

Betrifft: Willi J. Schweizer
Psychiatrie: woher – wohin?
Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1999;
150:255–9.

Mit seinem Referat erinnert J. Willi uns daran, wie wichtig und notwendig es ist, sich grundsätzliche Fragen zur Entwicklung der Schweizer Psychiatrie zu stellen und daraus Konsequenzen zu ziehen. Deshalb ist sein Plädoyer für eine vermehrt an der Klinik der Patienten orientierte Psychiatrie sehr zu begrüßen, doch seine Aussagen bzw. seine Sicht der Ausbildungssituation sowie des akademischen Nachwuchsproblems und des Forschungsdefizits im Bereich Psychotherapie ist einseitig und ergänzungsbedürftig.

Im Kapitel «Kehrseite der Medaille», worin er die Negativpunkte der Schweizer Psychiatrie darstellt, beschreibt er die forschungskritische bis antiuniversitäre Haltung der Psychiater folgendermassen:

«In den Nach-68er Jahren bildete sich bei den 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.»

Ob für die Entscheidung gegen eine universitäre Karriere bzw. für die Privatpraxis 68er Ideologien bis heute den Ausschlag geben, möchte ich bezweifeln. Ausserdem gab es auch unter KollegInnen der 68er Generation solche, die eine universitäre Karriere anstrebten, denen diese aber wegen ihren politischen Aktivitäten verwehrt wurde. In meiner Generation, d.h. auch zur Zeit als J. Willi als Ordinarius amtierte, gab es durchaus forschungsinteressierte und ambitionierte KollegInnen, die auf eine akademische Karriere verzichteten, weil sie keine

Möglichkeit sahen, psychotherapeutische Tätigkeit und akademische Ansprüche sinnvoll und fruchtbar zu verbinden, und die Gründe dazu sind sehr komplex, wie ich noch ausführen möchte. Sicher bedeutet uns Niedergelassenen die Freiheit und Selbständigkeit in der eigenen Praxis viel, doch grundsätzlich sollten Freiheit und Eigenständigkeit im Denken in einer universitären Institution auch möglich sein. Doch was Willi zu wenig sieht, ist die *wirklich verschiedene Arbeitsweise der institutionellen und der niedergelassenen Psychiater*: das andere Patientengut, die anderen zeitlichen Möglichkeiten unseres Behandlungsangebots, die Erfahrung mit zahlreichen, nicht nur einzelnen, langfristig betreuten schwergestörten Patienten, die Besonderheiten von sehr intensiven Therapien usw., es geht also um eine *andere Tätigkeit*. So wie es einleuchtet, dass ein Oberarzt an einer Medizinischen Poliklinik offensichtlich andere Aufgaben hat als ein Hausarzt, hält sich doch deswegen noch keiner dem anderen überlegen. Schliesslich führt die andere Aufgabe zu einer ganz *anderen Kultur des Austausches unter Praktikern*. Seminare, Lesegruppen, theoretische Auseinandersetzungen, Intervisions- und Supervisionsgruppen auf kollegialer Basis sowie auch an den verschiedenen Psychotherapie-Instituten helfen die praktische Arbeit in der eigenen Praxis zu bereichern, zu hinterfragen, zu konzeptualisieren und vereinzelt auch zu beforschen und zu publizieren, allerdings selten in Zeitschriften mit einem hohen Impact Factor.

Die Ausrichtung der universitären psychiatrischen Institutionen orientierte sich hingegen sehr an den Standards der somatischen Medizin und weniger an den Geisteswissenschaften. Diese Impact-Factor-Ideologie und der zunehmende kostenbedingte Rechtfertigungsdruck gegenüber anderen medizinischen Disziplinen der Universitätskliniken, führte im psychiatrischen Wissenschaftsbetrieb z.T. zu einem unattraktiven kompetitiven Klima und auch zur *Vernachlässigung der Frage der Praxisrelevanz* d.h. zum Anstieg von Studien mit leicht operationalisierbaren Problemstellungen und oft recht trivialen Resultaten.

Gerade wir Praktiker wissen, dass das Forschungsdesign enorm differenziert sein muss, lange Untersuchungszeiträume notwendig sind und dass es erfahrene Therapeuten braucht, um aussagekräftige Resultate über die von uns alltäglich geleistete Arbeit zu liefern. Die Skepsis gegenüber

dem Beforschen unserer Arbeit ist sicher immer noch hoch, denn die Gefahr, infolge unangemessener Vergleiche entwertet und wirtschaftlich benachteiligt zu werden, wird immer grösser. So sind auch die meisten Praktiker der Überzeugung, dass es Psychotherapieforschung braucht, die allerdings weder von einzelnen noch von kleineren Gruppen von Niedergelassenen organisiert, durchgeführt und finanziert werden kann. Die von J. Willi beklagte sogenannte mangelnde Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Psychiater hat wohl auch etwas mit dem beschriebenen Komplexitätsproblem zu tun. Viele von uns haben einfach keine Lust an einem Projekt mitzuarbeiten, in dessen Planung sie nicht einbezogen wurden und das sie konzeptuell nicht überzeugt. In der Praxis bekommen wir immer wieder Fragebogen aus Institutionen, die dermassen inadäquate Fragen enthalten, dass das Ausfüllen einem als sinnlose Zeitverschwendung erscheint.

