



*u*<sup>b</sup>

---

b  
UNIVERSITÄT  
BERN

# Kann die Psychiatrie des 21. Jahrhunderts ihre inneren Widersprüche auflösen?

Werner Strik

Widerspruch Nr.1

# NEUROBIOLOGISCHE ODER PSYCHOLOGISCHE THERAPIE?

- **«Eine Pille kann einen Seelenzustand nicht behandeln»**
  - Chemische Zwangsjacke, unsanft
  
- **«Psychotherapie ist langwierig und teuer»**
  - Luxuspsychiatrie, Erfolge für schwere Krankheiten nicht ausreichend wirksam

- **State of the Art:**
  - Kombination spezifischer Psychotherapiemethoden mit gezielt wirksamen und verträglichen Psychopharmaka
  - Schulen-unabhängiger Einsatz der Psychotherapie entsprechend bestimmter Wirkfaktoren
  
- **Zukunft:**
  - Augmentation von Psychotherapie mit modernen somatischen Therapien (z.B. Magnet- oder Gleichstromstimulation)

Widerspruch Nr.2  
**NEUROBIOLOGISCHE ODER  
GEISTESWISSENSCHAFTLICHE  
FORSCHUNG?**



## ➤ Die aktuelle Psychopathologie und psychiatrischen Krankheitsbilder wurden mit geisteswissenschaftlichen Methoden entwickelt

### ▪ Grundannahme

- Die Phänomenologie erlaubt die Entdeckung allgemeiner Grundsätze der menschlichen Psyche
- Diese folgen eigenen, metaphysischen Gesetzmässigkeiten, die mit der Biologie des Gehirns allenfalls korreliert, aber nicht erklärt werden können

### ▪ Methode

- Empathie und narrative Fallbeschreibungen
- Induktion allgemeiner Begriffe und Gesetzmässigkeiten
- Kausalverknüpfungen nach logischen Regeln

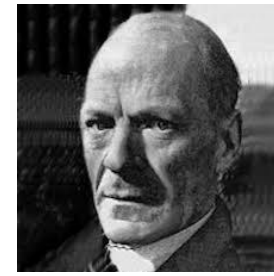
## ➤ Die modernen Neurowissenschaften bedienen sich naturwissenschaftlicher Methoden

### ▪ Grundannahme

- Die materielle Welt ist die einzig sichere Erkenntnisquelle
- Begriffe und deren Ordnung sind bestmögliche Bezeichnungen, die ständig überprüft und angepasst werden müssen

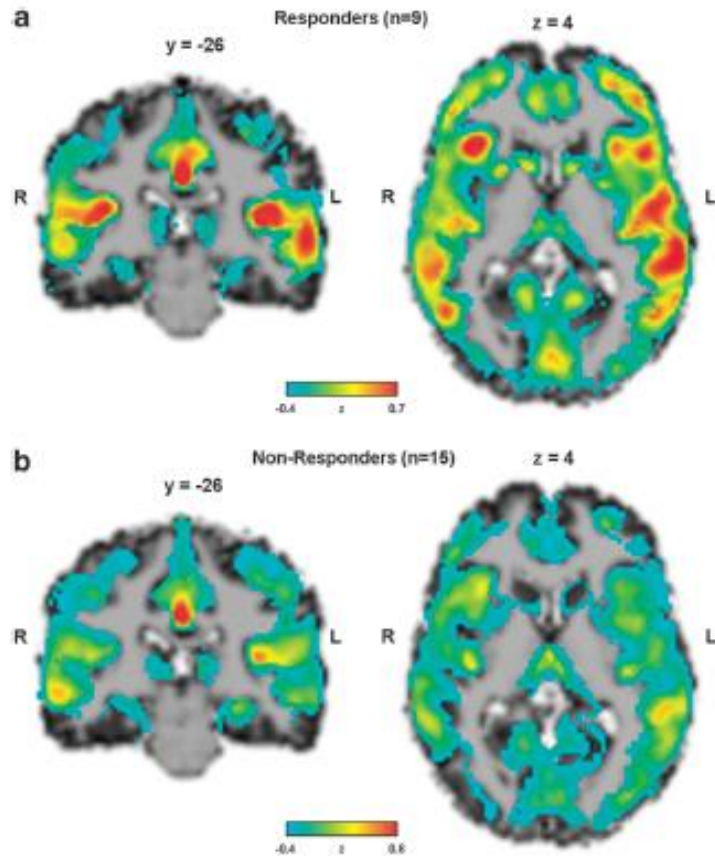
### ▪ Methode

- Wiederholbare Beobachtung und Messung von Objekten und Ereignissen
- Ordnung nach formalen Kriterien
- Untersuchung von Kausalzusammenhängen anhand mechanistischer, falsifizierbarer Theorien und Hypothesen

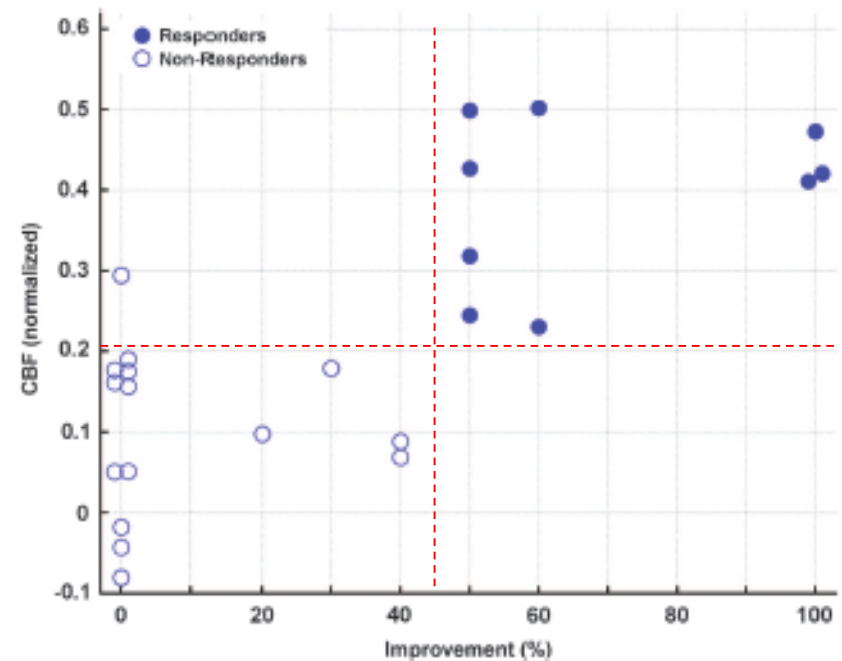


- **Die offizielle Doktrine**
  - Mit den zweifelhaften Ausnahmen von Säuglingen und Idioten hat jeder Mensch sowohl einen Körper, als auch einen Geist
  - Was der Geist will, führen Beine, Arme und Zunge aus; was das Ohr und die Augen anregt hat etwas damit zu tun, was der Geist wahrnimmt
  - Aber die tatsächlichen Transaktionen zwischen den Episoden der privaten Geschichte und jenen der öffentlichen Geschichte bleiben mysteriös, da sie definitionsgemäss weder zur einen noch zur anderen Kategorie gehören
  - Sie sind theoretische Federbälle, die auf ewig vom Physiologen zum Psychologen geschlagen werden, und wieder zurück vom Psychologen zum Physiologen
  
