

Schweizer Psychiatrie: woher – wohin?¹

■ J. Willi

¹ Abschiedsvorlesung vom 13. April 1999, UniversitätsSpital Zürich

Einleitung

Mit diesen Ausführungen möchte ich der Frage nachgehen, ob das, was einmal als Schweizer Psychiatrie Weltgeltung gehabt hat, heute noch lebendig ist, und wenn ja, ob sich eine Weiterentwicklung nachweisen und erhoffen lässt. Das, was ursprünglich die historisch positiven Besonderheiten der Schweizer Psychiatrie ausmachte, ging auch mit negativen Nebeneffekten einher, die in den letzten Jahrzehnten die Produktivität und Kreativität der Schweizer Psychiatrie lähmten.

Historische Besonderheiten der Schweizer Psychiatrie

Die Geschichte der Schweizer Psychiatrie ist so komplex und vielfältig, dass ich mich zwangsläufig auf bestimmte Aspekte beschränken werde, insbesondere auf die Deutschschweizer Psychiatrie und dabei auf die Zürcher Psychiatrie, welche die grösste internationale Ausstrahlung hatte, besonders mit ihren zwei Gründervätern Auguste Forel und Eugen Bleuler. Auf die Zeit des Wirkens dieser Gründerväter möchte ich etwas ausführlicher eingehen, weil sich darin m.E. alles Wesentliche bereits ausartikulierte hat, das heute unser psychiatrisches Berufsbild prägt.

Auguste Forel (1848–1931)

Als junger Psychiater leistete er zunächst wesentliche Beiträge zur mikroskopischen Anatomie des Gehirns. Später verschob sich sein Interesse von der Hirnforschung auf die Zusammenhänge von Gehirn und Seele. Er wollte dem damals verbreiteten psychiatrischen Nihilismus entgegenreten und etwas tun, was den Patienten hilft. Deshalb wandte er sich dem Hypnotismus zu und begab sich zur Ausbildung zu Professor Bernheim nach Nancy, der damals Professor für Innere Medizin war. Der Hypnotismus war damals ähnlich umstritten wie später die Psychoanalyse und galt in ähnlicher Weise als unwissenschaftlich. Forel setzte

sich damit in Spannungen zu den Mitgliedern der Fakultät. Er schreibt in seinen Memoiren [1]: «Ich hatte aber die Naivität, mir einzubilden, dass die nun gewonnene klare Erkenntnis sich sehr bald in der wissenschaftlichen Welt Bahn brechen würde. Sancta Simplicitas! Ich wurde in der Folge gründlich über das Gegenteil belehrt.» Noch nach seinem Rücktritt beklagt er die völlige Ignoranz seiner «verehrten Kollegen der Universität» über die Psychologie und den Hypnotismus. Indem er sich bereits 1895 mit unbewussten psychischen Vorgängen befasste, geriet er in ähnliche Schwierigkeiten wie wenig später Sigmund Freud. 1898, mit bloss 50 Jahren, trat er erschöpft von der Leitung des Burghölzli zurück. Obwohl er der Psychoanalyse Sigmund Freuds gegenüber eine ablehnende Haltung bewahrte, hatte er den Boden für das Verständnis für die Psychoanalyse seiner Schüler Eugen Bleuler und Adolf Meyer vorbereitet [2].

Eugen Bleuler (1857–1939)

Über ihn schrieb der bekannte amerikanische Psychiater und Psychoanalytiker Franz Alexander in seiner Geschichte der Psychiatrie (deutsch 1969), dass am Ende des ersten Jahrzehnts des zwanzigsten Jahrhunderts die Schweiz mehr als jedes andere Land zur Entwicklung der Psychiatrie beigetragen habe. «Die liberale Tradition dieses kleinen Landes erwies sich als fruchtbarer Boden für das Studium aller wesentlichen Probleme des menschlichen Daseins.» Auguste Forel und Eugen Bleuler waren Repräsentanten einer liberalen Schule der Psychiatrie, deren Grundeinstellung viel mit der Psychoanalyse gemein hatte. Von allen akademischen Psychiatern des ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts scheint Bleuler heute zweifelsohne der fortschrittlichste gewesen zu sein. Seine Grundeinstellung zur geistigen Erkrankung und seine detaillierten Beiträge zu ihrem Verständnis übten einen tiefen Einfluss auf die Entwicklung des dynamischen Standpunkts aus, der die Psychiatrie der Nachkriegszeit bis Ende der 60er Jahre kennzeichnete. Eugen Bleuler kam selbständig zur Überzeugung, dass die Geisteskranken psychologisch erforscht und behandelt werden können. Das machte ihn besonders empfänglich für Freuds Lehren. Im Gegensatz zu seinen Zeitgenossen, welche die geistige Erkrankung im Rahmen

der Gehirnpathologie zu verstehen suchten, betrachtete Bleuler die bizarren entstellten Äusserungen des Psychotikers als *wesensähnlich mit den geistigen Prozessen normaler Menschen*. Obgleich er die geistige Erkrankung grundsätzlich für einen organischen Prozess hielt und die Bedeutung der Gehirnforschung nicht bagatellierte, bemühte er sich wie C. G. Jung, nicht die geistige Erkrankung als solche, sondern den Inhalt ihrer *Symptome als das Resultat psychologischer – d.h. motivbedingter und dynamischer – Prozesse zu erklären* [3].

