Official Journal of the Swiss Society of Social Psychiatry, Swiss Society of Addiction Medicine, Swiss Society for Sports Psychiatry and Psychotherapy and the Collège Romand de Médecine de l'Addiction

SWISS ARCHIVES OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Issue 03
14 June 2023

76 Who deals with burnout and why? A qualitative study
Solenne Blanc, Yara Shoman, Olivier Talpain, et al.

85 Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie
Stephan Kupferschmid, Niklaus Stulz, Benjamin Dubno, et al.

88 Impact of established risk factors for psychosis
Philippe Golay, Elsa Reitzel, Philippe Conus

93 Trouble bipolaire: quel est l'intérêt du taux de valproate?
Christos Papachristou, Marie Besson, Javier Bartolomei

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Ethik!

Thomas von Salis

In diversen Beiträgen stosse ich auf ethische Fragen, die in unserem psychiatrischen Beruf besonders komplex sind. Die neue Aufmerksamkeit, die ich dem Thema schenke, hat einen Vorläufer: meine Beschäftigung mit Delinquenz, besonders jugendlicher Delinquenz. Das Hinhören auf die impliziten, oft sogar unbewussten Überzeugungen hinsichtlich des Guten, Erlaubten, Verbotenen, Verwerflichen etc. sowie auf die ethische oder unethische Art im Arbeitsverhalten und in Entscheidungen mit einer gewissen Tragweite für das Gesundheitswesen und in letzter Konsequenz im Justizbereich, lohnt sich in der ganzen Ausdehnung des beruflichen und privaten Lebens. In den Beiträgen «A qualitative study among (para-) medical and non-medical professionals in Switzerland» und "The impact of established risk factors for psychosis on the 3-year outcomes» geht es um die diagnostische Präzisierung und die Optimierung der Massnahmen, ein ethisches Postulat. Zur Effizienz in der Pharmakotherapie wird zum Beispiel im Beitrag «Taux de valproate dans le traitement de maintien du trouble bipolaire - quel intérêt?» geschrieben.

Manchmal ist es der Analytiker, der uns auf ein moralisches Problem stösst, auf das wir gar nicht geachtet hatten. Oft kommt beim Studium der Zahlen in den Rechenschafts- und Geschäftsberichten ein Zweifel auf, der zu weiterem Denken anregt: Wie könnte man effizienter arbeiten, lange Wartelisten verkürzen, unnötigen Aufwand vermeiden.

Zweifel und Vorsicht sind nicht zuletzt auch im Hinblick auf mögliche Korruption und Machtmissbrauch angezeigt (siehe die Beiträge «Book review: Handbuch Häusliche Gewalt, Mellanie Büttner» und «Book review: Im Auftrag der Firma, Knuth Müller»). Das Engagement der Psychiater in Politik und Krieg ist ein ethisch befrachtetes Thema. Während in diesem Beitrag die Kollaboration mit dem US-Geheimdienst kritisch beleuchtet wird, habe ich in einer Buchbesprechung von Eisslers Buch übers Militär hervorgehoben, wie moralisch engagiert Eisslers Einsatz in der Armee gewesen ist. Ein differenziertes Urteil beruht auf dem Einbezug des grösseren Kontextes.

Was als ethisch vertretbar gilt oder nicht, wird nicht zuletzt von den Machtverhältnissen abhängen. Dürrenmatts Kaiser Romulus der Grosse sagt: «Was in meinem Hause klassisches Latein ist, bestimme ich» [1]. Dürrenmatt nennt ihn in den «Anmerkungen» einen «Weltenrichter» [2]. Die «Grösse» sieht Dürrenmatt in der weisen Bescheidung des letzten Kaisers von Rom, der eine friedliche Übergabe seines Amtes an den menschlichen und kultivierten Germanenfürsten Odoaker zustande bringt.

Die Untergangsthematik ist heute brandaktuell und die Bemühungen um die Ethik kommen in manchem zu spät. Dürrenmatts Stück, das sich mit seinem respektlosen Witz besonders für junge Leute eignet, rettet ein Stück Menschlichkeit aus dem Desaster. Und diese Menschlichkeit beruht im Einzelnen darauf, dass er (hier in Gestalt des Kaisers Romulus) die Verantwortlichkeiten richtig einschätzt.

In unserem Beruf, der mit supervisorischen Tätigkeiten einhergeht, können wir die Verantwortlichkeiten zum Beispiel differenziert lösen, wenn wir nicht durch Machtstreben oder andere neurotische Mechanismen davon abgehalten werden. Es liegt im Interesse aller, dass klargemacht wird, wer in einer Therapie und bei einem Fehler welche Verantwortlichkeit hat. Mit der genauen Analyse kann Unbehagen, Schuldgefühl, und können auch Fehler vermieden werden. Das Problem juristisch beurteilen muss man, wenn es schon zu spät ist. Und mit den Mitteln des Rechts kann man den Situationen, die wir im Beruf antreffen, nicht differenziert genug begegnen.