- **Ich werde oft davon sprechen, mit bewusstem Fehlgebrauch, als dem «Dogma vom Gespenst in der Maschine»**
  - Ich hoffe, beiweisen zu können, dass es völlig falsch ist, und zwar falsch nicht im Detail, sondern im Grundsatz. Es handelt sich nicht einfach um eine Reihe von bestimmten Fehlern, sondern um einen einzigen, grosser Fehler einer besonderen Art. Es handelt sich nämlich um einen **Kategorienfehler**.
  - Einem Fremden, der das erste Mal Oxford oder Cambridge besucht, wird eine Anzahl von Seminaren, Bibliotheken, Sportplätzen, Museen, wissenschaftliche Abteilungen und Verwaltungsbüros gezeigt. Daraufhin fragt er: «aber wo ist die Universität?»

# Prediction of treatment response



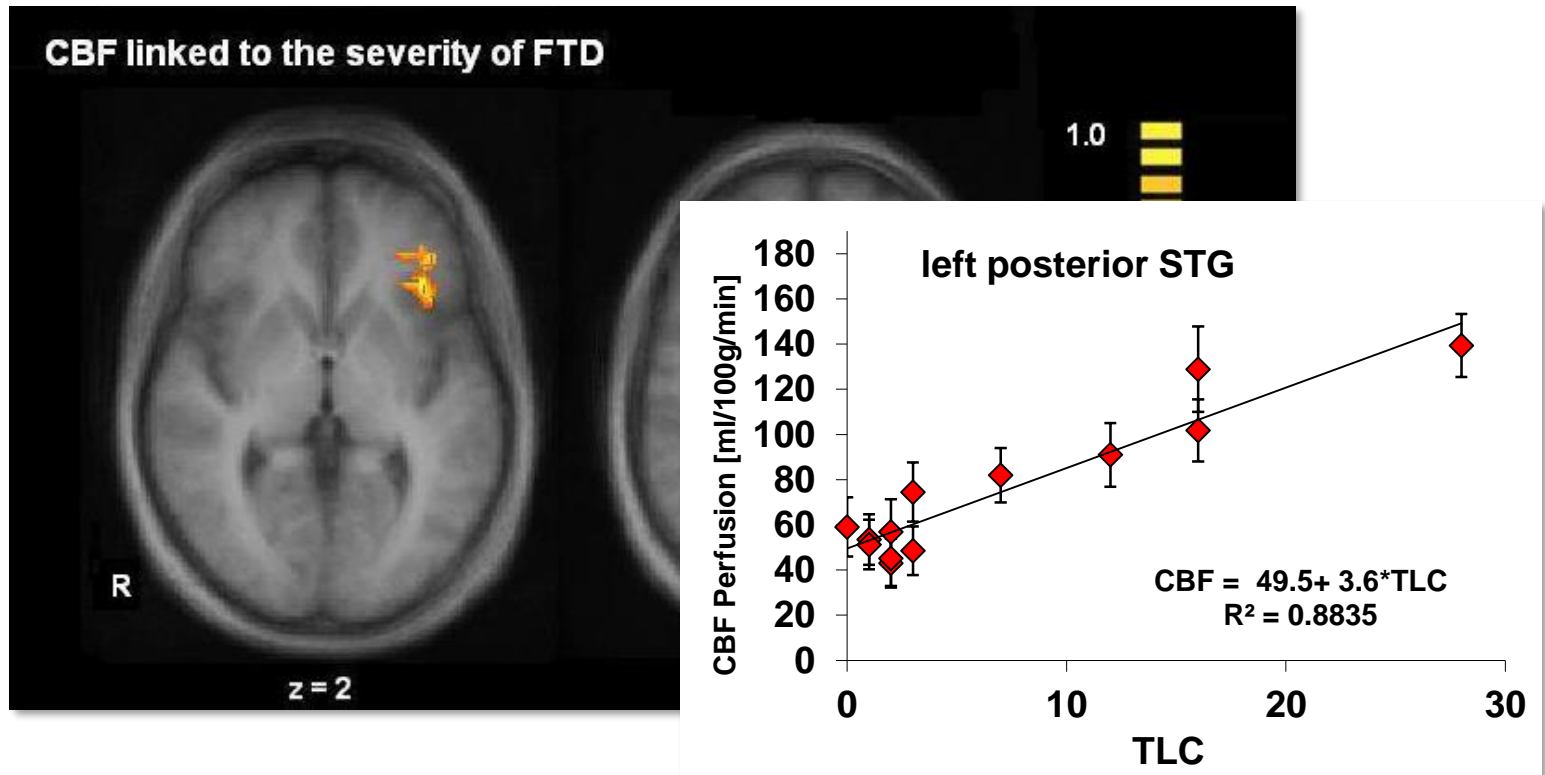
**Figure 1** Average mean global CBF images of responders (top) and nonresponders (bottom). CBF values were z-transformed.



**Figure 3** Scatter plot of improvement in percent, as measured with the hallucination change scale and CBF in the left superior temporal gyrus before treatment (Spearman's rank correlation,  $r = 0.7$ ,  $df = 22$ ,  $P < 0.0001$ ). CBF values were z-transformed.