Ähnlich wie Freud berücksichtigte Eugen Bleuler unbewusste symbolische Prozesse, die archaischer sind und weniger von der unmittelbaren Realität beeinflusst. Er widersprach der Meinung von Emil Kraepelin in München, dass die Dementia praecox regelhaft zur frühzeitigen Demenz führe. Bleulers Oberarzt, *Carl Gustav Jung (1875–1961)*, führte diese Gedanken weiter und stellte intensive Beziehungen zu Sigmund Freud und der damaligen psychoanalytischen Gruppe in Wien her. Die Beschäftigung mit Freud ermöglichte es Bleuler und Jung, die Psychosen, insbesondere die Schizophrenie, einfühlbar und verständlich von der unmittelbaren Realität zu machen, ein für jene Zeit unerhörter Vorgang. Sie verhalfen Freud zum Durchbruch in der wissenschaftlichen Welt und damit der Psychoanalyse zur Weltgeltung. Diese positive Haltung zur Psychoanalyse stand in schroffem Gegensatz zur Haltung der Psychiatrie in Deutschland, Österreich und Frankreich.

Doch in dem Ausmass, wie sich die Psychoanalyse durchzusetzen vermochte und Freud sich in dieser Bewegung als oft dogmatisch anmutender und charismatischer Führer profilierte, distanzierten sich die schweizerischen Anhänger von ihm. Nur Pfarrer Oskar Pfister hielt ihm bis zuletzt die Treue. Vor allem die Verabsolutierung der Sexualtheorie bereitete den Schweizer Psychoanalytikern Mühe. 1914 kam es zum Bruch zwischen Jung und Freud. Später ging auch Ludwig Binswanger seine eigenen Wege und begründete die Daseinsanalyse.

Derselbe unvoreingenommene Geist, der jeder dogmatischen Einengung fern war und der die Offenheit gegenüber der Psychoanalyse ermöglichte, war wirksam bei der späteren Abkehr von Sigmund Freuds Doktrin. Trotz intensiven Auseinandersetzungen blieb die Grundhaltung liberal. Die Zürcher Ortsgruppe der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung löste sich nach dem Austritt von Eugen Bleuler 1913 auf,

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Jürg Willi
Häldeliweg 31
CH-8044 Zürich

wurde später wieder gegründet, um 1938 erneut zu zerfallen. Trotz ihrer Liberalität konnte die Schweiz der Psychoanalyse in der Zeit der Unterdrückung durch den Nationalsozialismus kein Gefäss anbieten, welches die Kräfte hätte sammeln können. Das Fehlen des Sektenthums und Doktrinen und die Toleranz gegenüber Andersdenkenden bot aber einen Boden für das Wachstum neuer Triebe der Tiefenpsychologie an, wie etwa für die komplexe Psychologie von C. G. Jung und die Daseinsanalyse von Ludwig Binswanger und Medard Boss, die in den 60er und 70er Jahren eine grosse internationale Ausstrahlung hatten.

Es ist hier nicht möglich, auf die Entwicklung der Schweizer Psychiatrie weiter einzugehen. Ich möchte viel mehr zusammenfassen, worin ich im Einvernehmen mit anderen Autoren (insbes. M. Müller 1982 [4]) wesentliche Charakteristika der Schweizer Psychiatrie sehe, die sie von der mächtigen und ebenfalls erfolgreichen deutschen und österreichischen Psychiatrie deutlich unterschied:

