

Dr.med. Ursula Davatz

Dr.med. Karl Studer

28.12.2020

Warum der Stillstand in der Psychiatrie?

[Audio](#)

[00:00:04.060] - Speaker 1

Karl, es freut mich sehr, dass du zu diesem Gespräch gekommen Ich habe mir Folgendes gedacht, dass ich ein paar Statements mache bist. Und dass ich dir Fragen stelle und dass du mir auch Fragen stellen kannst. Und mein erstes Statement ist, dass ich, wenn ich zurückblicke in meine Psychiatriekarriere, in meine therapeutische Arbeit als Familientherapeutin von Schizophreniefamilien und von ADHS Familien, dann muss ich sagen, wenn man nur das Individuum behandelt, kommt man nie hin und versteht auch die Krankheit nicht, versteht die ganze Problematik nicht. Also im individuellen Setting kann man eigentlich nicht genügend verstehen. Da ist man eingeengt. In diesem Sinne sage ich, aus meinem Wissen heraus sollte man sowohl Schizophreniepatienten als auch ADHS Menschen immer im Zusammenhang mit dem familiären und schulären Umfeld und Schulumfeld, einfach mit dem sozialen Umfeld anschauen und behandeln. Man sollte sie nie einzeln behandeln, sondern immer das ganze Umfeld einbeziehen und von dort etwas ändern. Meine Frage ist jetzt, wie kann ein solches Wissen in der akademischen Welt weitergegeben werden? Denn ich habe alle Mühe, das meinen Psychiatriekollegen weiterzugeben. Ich habe verschiedene Kliniken und auch Universitätskliniken, und gesagt, ich würde gerne mal mein Wissen zeigen. Ich wurde immer abgebunkert, nein, sie hätten genug Weiterbildung usw.

[00:01:56.440] - Speaker 1

Ich hatte einmal eine kleine Weiterbildung in einem Regionalspital im Münstertal gegeben, und dann hat der junge Assistenzarzt oder erste Lehrling gesagt, wenn ich sie als Dozentin gehabt hätte, nein, sie war schon am Lernen, wenn ich sie als Dozentin gehabt hätte, dann hätte ich wahrscheinlich Psychiatrie gemacht. Aber was ich in der offiziellen Psychiatrie höre, das interessiert mich nicht so. Warum ist das so schwierig, dass wir das Wissen aus der Praxis nicht in die Akademie weitergeben können?

[00:02:30.720] - Speaker 2

Für mich ist das völlig logisch. Die Psychiatrie läuft immer noch vom 19. Jahrhundert im Grunde genommen. Oder anfangs des 20. Jahrhunderts, als es darum ging, Diagnosen zu machen.

[00:02:43.500] - Speaker 2

Wenn man in der Psychiatrie läuft... Muss man den Bleuler lesen? Dann sieht man, dass das Diagnosen eines einzelnen Patienten sind. Und von dem aus geht alles vom Individuum. Und die ganze Sichtweise, die du gerade geschildert hast, dass der Mensch überhaupt kein Individuum ist, sondern ein Sozialwesen. Das wird nicht berücksichtigt, denn das ist zu kompliziert. Das ist für die Forschung offenbar nicht günstig. Man greift immer nur auf eine Gruppe von Individuen zurückgreift mit einer bestimmten Diagnose nach ICD oder DSM 3 und dann diese vergleicht. Das sind die wissenschaftlichen Arbeiten im Grunde genommen. Die komplexe Sichtweise, die man hat, ist etwas aufwendig und kompliziert. Man

braucht eine spezielle Ausbildung und ein anderes Denken. Es braucht wieder eine Art Revolution der italienischen Psychiatrie um den 80er Jahren, das letzte Jahrhundert. Wo man sagt, man muss alles auf den Kopf stellen, von vorne nachdenken und alles einrichten. Wenn man das will, muss man Folgendes machen. Man muss sagen, der Patient ist ein Individuum. Aber er ist nur ein Individuum in einem Kollektiv, in einem System. Man kann ihn nicht isoliert betrachten. Das geht einfach nicht. Und von dem aus muss man erstens die ganze Versorgung organisieren, die ganze Forschung organisieren und die ganzen Therapieinstrumente anpassen.

[00:04:31.260] - Speaker 2

Das braucht im Grunde genommen eine ganze, ich will nicht sagen Revolution, aber eine neue Sichtweise. Und das ist im akademischen Bereich im Moment überhaupt nicht drin. Jeder forscht auf seinem Weg. Weiter, weiter, weiter. Es ist eine eigene Welt, die sich nicht bewegen lässt. Das ist auch die Welt, die unsere jungen Kollegen ausbildet. Das ist das Schlimme. Wenn du den Assistenten im Münstertal gesagt hast, der Assistent in Münstertal, dann macht es so, dann sagt man sofort, aha, stimmt ja eigentlich. Warum hat mir das niemand gesagt? Und die jungen Studenten lernen auch, gerade bei den alten oder jungen Chefs, die immer noch das tradierte Wissen und die Formen propagieren. Und von dem her bewegt sich fast nichts. Das, was du sagst, was nötig wäre, das sind alles private Institute.

[00:05:30.940] - Speaker 1

Das ist so.

[00:05:31.850] - Speaker 2

Das sind nicht staatliche, universitäre Einrichtungen. Du sprichst.

[00:05:36.260] - Speaker 1

Mir aus dem Herzen und ich bin froh, dass du sagst, dass eine Psychiatrie aus dem... Was hast du gesagt?

[00:05:44.720] - Speaker 2

Aus dem 15.

[00:05:46.410] - Speaker 1

Jahrhundert. Aus dem 19. Jahrhundert. Das stimmt. Es ist ein mechanisches Denken, ein somatisches Denken aus dem 19. Jahrhundert, das sich in der Psychiatrie nicht anwenden lässt, die einfach nicht genügt. Und du sagst, es brauche eine Evolution.

[00:06:10.160] - Speaker 2

Ja, das kannst du vergessen.

[00:06:11.800] - Speaker 1

Du sprichst mir sehr aus dem Herzen, und ich bin froh, dass du das sagst. Ich hätte mich nicht getraut, das so zu sagen. Aber du hattest mehr Kontakt mit universitären Strukturen. Und du hast wirklich diesen Einblick. Ich habe ihn so ein bisschen von weiter her. Ich gehe weiter in meine Gedanken, und ich kann dich nur unterstreichen. Ich habe mich seit über 40 Jahren mit ADS befasst und habe mich in diesem Sinne schon an mich mit dem Somatischen befasst und mit dem Hirni, also der Freud kommt aus der Neurologie und das war ursprünglich die Forschung des Hirns. Wenn man ADHS Menschen auf zwei Charakteristika zurückführt, dann ist eine Eigenschaft die höhere Sensibilität, Hypersensibilität, die Reizoffenheit, die sie alles von aussen aufnimmt, und dadurch abgelenkt werden, weil sie auch leicht verletzlich sind. Auf der anderen Seite die hohe Impulsivität. Das heisst, dass wenn sie verletzt werden oder auf dem falschen Fuss verquetscht, machen sie entweder eine Reaktion nach aussen, eine Aggression, das wäre dann der Delinquente, oder die Kinder, die dann aggressiv sind, sogenannte Verhaltensgefühle, oder eine Flucht nach innen. Sie denken wie verrückt. Sie werden impulsiv in ihrem Denken, also das Kreis und das Hirn. Und diese beiden Eigenschaften führen dazu, dass es schnell zu Eskalationen kommt in diesen Systemen, dass sie dann auseinanderspritzen.

