhandgenommen und die Führung an sich gerissen hat. Absurderweise! Als ob es im Gesundheitswesen, und speziell in der Psychiatrie, in erster Linie um Profit und ökonomisches Management gehen würde! Gerade dieser heillose, aber heute fast wie selbstverständlich alles andere dominierende Man-

agergeist ist in nicht geringem Mass mitschuldig am ständig zunehmenden sozialen und beruflichen Stress und der gesamten krankmachenden Rationalisierung, Digitalisierung und Enthumanisierung von allem und jedem, unter Einschluss gerade auch der zwischenmenschlichen Kommunikation und Psychotherapie!

Das heisst natürlich nicht, dass ich das «Sparen» an sich verurteile, obwohl das Wort im reichsten Land der Welt eigentlich schon fast unanständig klingt. Aber dann sparen am rechten Ort und also sicher nicht an der Zeit, die man mit dem Kranken verbringt und sich ihm wirklich zuwendet! Sparen soll man vielmehr am Überflüssigen, also – um es nochmals ganz deutlich zu sagen: unter anderem an der überall überhandnehmenden Kontroll-, Rationalisierungs- und Digitalisierungswut, kurz: an der Managerpest! Oder noch anders gesagt: Die oberste Führung im Gesundheitswesen, und speziell in einer künftig hoffentlich wieder «menschlicheren» Psychiatrie gehört nicht den (als solche natürlich unentbehrlichen) verwaltenden und managenden Hilfskräften, sondern den fachlich kompetenten Ärzten, den Pflegenden, auch den Patienten selbst und ihren Angehörigen, das heisst denjenigen, die wirklich mit den leidenden Menschen zu tun haben und aufgrund eines echt integrativen psycho-sozio-biologischen Menschenbildes auch etwas von diesem Leiden verstehen.

KS: *Die Sanitätsdirektoren der Schweiz haben vor einigen Jahren ein bemerkenswertes Papier zur Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz erarbeitet. Die Quintessenz damals hiess: ambulanz vor stationär. Warum wurde diese Zielsetzung Deiner Meinung nach bis heute nicht realisiert, sondern werden die Kliniken immer weiter ausgebaut?*

LC: Zur Beantwortung dieser Frage fühle ich mich nicht recht kompetent, denn gerade hier bedarf es wohl in erster Linie differenzierter verwaltungstechnischer, und sicher auch epidemiologischer und demographischer Kenntnisse. Aber ich glaube, dass viel an der immer noch fehlenden Dominanz des ambulanten Bereichs damit zu tun hat, dass die wichtigsten finanziellen Anreize nach wie vor falsch liegen, das heisst die stationäre Behandlung vor der ambulanten begünstigen. Nicht nur die Verwaltungsleute, sondern auch die Krankenkassen, Politiker, ärztlichen und pflegerischen Berufsorganisationen müssten hier endlich umdenken, und zwar gerade auch aus Kostengründen. Denn die ambulanten oder halbambulanten Behandlungen sind in Wirklichkeit sehr viel billiger als die stationären, wie weltweit alle Studien zeigen, die die Kosten nicht nur punktuell (z.B. als Tageskosten), sondern umfassend und über längere Zeit vergleichen.

KS: *Dein Modell der Soteria in Bern ist sehr erfolgreich. Worin besteht der Geist und die menschliche Dimension dabei und kannst Du uns das Geheimnis dabei erklären?*