- *Die Schweizer Psychiatrie ist bis heute weniger dogmatisch gewesen als die Psychiatrie der umliegenden Länder und stärker psychodynamisch orientiert:* Die deutsche Schulpsychiatrie folgte der Grundhypothese, dass die psychotischen Manifestationen ein biologisches Substrat voraussetzen, das man bisher noch nicht hatte fassen können, und psychotische Phänomene im besten Falle verstehbar, nicht aber erklärbar seien. Psychotherapie galt als unwissenschaftlich und minderrangig. Die dynamischere Sichtweise in der Schweiz richtete sich stärker auf das Gewordensein des Patienten aus: auf die innere und äussere Lebensgeschichte, die Umweltbedingungen, die sozialpsychiatrischen Aspekte und auch psychotherapeutische Fragestellungen. Die deutsche Psychiatrie, zumindest an den Universitäten, war bis vor kurzem vereint mit der Neurologie. Dementsprechend hatten Erbforschung und Hirnpathologie eine zentrale Bedeutung, die unter dem Nationalsozialismus zu einer verhängnisvollen Entwicklung geführt hatte.
- *Die Schweizer Psychiatrischen Universitätskliniken sind Versorgungskliniken.* Sie waren an der Peripherie gelegen (Kliniken wie Burghölzli in Zürich, Waldau in Bern, Friedmatt in Basel, Cery in Prilly bei Lausanne, Belair in der Nähe von Genf). Es gab keine universitären Forschungskliniken und kaum Kliniken mit mehr als 1000 Patienten. Die föderalistische Struktur des Landes und die kantonale Organisation des Gesundheitswesens verhinderten über-grosse Kliniken. Fast alle Kantone hatten mindestens eine psychiatrische Klinik. Dadurch fehlte das Gefälle zwischen psychiatrischen Universitätskliniken und Landanstalten. Vor seiner Wahl nach Zürich war Eugen Bleuler Direktor der psychiatrischen Anstalt Rheinau, Manfred Bleuler war vor seiner Wahl Oberarzt an der Anstalt St. Pirminsberg.

Die Universitätslehrer waren als Klinik-leiter patientennäher, sie sahen sämtliche Formen psychischer Störungen und Krankheiten und waren von den Verläufen unmittelbar betroffen. Die direkte Beobachtung von Verläufen zeigte unter anderem, dass die Schizophrenie keineswegs zwangsläufig zur Demenz führt.

- *Die Schweizer Psychiatrie war pragmatischer und richtete sich stärker auf Therapie aus.* Die berühmten Psychiater wie Karl Jaspers, Emil Kraepelin, Theodore Meynert, W. Gruhle und andere mehr betrachteten sich in erster Linie als Forscher und Ordner. Sie waren nicht bedeutende Therapeuten im Unterschied zu den Schweizern, bei denen die praktische Hilfe einen zentralen Stellenwert hatte. 1913 schrieb Emil Kraepelin: «Da wir die eigentliche Ursache der Dementia praecox nicht kennen, werden wir an deren Bekämpfung zur Zeit nicht denken können.» [5] Die Patientennähe unterstützte in der Schweiz eine Psychiatrie, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Neben Psychotherapie fanden auch alle somatischen Therapien in der Schweiz eine frühe Aufnahme, so die Insulinkur oder der Elektroschock. Manche Therapien wurden in der Schweiz entwickelt, so Jakob Klävis Schlafkur. Speziell erwähnen möchte ich Roland Kuhn [6], der 1957 als Oberarzt der Heil- und Pflegeanstalt Münsterlingen die moderne Antidepressivabehandlung mit der Entdeckung des Tofranils einleitete, also auch hier eine bahnbrechende Erkenntnis ausserhalb der universitären Zentren.
- *Psychotherapie war von Anfang an ein fester Bestandteil der psychiatrischen Tätigkeit und psychiatrischen Identität.* Seit 1961 lautet der Facharztstitel «FMH Psychiatrie und Psychotherapie». Dieser Doppeltitel wurde in Deutschland erst kürzlich eingeführt. Die Psychotherapie hatte immer einen hohen Stellenwert in der Schweizer Psychiatrie. 1912 rechnete es Freud als Verdienst der Zürcher Schule an, dass sie die Forderung durchgesetzt hatte, es solle sich jeder, der Analysen an anderen ausführen will, vorher selbst einer Analyse bei einem Sachkundigen unterziehen [7]. Die Lehranalyse wurde von den Chefärzten und Universitäts-lehrern bei den Assistenzärzten nicht nur geduldet, sondern erwartet.
- *Die Schweiz verfügt über ein dichtes Versorgungsnetz von niedergelassenen Psychiatern.* Die Psychiaterdichte ist höher als in den meisten Ländern und auch höher, als die Richtlinien der kanadischen und australischen Gesellschaft für Psychiatrie empfehlen:
 - 1 Psychiater auf 2527 Einwohner in Genf (1994)
 - 1 Psychiater auf 5275 Einwohner in der Schweiz (1994)
 - 1 Psychiater auf 13 715 Einwohner in Österreich (1995)
 - 1 Psychiater auf 11 343 Einwohner in Deutschland (1992)

Das ermöglicht eine kompetente ambulante psychiatrische Versorgung.