[00:08:06.570] - Speaker 1

Ich hatte gerade vorher jemanden am Telefon, der es um das ging. Diese starke Reaktivität löst natürlich dann Probleme im sozialen Umfeld aus. Und wie du sagst, der Mensch kann nicht einfach nur als Individuum betrachtet werden, er ist ein soziales Wesen. Wir gehören zu der sozialen Spezies. Wir sind in diesem Sinn ständig in Interaktion mit unserem Umfeld. Und unser Umfeld beeinflusst auch unser Verhalten und unser Hirn. Unser Hirn ist ein soziales Organ. Das kann man nicht anschauen wie ein Leber, ein Milz oder ein Herz. Das soziale Organ ist hochflexibel, plastisch und verändert sich. Das hat eigentlich nichts als logische Konsequenz. Wenn man das Umfeld entsprechend verändern kann, dass dann auch die Krankheit oder die Fehlfunktion im Individuum, im Indexpatient, so abläuft. Das sind ja die Studien basiert, High Express Emotions, die sich eine Zeit lang viel beforscht haben. Jetzt hört man nichts mehr davon. Christina Vaughn und Lev haben das gemacht. Ich habe einmal an einer Tagung mit ihm gesprochen. Er hat gesagt, dass man das mit den High Express Emotions auf Schizophreniefamilien angewendet hat. Aber man kann es genauso gut auf Depressive anwenden. Man kann es auf alle anwenden. Denn das Hirn ist immer sozial.

[00:09:45.440] - Speaker 1

Der Mensch ist immer in einer sozialen Interaktion. Und von dort her muss man immer mit dem sozialen Umfeld zusammenarbeiten, um etwas Gescheites hinzubringen. Ich frage nochmals das Gleiche. Warum ist Psychiatrie in dem Reagenzglasdenken, in diesem Mikrodenken, in diesem somatischen medizinischen Denken, jetzt genetischen Denken, so stecken geblieben? An was hält sie da?

[00:10:21.980] - Speaker 2

Also die Psychiatrie heute versucht mit aller Kraft sich der Somatik anzugleichen. Das ging so weit, dass z.B. In Bern Ordinarius sagte, er würde sich am liebsten in der Neurologie ansiedeln. Ich sagte, um Himmels willen, das sei nur ein Teil der ganzen Psychiatrie. Die organische Seite sei ein Teil davon. Aber das ganze Soziale, das ganze Dynamische, die ganze Vitalität findet nicht mehr ganz anders statt. Nicht

in der Neurologie, sondern mehr in der Sozialwissenschaft. In der Literaturwissenschaften, wie ich auch mal gesagt habe. Und eigentlich in der, wie sagt man, Medien, im ganzen geistigen Bereich. Es ist es einfacher, in der organischen Psychiatrie zu forschen, also Röntgenbilder zu machen, irgendwelche Laboruntersuchungen zu machen, irgendwelche Tests zu machen, aber nicht die ganze Interaktion zu studieren, die viel komplexer und sensibler ist und derjenige, der etwas macht, drin ist und betroffen ist. Das ist das Verrückte. Der ganze Beziehungsaspekt, der in der Psychotherapie ein wichtiger Faktor ist, um ihn zum Forschungsobjekt zu machen. Ich gehe schon zur Psychotherapie. Aber das ist nicht der globale Trend, den meine lieben Forscher in den Universitätskliniken sich in der Universitätsklinik die Lorbeeren holen. Sie holen sie sich an einen anderen Ort und vergleichen sich an der Universität mit den anderen Medizinern.

[00:12:22.210] - Speaker 2

Ich weiss nicht, warum das mit einer so negativen Haltung vernetzt ist, dass man sich auf eine ganz andere Art und Weise mit der Psychiatrie beschäftigen könnte als mit den organischen Fragen. Also mit Biochemie und Neuroradiologie usw. Warum ist es so entwertet ist, dass es keinen Wert macht und alle schielen immer auf die Organik, denn dort kann man grosse Lorbeeren kriegen. In der Forschung. Das habe ich erlebt. Ich habe immer wieder gestaunt.

[00:13:05.030] - Speaker 1

Aber es ist so. Ja, du schilderst das auch wieder, wenn ich es auch sehe. Sie biedern sich der somatischen Medizin an, der mechanischen, der chemischen, wie du sagst, der organischen Forschung und wollen dort aufgenommen werden. Ich habe das auch in Washington erlebt, an der Georgetown University, bei Bowen. Er hat das manchmal auch zum Thema gemacht, dass wir Psychiater uns, wenn wir müssen, bei der somatischen Medizin einmieten. Aber genau das ist falsch. Dann gab es dort einen Trend. Man hat sich nicht mehr der somatischen Medizin eingeloggt oder eingemietet, sondern der Sozialwissenschaften und der Ethologie, also der Verhaltensforschung. In der Verhaltensforschung der Tiere, die sind sie viel weiter als wir in der Psychiatrie. Sie machen Sozialforschungen und Interaktionsforschung. Und wie du auch gesagt hast, es gibt überhaupt keine therapeutische Ausbildung am Universitätsspital. Alle Ausbildungsinstitutionen sind privat. Stimmt das? Sie haben es nie geschafft. Ja doch, der Willi war noch einer.

[00:14:31.950] - Speaker 2

Ja, in Basel gab es auch mal einen Willi. Wie hiess er? Der Kinderpsychiater. Und in Bern war der Begrabe. Und in Basel war auch einer, der das..... Gemacht hat. Leider weiss ich den Namen nicht mehr. Es gibt einen solchen Ansatz, der schon Ansätze.

[00:14:54.020] - Speaker 1

Aber sie ist wieder etwas untergegangen.

[00:14:55.780] - Speaker 2

Wenn es um eine neue Besetzung einer Professorenstelle ging, sind sie immer wieder dort gelandet. Das habe ich in Bern vor allem gesehen, wo sie sich heillos Mühe gegeben haben, in den psychotherapeutischen Bereich. Aber wenn die Universität eine neue Stelle besetzen musste, dann haben sie genau diese Leute genommen.

[00:15:17.890] - Speaker 1

Wie sie schematisch orientierten.