Ein anderes Thema ist der grosse *Frauenanteil der Psychiater*, der sich aber, wie im ganzen akademischen Betrieb und in den Spitälern, nur auf Assistentenebene, jedoch schon nicht mehr auf Oberarzt-Niveau oder beim akademischen Nachwuchs zeigt. Bis vor kurzem mag das noch an mangelnden Teilzeitstellen gelegen haben, doch nicht nur. Frauen zögern sicher immer noch häufig vor einer institutionellen oder gar akademischen Karriere, oft schon lange bevor sie Kinder haben, aus Angst vor Überforderung durch die Doppelrolle, und sie ziehen deshalb die Flexibilität einer Privatpraxis vor.

Doch auch viele männliche Kollegen sowie kinderlose Frauen, die durchwegs ehrgeizig und geistreich genug für eine wissenschaftliche Karriere wären, befürchten, dass die «Impact-Factor-Mentalität» ihre Kreativität und ihre Lust am Arbeiten und Forschen zu sehr beeinträchtigen könnte. Psychotherapeutisch interessierte KollegInnen beklagen auch häufig den Umstand, dass sie die knappe Zeit für die Arbeit am Patienten nicht noch durch die Arbeit an einem eigenen Forschungsprojekt verkürzen könnten oder anders gesagt, wer forschen will, muss sich in einem Klinikbetrieb gut abgrenzen können.

Fazit: Ich sehe einen gewissen Widerspruch im Referat von J. Willi. Einerseits kritisiert er die amerikanische Impact-Factor-Mentalität, andererseits lokalisiert er das akademische Nachwuchsproblem bei den Post-68ern. Könnten denn nicht gerade die

Korrespondenz:
Dr. med. Marianne Schneider Weber
Spezialärztin FMH
für Psychiatrie und Psychotherapie
Kronenstrasse 42
CH-8006 Zürich

Ordinarien an den Verhältnissen im psychiatrischen Wissenschaftsbetrieb am ehesten etwas ändern? Zwar stellt er fest, dass zahlreiche berühmte Schweizer Psychiater für ihr wissenschaftliches Werk in der medizinischen Fakultät auch keine Anerkennung gefunden haben. Die Folge daraus könnte doch auch Neugier oder Hoffnung sein, dass gerade zukunftsweisende wissenschaftliche Impulse in die Schweizer Psychiatrie einfließen könnten, wenn Ideen und Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Pra-

xiskultur mehr Beachtung geschenkt würde oder Praktikern von den universitären Institutionen mehr Interesse an echter Zusammenarbeit entgegengebracht würde: z.B. gemeinsam von Universitätsvertretern und Praktikern geplante Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen, aber auch gemeinsame Forschungsprojekte, vermehrte Teilzeitanstellungen von Praktikern für Spezialaufgaben in Institutionen usw.

Neid und gegenseitige Entwertung kommen beim Vergleich der beiden Ausgangs-

positionen universitäre Laufbahn versus Praxis wohl leicht auf, etwas Rivalität mag der Sache ja auch gar nicht schaden. Doch sollte grundsätzlich der Respekt für das Andere überwiegen, um einen fruchtbaren und lebendigen Austausch zu ermöglichen, von dem nicht nur wir, sondern v.a. die Patienten profitieren mögen.

Marianne Schneider Weber
Vorstandsmitglied der Zürcher Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie

Meine Psychotherapie der Psychosen in der Psychotherapie der Gegenwart¹

■ B. Hofacker, G. Ebner

¹ Zusammenfassung des Vortrags von Prof. Dr. med. Gaetano Benedetti am 16. Januar 1999 im Psychiatriezentrum Schaffhausen

Einleitung

Die Psychotherapie von schizophrenen Menschen hatte in den 50er und zu Beginn der 60er Jahre einen Höhepunkt erreicht, und die Pioniere dieser Therapieform haben uns gelehrt, wie auch mit schwer psychisch Kranken eine gute Vertrauensbeziehung aufgebaut werden kann, um anstehende Probleme besprechen und eine Psychotherapie durchführen zu können. In den 60er Jahren gerieten diese Therapieformen zunehmend in Vergessenheit, da man sich von den neu aufkommenden Psychopharmaka versprach, die Kranken – auch ohne aufwendige psychotherapeutische Gespräche – behandeln und heilen zu können.