Auch zwei neuere Entwicklungen stehen ganz in der Tradition der Schweizer Psychiatrie:

- *Das medizinische Unterrichts- und Examensfach Psychosoziale Medizin,* dessen Aufbau ich mitgestaltete, war im Unterschied zur medizinischen Psychologie und medizinischen Soziologie in Deutschland stark praxisorientiert. Sie sollte nicht als Psychologie für Mediziner, so wie Physik für Mediziner gelehrt werden, sondern die psychosoziale Dimension jeder Krankheit, jeder ärztlichen Untersuchung und jeder Behandlung betreffen. Die Studenten sollten von Anfang an Gespräche mit somatischen Patienten und deren Angehörigen führen und damit erste reflektierte Erfahrungen in der Gesprächsführung machen. Auch in dieser Hinsicht hat Deutschland erst nachträglich den Unterricht in ähnlicher Weise modifiziert.
- *Die liberale Haltung im Umgang mit Drogen:* Insbesondere die ärztliche Heroinabgabe an Schwerststüchtige hat international hohes Aufsehen erregt, und die Schweiz hat insbesondere in Zürich eine differenzierte und komplexe, nicht ideologische, sondern pragmatische Haltung gefunden, die zwischen Repression des Drogenhandels und Betreuung von Drogenabhängigen liegt. Dieser eigenständige Weg wurde massgeblich durch die wissenschaftliche Begleitung durch Ambros Uchtenhagen ermöglicht.

Die Kehrseite der Medaille

Die aufgeführten Pluspunkte der Schweizer Psychiatrie haben ihre Kehrseite, die wesentlich zur gegenwärtigen Krise der Schweizer Psychiatrie beiträgt:

- *Die Trennung von Psychiatrie und Neurologie und die Platzierung der Universitätskliniken in den peripher gelegenen psychiatrischen Versorgungskliniken führten zu einer frühen Trennung der Psychiatrie von den übrigen Universitätskliniken und damit von der somatischen Medizin.* Wie Klaus Ernst [8] kürzlich beschrieben hat, entstand diese Trennung weniger aus freier Wahl als der Not gehorchend. Den Kantonen fehlte das Geld, um zusätzlich zu den Irrenheilanstalten noch universitäre Kliniken für die aufkommenden psychiatrischen Lehrstühle zu schaffen. So wurden in Basel, Bern, Zürich, Lausanne und Genf die dortigen Anstaltsdirektoren zu psychiatrischen Ordinarii ernannt. Der ausschliesslich psychiatrisch-psychotherapeutische Umgang mit psychisch Kranken begünstigte ein psychodynamischeres, introvertierteres und philosophischeres Denken, das nicht selten zu Verständigungsschwierigkeiten mit den somatischen Kollegen führt. Die Schweizer Psychiatrie war relativ wenig interessiert an biologischer Grundlagenforschung. Der Graben zwischen Psychiatrie und Neurologie blieb bis heute bestehen.

- *Die forschungskritische bis anti-universitäre Haltung der Psychiater:* In den Nach-68er Jahren bildete sich bei Psychiatern eine kritische bis ablehnende Haltung gegenüber universitären Karrieren. Die Krönung der Berufslaufbahn wurde in einer eigenen psychotherapeutischen Privatpraxis gesehen, wo man unter rigoroser Wahrung seiner Selbständigkeit sich ganz in die psychotherapeutische Behandlung der Patienten vertiefen wollte. Viele gefielen sich darin, es persönlich nicht nötig zu haben, sich akademisch zu profilieren. Sie waren der Meinung, die Niedergelassenen seien den Klinikern menschlich wie psychotherapeutisch weit überlegen. Gegenüber psychiatrischer Forschung insbesondere empirisch-statistischer Art bestand eine tiefe Skepsis. Unter dem Einfluss der Daseinsanalyse lag das Interesse vor allem auf dem Menschenbild. Die menschliche Existenz empirisch-statistisch vermessen zu wollen, schien ein Ding der Unmöglichkeit und machte somit wenig Sinn. Es entwickelte sich bei vielen Psychiatern die selbstgenügsame und selbstgerechte Grundhaltung, das Eigentliche über den Menschen erkannt zu haben. So entstand selbst an den psychiatrischen Universitätskliniken ein bedenklicher Nachwuchsmangel für die psychiatrische Forschung.
- *Unerwünschte Nebenwirkungen der Lehranalyse und der psychotherapeutischen Weiterbildung:* Die distanzierte Haltung zu akademischen Karrieren wurde wohl nicht zuletzt durch die Lehranalytiker unterstützt. Lehranalytiker waren oft begabte Psychiater, die sich etwas darauf zugute hielten, auf eine akademische Karriere verzichtet zu haben. Die sich über die gesamte Weiterbildungszeit hinweg ziehende Lehranalyse erforderte zudem eine *stabilitas loci* der Assistenzärzte, die insbesondere auch Weiterbildungsaufenthalte im Ausland schwierig machte und über die Weiterbildungszeit hinaus eine Massierung der Niederlassung in den Universitätsstädten förderte. Während es bis in die 70er Jahre noch viele originelle wissenschaftliche Beiträge aus der Privatpraxis gab, versiegte deren Publikations-tätigkeit seit den 80er Jahren nahezu.
- *Mangelnde Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Psychiater:* Das überwiegende Interesse der Psychiater am Ausüben von Psychotherapie brachte auch Probleme mit sich. Da längerdauernde Psychotherapien einen planbaren Stundenplan voraussetzen, war der Beitrag der Niedergelassenen an der psychiatrischen Versorgung oft gering. Dabei weisen die Niedergelassenen die Behandlung psychiatrisch Schwerkranker nicht aktiv ab. Es kommt wegen der langen Wartezeiten einfach nicht zu einem Ersttermin [8]. So entstand die paradoxe Situation, dass psychisch Schwerkranke nicht von den niedergelassenen psychiatrischen Spezialisten behandelt werden, sondern oft durch Hausärzte oder psychiatrische Polikliniken.