[00:15:20.860] - Speaker 2

Ja, klar, dann ging es darum, wie viel Neuroradiologie wir machen können, wie lange wir den Computertomograph haben dürfen usw. Dann war das das Thema. Und nicht, wie können wir psychotherapeutische Forschung unterstützen.

[00:15:46.900] - Speaker 1

In den Worten hat man ja dann von Bio gesprochen, das kam immer zuerst – psychosozialen Modell. Aber das Bio ist so gross und das psychosoziale Das Soziale ist völlig untergegangen. Man hat zwar immer gesagt, wir betreiben biopsychosoziale Psychiatrie, aber vom Sozialen ist nichts mehr zu wählen.

[00:16:11.460] - Speaker 2

Der einen Schritt zur Klinik ausgemacht hat. Er hat dann angefangen, Tageskliniken zu machen und Nachtkliniken zu machen und Ambulatorien zu vergrössern usw. Aber eigentlich muss man die ganze Organisation wird aufgleisen. Man müsste einfach sagen, Psychiatrie ist ambulant. Richtig.

[00:16:37.710] - Speaker 1

Es kommt aus.

[00:16:39.680] - Speaker 2

Der Beziehung zwischen dem Doktor oder dem Therapeut, wie auch immer, und dem Patienten.

[00:16:45.850] - Speaker 1

Ja.

[00:16:46.840] - Speaker 2

Und auf dem aufbaut alles. Dann gibt es Krisensituationen, in denen man einen geschützten Rahmen braucht. Das ist die Klinik.

[00:16:53.550] - Speaker 1

Aber es.

[00:16:54.590] - Speaker 2

Ist nicht umgekehrt. Man muss von der Ambulanz ausgehen und sagen, Der Schwerpunkt muss auf der Ambulanz liegen. Die Klinik ist eigentlich nur für Sonderfälle.

[00:17:09.620] - Speaker 1

Ja.

[00:17:10.170] - Speaker 2

Richtig. Das sieht man bei den Borderline Patienten. Du kannst natürlich Abteilungen machen, die den Borderline Patienten drei und sechs Monate alt. Das bringt überhaupt nichts.

[00:17:19.580] - Speaker 1

Du musst.

[00:17:20.560] - Speaker 2

Für diese Patienten einen Kriseninterventionsort haben. Wenn sie kriseln, suizidal sind usw, können sie sich zurückziehen. Dann ist man dort nur für das eingerichtet. Ja.

[00:17:32.860] - Speaker 1

Und danach muss das.

[00:17:34.690] - Speaker 2

Wieder draussen laufen. Ja.

[00:17:37.000] - Speaker 1

Das kann ich nur unterstützen. Man organisiert die ganze Psychiatrie aus der Sicht der ambulanten Psychiatrie organisiert, der Beziehungsarbeit. Oder Systemarbeit. Und wenn das Fass überläuft, kann man in Notsituationen hineintun und wieder rausnehmen. Man denkt immer zuerst, man behandle das Spital und dann etwas ambulant. Dann ist schon alles gut.

[00:18:00.700] - Speaker 2

Aber versuch das mal umzusetzen.

[00:18:05.000] - Speaker 1

Da.

[00:18:06.000] - Speaker 2

Ist ja nur schon die Finanzierung ist ein Problem.

[00:18:10.180] - Speaker 1

Aber es wäre.

[00:18:11.320] - Speaker 2

Schlussendlich billiger. Natürlich. Eben. Und für den Patienten wäre es heilsamer und eigentlich auch richtiger.

[00:18:20.230] - Speaker 1

Ja, es wäre billiger, heilsamer, natürlicher. Und man würde die natürlichen Ressourcen, die ja immer vorhanden sind, die man unterstützen und nutzen könnte. Und jetzt sind die natürlichen Ressourcen, also Familien, wenn sie in die Klinik gehen, immer ein Störfaktor. Oder häufig.

[00:18:40.260] - Speaker 2

Es gibt in der Kinderpsychiatrie ein Modell, die Multisystemtherapie. Also in der Krise, wenn ein Patient kommt, sind alle Leute dabei. Dann sind die Therapeuten dabei, dann sind Sozialarbeiter dabei, dann sind die Eltern dabei und so weiter. Dann ist das Gremium, das von einem Patienten betroffen ist, das innerhalb kurzer Zeit intensiv. Also mehrfach pro Woche. Die Krise wird so gemanagt, wenn nicht das Team eine Patientin in die Klinik und dann dort das Team ist, sondern aussen ist das Team mit dem System. Das war für mich eigentlich einleuchtend, dass man, wenn ein Patient eine Behandlung braucht, Man sammelt alle Kräfte jetzt, auch bei den Erwachsenen, und dann schauen wir, wie wir das ambulant machen können.

[00:19:38.960] - Speaker 2

Es geht nicht nur um eine Zweierbeziehung, sondern auch dort muss das System spielen. Dann werden die Krisen bewältigt.

[00:19:48.980] - Speaker 1

Wo in.

[00:19:50.230] - Speaker 2

Der.

[00:19:52.320] - Speaker 1

Kinderpsychiatrie wird das gemacht?

[00:19:52.910] - Speaker 2

In Münsterlingen haben sie das eingerichtet. Das Modell haben sie auch von England mitgebracht. Ich finde, das ist der richtige Weg.

[00:20:05.200] - Speaker 1

Das wäre für mich auch sinnvoll.

[00:20:07.810] - Speaker 2

Das ist am Anfang sehr kostbar, weil du plötzlich vier oder fünf Leute hast. Wo du dann eine Stunde beschäftigst. Das ist sehr kostbar. Aber eine Klinikaufenthalt heute ist dermassen teuer, dass man sich da noch Mengen an Experimenten.

[00:20:29.440] - Speaker 1

Leisten kann. Denkst du, dass die Psychiatrie sich falsch orientiert, nach unserer Sicht? Dass das eine Rolle spielt, dass wir so wenig Nachwuchs haben? Ja, absolut.

[00:20:44.530] - Speaker 2

Die jungen Doktoren, wenn sie Medizin studieren wollen, wollen sie sich mit dem Patienten auseinandersetzen. Und nicht einfach nur mit Krankheiten. Nur mit Diabetes, mit rheumatischen Fiebrern und weiss nicht was. Mit dem Tumor. Mit den Menschen eigentlich. Die jungen Doktoren wollen doch eigentlich mit Menschen, mit Patienten sich treffen und auseinandersetzen. Aber es läuft genau verkehrt. Dann kann man das denen offensichtlich nicht vermitteln. Ich könnte mir vorstellen, wenn man ein anderes System von Psychiatrie hätte, wäre das viel attraktiver für junge Doktorinnen. Man müsse nicht den Psychologen überlassen.

[00:21:32.000] - Speaker 2

Sondern dann wären die Ärzte, die eine komplexere Sichtweise haben, weil sie eine organische oder andere Erfahrungen mit Patienten haben, würde das eigentlich ansprechen. Dann ist es ja so spannend, wenn sie mal drin sind danach. Ich bin.