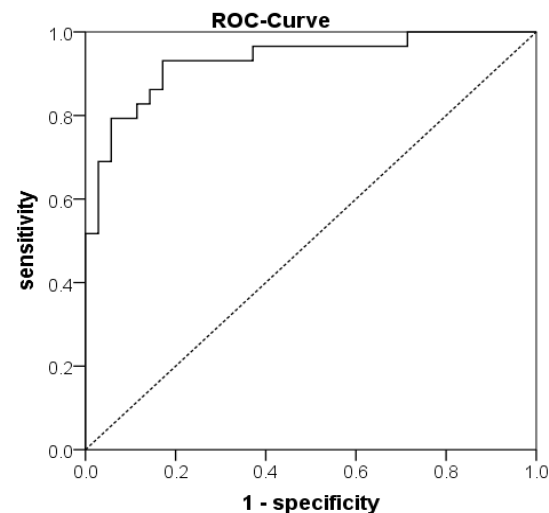
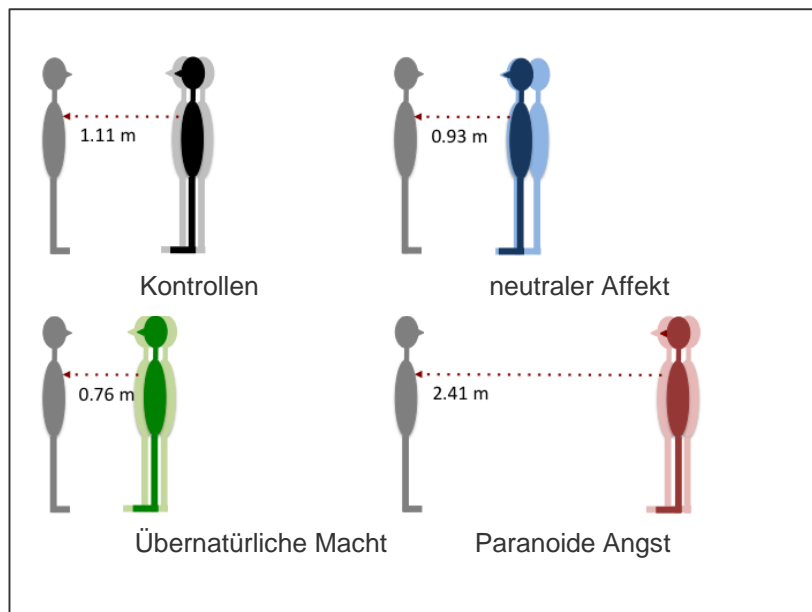


# Brain perfusion and formal thought disorders in schizophrenia



*Correlation between “Thought, Language, and Communication (TLC)” and baseline-CBF*

# Bleib auf Distanz! Bedside Test für Paranoia



Exzellenter diagnostischer Wert:

**93% Sensitivität**  
**83% Spezifität.**

# Nicht-verbale Kommunikation bei Psychosen

- **Die sprachliche Verständigung mit psychotischen Patienten ist aufgrund formaler bzw. inhaltlicher Aspekte des Denkens oft fundamental gestört**
- **Die nicht verbale Kommunikation in den Domänen der Affekte und der Ausdrucksmotorik ist hier daher besonders wichtig**
- **Die wissenschaftliche und didaktische Psychiatrie hat diese Kommunikationskanäle kaum systematisch beachtet**

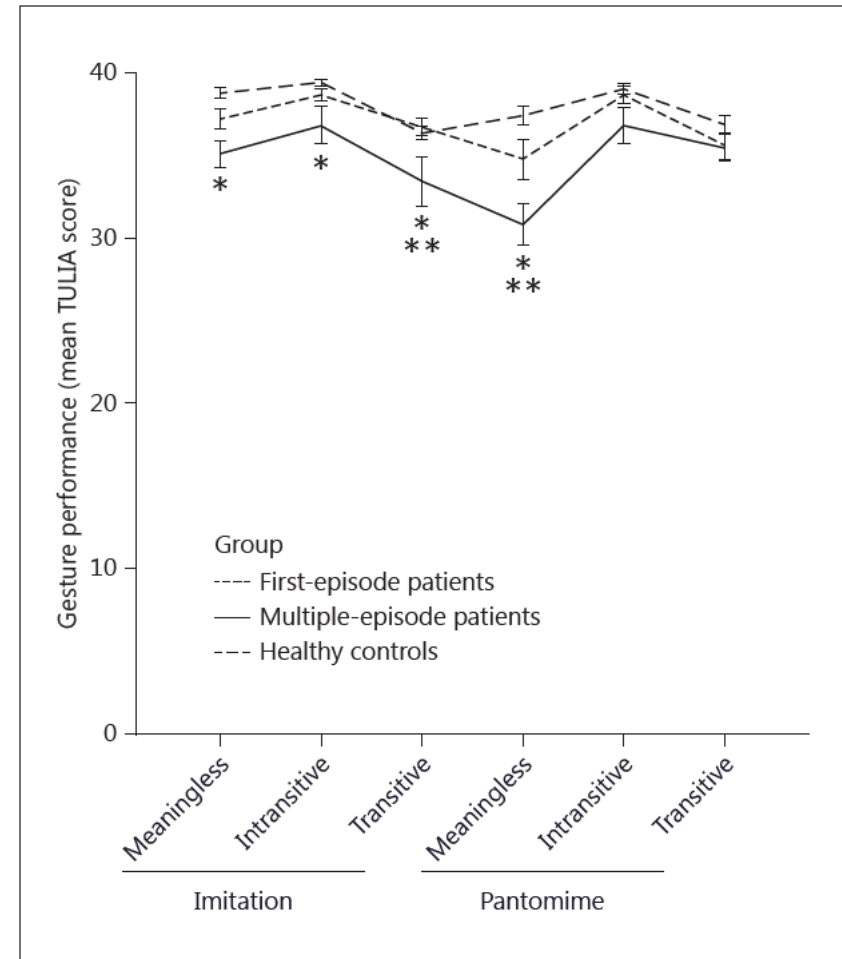


# Nicht-verbale Kommunikation mit Gesten

*Gesture Performance in First- and Multiple-Episode Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders*