- *Die Schwäche psychiatrischer Gesellschaften:* Die liberale und autonome Grundhaltung der Schweizer Psychiater verhindert auf der einen Seite ein Hörigkeitsverhältnis gegenüber sektenartigen Schulen und Gurus. Schon gegenüber Freud und den psychoanalytischen Gesellschaften machten sich die Schweizer Psychiater immer wieder unabhängig und gingen eigene Wege. Aber diese Tugend ist auch ein Mangel an Fähigkeit, sich gemeinschaftlich zu organisieren und zu solidarisieren. Die meisten psychotherapeutischen Gesellschaften geraten in der Schweiz in Spaltungsbewegungen. Es fehlt den Gesellschaften dadurch oft an Durchschlagskraft, Profil und Ausstrahlung. Die psychiatrischen Lehrstuhlinhaber haben zur Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie ein distanziertes Verhältnis. Die schweizerischen Fachgesellschaften haben international kaum eine Ausstrahlung. In den Redaktionen von deutschsprachigen wissenschaftlichen Zeitschriften sind Schweizer kaum mehr vertreten.

Die gegenwärtige Situation der Zürcher universitären Psychiatrie

Anstehende Nachfolgegeschäfte veranlassen den Vorstand der Medizinischen Fakultät im Herbst 1998, eine umfassende Lagebeurteilung vorzunehmen, deren Resultat wenig schmeichelhaft ist. Es fehlt für die Besetzung von Lehrstühlen eindeutig an Schweizer Nachwuchs. 8 von 12 psychiatrischen Ordinariaten wurden in den letzten Jahren in der Schweiz durch Ausländer besetzt. Von den 11 Chefärzten und Chefärztinnen des Kantons Zürich, die einer nicht-universitären Klinik vorstehen, ist nur gerade einer habilitiert. Zwar kann damit gerechnet werden, dass sich das Bild bis in Jahresfrist durch eine ansehnliche Reihe eingereichter Habilitationsgesuche weniger dramatisch präsentieren wird. Die mangelhafte Nachwuchsförderung ist jedoch zu einem gravierenden Problem geworden, dessen Lösung hohe Priorität hat.

Missst man die gegenwärtige Schweizer Psychiatrie an internationalen Standards des von den USA dominierten Wissenschaftsbetriebs, so entsteht kein vorteilhaftes Bild: Die europäischen wissenschaftlichen Zeitschriften haben generell einen tiefen Impact factor und innerhalb der psychiatrischen Zeitschriften haben die nicht biologischen Zeitschriften noch einmal einen tieferen Impact factor. Die Qualität der Forschungstätigkeit wird heute immer mehr an drei Forschungsindikatoren quantifiziert: Anzahl Publikationen in Zeitschriften mit hohem Impact factor, Zahl der Zitationen und Höhe der eingeworbenen Drittmittel. Über das Internet kann man in wenigen Augenblicken über jeden Forscher auf der Welt seinen Score abrufen. Es stellt sich jedoch insbesondere für die Psychiatrie ernsthaft die Frage, in welchem Ausmass diese Trophäen und Fetische dem eigentlichen Anliegen der Forschung dienen. Das dauernde Auf-

rechnen dieser Indikatoren führt zu einem zwangshaften Ausrichten der Forschungstätigkeit auf die Impact factors und behindert damit eine freie, innovative und experimentierfreudige Kreativität, die notwendige Voraussetzung für einen eigentlichen Erkenntnisgewinn oder Praxisgewinn ist. Da der wichtigste Beurteilungsparameter die methodische Sauberkeit ist, besteht die Gefahr, dass nur gut operationalisierbare Probleme von der Forschung aufgegriffen werden, deren Resultate zwar methodisch sauber, aber oft banal und nichtssagend sind.