[00:21:52.640] - Speaker 1

Mit dir einverstanden. Du denkst auch, dann hätten wir weniger Nachwuchsprobleme, wenn wir Psychiatrie so gestaltet würden?

[00:22:01.080] - Speaker 2

Dann hätten dann möglicherweise.

[00:22:04.000] - Speaker 1

Andere.

[00:22:04.170] - Speaker 2

Menschen. Und jetzt.

[00:22:05.480] - Speaker 1

Kommen ja ganz viele Ausländer, die unsere Gesellschaft nicht mal kennen, die dann dort nochmal auflaufen.

[00:22:14.580] - Speaker 2

«nur ein altmodisches Soziales.

[00:22:16.610] - Speaker 1

Modell mit.» «Ja, genau.» «Nur ein altmodisches Soziales Modell mit.».

[00:22:20.380] - Speaker 2

«genau.» «Und.

[00:22:20.880] - Speaker 1

Wenn dann das hier bei uns.

[00:22:23.580] - Speaker 2

Durchsetzt.» «Ja, ja. Das siehst du dann in der Klinik auch. Da ist eine klinische Denke drin. In der Klinik haben sie es heutzutage mindestens geschafft heutzutage, dass es eine Teamarbeit ist. Mitschwestern und Pfleger haben unheimlich wichtige Funktion, weil sie den ganzen Tag um die Leute umschreiben, die therapeutische Funktionen haben. Und Sozialarbeiter und Therapeuten und so weiter. Und dann, wenn ein ausländischer Doktor kommt, bringt er seine Hierarchie und sagt, er sei verantwortlich. "Ich bin verantwortlich, ich bin der Doktor", hat aber häufig nicht die differenzierte Sichtweise, die die anderen Teammitglieder haben. Und dann läuft das schief, respektiv. Dann drückt er das durch und sagt, Ich bin der Doktor und ich.

[00:23:18.100] - Speaker 1

Weiss, was für dich gut ist.

[00:23:19.160] - Speaker 2

Ich weiss, was für dich gut ist. Ich habe das gelernt. Ich habe den Bläuler gelesen. Ja.

[00:23:25.080] - Speaker 1

Dein Schilder ist sehr schön. Eine paternalistische, bevormundende Behandlung des Psychiatriepatienten. So ist es, ja. Das ist das Schlimmste, was man mit dem Psychiatriepatienten machen kann. Er will ja in Kontrolle von sich selbst sein. Man sollte auf Augenhöhe beim Arbeiten und nicht so von oben runter?

[00:23:48.160] - Speaker 2

Ja.

[00:23:48.520] - Speaker 1

Natürlich.

[00:23:49.720] - Speaker 2

Es ging so weit, dass ich zum Beispiel in Königfelden haben wir die duale Führung, eingerichtet habe. Das heisst, der Doktor und die Leitung der Arztklinik Die Anstellungen waren gleichberechtigt.

[00:24:02.500] - Speaker 1

Und als ich dann.

[00:24:03.870] - Speaker 2

Ging, nach einer gewissen Zeit, haben sie das.

[00:24:07.350] - Speaker 1

Wieder aufgehoben. Ehrlich? Wie wäre das so gut gewesen?

[00:24:10.540] - Speaker 2

Ja, das ist heute der Standard.

[00:24:12.120] - Speaker 1

Das ist euer Standard? Ja. Ja. Hier wird natürlich an dem Dogma, an dem paternalistischen System, an der Macht dieser Autoritäten, wird gesagt.

[00:24:30.000] - Speaker 2

Ja, natürlich, aber leider ist dann auf der anderen Seite nicht das nötige Wissen und Können und die Erfahrung. Was ist es dann? Dann kommt das wieder auf die mittelalterlichen Vorstellungen von.

[00:24:46.230] - Speaker 1

Psychiatrie zurück. Vielleicht nochmals eine Frage. Warum erforschen psychiatrische Forscher nicht mehr das psychosoziale Umfeld? Das ist komplizierter, wie du sagst. Das ist schwieriger, komplexer, es braucht

länger. Aber eben, in der Ethologie, in der Verhaltensforschung der Tiere, da kann man es auch. Und das ist ja dann die teilnehmende Beobachtung. Man ist Teil des Systems. Man muss sich auch hinterfragen. In jeder Therapieausbildung muss man ja selbst Erfahrung machen und so und so viele Stunden ausweisen. Dass in der akademischen Forschung der Teil des Systems weil der soziale Interaktionsteil nicht angeschaut wird, hat das auch damit zu tun, dass wir Akademiker so Angst haben, uns zu hinterfragen und uns zu relativieren und dann vielleicht auch unsere Systeme ein wenig hinterfragen müssen?

[00:25:53.220] - Speaker 2

Das wird es wahrscheinlich schon sein, ja. Man muss sich ja dann wirklich ein bisschen die Hosen runterlassen.

[00:26:00.610] - Speaker 1

Richtig, man kommt dran.

[00:26:03.220] - Speaker 2

Man kommt dann eben dran, und das ist nicht immer angenehm.

[00:26:06.930] - Speaker 2

Nein, nein. Und das muss man aushalten. Aber ohne das geht es.

[00:26:12.540] - Speaker 1

Eben nicht. Ohne das geht es nicht. Und wenn man in den heiligen Graal der Universität, der Akademie, fortgeschritten ist, meint man dann, jetzt müssen wir nicht mehr die Hosen runterlassen. Dass man dann diese Schwellen überschreiten, damit man geschützt ist.

[00:26:32.140] - Speaker 2

Ja, ich vermute es schon.

[00:26:35.070] - Speaker 1

Irgendetwas muss dahinterstecken.

[00:26:37.190] - Speaker 2

Es sind Machtspiele. Ich bin Ordinarius und mache, was ich für recht finde. Ich weiss es schon. Es ist ja nicht ein Austausch im Sinne, dass man sagt, dass man zusammen sitzt, was machen wir jetzt. Machen wir es besser? Habt ihr noch ein paar Ideen? Oder schauen wir uns auf Australien an, wie es die machen? Oder die in Amerika. Ich habe gehört, dort hat es noch ein paar, die ein paar gute Ideen haben. Vielleicht haben wir das übersehen.

[00:27:11.480] - Speaker 1

Man ist nicht mehr lernbereit.

[00:27:14.860] - Speaker 2

Ja, man muss offen sein für Veränderungen und Erkenntnisse nehmen, dass man vielleicht jahrzehntelang etwas im Falschen nachgespurtet ist. Oder ein Zwergsystem, das man in.

[00:27:27.800] - Speaker 1

Frage stellen muss. Ganz genau. Das ist schwierig, das verunsichert, das macht weh. Und da sind nicht alle bereit.

[00:27:35.880] - Speaker 2

Ja, und ich als Ordinary bin ja der Oberste und der Beste.

