

SOZIALPSYCHIATRIE GESTERN, HEUTE UND MORGEN¹

AUF DEM WEG ZU EINER MODERNEN NEURO-SOZIOPSYCHIATRIE

von Prof. Dr. med. em. Dr. h.c. Luc Ciompi
vorm. Direktor der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern,
vorm. Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie

(Social psychiatry yesterday, to-day and to-morrow - on the way towards a modern neuro-sociopsychiatry)

Abstract

Key elements of the history, the current situation and the foreseeable future of social psychiatry are presented on the base of the personal experience of the author through more than 5 decades. Social psychiatry is defined as the subbranch of psychiatry which treats and understands mental disturbances in their close interaction with the social environment. It is based on specific extrahospital infrastructures which are indicated for specific subgroups of patients suffering from severe mental problems. It also uses specific methods of research and specific therapeutic approaches such as crisis intervention and rehabilitation. Given the newly detected life-long plasticity of the brain under the influence of the environment, the future seems to belong to an upcoming neuro-sociopsychiatry, contrary to certain too narrow-minded current views.

Der Begriff der Sozialpsychiatrie ist nach meiner Wahrnehmung heute, nachdem er „zu meiner Zeit“ jahrzehntelang viele Psychiater, mich selber inbegriffen, in seinen Bann geschlagen hatte, ziemlich in den Hintergrund geraten. Mehr Beachtung finden andere Ansätze, darunter in erster Linie die Neuropsychiatrie und die damit verbundenen kognitiven Verhaltenstherapien. Was die Sozialpsychiatrie genauer ist und will, scheint manchen jüngeren Kollegen nicht mehr recht klar zu sein, vom grösseren Publikum ganz zu schweigen.

Deshalb sollen hier einige der wichtigsten Wurzeln und Leitideen der Sozialpsychiatrie kurz in Erinnerung gerufen werden. Ich will dies vorwiegend aus einer persönlichen Warte tun - einerseits, weil ich die Entwicklung der Sozialpsychiatrie über mehr als fünf Jahrzehnte selber miterlebt und ein Stück weit auch mitgetragen habe, und andererseits, weil ich seit 15 Jahren nicht mehr im Amt bin und in die aktuelle Lage kaum mehr direkt, sondern mehr über persönliche Kontakten, Lektüre und

¹ Vortrag gehalten am Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie in Genf, 3./4. September 2009

Supervisions- oder Lehrveranstaltungen Einblick habe. Indes besteht die Hoffnung, dass eine solche Distanz es vielleicht auch ermöglicht, grössere Zusammenhänge klarer zu erkennen als manche direkt Beteiligten. Auf dieser Basis will ich im Folgenden zunächst kurz erklären, warum ich selber mich seinerzeit für die Sozialpsychiatrie engagiert habe. Anschliessend werde ich den Begriff der Sozialpsychiatrie möglichst klar zu umreissen und zugleich deren heutige Lage zu erfassen suchen. Zum Abschluss werde ich über den Weg zu einer modernen integrativen Neuro-Soziopsychiatrie nachdenken, den die künftige Sozialpsychiatrie meines Erachtens wahrscheinlich nach gehen wird und wohl auch gehen soll.