Der historische Konflikt zwischen Rationalem und Irrationalem in der Psychiatrie

Konflikte zwischen den Medizinischen Fakultäten und der Psychiatrie sind nicht eine momentane Erscheinung, sondern haben Tradition, die im Wesen der Psychiatrie liegt. Die Aufklärung legte die Grundlagen der modernen Naturwissenschaft durch die Forderung nach einer exakten Beobachtung und rationalen Erfassung der Natur und des Menschen. Magie und Aberglaube sollten ersetzt werden durch rationale Erkenntnis und Vernunft. Dieses optimistische Ideal musste jedoch im Bereich der Psychiatrie schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts einer Ernüchterung Platz machen durch die Erkenntnis der irrationalen Tiefe der menschlichen Psyche. Viele menschliche Phänomene, nicht nur im Bereich psychischer Krankheiten, entziehen sich einer rationalen Deutung. Sigmund Freud fügte der Medizin die tiefste und umfassendste Kränkung zu, indem er zeigte, in welchem hohem Ausmass der Mensch durch unbewusste, irrationale und triebhafte Motive in seinem Handeln beeinflusst wird. Die Position der Psychiatrie in den medizinischen Fakultäten war und bleibt schwierig. Die Psychiater stehen zwischen dem Erwartungsdruck der Medizinischen Fakultäten und jenem der Patienten und laufen Gefahr, am Ende von beiden Seiten nicht ernst genommen zu werden.

So bleibt die psychiatrische Wissenschaft gespalten. Was an der Front die psychisch Leidenden und die sie behandelnden Ärzte und Ärztinnen bewegt, ist meist etwas anderes, als was in der universitären Psychiatrie Anerkennung bringt.

Jene Schweizer Psychiater, die in die Geschichte eingingen, hatten den Mut, sich den irrationalen Aspekten der menschlichen Psyche zu öffnen. Sie gefährdeten damit die Anerkennung in den medizinischen Fakultäten: Weder Eugen Bleuler noch Manfred Bleuler wurden von den medizinischen Fakultäten *primo loco* zur Wahl vorgeschlagen. Die berühmtesten Schweizer Psychiater, nämlich C. G. Jung und Hermann Rorschach, aber auch Ludwig Binswanger und Medard Boss, erarbeiteten ihr wissenschaftliches *Œuvre* ausserhalb universitärer Institutionen. C. G. Jung bekam trotz seiner Bemühungen keinen psychiatrischen Lehrstuhl. Forel wurde die universitäre Anerkennung seiner Arbeiten über die Hypnose versagt.

Erkenntnistheoretische Probleme in der Zusammenarbeit mit den Neurowissenschaftlern

Die Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Neurowissenschaften ist ein dringendes Erfordernis, wenn die Schweizer Psychiatrie nicht ins Abseits geraten will. Dabei müssten die Interessen an Psychodynamik und Psychotherapie nicht verleugnet werden, können sich daraus doch besonders interessante Fragestellungen ergeben [9].

Die Annäherung der Schweizer Psychiatrie an die Neurowissenschaften wird durch erkenntnistheoretische Bedenken erschwert. Die existentialphilosophischen Ansätze von Ludwig Binswanger, Medard Boss und Karl Jaspers haben die Schweizer Psychiatrie grundlegend beeinflusst. Drei grundsätzliche Aspekte seien kurz beleuchtet, deren Diskussion auch für die Neurowissenschaftler bedeutsam wäre:

1. *Psychisch krank ist nicht ein Hirn, sondern eine Person.* In der Sprache der Neurowissenschaftler wird der Begriff Person häufig durch Hirn ersetzt. Es heisst etwa: «Das Hirn setzt sich mit der Umwelt in Beziehung» oder: «Es werden die Interaktionen von Gehirn und Umwelt untersucht». Es ist aber nicht das Hirn, das sich mit der Umwelt in Beziehung setzt, sondern die Person, die sich instrumentell des Hirns bedient. Es ist die leiblich existierende Person mit ihren Händen, Füßen, Sexualorganen, mit ihrer Atmung und ihrem Herzschlag, die sich zu ihrer Umwelt verhält, sich zu ihr tätig in Beziehung setzt, in dieser Beziehung Sinn und Bestätigung sucht, sich von der Umwelt ansprechen lässt oder sich ihr verschliesst. Es ist die Person, die ihr Dasein entwirft und entfaltet, es ist die Person, deren Existenz gelingt oder scheitert, und die sich in ihrer Umwelt verwirklichen möchte. Psychische Krankheiten sind nach Ludwig Binswanger missglückte Formen menschlichen Daseins.
2. *Das biologische, psychische und soziale System bleiben grundsätzlich voneinander getrennt.* Nach Niklas Luhmann [10] muss unterschieden werden zwischen den drei Systemen: dem biologischen, dem psychischen und dem sozialen System. Jedes dieser drei Systeme ist gemäss Maturana und Varela [11] ein autopoietisches System: Es reguliert sich selbst, es reproduziert sich selbst und determiniert sich selbst. Die drei Systeme stehen untereinander in intensivem Austausch, sie beeinflussen einander, sie gehen aber nicht ineinander auf und lassen sich nicht durch einander ersetzen oder erklären. Jedes dieser Systeme ist für das andere Umwelt. Jedes braucht die anderen, um zu wachsen, sich zu entwickeln und sich zu strukturieren. Jedes braucht die Komplexität der anderen Systeme, um seine eigene Komplexität zu erzeugen. Es gibt keine Ganzheitsperspektive, keinen Holismus. Jedes dieser drei Systeme hat seine eigene Sprache. Die neurobiologische «Sprache» des Gehirns ist nicht direkt übersetzbar in das Denken und Fühlen