[00:27:40.060] - Speaker 1

Genau. Aber eigentlich müssen wir hier zum sokratischen Lernen zurückkommen. Also, Sokrates hat ja auch gesagt, ich lerne von meinen Schülern. Und mit jeder Frage, die sie an mich stellen, lerne.

[00:27:54.120] - Speaker 2

Ich wieder etwas. Und von den Patienten. Wir lernen von unseren Patienten am allermeisten.

[00:28:00.000] - Speaker 1

Ja, so ist es.

[00:28:03.670] - Speaker 2

Und dann müssen wir noch fragen und dann erfährst du unheimlich viele Dinge. Da staune ich immer wieder, was da kommt. Und das muss man bei jedem Patienten, bei jeder Situation zu einer Lernsituation machen. Absolut. Und dann.

[00:28:20.710] - Speaker 1

Ist es auch spannend, dann wird es nie langweilig.

[00:28:26.460] - Speaker 2

Es ist überhaupt.

[00:28:28.050] - Speaker 1

Nicht langweilig. Ich habe von Sogkrates geredet und seine Schüler. Aber wir müssen von unseren Patienten lernen. Und das stimmt. Von unseren Patienten haben wir am meisten gelernt und sind ständig noch am Lernen.

[00:28:41.600] - Speaker 2

So ist es.

[00:28:43.240] - Speaker 1

Und wenn man nicht die lernende Haltung hat, die den Sogkrates propagiert hat, dann ist man kein guter Psychiater. Ja, und.

[00:28:50.020] - Speaker 2

Wenn ich ein Forscher bin, dann habe ich eine Hypothese und dann will ich die bestätigen. Und dann geht es, es ist eine andere Form von Lernen. Dann sage ich, ich vermute stark, Depression ist eine Transmitterstörung. Dann gehe ich dem nach.

[00:29:06.560] - Speaker 2

Ja.

[00:29:07.540] - Speaker 1

Okay. Und dann.

[00:29:09.600] - Speaker 2

Finde ich das. Dann finde ich das. Aber wenn ich sage, Depression ist eigentlich eine Zäsur im Leben, die vielleicht ausgelöst wurde durch einen enttäuschenden Verlust ausgelöst wurde, und weiss nicht was und so weiter. Wie kann ich das bewältigen? Dann läuft das ganz anders.

[00:29:30.000] - Speaker 1

Ich habe ja die Theorie, dass Depression ein arretiertes Kampfverhalten ist. Depression ist eine Verliererkrankung. Wenn man x Mal in einer Auseinandersetzung mit wichtigen Bezugspersonen Wenn man das gemacht hat, dann geht schlussendlich die Energie ab und man wird depressiv. Aber du sagst es sehr schön. Man muss dann über die Bücher gehen und schauen, wo man eine falsche Strategie angewendet habe, wo ich gegen Windmühlen gekämpft hat. Dann wird man auf einmal erfolgreicher. Dafür sind wir dann hier, um so einen Menschen begleiten in dieser schwierigen Phase zu begleiten. Aber nicht einfach Mediz und dann ist er wieder gesund.

[00:30:11.030] - Speaker 2

Ja, das ist schwierig.

[00:30:14.970] - Speaker 1

Ich gehe nochmals zu A. D. H. Essler zurück. Du weisst, das ist ja mein Steckenpferd. Ja, das ist spannend. Ja. Und das ist eigentlich das... Also, der Genotyp oder der Phänotyp. Wir sehen ja dann noch den Phänotyp. Also, die Persönlichkeit, die aus meiner Sicht am meisten genetisch bestimmt ist und die ganz stark genetisch weitergegeben wird. Das ist dann von Adiheisfamilien. In diesen Familien kursiert es Adiheis. Früher hat man es noch nicht benannt, aber wenn man drei Generationen aufnimmt, sieht man, dass dort ein jährlicher grossvater gewesen, dort ein Alkoholiker oder beides. Dort waren die Erfinder, dort sind sie ausgelandet oder haben Krach miteinander gehabt. Und das ist wieder das, mit dieser genetischen Konzentration kommt es schneller zu Krachen und schneller zu Eskalationen und emotionalen Verwerfungen. Und das Hirn ist ja nicht nur für unser Verhalten zuständig, sondern das Hirn ist auch mit unserem Körper vernetzt. In der somatischen Medizin wird das mehr angeschaut, wie das Hirn eine Auswirkung auf den Körper hat. Aber man kommt wieder vom Somatischen her, dass man psychische Krankheiten mit Darmbakterien behandeln will. Ich soll es jetzt extrem sagen. Man will den Darm anders impfen, dann geht es einem im Kopf besser.

[00:31:56.100] - Speaker 1

Man geht immer wieder über die somatische Medizin. Das ist natürlich umgekehrt. Ich sage, dass das Mittelherm, der Hypothalamus, führt zur Hypophyse, neben Nieren, Rinden. Und die Hypothalamus, HHNR Stressachse. Die Somatiker erforschen das jetzt. Ich in meinem täglichen Leben oder in meiner Arbeit kann das auch sehen, dass über diese starken emotionalen Belastungen, diese Aufregungen, dann halt auch körperliche Krankheiten entstehen. Und in diesem Sinn haben AD Heusler nicht nur entwickelt als Folgekrankheiten psychiatrische Krankheiten, sondern auch somatische Krankheiten. Dann werden sie nach Strich und Faden untersucht, alles durchgesucht und man findet nichts. Oder ja, man findet dann vielleicht etwas, aber von dort her haben sie dann x Medikamente. Und eigentlich müsste man bei der Ursache anfangen, wo die emotionale Erregung ist, die emotionale Aufregung. Und die könnte man auch wieder über sie natürlich und über das Umfeld haben. Wenn es Erwachsene sind, manchmal ist das Umfeld nicht mehr da, dann muss man die Geschichte anschauen und dann die Knöpfe noch lösen. Wenn es Erwachsene sind und es hat noch Umfeld, dann schicken sie zurück in die Familie, damit sie die Konfliktherde noch angehen und man sie zusammen löst. Das wäre auch ein riesiges Potenzial für die Psychosomatik und auch für die somatische Medizin und ich sage weiter, ein riesiges Sparpotenzial.

[00:33:48.260] - Speaker 1

Wenn die Verbindung zwischen Hirn und somatischen Organen besser verstanden wäre, über das vegetative Nervensystem. Was sagst du da? Was ist deine Erfahrung?

[00:34:02.700] - Speaker 2

Du hast absolut recht. Das muss ja so sein. Es ist immer interessant, dass das nicht wahrgenommen wird.

[00:34:11.170] - Speaker 1

Ja, ich.

[00:34:12.380] - Speaker 2

Verstehe das nicht. Das muss ja so sein. So sind doch die Menschen. Das kann jeder an sich selber beobachten. Jeder hat seine eigenen Erfahrungen mit Emotionen und mit Körpersymptomen usw. Das gehört zum Leben.