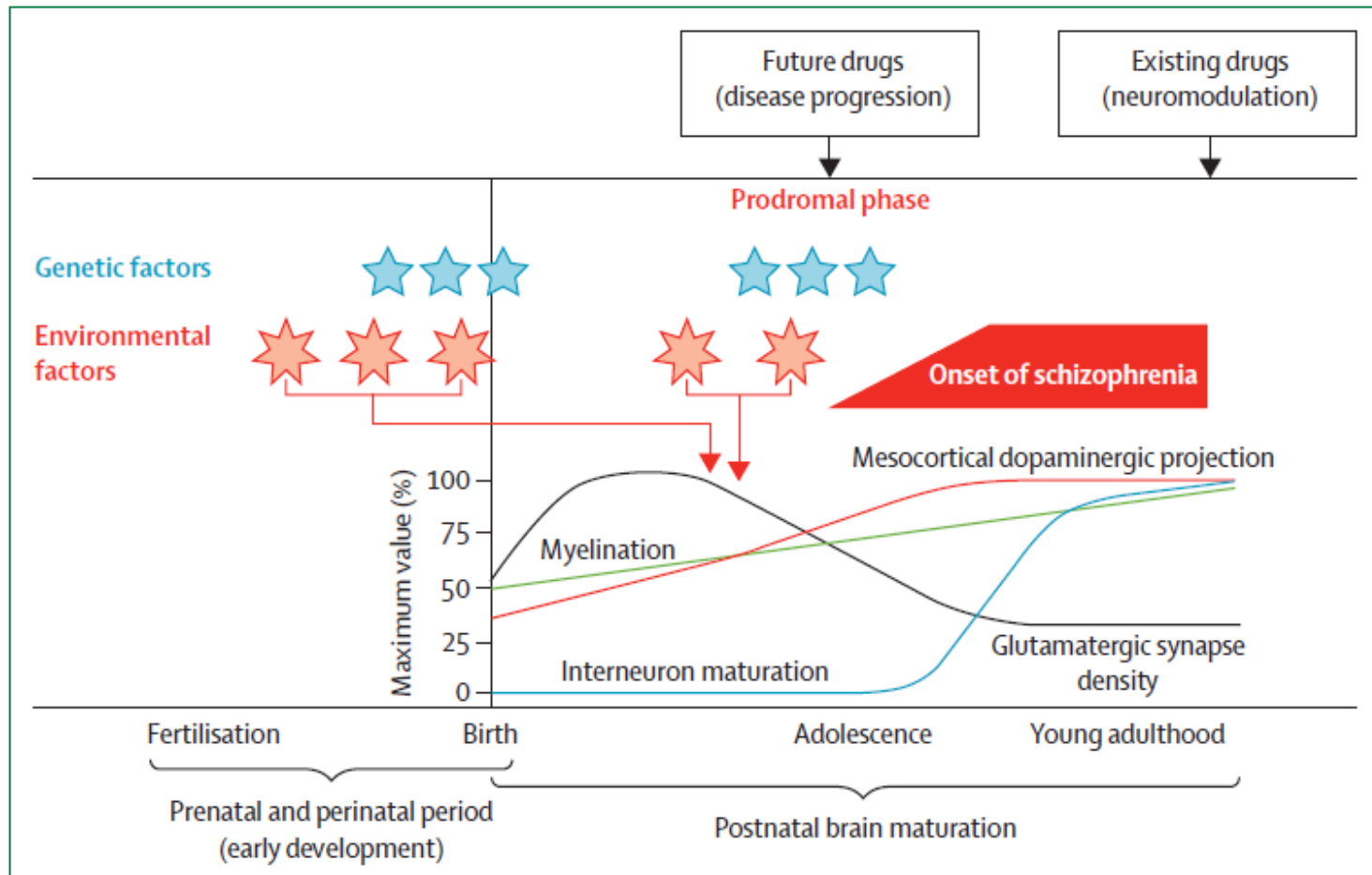
*Stegmayer et al., Neuropsychobiology. 2016; 73:201-208*

- Gesten spielen eine wichtige Rolle im Sozialverhalten
- Stärkste Beeinträchtigung bei bedeutungsloser Pantomime
- Ersterkrankte weniger beeinträchtigt, aber ähnliche Muster
- Defizite der nicht verbalen Kommunikation sind bereits zu Beginn der Erkrankung feststellbar; sie verstärken sich im Laufe der Erkrankung



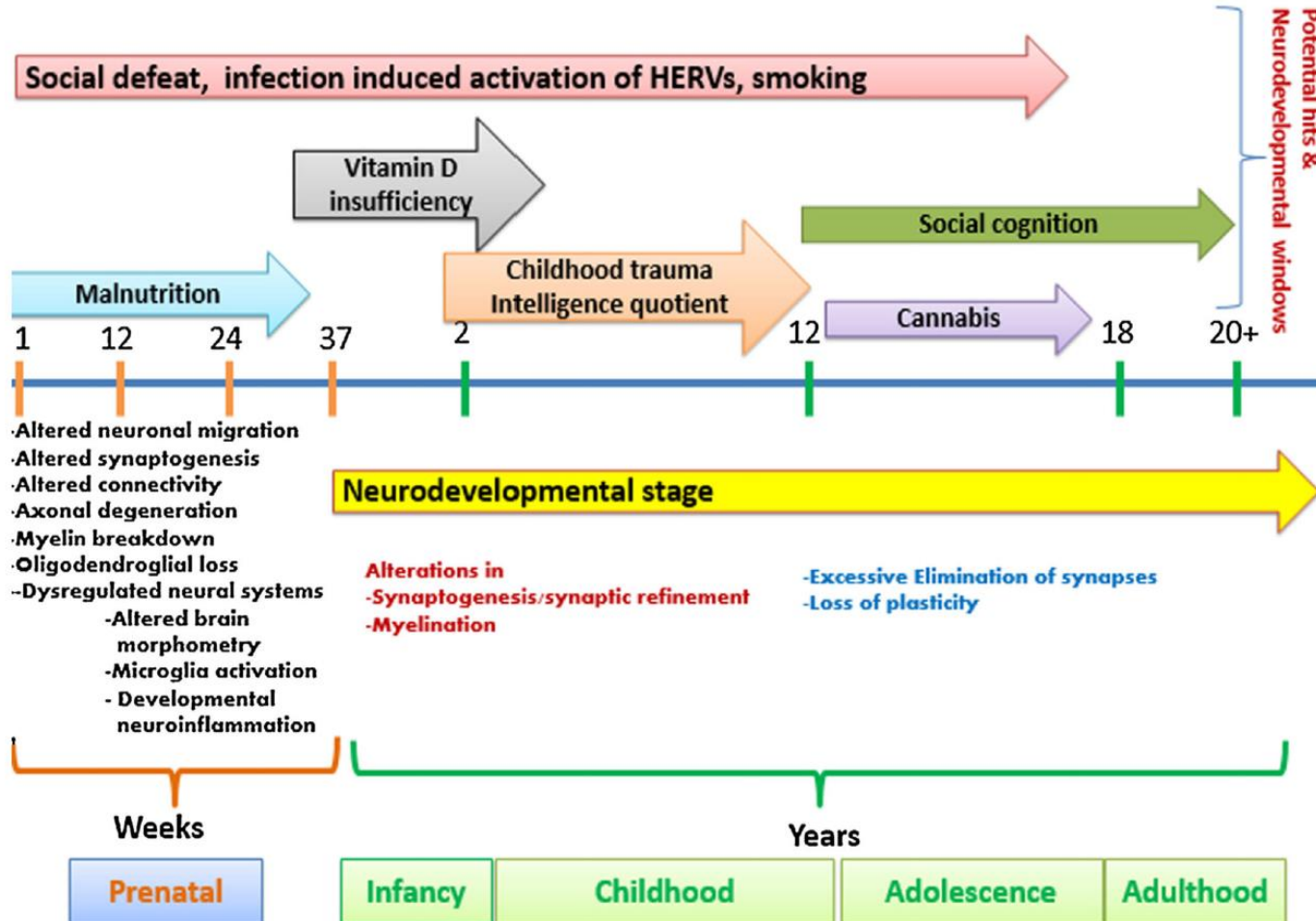
# Zeitachse der Interaktion von genetischen und Umwelt-Risikofaktoren

Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. Lancet. 2016;388(10039):86-97.