Literatur

1 Dürrenmatt F. Romulus der Grosse. Zürich: Verlag der Arche; 1966. S. 12.
2 Dürrenmatt F. Romulus der Grosse. Zürich: Verlag der Arche; 1966. S. 86.

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Table of contents

76

71

67 **Editorial: Ethik!**
Thomas von Salis

70 BOOK REVIEWS

70 **Prävention von Gewalt**
Susanne Kunz Mehlstaub

70 **Gesellschaftliche Verantwortung der Psychiatrie**
Paul Hoff

71 NEWS

71 **Let's talk about: Suizidalität und Selbstverletzung – ein Tabubruch**
Anonym

72 REVIEW ARTICLE

72 **«Gemeinsam und doch anders»: eine kollektive Subjektwerdung**
Patrick Haemmerle

76 ORIGINAL ARTICLES

76 **A qualitative study among (para-)medical and non-medical professionals in Switzerland**
Solenne Blanc, Yara Shoman, Olivier Talpain, et al.

85 **Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie – Auswirkungen auf die Rehospitalisierungsrate**
Stephan Kupferschmid, Niklaus Stulz, Benjamin Dubno, et al.

88 **The impact of established risk factors for psychosis on the 3-year outcomes**
Philippe Golay, Elsa Reitzel, Philippe Conus

93 CASE REPORT

93 **Taux de valproate dans le traitement de maintien du trouble bipolaire – quel intérêt?**
Christos Papachristou, Marie Besson, Javier Bartolomei

95 ISSUES

95 **Die Affären Binswanger & Maier – antisemitische Hintergründe?**
Mario Gmür

Imprint

Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy – Schweizer Archiv für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie – Archives suisses de neurologie, psychiatrie et psychothérapie
Founded in 1917 by C. von Monakow.

Editorial Board: Prof. Dr Daniele Zullino, Genève (Editor-in-Chief); PD Dr Dr Daniel Sollberger, Liestal (Editor-in-Chief); Prof. Dr Silke Bachmann, Genève; Dr Rosilla Bachmann Heinzer, Zürich; Prof. Dr Charles Bonsack, Lausanne; Prof. Dr Philippe Conus, Prilly (delegated Editor Neuroscience); Prof. Dr Elmar Habermeyer, Zürich; PD Dr Evelyn Herbrecht, Basel; Prof. Dr Dr Paul Hoff, Zollikon; Prof. Dr Hennric Jokeit, Zürich; Prof. Dr Jürg Kesselring, Valens; Dr Lydia Maderthaner, Bern; Prof. Dr Egemen Savaskan, Zürich; Prof. Dr Andreas Steck, Epalinges; Dr Karl Studer, Münsterlingen; Dr Thomas von Salis, Zürich.
Advisory Board: The members of the Advisory Board are listed on www.sanp.ch.

Editorial Office: Jorinde Straub (Managing Editor); Caroline Murphy (Editorial Assistant).
Phone +41 (0)61 467 85 52, office@sanp.ch, www.sanp.ch

Peer reviewed journal: Prior to publication, all manuscripts, with the exception of Editorials and Letters to the editor, undergo a single blind peer review, conducted by independent experts in the field.

Online manuscript submission: https://sanp.manuscriptmanager.net

ISSN: print version: 2297-6981 / online version: 2297-7007

© EMH Swiss Medical Publishers Ltd. (EMH), 2023. «Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy» is an open access publication of EMH. EMH Swiss Medical Publishers Ltd. grants to all users on the basis of the Creative Commons license «Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International» for an unlimited period the right to copy, distribute, display, and perform the work as well as to make it publicly available on condition that: (1) the work is clearly attributed to the author or licensor; (2) the work is not used for commercial purposes and (3) the work is not altered, transformed, or built upon. Any use of the work for commercial purposes needs the explicit prior authorisation of EMH on the basis of a written agreement.

Publisher: EMH Medical Publishers Ltd., Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Switzerland.
Phone +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch

Advertising: Markus Will, Phone +41 (0)61 467 85 97, markus.will@emh.ch,
Philipp Lutzer, Phone +41 (0)61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Subscription: EMH Kundenservice, Postfach, 4601 Olten, Phone +41 (0)58 510 29 73, emh@asmiq.ch
Retail price (excl. postage): CHF 96.–. Postage prices and single issues: www.sanp.ch

Mode of publication: 6 issues per year.

Note: All information published in this journal has been verified with the greatest of care. Publications that indicate authors' names reflect first and foremost the said authors' personal views and not necessarily the editorial staff's opinion at the Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy. Specified dosages, indications and routes of administration, especially for newly approved medications, should always be compared with the product information of the medications used.