Warum ich Sozialpsychiater wurde

Ich habe meine psychiatrische Tätigkeit als Assistentarzt bei Prof. Max Müller, dem seinerzeitigen Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik Bern, im Jahr 1956 aufgenommen, zu einer Zeit also, als die Psychiatrie - oder doch die so genannt „schwere Psychiatrie“, die sich vor allem mit gravierenden Krankheiten wie Schizophrenie, Manie und Melancholie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Altersdemenzen befasst - fast ausschliesslich spitalzentriert war. Als „Aussenstellen“ gab es damals einzig eine personell dünn besetzte städtische psychiatrische Poliklinik sowie die schon seit dem vorigen Jahrhundert bestehende Familienpflege für Chronischkranke. Therapeutisch wandte man, neben den ersten Neuroleptika und Antidepressiva, noch immer Insulin und Elektroschock als häufigste Methoden an; gelegentlich machte man auch noch so genannte Klaesische Schlafkuren. Max Müller war allerdings - und dies war für meine weitere Entwicklung bedeutsam - nicht nur ein biologisch, sondern auch psychoanalytisch und psychodynamisch orientierter Chef, der uns jungen Ärzten den Blick für die Bedeutung von Lebensgeschichte und Umweltfaktoren für das aktuelle Krankheitsgeschehen öffnete. Bald einmal drangen von Italien, Frankreich und Amerika her auch die ersten, im Laufe der Sechzigerjahre dann immer radikaler werdenden Reform- und Alternativideen zu uns, die die Anstaltspsychiatrie als Ganze in Frage stellten und, neben der Gesellschaft, namentlich auch das traditionelle gefängnisartige Spitalmilieu für manche Verhaltensweisen verantwortlich machte, die man bisher unbesehen der Grundkrankheit zugeschrieben hatte. Ihre Forderung, zwecks Vermeidung eines solchen Hospitalismus ein Netzwerk von ambulanten oder halbambulanten Einrichtungen wie Tages- und Nachtkliniken, Wohnheime, geschützte Wohnungen, Kriseninterventions- und Rehabilitationszentren zur gemeindenahen Teilzeitbetreuung von Langzeitpatienten zu schaffen, begeisterte uns. Grosse epidemiologische Untersuchungen, die klare Beziehungen zwischen ungünstigen Umwelteinflüssen und Krankheitsentwicklung nachwiesen (1,2), schienen ihnen ebenso Recht zu geben wie die erschreckenden Befunde, die in der Folge von Autoren wie Goffmann,

Wing und Brown zum besagten Hospitalismus erhoben wurden (3,4). Ganz neue Perspektiven eröffneten sich mir ferner über die später als „Enquête de Lausanne“ bekannt gewordenen katamnesticen Untersuchungen zur Langzeitentwicklung von schweren psychischen Krankheiten über mehrere Jahrzehnte, die ich selber ab 1963 auf Initiative des damaligen Direktors Christian Müller (dem Sohn von Max) an der psychiatrischen Universitätsklinik Lausanne durchgeführt habe. Sie ergaben nämlich, dass entgegen den bisher gängigen Meinungen selbst schwere psychische Erkrankungen sich unter günstigen Bedingungen in der zweiten Lebenshälfte nicht selten erheblich bessern. Selbst in der angeblich unheilbaren Schizophrenie, die mit der Zeit zu meinem wichtigsten Forschungs- und klinischem Arbeitsgebiet wurde, fanden wir unter fast 300 ehemaligen Patienten nach durchschnittlich nahezu 4 Jahrzehnten noch rund 25% völlige Heilungen und 25% erhebliche Besserungen (5). Ähnliche Befunde erhoben in der Folge weltweit über 20 Langzeituntersuchungen (6, 7). Auch die psychosen-psychotherapeutischen, milieutherapeutischen, rehabilitativen und familientherapeutischen Verfahren, die Christian Müller als Pionier in seiner Klinik einführte, stimulierten mein Interesse an neuen Behandlungsmethoden. Allerdings suchte ich vor allem nach Wegen, die nicht nur wenigen privilegierten Einzelfällen, sondern auch der grossen Masse der Langzeithospitalisierten Hilfe zu bringen vermochten. Deshalb konzentrierte ich mich seit Ende der Sechzigerjahre zunächst in Lausanne und später in Bern, wo ich 1977 zum Leiter der neu geschaffenen und europaweit ersten sozialpsychiatrischen Universitätsklinik berufen wurde, auf den Aufbau von gemeindenahen Teilzeitinstitutionen der oben erwähnten Art. Ohne dass ich dies von Anfang an bewusst geplant hätte, war ich im Lauf der Jahre zum engagierten Sozialpsychiater geworden.

Was ist Sozialpsychiatrie?