# Vulnerabilität und Risikofaktoren für Schizophrenie

*A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis*  
Davis et al., *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2016; 65:185-194



- **Die modernen Methoden der Genetik und der Bildgebung ergeben ein komplexes Panorama der Biologie schizophrener Erkrankungen**
- **Die statistischen Ergebnisse können einzelne Symptome oder die Heterogenität der Erkrankung nicht erklären**
- **Die Studien sprechen für eine individuelle Wechselwirkung zwischen biologischer Veranlagung und Umwelt**
- **Die neurobiologische Forschung unterstützt heute mehr denn je eine positive ökologische Bilanz der biologischen, pädagogischen und sozialen Umgebung zur Prävention schizophrener Erkrankungen**

Widerspruch Nr.3

**DRINNEN ODER DRAUSSEN?**



# Aktuelle Situation in London

aus: Thornicroft and Goldberg (1999) Has Community Psychiatry failed?

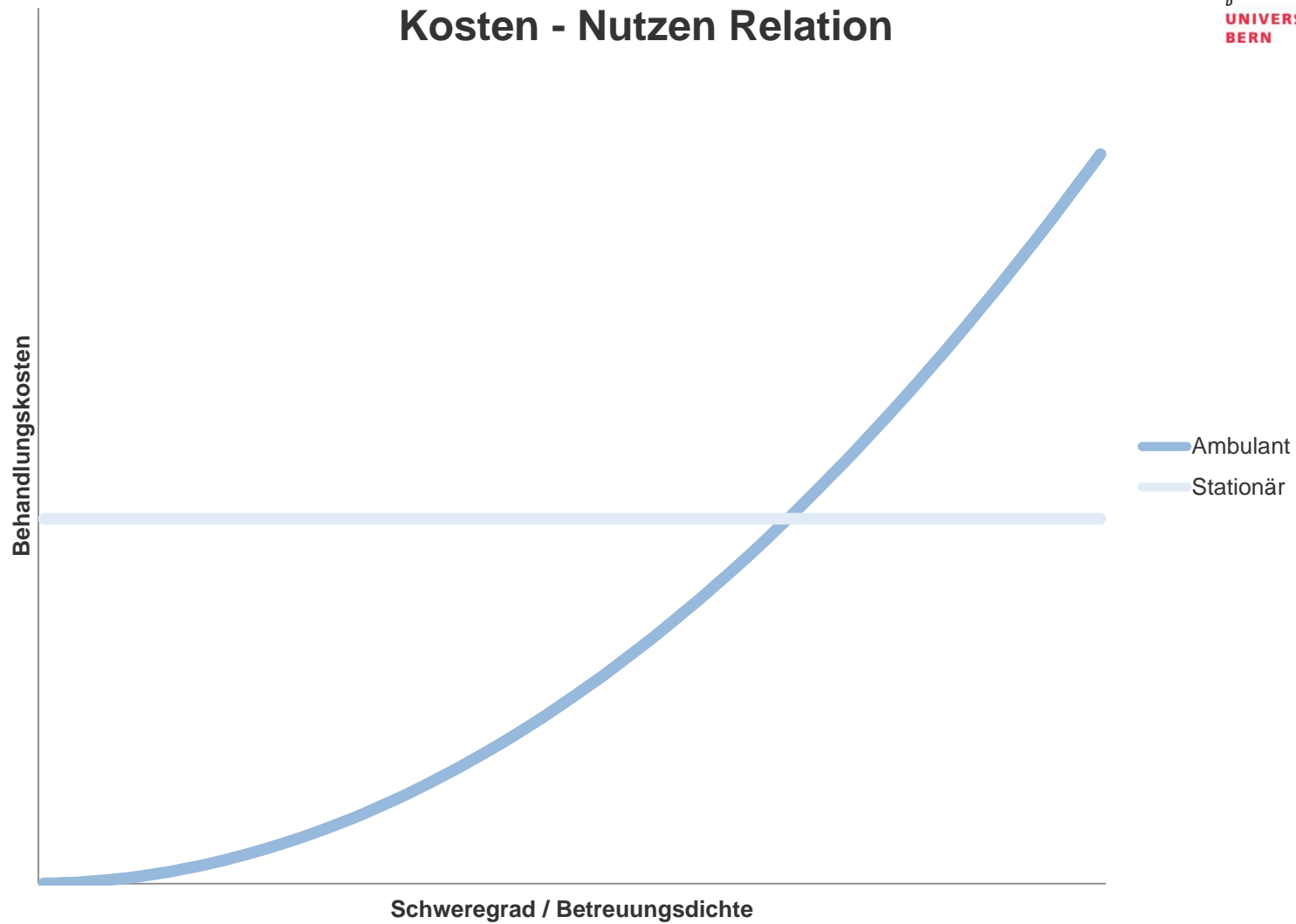
- **In der Innenstadt ist die Prävalenz schwer seelisch Kranker bis zu 4x höher als andernorts**
- **Hier ist die Bettenschliessung zu weit gegangen**
  - Bettenbelegung in London 140%
  - Lange Wartezeiten
  - Zuweisungen in entfernte Spitäler
  - Nur Schwerkranke finden ein Bett
  - Das Gewaltniveau auf den Stationen ist sehr hoch
    - Im Durchschnitt hat eine Londoner Station jeden dritten Tag ein schweres Gewaltereignis
  - Die Londoner Akutbetten sind unterbesetzt und es mangelt an Kompetenz
- **Seelisch Kranke wurden "Transinstitutionalisiert" (in Gefängnisse)**
  - 400 Patienten in England fehlplaziert