[00:34:32.380] - Speaker 1

Genau. Und das ist jeder sein eigenes Untersuchungsobjekt.

[00:34:35.540] - Speaker 2

Wer es eigentlich. Auf das könnte man Rückgriff nehmen.

[00:34:41.160] - Speaker 1

Wer sieht das zuerst, die.

[00:34:50.560] - Speaker 2

Somatiker oder Psychiater? Ich sehe doch, dass Sie häufig in diese Richtung denken. Sie versuchen Einfluss zu nehmen und Lösungen zu machen. Wenn es zu aufwendig wird, schicken sie sie zu mir.

[00:35:17.760] - Speaker 1

Wenn es.

[00:35:18.500] - Speaker 2

Zeitlich aufwendig wird. Aber das.

[00:35:21.550] - Speaker 1

Interesse ist da. Bei den Hausärzten. Nicht nur Psychiater haben Nachkostprobleme, auch die Hausärzte. Die Hausarztpraxen, die der Hausarzt die ganze Familie kennt, alle Geschichten gewusst hat, etc, und dann gerade durchgesehen hat, die eigentlich ein natürlicher Systemtherapeut war, die gehen verloren. Dann gibt es medizinische Zentren, und eines besitzt den, und eines den. Dann ist es wieder nur ein Organ und nur ein Symptom, und zusammengesetzt wird es nicht. Und das ist tragisch.

[00:35:58.270] - Speaker 2

Das ist richtig, ja.

[00:35:59.210] - Speaker 1

Das.

[00:35:59.530] - Speaker 2

Ist wirklich tragisch. Das ist absolut richtig.

[00:36:02.840] - Speaker 1

Das ist so schade.

[00:36:04.440] - Speaker 2

Offenbar ist die Wertigkeit von Apparatmedizin viel höher als die reine intellektuelle, emotionale Beziehungsarbeit der Hausärzte. Geld bringt nur, wenn man einen Patienten in einer Maschine spannen kann oder Laboruntersuchungen machen kann. Das ist auch wichtig, aber nicht nur allein wichtig. Also, du.

[00:36:29.850] - Speaker 1

Meinst, der ökonomische Anreiz geht mehr über die Maschinenmedizin als über das Gespräch?

[00:36:35.740] - Speaker 2

Ja, das stimmt.

[00:36:37.900] - Speaker 1

Und ich meine, obwohl wir uns ja weiterentwickeln und immer mehr wissen und im Gespräch auch effizienter sein können, wir verdienen genau gleich viel wie ein Ärztling, der gerade aus dem Staatsexamen kommt und dann halt auch noch ein Gespräch führt in einer Psychiatrie führt.

[00:36:57.050] - Speaker 2

So.

[00:36:57.150] - Speaker 1

Ist es. Unser Wissen, unsere Erfahrung wird überhaupt nicht gewerdend.

[00:37:04.880] - Speaker 2

Es ist nicht so gefragt. Nur in Krisen, wenn es ein gewisses Mass überschreitet, wo die anderen an ihre Grenzen kommen, dann schicke ich sie den Patienten. Das ist es immer so. Die, die ich an Sprechstunden, Tage sehe, die Patienten, die ich mir geschickt habe, da habe ich gemerkt, da ist der Hausarzt an seine Grenzen gekommen und sagt, er schaffe das nicht mehr.

[00:37:32.550] - Speaker 1

Ich kann.

[00:37:33.150] - Speaker 2

Mir nicht jede Woche eine halbe Stunde oder eine Stunde Zeit nehmen. Das geht nicht. Dann schicke ich das zu mir.

[00:37:42.490] - Speaker 1

Dann kriegst du dann nachher wieder nach Hause.

[00:37:47.080] - Speaker 2

Natürlich, dann kriege ich immer einen Bericht. Das ist super. Ja, natürlich.

[00:37:52.950] - Speaker 1

Klar. Bei den Therapeuten gibt es fast mehr Chancen als bei den Hausärzten. Ja. Und bei der somatischen Medizin. Ja. Dass wir uns dort ein bisschen mehr einnisten müssen.

[00:38:09.280] - Speaker 2

Denn die Patienten werden mit dem konfrontiert. Und dann kommen die Patienten selber und sind relativ bald mit ihren Sorgen und Töten und so weiter. Und dort hätten sie mehr Verständnis, weil sie es ja tagtäglich erleben.

[00:38:25.540] - Speaker 1

Sie werden direkt.

[00:38:27.190] - Speaker 2

Damit konfrontiert. Die Patienten in der Klinik werden dann mit der Symptomatologie konfrontiert werden. Wo sie sich dann darauf fokussieren.

[00:38:38.300] - Speaker 1

Nur auf die Symptomatologie? Ja. Und die könnte man auch anders erklären. Wenn man sich die ganzen Hirnchen genauer anschaut und die Interaktionen sind, könnte man ein neues Modell entwickeln.

[00:38:52.230] - Speaker 2

Muss man ja. Muss man. Das ist klar, keine Frage. Für die nächste oder übernächste Generation ist das eine Selbstverständlichkeit. Das hoffe ich.

[00:39:00.100] - Speaker 1

Das hoffe ich auch, aber wir erleben es leider. Leider, leider, leider.

[00:39:03.870] - Speaker 2

Wir erleben es leider nicht mehr. Ich öffne.

[00:39:09.630] - Speaker 1

Noch ein weiteres Feld. Bitte. Und das ist Delinquenz. Also, die Juristerei.

[00:39:19.100] - Speaker 1

Es ist bekannt und man sieht es immer mehr. Ich sah es, als ich jahrelang im Ostschweizerischen Strafvollzugskommission war. Ich musste immer die Gutachten über die Patienten lesen. Dann hiess es immer POS, also POS Kind. Das wäre heutzutage ADHS.

[00:39:41.890] - Speaker 2

Menschen mit ADHS.

[00:39:42.980] - Speaker 1

Wenn man in den Gefängnissen schaut, hat es sehr viel mehr mit ADHS. In der Schule fängt das schon an. Ich sagte ja vorhin, ADHSler seien impulsiv. Impulsiv nach aussen, aggressiv. Oder dann noch in der Schule. Jungs sind eher impulsiv, aggressiv nach aussen. Dann hat man mit diesen Verhaltensproblemen schon in der Schule, im Kindergarten und schlussendlich in den Erziehungsheimen. Man kommt mit der hergebrachten, ich sage mal, die schwarzen Pädagogik, Belohnung und Bestrafung. Das funktioniert bei ihnen nicht. Ich sage auch meinen älteren Fadern, man kann sie zu Tode schlagen, sie folgen immer noch nicht, um explizit zu zeigen, dass das nicht die richtige Methode ist. Man muss sie anders führen. Die landen schlussendlich im Gefängnis. Carlos ist hier so ein Beispiel. Und das kostet wahnsinnig viel Geld. Und es wird weitergemacht mit der Belohnungsbestrafungsmethode, die eigentlich schon im Kindergarten funktioniert hat. Aber man macht mit dem gleichen System weiter. Es ist so wie Titanic, die einfach weiterfährt und auf den Eisbrocken zufährt, nicht richtig umändern kann. Und hier sage ich auch, dass man schon im Kindergarten, in der Schule, die Lehrpersonen begleiten und unterstützen muss, damit sie mit den anders gearteten Kindern besser umgehen können. Und ich sage, in der Dressur oder der Behandlung der Tiere sagt man immer, man muss artgerecht mit ihnen umgehen.