Was Sozialpsychiatrie genau ist oder sein soll, war schon zu jener Zeit, wie auch heute wieder, Gegenstand von vielen kontroversen Diskussionen. Für die einen sollte Sozialpsychiatrie eine besonders soziale und damit auch sozialpolitisch aktive Psychiatrie zu sein, für die anderen war sie einfach einer der drei unverzichtbaren Pfeiler und Unterdisziplinen einer gleichermassen psychodynamisch wie soziodynamisch und neurobiologisch verankerten ganzheitlichen Psychiatrie, und für die dritten war der Begriff als solcher überhaupt überflüssig, weil jede gute Psychiatrie neben psychodynamischen und biologischen obligat auch soziodynamische Aspekte zu berücksichtigen hätte. Solche Diskussionen fanden ebenfalls im Schoss der von Ambros Uchtenhagen, Raymond Battegay und mir im Jahr 1984 gegründeten Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP) statt; dabei waren wir uns einig, dass es nötig sei, die Sozialpsychiatrie als einen besonderen Interessen- und

Arbeitsschwerpunkt innerhalb der Psychiatrie (und auch der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie) zu etablieren, da die Zusammenhänge zwischen sozialer Umwelt und psychischer Erkrankung sonst weder vertieft erforscht noch in Praxis und Unterricht genügend beachtet würden.

Die Definition, auf die sich 1993 die Generalversammlung der SGSP aufgrund der Arbeit einer pluridisziplinären Kommission unter meiner Präsidentschaft einigte, lautet wie folgt:

Die Sozialpsychiatrie ist diejenige Unterdisziplin der Psychiatrie, deren Ziel es ist, Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen in ihren Wechselwirkungen mit der sozialen Umwelt zu behandeln und verstehen.

Den Doppelaspekt des Behandelns und Verstehens zu betonen war uns deshalb besonders wichtig, weil wir auf die gleichzeitig sowohl praktischtherapeutische wie auch forschungs- und theorieorientierte Zielsetzung der Sozialpsychiatrie hinweisen wollten. Und ebenso sehr lag uns am Herzen, nicht nur von anonymen psychischen Störungen im Sinn der Statistik, sondern von den dahinter stehenden kranken Menschen selber zu sprechen. Diese Definition ist später ebenfalls im Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie (8) und im „International Journal for Social Psychiatry“ erschienen und darf auch heute noch internationale Geltung beanspruchen.

Die Eigenständigkeit der Sozialpsychiatrie erweist sich unter anderem darin, dass sie spezifische Infrastrukturen benötigt und über ihre eigenen Behandlungs- und Forschungsmethoden verfügt. Auch richtet sie sich vorzugsweise an schwerer Kranke aus den oben genannten Diagnosegruppen. Dagegen ist der sozialpsychiatrische Ansatz keineswegs, wie nicht selten fälschlicherweise angenommen, nur für chronische Langzeitpatienten von Vorteil. Vielmehr ist die Behandlung in und mit dem sozialen Umfeld, die die Sozialpsychiatrie auf ihre Fahnen geschrieben hat, gerade auch bei Akut- und Ersterkrankungen oft besonders angezeigt.

Die spezifischen Infrastrukturen der Sozialpsychiatrie bestehen aus dem erwähnten Netzwerk von Teilzeit- und Übergangsinstitutionen, unter denen Tageskliniken, Rehabilitationszentren, geschützte Wohn- und Arbeitsgelegenheiten und quartierzentrierte Ambulatorien besonders wichtig sind. Auch Einrichtungen zur- Krisenintervention, darunter spezielle Tageskliniken für Akutkranke, Kriseninterventionsstationen und ambulante fliegende Equipen kommt aus den genannten Gründen eine besondere

Bedeutung zu. In diesen Rahmen gehört ebenfalls die 1984 in Bern gegründete therapeutische Wohngemeinschaft „Soteria“ zur psycho- und milieutherapeutischen Behandlung von Menschen mit akuten schizophrenen Störungen, deren 25-jähriges Bestehen wir kürzlich feiern konnten.

Als spezifisch sozialpsychiatrische Behandlungsmethoden sind in erster Linie besondere Techniken zur Krisenintervention und zur sozio-beruflichen Wiedereingliederung zu nennen, auf die ich hier nicht näher eingehen kann. Auch verschiedene Formen der Familien- und Gruppentherapie mit Einschluss der so genannten „edukativen Methoden“ gehören mit zum therapeutischen Arsenal der Sozialpsychiatrie. Die Forschung bedient sich die Sozialpsychiatrie namentlich der Epidemiologie und der teilnehmenden familien- und soziotherapeutischen Beobachtung.