Sicherlich hat die Psychiatrie durch diese Medikamente grosse Fortschritte gemacht, doch 30 Jahre später sehen wir auch neue Probleme auf unsere Kranken zukommen: Etwa ein Drittel der Patienten spricht auf die Medikamente ungenügend oder gar nicht an, viele klagen über Nebenwirkungen, und die Schar derer, die diese Medikamente regelmässig einnehmen, um Rückfälle zu verlässlich verhindern zu können, liegt bei höchstens 50%. Ein grosser Teil derjenigen, denen man eine regelmässige Einnahme empfiehlt, lehnt sich früher oder später dagegen auf. Die Entwicklung neuer Medikamente mit weniger Nebenwirkungen haben diese Schwierigkeiten zwar entschärft, sie bestehen aber immer noch fort. Hinzu kommt, dass auch die medikamentös behandelten Kranken dringend der psychotherapeutischen Hilfe bedürfen, da sie mit einer Vielzahl von persönlichen und sozialen Problemen, Konflikten und Einschränkungen konfrontiert sind.

Leider hat sich die Forschung in der Psychiatrie mehr und mehr auf deren biologische Aspekte beschränkt, und das Wissen der Pioniere in der Psychosentherapie droht verlorenzugehen. Es hält sich die hartnäckige Überzeugung, dass Schizophrenie ausschliesslich eine biologische Erkrankung sei, die mit biologischen Mitteln – sprich Medikamenten – zu behandeln ist.

Herr Professor Gaetano Benedetti und andere Pioniere der Psychosentherapie, die wir regelmässig zu uns in die Klinik einladen, zeigen aber aufgrund ihrer Erfahrungen, dass gerade auch die Psychotherapie eine wichtige Behandlungsmethode bei Schizophrenien darstellt. Sicherlich ersetzt die Psychotherapie nicht einfach die Medikamente, häufig führt erst eine Kombination von beiden zum Erfolg. Ganz bestimmt können wir aber sagen, dass eine Therapie der Schizophrenie ohne Psychotherapie, nur mit Medikamenten, nicht nur eine Therapie ohne Herz darstellt, sondern dass die Prognose dieser Erkrankung auch deutlich schlechter wird.¹ Leider ist heute aber ein anderer Trend absehbar. Interessant ist hierbei, dass bei Umfragen in der Bevölkerung immer wieder zu erfahren ist, dass diese die Psychotherapie als eine der wichtigsten Behandlungsmethoden von psychischen Krankheiten ansieht und fordert, was in wissenschaftlichen Kreisen zu Verwirrung und Unverständnis führt. Vielleicht hat aber das Volk doch nicht ganz so unrecht, wie es den Wissenschaftlern erscheinen mag.

Diese Therapien können aber nicht alle leisten, sie verlangen vom Therapeuten eine grosse Menge an Geduld, eine standhafte Persönlichkeit, eine gute Ausbildung und viel Erfahrung. Selbst dann ist eine Heilung nicht garantiert, Rückschläge gehören – wie auch in anderen Disziplinen in der Medizin – auch hier zur Arbeit mit dazu.

Zur Person Benedettis

In Italien geboren und aufgewachsen, kam Benedetti 1947 in die Schweiz, machte hier

seine psychoanalytische Ausbildung, habilitierte 1953 und war bis 1956 in der Psychiatrischen Universitätsklinik «Burghölzli» in Zürich Oberarzt bei Manfred Bleuler. In dieser Zeit engagierten sich insbesondere im «Burghölzli» einige Therapeuten in der Weiterentwicklung der Psychotherapie der Psychosen. Von 1956 bis 1985 arbeitete Professor Benedetti in Basel, zunächst in der Psychiatrischen Universitätsklinik Friedmatt, dann in der Psychiatrischen Universitätspoliklinik, wo er den Lehrstuhl für Psychotherapie und Psychohygiene innehatte. Neben seiner Tätigkeit in Basel baute er in Mailand mit Mitarbeitern ein psychoanalytisches Institut auf, an dem er nach wie vor regelmässig unterrichtet. Aus seinem jahrzehntelangen Wirken entstanden eine Vielzahl von Publikationen und Büchern, die in mehrere Sprachen übersetzt wurden und zu den Grundlagenwerken zum Thema «Psychotherapie der Psychosen» zählen.

Symbiose und Autismus

Für Benedetti ist bei den an chronischer Schizophrenie erkrankten Patienten die Spaltung zwischen Symbiose und Autismus ein besonderes Merkmal. Die Symbiose sei das primäre Symptom der Krankheit. Der Kranke fühle sich mit vermeintlichen Intentionen und Absichten seiner Mitwelt verwickelt und verstrickt. Damit verbunden sei ein Verlust der Symbolfähigkeit, beispielsweise die Verwechslung der Namen der Dinge mit den Dingen selbst. Benedetti illustrierte dies mit einem zitierten Beispiel von Sigmund Freud. Eine schizophrene Patientin, zu der gesagt worden war, dass ihr der untreue Bräutigam die Augen verdreht habe, bekam verdrehte Augen. Für sie war dies keine Metapher. Ferner würden schizophrene Patienten ihre Gedanken auf andere

¹ Literaturübersicht s. Ebner G. Der psychotherapeutische Zugang zum schizophrenen Menschen. *Ars Medici* 1997;19: 1165–72.

Korrespondenz:

Dr. med. Gerhard Ebner
Chefarzt
Kantonale Psychiatrische Klinik Breitenau
Breitenaustrasse 124
CH-8200 Schaffhausen