der Psyche. Sinn und Bedeutung gibt es nur auf psychischer Ebene und kann nur auf psychischer Ebene erzeugt und beeinflusst werden. Auf neurobiologischer Ebene lassen sich immer nur neurobiologische Prozesse erfassen. Bisher haben sie sich in der Korrelation mit psychischen Prozessen immer als relativ unspezifisch erwiesen. Die Inhalte des Denkens und Fühlens, die Inhalte der die Menschen quälenden Konflikte lassen sich nicht neurobiologisch erfassen, sondern nur die damit verbundenen neurobiologischen Wirkungen.

3. *Die Person entwickelt sich in ihren mitmenschlichen Beziehungen.* Es sind die Beziehungen, welche die Entwicklung der Person herausfordern, unterstützen und strukturieren. Die Person nimmt sich an ihren Wirkungen an der Umwelt wahr, sie schafft sich ihre persönliche Nische und entwickelt sich in der Wechselwirkung mit der selbstgestalteten Umwelt [12]. Es sind die Beziehungen, welche eine Person in Konflikte versetzen und intensive Emotionen hervorrufen. Psychopharmaka können einen Heilungsprozess unterstützen. Zur Verwirklichung ihrer heilenden Wirkung braucht eine Person jedoch die Kompetenz und Möglichkeit, ihre Umwelt so zu verändern, dass sich in ihr ein gesundes Leben verwirklichen lässt. Dazu brauchen viele Patienten eine psychotherapeutische Unterstützung.

Hat die Schweizer Psychiatrie eine Zukunft?

Das Dezember-Heft 1998 des American Journal of Psychiatry befasst sich mit Schizophrenie. Das Editorial hat den Titel: «Understanding schizophrenia: a silent spring?» (Silent Spring bezieht sich auf das Buch von Rachel Carson 1961 [13], in welchem sie darauf hinweist, dass die mit dem technischen Fortschritt verbundene Umweltverschmutzung dazu führen könnte, dass eines Frühlings keine Vögel mehr singen). Es wird in diesem Editorial [14] die Frage aufgeworfen: «Haben wir etwas Wichtiges in der Schizophrenieforschung ausgelassen?» Und es folgt: «Wo ist die gute altmodische klinische Forschung geblieben, die Epidemiologie, die deskriptive Psychopathologie und die Verlaufsstudien? Solche Studien werden immer rarer, sie gelten nicht mehr als sexy, sophisticated oder gar wissenschaftlich. Sie sind unglaublich low tech. Sie erfordern nur ein denkendes Hirn, das viele Patienten beobachtet, die Beobachtungen registriert und in systematischer Weise misst, um sie dann statistisch in sehr simpler oder auch komplizierter Weise zu analysieren. In den USA ist eine ältere Generation von klinischen Forschern gestorben oder ist am Aussterben. Nur ganz wenige junge Forscher ersetzen sie. Wenn sie als junge Forscher zu Erfolg kommen wollen, müssen sie in der Grundlagenforschung etwas tun.» Und dann folgt: «Glücklicherweise haben die Europäer immer noch eine stolze Tradition klinischer Forschung und beschreibender Psychopa-

thologie. Eines Tages im 21. Jahrhundert, nachdem das menschliche Genom und das menschliche Gehirn erfasst sein werden, wird jemand einen umgekehrten Marshall-Plan zu organisieren haben, so dass die Europäer die amerikanische Wissenschaft retten könnten, indem sie helfen, uns vorzustellen, wer wirklich Schizophrenie hat und was Schizophrenie wirklich ist.»