# **Kann die Gemeindepsychiatrie die Krankenhausbehandlung ersetzen?**

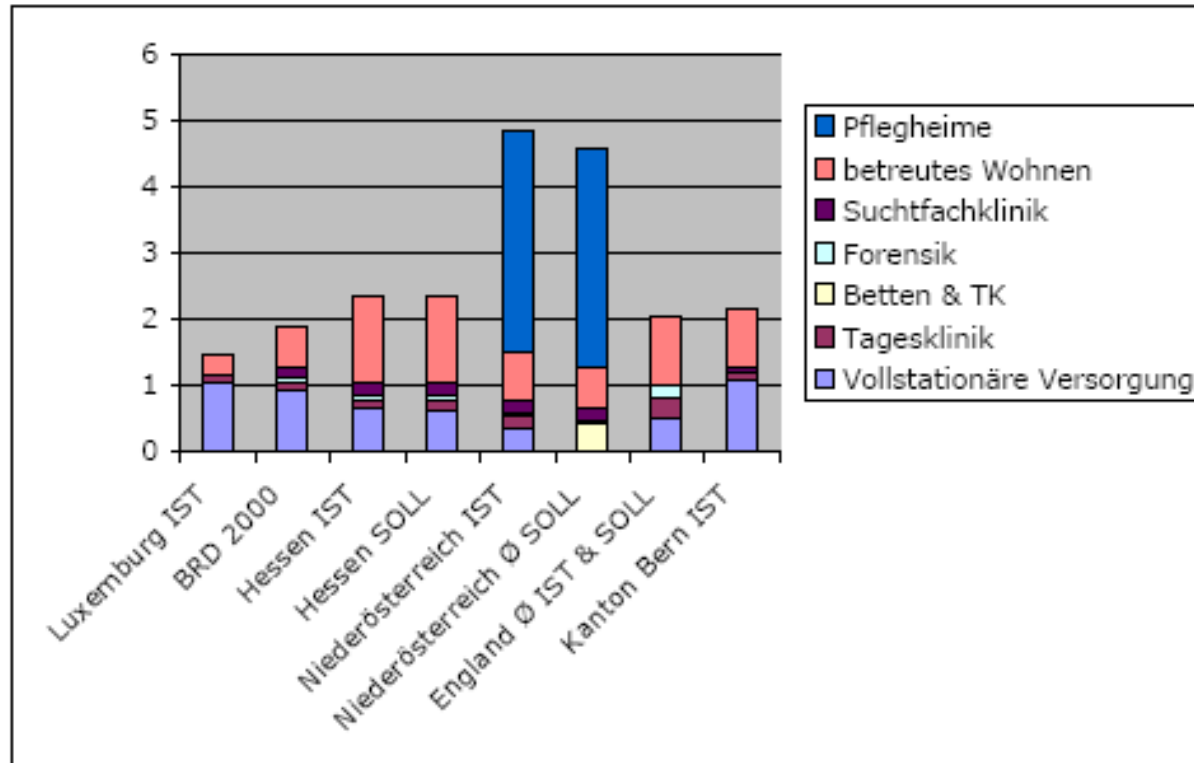
- **Wenn die Aufenthaltsdauern drastisch reduziert werden sollen, muss ein 24-Stunden Dienst in der Gemeinde verfügbar sein**
- **"selbst wenn Patienten Betreuer zu Hause haben sind ihre Interessen während einer akuten Krankheitsepisode oft am besten durch einen kurzen Krankenhausaufenthalt geschützt - denn vitale Beziehungen mit Betreuern und Nachbarn können irreparabel geschädigt werden wenn der Patient gezwungen ist zu Hause zu bleiben während er akut krank ist."**

**(Thornicroft & Goldberg)**

## Kosten - Nutzen Relation



# Quervergleich in Europa



**Abbildung 7:** Vergleich der Gesamtzahl von Betten (Allgemeinpsychiatrie inkl. Gerontopsychiatrie mit Ausnahme von England, Sucht und Forensik) Tagesklinik- und betreuten Wohnplätzen sowie in Pflegeheimen gemäss Zahlen aus **Tabelle 18**)

# Fehl-Platzierungen in Europa

- > **In somatischen Krankenhäusern** (Ernst, 2001)
- > **In psychosomatischen Kliniken** (Häfner, 1995)
  - In BRD seit 1975 von 1'000 auf 14'000 Betten angestiegen
- > **In Privatkliniken**
  - In Rom 81% der Betten in Privatkliniken (Gaddini et al., 2005)
- > **In kommerziellen Pensionen** (Rössler & Koch, 2005)

# Transinstitutionalisierung

## Folgen der Schliessung von Langzeitbetten:

- > Ersatz durch kostengünstigere Wohnplätze
- > Fehlplatzierung in somatischen Betten
- > Zunahme an Privatklinikbetten
- > Zunahme an psychosomatischen Betten
- > Ausbau der Forensik

## Fazit

Die Summe der Verantwortung für die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung innerhalb eines bestimmten Einzugsgebietes bleibt konstant



### Zentralbau



### Alte Klinik



### Station Etoine







# Funktionseinheiten

UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

u<sup>b</sup>

b  
UNIVERSITÄT  
BERN



- **Ambulant**

- Ambulatorien, Spezialsprechstunden, Konsiliar- und Liaisondienst

- **Tagesstationär**

- drei Tageskliniken

- **Stationär**

- 2 Kriseninterventionsstationen
- sieben Akutstationen
- Forensisch-Psychiatrische Intensivstation
- Privatstation
- Krisenbetten im GPZ West

- **Familienpflege**

- **Angehörigenberatung**





# Betreuungsform

- **Fachkliniken**
  - Akut- und Langzeitbehandlungen
  - Isolation, Stigmatisierung
- **Abteilungen im somatischen Spital**
  - Akutbehandlungen
  - Interdisziplinarität, Entstigmatisierung, Sicherheit, Ausbildung
- **Wohnen**
  - Wohnheime und –Gruppen, Familienpflege, Wohnbetreuung,
- **Ambulante und aufsuchende Betreuung**
  - niedergelassene Psychiater, Institutssprechstunden
  - Niederschwellige Ambulatorien in den Wohnquartieren
- **Rehabilitation und Reintegration**
  - Spezialisierte Programme für Wohn- und Arbeitstraining
- **Forensische Abteilungen**
  - Behandlung von Verurteilten und Gewalttätigen
  - In einigen Ländern Tendenz zu einer neuen Verwahrrpsychiatrie