[00:41:29.800] - Speaker 1

Und hier sage ich, man muss persönlichkeitsgerecht mit diesen speziellen Kindern umgehen. Sonst hat man keine Chance. Sonst macht man sich nur Probleme und verursacht Kosten, ausser Kosten nicht gewesen. Heutzutage werden sie früher als abartige, auffällige Kinder Wort genommen und werden dann in die Psychiatrie gesteckt. Aber auch dort sehe ich... Du hast jetzt andere Beispiele, das finde ich super. Ich erlebe noch die altmodische Kinderpsychiatrie. Sie werden in die Psychiatrie gesteckt und dort wieder mit Erziehungsmethoden behandelt, die bei denen gar nicht funktionieren. Und sie sind dann auch noch alle auf einem Haufen oder die Erziehungsscheine etc. Und ich arbeite relativ viel. Also die kommen dann schlussendlich zu mir und ich muss dann mit dem Schulsystem kämpfen oder arbeiten, damit die begreifen, dass die Kinder anders behandelt werden müssen. Aber es kann schon sehr viel kaputt gemacht sein, sodass man es nicht mehr auf die Reihe bringen kann. Also das wäre aus meiner Sicht

auch ein ganz wichtiger Ort, anzusetzen und wo man unheimlich viel Geld sparen könnte. Ich ging acht Jahre auf die Arbor und machte dort immer Familientherapie mit den Eltern der Kinder, Jugendlichen und lernte das so ein bisschen kennen. Ich arbeite gerne mit Adoleszenten, die sind ja im schwierigsten Alter, die die Familie dann auf den Kopf stellen und Schwierigkeiten machen.

[00:43:09.940] - Speaker 1

Also, was ich sagen wollte, das wäre nochmals ein Ort, an dem man eigentlich anders reingehen müsste, wo man ganz viel Geld sparen und viel Elend verhindern könnte. Für die Familie und das Kind. Was sind deine Gedanken dazu?

[00:43:27.730] - Speaker 2

Ich finde, dass der Strafvollzug heutzutage etwas anders läuft. Viele junge Straffällige werden in Therapiestationen geschickt.

[00:43:42.630] - Speaker 1

Alle Kliniken bauen.

[00:43:44.930] - Speaker 2

Diesen Bereich in einem grossen Mass aus. Das kostet eine unglaubliche Summe Geld, wenn man so für 1000 Fr. Am Tag rechnet. Und zweitens muss aber etwas passieren. Wenn das therapeutisch sein soll, nicht ein Gefängnis oder eine Erziehungsanstalt, sondern eine wirkliche therapeutische Einrichtung, dann müsste man auf solche Dinge Rücksicht nehmen. Um mir ein Bild zu machen, was das an Therapie und Ausbildung heisst. Junge haben dort berufliche Lehrmöglichkeiten. Fünf Jahre lang kann man ja lernen. Was sind denn dort die therapeutischen Massnahmen?

[00:45:08.820] - Speaker 1

Die haben schon die Möglichkeit, lernen zu machen. Das war in der Ostschweizer Strafvollzugskommission. Die haben die Möglichkeit. Aber dort sind wieder Lehrmeister. Teile sind begabt, andere nicht. Die Lehrmeister kommen dann auch wieder mit der Belohnung und Bestrafungsmethode. Und die funktioniert einfach nicht. Und wenn man eine falsche Methode verwendet bei diesen Menschen, dann kommt man einfach nicht zum Ziel. Und dass die fünf Jahre bleiben müssen, für mich ist das eine Katastrophe.

[00:45:45.220] - Speaker 2

Ich habe mich damit noch gar nicht richtig realisiert, was das heisst.

[00:45:49.460] - Speaker 1

Das ist Wahnsinn. Auch dort würde ich sagen, man müsse das System beraten. Man müsse es nur als Krisenintervention und sonst wieder rausziehen und dann das System beraten. Von mir her berate ich auch den Lehrmeister, den Lehrer etc, der dann auch darum herum ist. Aber die müssen bereit sein, das

entgegenzunehmen. Und die, die bereit sind, kann man super Resultate bringen. Die, die es immer besser wissen und sagen, sie spucken nicht in meine Suppe und ich spucke nicht in ihre Suppe, mit denen kann man nichts machen. Und solche habe ich auch schon gehabt.

[00:46:30.280] - Speaker 2

Wir haben es immer schon so gemacht.

[00:46:33.200] - Speaker 1

Ja, genau. Wir sagen dann alle, die Pädagogen sagen, ich habe lange nicht mehr eine Erziehungsheimgeschicht und ich weiss auch, wie das geht. Und ich sage, aber das ist ein hoch sensibles autistisches Kind, das sich einfach zurückzieht. Und da kann man nicht mit Druck arbeiten. Das funktioniert einfach nicht. Man muss eine Beziehung herstellen und dann kann man es locken. Aber zuerst muss man es können. Und wenn man natürlich gleich mit Hammermethoden kommt, stellt man die Beziehung her.

[00:47:02.300] - Speaker 2

Das wäre ein Feld. Das ist.

[00:47:04.940] - Speaker 1

Ein riesen Feld.

[00:47:05.480] - Speaker 2

Da bin ich also nicht zu Hause. Da muss ich sagen, zu meiner Zeit hat es das nicht gegeben.

[00:47:13.140] - Speaker 1

Ich habe mich schon lange damit befasst. Auch mit der adolescenten Psychiatrie ging acht Jahre auf die Artboard und habe das immer gehalten. Hier noch ein Abschlussstatement zum Thema ADHS. Adhs ist ein Genotyp. Dann laufe ich ins Problem hinein. Dann zahle ich die Krankenkasse nicht mehr. Die ADHSler entwickeln ja alle möglichen anderen Krankheiten. Dann kann ich das diagnostizieren. Aber ADHS ist ein Genotyp. Wenn man sagt, ADHS sei ein Kranken, wenn man von der Krankheitsvorstellung ausgeht, dann muss man ja die Krankheit wegtherapieren. Dann gibt man Ritalin. Aber Ritalin beeinflusst nur eine einzige Symptomatik des Genotyps. Und das ist die Aufmerksamkeit. Wobei die sog. Aufmerksamkeitsstörung eine breite Aufmerksamkeitsfähigkeit sein könnte. Sie nennt alles auf, was im Umfeld abläuft. Das ist nicht immer schlecht. Sie merken zuerst, wenn etwas falsch läuft. Das ist gar nicht unbedingt eine Störung.