Sozialpsychiatrie gestern und heute

Nicht zuletzt hat die Sozialpsychiatrie auch ihre eigene Geschichte. Diese begann eigentlich schon im 19. Jahrhundert mit der Ära des so genannten „moral treatment“, das von ganz ähnlichen umwelt- und gemeinschaftsbezogenen Ideen getragen war wie die moderne Sozialpsychiatrie. Auch die Familienpflege kann als eine Frühform von Sozialpsychiatrie betrachtet werden. Viel zur Entwicklung des sozialpsychiatrischen Ansatzes trug in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ferner die Bewegung der „psychische Hygiene“ und des so genannten „Kulturalismus“ von amerikanischen Psychotherapeuten wie Harry Stack Sullivan, Karen Horney und Frieda Fromm-Reichmann bei, die beide die enge Verflechtung von psychischer Gesundheit und sozialem Umfeld betonten. Schon in den Dreissigerjahren entstanden zudem in den Niederlanden, den USA und Russland die ersten Kriseninterventionszentren. Vertieft durch die Kriegserfahrungen und die oben erwähnten epidemiologischen Untersuchungen kam es in den Sechziger- und Siebzigerjahren auf diesem Boden speziell in Italien, Frankreich, England und den USA zu sozialpsychiatrisch orientierte Reform- und auch Protestbewegungen, die die traditionellen Spitalstrukturen entweder ganz abschaffen oder durch Besseres ersetzen wollten. Auch die Empfehlungen der grossen wissenschaftlichen „Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland“, die auf Veranlassung des deutschen Bundestags in den Siebzigerjahren durchgeführt wurde, führte zur breiten Anerkennung und Realisierung sozialpsychiatrischer Konzepte weit über den deutschen Sprachraum hinaus.

In der zweiten Jahrhunderthälfte sind auf diesen Grundlagen in praktisch allen westlichen Ländern, und in besonderem Mass ebenfalls in der Schweiz, sozialpsychiatrisch orientierte regionale Versorgungssysteme entstanden, in denen die traditionellen psychiatrischen Krankenhäuser

durch die besagten ambulanten und halbambulanten Einrichtungen ergänzt oder (speziell in England und Italien) zum Teil auch ersetzt wurden. Auch die seinerzeitige Schaffung einer sozialpsychiatrischen Universitätsklinik in Bern gehört in diesen Rahmen; in den Neunzigerjahren ist diese Institution dann allerdings - was bezeichnend ist für die Entwicklung der universitären Psychiatrie (s. unten) - unter Verlust ihres Namens im allgemeinen universitären Psychiatriedepartement aufgegangen. Indessen bestehen dort wie anderswo die besagten gemeindenahen Einrichtungen praktisch unverändert weiter und werden trotz Spardruck und Finanzkrise auch mancherorts - so zur Zeit wieder gerade im Kanton Bern - stufenweise ausgebaut. Ungeachtet des eingangs erwähnten Rückgangs des fachinternen (und speziell akademischen) Interesses entwickelt sich somit auch heute die Sozialpsychiatrie in der Praxis mancherorts dynamisch weiter.

Im universitären Bereich freilich ist in den letzten 1-2 Jahrzehnten eine klar gegenläufige Entwicklung zu verzeichnen: Viele Lehrstühle für Sozialpsychiatrie, wie sie seit den Siebzigerjahren im In- wie Ausland da und dort geschaffen wurden, sind heute entweder aufgehoben, unbesetzt oder in neurobiologisch orientierte Lehr- und Forschungsstellen umgewandelt. In Genf zum Beispiel, wo die Sozialpsychiatrie seit Jahrzehnten personell und konzeptuell stark verankert war, soll nach dem bevorstehenden Abgang des aktuellen Lehrstuhlinhabers dem Vernehmen nach das ganze Psychiatriedepartement unter neurobiologischer Führung neu organisiert werden. Ganz ähnliche Entwicklungen zeichnen sich in Zürich, Bern und Basel ab. Die unausweichliche Folge wird eine Verarmung der spezifisch sozialpsychiatrischen Lehre und Forschung sein. Ist deshalb zu befürchten, dass das zentrale Anliegen der Sozialpsychiatrie - die adäquate Berücksichtigung der engen Verflechtung von psychischer Krankheit und Umwelt in der Behandlung psychischer Krankheiten - deshalb künftig verschwinden wird?