LC: Also das wäre ein grosses Kapitel, das eigentlich einer ausführlichen Erklärung bedürfte. Aber ich will – mit Verweis auf unsere Publikationen¹ – versuchen, es ganz kurz zu machen: In der Soteria Bern haben wir seit mehr als 36 Jahren (seit dem 1. Mai 1984!) mit Erfolg versucht, all die oben erwähnten Faktoren so weit wie irgend möglich zu vermeiden, die eine adäquate Pflege von psychisch schwer Kranken (in erster Linie mit akuten Psychosen) behindern, und an ihre Stelle ein Milieu und einen Umgang mit den Patienten zu setzen, die nachhaltig emotional entspannend und heilend wirken. Also statt eines

grossen undurchsichtigen Krankenhausmilieus eine kleine familienähnliche Wohngemeinschaft, statt viel Unruhe, Wechsel und Diskontinuität möglichst viel Ruhe, Entspannung und zwischenmenschliche sowie örtliche Kontinuität, statt weitgehendem Ausschluss systematischer Einschluss von Angehörigen und anderen wichtigen Bezugspersonen, statt primär fast nur medikamentöser in erster Linie psycho- und soziotherapeutische Behandlungsmethoden. Dieser alternative Ansatz hat sich trotz aller Fährnisse über so lange Zeit nicht nur halten können, sondern speziell in Deutschland in den letzten 20 Jahren immer weiter verbreitet, weil er sowohl gemäss der objektivierenden Vergleichsforschung wie nach dem subjektiven Urteil von Patienten wie Angehörigen den traditionellen Behandlungen zumindest ebenbürtig und zum Teil deutlich überlegen ist. Ausserdem kommt er gemäss kantonaler jährlicher Evaluationen konstant um 10-15% billiger zu stehen als vergleichbare traditionelle Akutabteilungen.

KS: *Wie muss die Forschung und Evaluation gestaltet sein um diesen Geist und den Erfolg bei dieser Arbeit zu erfassen, zu dokumentieren und in Relation zu anderen psychiatrischen Einrichtungen zu bringen?*

LC: Wichtig ist, dass sich die Vergleichsforschung über genügend lange Zeiträume (also mindestens über zwei Jahre) erstreckt und neben der Psychopathologie auch die soziale Folgesituation, das längerfristige Kosten-Nutzenverhältnis (also nicht nur die Tageskosten) und das subjektive Erleben von Patienten wie der Angehörigen einschliesst. Auch dem schwierigen Problem einer aussagekräftigen Vergleichsgruppe ist gebührende Aufmerksamkeit zu schenken.

KS: *Warum wird Deiner Meinung nach in den letzten Jahren so wenig experimentiert um die besten Möglichkeiten psychiatrischer Behandlung zu finden?*

LC: Diese Frage kann ich nicht beantworten, da mir hierzu der nötige Ein- und Überblick fehlt.

KS: *Es ist erfrischend, Deine optimistische und entwicklungsorientierte Haltung zu erleben. Woher nimmst Du diese Kraft dazu und was wolltest Du den Mitgliedern der SGPP schon lange einmal sagen?*

LC: Ich denke nach wie vor, dass die Psychiatrie die faszinierendste medizinische Disziplin ist, die es gibt. Und das Schizophrenie-Problem, mit dem ich mich aus familiären Gründen fast lebenslang herumgeschlagen habe, stellt nach meiner Meinung das grösste ungelöste, und deshalb auch entsprechend attraktivste medizinische und vielleicht überhaupt wissenschaftliche Rätsel dar, das es gibt.²

KS: *Gibt es eine Rück- und Ausschau von Dir aus all den Jahrzehnten Deiner psychiatrischen Tätigkeit?*

LC: Ja! Die Dankbarkeit nicht nur für das, was mir das Fach Psychiatrie, sondern vor allem auch meine Mitarbeiter/innen, Berufskolleg(inn)en und nicht zuletzt meine Patient(inn)en und ihre Familien gegeben haben.

Fussnoten

¹ Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (Herausgeber). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung – kritisch durchleuchtet*. Bern, Stuttgart: Huber; 2001. Online-Ausgabe: 2011. <http://www.carl-auer.de/programm/978-3-89670-802-1>.

Ciompi L. Soteria Berne: 32 years of experience. An alternative approach to acute schizophrenia. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother.* 2017;168(01):10-3.

² Vgl. hierzu Ciompi L. Ciompi reflektiert: Wissenschaftliches, Persönliches und Weltanschauliches aus der Altersperspektive. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht; erscheint im Herbst 2020.