[00:48:27.100] - Speaker 2

Unser Tunnelblick.....

[00:48:30.420] - Speaker 1

Ist vielleicht pathologischer als die breite Aufmerksamkeit.

[00:48:34.160] - Speaker 2

Das ist ein interessantes Phänomen. Sie sind zum Teil auch sehr intelligente.

[00:48:39.800] - Speaker 1

Es gibt viele.

[00:48:41.160] - Speaker 2

Intelligente darunter. Sehr kreative Leute. Absolut. Ich habe das in der Nähe einer Cousine erlebt, die einen Sohn hat. Ich habe gesagt, dass ich einen interessanten Sohn habe. Genau. Es war ein bisschen konsterniert. Ich hatte das Gefühl hatte, wir würden ihn pathologisieren. Ich sagte, nein. Aber du siehst ja selbst, er ist hochbegabt. Du bist interessant und was er erzählt, ist spannend. Er ist ein interessanter Kerl. Aber du musst ihn ganz speziell zu diesem Thema anschauen. Darum habe ich gesagt, dass sie Literatur zu diesem Thema hat. Ich habe sie dann gefunden. Dann hat sie ihn abgeklärt. Dann ist es genauso herausgekommen. Im Grunde genommen erfassen, was ihre Potenzial ist, ist doch etwas ganz Wichtiges. Genau. Nicht nur auf die Pathologie stehen.

[00:49:49.470] - Speaker 1

Ja. Dass sie.

[00:49:50.610] - Speaker 2

Schläger sind. Genau.

[00:49:51.860] - Speaker 1

Man muss ihre Persönlichkeit, ihre Eigenschaften, ihre Fähigkeiten, auch ihre Schwierigkeiten muss man erfassen und dann damit umgehen. Man kann aber diese Anlagen nicht wegtherapieren. Das ist richtig, ja. Früher sagte man, das wachse sich aus. Jetzt weiss man, dass es bleibt. Es ist ja genetisch bestimmt. Das muss bleiben. Wenn man mit der Haltung an ein Kind, an einen Menschen, an einen Erwachsenen, herangeht, ADH ist eine Krankheit, dann muss man die wegmachen. Eine Krankheit muss man wegmachen. Ich sage, Gen kann man nicht therapieren. Gen kann man nicht wegmachen. Diese Auswirkung ist da. Da müsste man Crispr machen, aber das geht nicht. In diesem Alter geht das nicht mehr. Dann kommt eine Katastrophe heraus. Aus diesem Grund stand ich so stark dahinter. Es ist keine Krankheit. Es ist ein Persönlichkeitstyp, ein Genotyp. Es sind Gene. Man muss lernen, diese Auswirkungen, diese Persönlichkeiten zu verstehen. Wenn man sie versteht, kann man mit ihnen umgehen, artgerecht, persönlichkeitsgerecht. Dann gibt es weniger Krankheiten. Wenn man Probleme hat, dass die Krankenkasse nicht zahlt, schaut man einfach die Auswirkungen an und stört dort den Krankenkassen. Aber ADHs als solches dürfen nicht als Krankheit stören.

[00:51:14.270] - Speaker 2

Gegenüber dem Patienten.

[00:51:17.440] - Speaker 1

Ja, das ist einfach seine Persönlichkeit. Und die ist etwas anspruchsvoller.

[00:51:23.920] - Speaker 2

Aber solange.

[00:51:24.300] - Speaker 1

Man sagt, dass es eine Krankheit ist, kommt der Patient selbst immer gestört vor und gibt sich wahnsinnig Mühe, normal zu sein. Wie die anderen, wie der Durchschnitt, setzt ein riesiger Druck auf sich aus. Und das macht dann wieder körperliche Krankheit und andere Krankheit. Spannend.

[00:51:48.500] - Speaker 2

Früher haben wir das ja nicht so wahrgenommen.

[00:51:51.320] - Speaker 1

Nein, nein, nein.

[00:51:52.300] - Speaker 2

Wenn ich 50 Jahre zurückdenke, was ich hier und da mache, denke ich, wo sind denn die gewesen?

[00:52:00.000] - Speaker 1

Das habe ich 1973 wahrgenommen. Dort kam ein Kinderarzt von St. Gallen aufs Amede, wo ich als Assistenzärztin war, und hat über POS Kinder gesprochen. Als er diese beschrieben hat, dachte ich, dass das ganz ähnlich klingt. Die Hypersensibilität haben Schizophrenen auch. Dort habe ich den Zusammenhang gesehen. Ich hatte es dann wieder im Hintergrund und bin im 80er nach Königswalde gekommen. Hast du ein.

[00:52:36.080] - Speaker 2

Feedback zu deiner Arbeit, zu deiner Publikation gehabt? Ganz wenig.

[00:52:41.740] - Speaker 1

Ganz wenig.

[00:52:43.600] - Speaker 2

Das erstaunt mich ein bisschen.

[00:52:46.680] - Speaker 1

Ja, ganz wenig. Ich habe jetzt.

[00:52:49.650] - Speaker 2

Doch den Jompi interviewt, gell?

[00:52:51.340] - Speaker 1

Ja.

[00:52:51.940] - Speaker 2

Ja. Und dort sind sie dann gekommen. Ja. Dort, du musst jetzt schauen, in der Neuen Zeitung gibt es dann Es gibt Kritik von den welschen Psychiater, der findet, halt, halt, halt, Jompi, du siehst das schwarz, und dann gibt es eine Replik von Luke Jompi. Du musst jetzt schauen, in der nächsten Zeitung kommt dann das. Sehr gut. Sie sind ein wenig aktiv geworden, aber weder nur die Welschen.

[00:53:20.180] - Speaker 1

Die sind immer schon ein.

[00:53:21.350] - Speaker 2

Wenig aktiver. Die sind sensibler auf die Geschichten.

[00:53:24.470] - Speaker 1

Ja, stimmt, stimmt. Also, es gibt noch etwas zu tun.

[00:53:29.350] - Speaker 2

Es gibt noch viel zu tun. Schaffst du mit? Ich bin schon dabei, aber so lange haben wir keine Möglichkeiten mehr. Aber Hauptsache.

[00:53:38.760] - Speaker 1

Wir können uns.

[00:53:39.680] - Speaker 2

Gut unterhalten. Das schon, aber ich verkünde es, was ich kann.

[00:53:45.280] - Speaker 1

Gut, freut mich sehr. Ich habe mich sehr unterstützt gefühlt.

[00:53:48.460] - Speaker 2

An dich. Gut, ist recht. Danke vielmals. So jemand origineller wie dich gibt es nicht ein zweites Mal.

[00:53:56.430] - Speaker 1

Danke, danke.