Widerspruch Nr.4

**FREIWILLIG ODER GEZWUNGEN?**

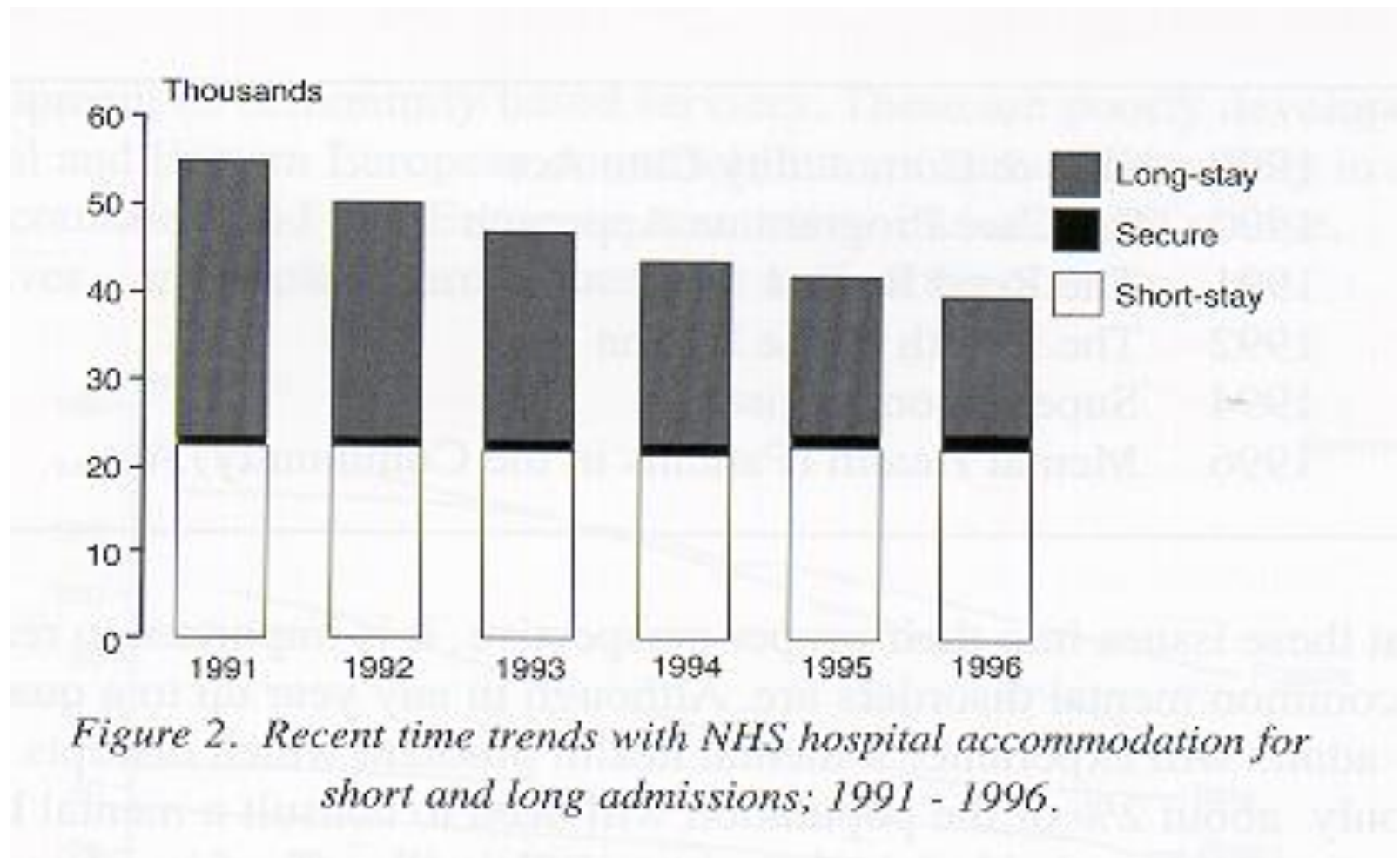
# Deinstitutionalisierung differenzierter betrachtet

Thornicroft & Goldberg, 1998

$u^b$

<sup>b</sup>  
UNIVERSITÄT  
BERN

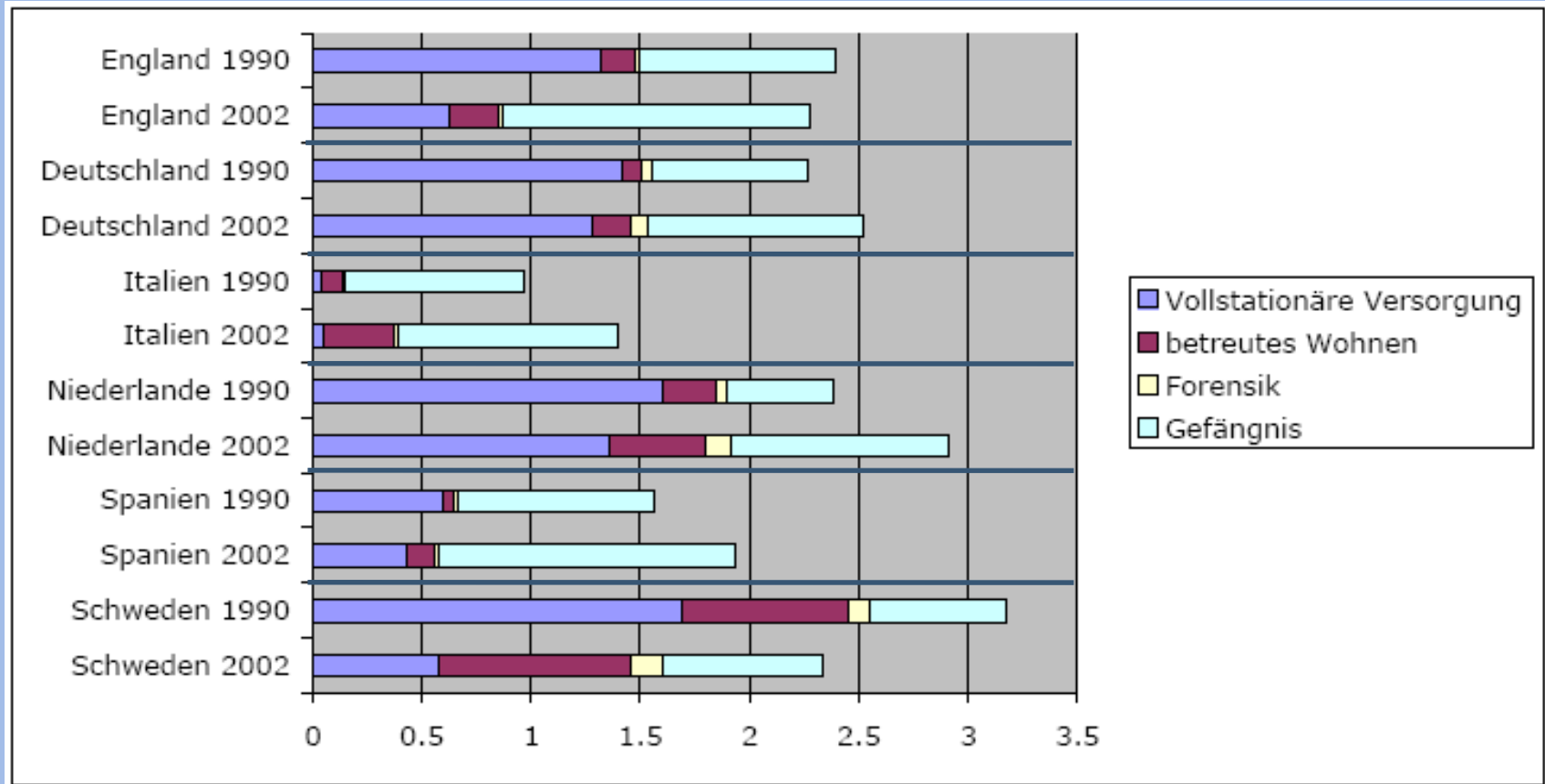
UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN



# Psychisch Kranke im Strafvollzug (USA)

- > **20% der 2.1 Mio Inhaftierten ist ernsthaft psychisch krank**
- > **< 80'000 psychiatrisch hospitalisiert**
- > **Medizinische Betreuung in Gefängnissen praktisch inexistent**

# Transinstitutionalisierung



- **Nr.1**
  - Neue Strategien kombinieren Pharmako- und Psychotherapie, um die Dauer zu verkürzen und Nebenwirkungen zu minimieren
  
- **Nr.2**
  - Humanistische und neurobiologische Forschung kann aufgrund methodischer Hürden nicht kombiniert werden. Die Ergebnisse aus beiden Richtungen können für psychologische, soziale, ethische, juristische und politische Zwecke synthetisch verwendet werden
  
- **Nr.3**
  - Der Streit um «die» ideale Betreuungsform hat sich durch den Perspektivewechsel von den Strukturen zum Patienten erübrigt
  
- **Nr.4**
  - (Selbst-)Aggression, Gewalt und Zwang sind ein Teil psychischer Erkrankungen. Will man sie aus der Psychiatrie verbannen, muss man die Betroffenen verstecken





# Nachtrag: Gedanken zur klinischen Psychiatrie

W. Strik (1999)

**Die Psychiatrie ist das medizinische Fach, das seit jeher am stärksten durch Ideologien und Philosophien beeinflusst wurde. Ihre Geschichte vom Altertum bis heute ist von Pendelbewegungen zwischen der nüchternen Beschreibung objektiver Zusammenhänge und der emotionalen, sozialen oder religiösen Deutung der Phänomene, und zwischen fürsorglicher Zuwendung und Hilfe, herzloser Unterdrückung, Ausgrenzung oder Verwahrung durchzogen**

- **Meine Überzeugung ist, dass weder das eine, noch das andere zutrifft, sondern dass das Problem darin besteht, dass in der Behandlung unserer Patienten sehr unterschiedliche und oft gegensätzliche Dinge beachtet werden müssen.**
- **Wenn mit Schlagworten, Gemeinplätzen, Populismen oder vergrößernden Vereinfachungen gearbeitet wird, so bleiben ganz wesentliche Gesichtspunkte auf der Strecke.**
- **Es mag sein, dass manchmal die Dinge überspitzt werden müssen, um etwas politisch und gesellschaftlich durchsetzen zu können. Aber wer seelisch kranken Menschen wirklich helfen möchte muss sich von polarisierenden Extrempositionen lösen und vielmehr alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Behandlung mit ihren Vor- und Nachteilen für den Patienten ideologiefrei prüfen.**

- **Tatsache ist, dass die Psychiatrie mit äusserst komplexen Phänomenen zu tun hat. Es handelt sich nämlich um Veränderungen des menschlichen Fühlen und Handelns.**
- **Man mag sich die Frage stellen, warum führen diese Veränderungen bei den Mitmenschen nicht einfach zu Mitleid, wie es bei anderen Zuständen menschlichen Leides der Fall ist, sondern häufig zu Misstrauen, Ablehnung, Verachtung oder Angst?**
- **Und warum fällt es der Wissenschaft so schwer, die Ursachen dieser Erkrankungen zu ergründen und zu beseitigen?**

- **Die Antwort ist, dass sich in der Psychiatrie [ ] körperliche Veränderungen mit subjektiven Fehlempfindungen, veränderte Wahrnehmungen mit Verhaltensauffälligkeiten mischen.**
- **Zudem ist das betroffen, was uns allen heilig ist: unser ICH, unsere Identität und Selbstverständnis.**
- **Jede Methode führt zu eigenen Ergebnissen und Folgerungen. Werden diese Schlussfolgerungen verallgemeinert [und absolutiert] kommt es unweigerlich zu Konflikten**

- **Meine Vorstellung von einer neuen klinischen, patientenorientierten Psychiatrie ist, dass wir uns von der ideologischen Psychiatrie lösen und endlich aufhören müssen darüber zu streiten, was die richtige Psychiatrie ist. Vielmehr müssen wir gemeinsam daran arbeiten, dass wir den ganzen Strauss aller wirksamen Methoden der modernen Psychiatrie zur Verfügung stellen und lernen, welche Methode welchem Patienten am besten helfen kann.**

# Klinische Psychiatrie vs Sozialpsychiatrie

- **Gemeinplätze:**
  - Die Psychiatrie verwendet nur Pharmaka und kümmert sich nicht um das soziale Netz des Patienten
  - Die ärztlich-medizinische Krankenhausatmosphäre ist für psychiatrische Patienten nicht geeignet
  - Die klinische Psychiatrie wird durch konservatives Gedankengut genährt
  - Die Sozialpsychiatrie verwendet Behandlungsphilosophien statt abgesicherter Behandlungsstandards
  - Die Prinzipien der Sozialpsychiatrie wurden an chronisch kranken Patienten entwickelt und eignen sich somit nur für einen kleinen Teil der Patienten
  - Die Sozialpsychiatrie ist ideologieüberfrachtet und nährt sich aus dem realitätsfernen Gedankengut der 68er Generation
  
- **Realität**
  - klinische Psychiatrie und Sozialpsychiatrie haben sich parallel entwickelt
  - die klinische Psychiatrie als auch die Sozialpsychiatrie konnten sich in ihrer heutigen Form nur durch die Einführung der Psychopharmaka entwickeln.
  - Klinische Psychiatrie ist zuständig für Abklärung, ressourcenorientierte Behandlung und Vorbereitung der Nachbehandlung
  - Sozialpsychiatrie für die multiprofessionelle, differenzierte Unterstützung der Langzeitkranken im Alltag.
  
- **Wo ist der Widerspruch?**
  - Ideologisch. Praktisch ändern sich die Schwerpunkte des Handelns, nicht die Inhalte oder die Ziele