Die Autorin dieser Artikel, Nancy C. Andreasen, ist die Editorin des American Journal of Psychiatry. Sie weist dann darauf hin, dass die grössten Früchte des Human genome project für komplexe psychische Krankheiten nicht anwendbar sind, wenn wir nicht klinische Forscher haben, die ihre Forschungskarrieren der Konzeptualisierung des Wesens und der Definition von Symptomen, Syndromen, Krankheiten und Diagnose widmen. Es sei ein Irrtum zu glauben, dazu reiche das DSM. Das DSM beschreibe die Phänomene zu vordergründig, simpel und unvollständig. Es eigne sich nicht, um subtilere Phänomene wie Vulnerabilitätsmarker, subklinische Fälle oder Beziehungen zwischen leichten kognitiven Veränderungen, Hirnveränderungen und Symptomen oder Verlauf zu beschreiben.

Der Artikel schliesst mit folgendem Satz: «Deshalb müssen wir ernsthaft in die Ausbildung einer neuen Generation von Experten in der Wissenschaft und der Kunst der Psychopathologie investieren. Sonst werden wir High-tech-Wissenschaftler erwachen und entdecken, dass wir mit einem stummen Frühling konfrontiert werden. Technologie anzuwenden ohne Begleitung von weisen Klinikern mit spezifischer Erfahrung in Psychopathologie wird ein einsames, steriles und vielleicht fruchtloses Unterfangen sein.»

Vielleicht können uns diese Formulierungen den Mut und das Selbstvertrauen geben, zu einer psychiatrischen Zukunft aufzubrechen, ohne die wertvollen Aspekte unserer beruflichen Tradition über Bord zu werfen. Alles spricht dafür, dass die Neurowissenschaften wichtige Kenntnisse über die normalen und gestörten Hirnfunktionen bringen werden und wir in Zürich eine einmalige Chance zu einer Zusammenarbeit haben, die besser genutzt werden muss. Dennoch werden diese Forschungsergebnisse in der Luft hängen, wenn sie nicht Bezug nehmen zu erkenntnistheoretischen Grundlagen der Psychiatrie. Verhängnisvoll wäre es, wenn die Dominanz der Neurowissenschaften zu einem Überhandnehmen der Pharmakotherapie in der psychiatrischen Praxis führen würde, wie es in den USA zum Teil der Fall ist. Verhängnisvoll wäre es, wenn sich in der Bevölkerung die Meinung verbreitete, die Psychiater seien nur darin ausgebildet, ihre Patienten mit Medikamenten vollzustopfen und alle Probleme mittels Chemie zu lösen. Kein anderes Fach ist so sehr auf den guten Ruf angewiesen wie die Psychiatrie. Die Patienten erwarten im Psychiater einen Menschen, der ihnen ein tieferes Verständnis ihrer irrationalen Motive, Ängste und Schwierigkeiten ermöglicht und fähig ist, sie in einem längerdauernden Heilungsprozess zu begleiten und anzuleiten. Eine Psychiatrie, die sich an den Bedürfnissen der

Patienten orientiert, kann meines Erachtens nicht auf der falschen Fährte sein.

1969 rief uns Manfred Bleuler anlässlich seiner Abschiedsvorlesung, zu Bescheidenheit mahnend, zu: «Bleiben wir bei den Patienten!» 30 Jahre später doppelte ich das nach, aber nicht aus Bescheidenheit – sondern aus unserer innersten beruflichen Überzeugung.

Literatur

- 1 Forel A. Rückblick auf mein Leben. Zürich: Europa; 1935. S. 321.
- 2 Walser HH. Psychoanalyse in der Schweiz. In: Eicke D, Herausgeber. Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band II. Zürich: Kindler; 1975. S. 1192–218.
- 3 Alexander FG, Selesnick ST. Geschichte der Psychiatrie. Zürich: Diana; 1969. S. 321.
- 4 Müller M. Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte 1920–1960. Berlin: Springer; 1982.
- 5 Müller C. Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit. Bonn: Das Narrenschiff; 1998. S. 194.
- 6 Kuhn R. Über die Behandlung depressiver Zustände mit einem Iminodibenzylderivat (G22455). Schweiz Med Wochenschr 1957;87:1136–40.
- 7 Müller C. Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit. Bonn: Das Narrenschiff; 1998. S. 194.
- 8 Ernst K. Ambulante Psychiatrie. Niedergelassene Psychiater. Bulletin SGP 1998;3:28–34.
- 9 Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 1998;155:457–69.
- 10 Luhmann N. Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1984.
- 11 Maturana HR, Varela FJ. Der Baum der Erkenntnis. Bern: Scherz; 1987.
- 12 Willi J. Ökologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 1996.
- 13 Carson R. The Silent Spring. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
- 14 Andreason NC. Understanding schizophrenia: a silent spring? Am J Psychiatry 1998;155:1657–9.