Von der Sozialpsychiatrie zur Neuro-Soziopsychiatrie

Ich teile einen solchen kurzfristig nicht unberechtigten Pessimismus längerfristig überhaupt nicht, nicht zuletzt wegen der vorauszusehenden weiteren Entwicklung gerade jener Neurobiologie, die manchen eingefleischten Sozialpsychiatern als der primär zu bekämpfende Gegner erscheint. Denn bekanntlich ist die Neurobiologie zur Zeit im Begriff, den tiefen Einfluss der Umwelt auf das Gehirn und alle seinen Funktionen zu entdecken. Neue Befunde zur Neuroplastizität und Epigenese zum Beispiel haben klar erwiesen, dass sowohl die neuronale Feinstruktur des Gehirns wie auch die Aktivierung oder Hemmung mancher Gene bis ins hohe Alter hinein von Umwelteinflüssen abhängt. Immer mehr Befunde weisen auch nach, dass Psycho-, Sozio- und Milieuthérapie die Hirnfunktion verändert.

Auch die Psychoimmunologie und die Stress- und Oxytocinforschung beweisen die Beeinflussbarkeit der Hirnfunktion durch Umweltfaktoren. Als Beispiel mögen die von einer Zürcher Forschungsgruppe durchgeführten Untersuchungen zur Abhängigkeit der Sekretion des cerebralen „Glückshormons“ Oxytocin von der körperlichen Anwesenheit oder Abwesenheit einer sympathischen oder unsympathischen, weiblichen oder männlichen Bezugsperson dienen (9). Auch die Emotionsforschung erbringt dauernd neue Beweise für den tiefen Einfluss von Milieufaktoren auf die Hirnfunktion. Sie gehen alle, verkürzt formuliert, in Richtung der in der Sozialpsychiatrie längst genutzten Zusammenhänge: Ein freundlich entspanntes und empathisches Milieu wirkt denk- und verhaltensnormalisierend, ein aggressives und invadierendes wirkt pathogen.

Deshalb braucht es bloss etwas mehr Flexibilität sowohl bei den Vertretern der „alten“ Sozialpsychiatrie wie auch der Neurobiologie, um zu erkennen, dass beider Heil im Zusammenspannen liegt: Die Sozialpsychiatrie beobachtet und stellt aufgrund ihrer klinischen Erfahrung empirisch prüfbar Hypothesen auf, welche die Neurobiologie dann verifiziert oder falsifiziert, und umgekehrt. Eine solche Zusammenarbeit ist angesichts der aktuellen Entwicklung der Neurobiologie logisch unausweichlich und hat da und dort auch bereits begonnen. Mit anderen Worten, meines Erachtens gehört die Zukunft einer modernen Neuro-Soziopsychiatrie, die unter diesem oder einem anderen Namen die bisherige Sozialpsychiatrie wissenschaftlich vertiefen und bereichern wird.

Literatur

1. Faris, R.E.L., Dunham, H.W.: Mental disorders in urban areas. Univ. Press, Chicago 1939
2. Hollingshead, A.B., Redlich, F.C.: Social class and mental illness. Wiley, New York 1958
3. Goffman, E.: Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Anchor Books, New York 1961
4. Wing, J.K., Brown, G.W.: Institutionalism and schizophrenia. A comparative study of three mental hospitals 1960-1968. University Press, Cambridge 1970
5. Ciompi, L., Müller, C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1976
6. McGlashan, T.H.: A selective review of recent north american long-term follow-up studies of schizophrenia. Schizophrenia Bull. 14:515-542, 1988
7. Harding, C.M.: Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns, and predictors. In: Carl Cohen (ed) Schizophrenia into later

- life: Treatment, Research and Policy. APPI Press 2003, pp.19-42
8. Ciompi, L.: Sozialpsychiatrie heute - was ist das? Versuch einer Klärung. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. Neurol.145.7-14, 1994
 9. Kosfeld, M, Heinrichs, M., Zak, P.J., Fischbacher, U., Fehr, E.: Oxytocin increases trust in humans. Nature 435:673-676, 2005