Design concept: Agentur Guido Von Deschwanden

Printing: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruck.ch

Figures: Unless otherwise stated, all figures have been provided.
Cover picture: Photo 169871962 / Burnout © Radila Radilova / Dreamstime.com

printed in switzerland

COPE Member since 2022 JM15364

EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

FSC www.fsc.org MIX Paper from responsible sources FSC® C012018

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Book review

Melanie Büttner: Handbuch Häusliche Gewalt

Prävention von Gewalt

Susanne Kunz Mehlstaub

Melanie Büttner:
Handbuch Häusliche Gewalt
Stuttgart: Schattauer; 2020. 480 Seiten,
EUR 48.00. ISBN: 978-3-608-40045-8

Die Herausgeberin Melanie Büttner und das interprofessionelle Autorenkollektiv hat ein umfangreiches und informatives Handbuch mit relevanten Artikeln zum Thema Häusliche Gewalt herausgebracht. Seit der Anerkennung durch den Europarat 2011 gilt häusliche Gewalt heute als Menschenrechtsverletzung. Insgesamt haben sich die Möglichkeiten für alle von Gewalt betroffenen Menschen weiterentwickelt, vor allem aufgrund der verbesserten gesetzlichen Verankerung, aber auch durch die Sensibilisierung der Gesellschaft. Zu Beginn werden die Grundlagen der Gewalt in hetero-, cis-, homo- und transsexuellen Beziehungen, wie auch in Familien zwischen Kindern und Eltern etc. beschrieben. Noch immer sind häufiger Frauen Opfer der Gewalt als Männer. Auch Kinder sind entweder direkt als Opfer oder Zeugen betroffen und ihnen ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Es werden physische, emotionale und kognitive Formen der Gewalt unterschieden.

Im Teil 1, Frontline Arbeit, werden verschiede Hilfsmassnahmen erörtert. Als erstes IMPROVADA, ein Forschungs- und Innovationsprojekt der europäischen Union, das sich für verbesserte Interventionen bei schwerer häuslicher Gewalt einsetzt. Die Polizei ist häufig der erste Ansprechpartner, zum Beispiel gab es 2019 allein in München circa ½ Million Einsätze. Andere gut bekannte Angebote sind Frauenhäuser. Ein interessantes nachbarschaftsbezogenes Handlungskonzept nennt sich «StoP» (Stadteile ohne Partnergewalt). Im Teil 2, Intervention im Gesundheitswesen, werden als Schlüsselstellen gynäkologische, hausärztliche und psychiatrische Arztpraxen, wie auch andere medizinische und soziale Einrichtungen als erste Anlaufstellen benannt. Teil 3 ist der psychosozialen Arbeit mit ihren verschiedensten Aufgabengebieten gewidmet. Die traumaorientierte Therapie und Beratung wird im Teil 4 behandelt und der abschliessende, ebenfalls sehr wichtige Teil 5 befasst sich mit der Unterstützung und Therapie von Kindern.

Dieses Handbuch bietet interessante und ausführliche Informationen sowohl für das interdisziplinäre Fachpersonal als auch für alle Formen Gewaltbetroffener, Opfer und auch Täter.

Knuth Müller: Im Auftrag der Firma

Gesellschaftliche Verantwortung der Psychiatrie

Paul Hoff

Knuth Müller: Im Auftrag der Firma
Geschichte und Folgen einer unerwarteten Liaison zwischen Psychoanalyse und militärisch-geheimdienstlichen Netzwerken der USA seit 1940. Giessen: Psychosozial-Verlag, 2017. 2 Bände, zus. 1.157 Seiten, EUR 99.90. ISBN: 978-3-8379-2524-1.

Dieses 2017 erschienene Werk ist aus zwei Gründen vorstellungswürdig: Zum einen, weil der Autor den Mut hat, sich ernsthaft und detailtreu eines heiklen und unpopulären Themas anzunehmen, zum anderen, weil das Buch als Appell an psychiatrische Fachpersonen gelesen werden kann, sich ihrer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst zu sein – und des Risikos, dass psychiatrisches Wissen für politische Zwecke eingesetzt und missbraucht wird.

Im Rahmen seiner Dissertation, aus der zwei Bände wurden, untersuchte der Autor anhand umfassender Recherchen, wie während und nach dem zweiten Weltkrieg eine grossenteils geheime Kooperation entstand zwischen der damals stark psychoanalytisch geprägten US-amerikanischen Psychiatrie und den militärischen Geheimdiensten. Diese waren an psychologischen und biologischen Techniken interessiert, mit denen das Aussageverhalten von Menschen, oft Kriegsgefangenen oder enttarnten Agenten, beurteilt, beeinflusst und manipuliert werden kann. Die Bereitschaft zahlreicher psychoanalytisch orientierter Psychiaterinnen und Psychiater, sich hier zu engagieren, ohne Fragen nach der Vereinbarkeit dieses Handelns mit berufsethischen Grundsätzen zu stellen, ist aus heutiger Sicht überraschend und bedrückend.

Der Autor bleibt zurückhaltend, masst sich nie die Rolle des Richters an, stellt aber kritische Fragen. Er tut dies aus psychoanalytischer Perspektive, wendet quasi die Psychoanalyse auf ihre eigene Geschichte an. Wo er auf Psychopharmaka zu sprechen kommt, hätte man sich eine differenziertere Einordnung erwünscht, etwa den Hinweis, dass diese Substanzen nicht nur missbraucht, sondern auch sinnvoll therapeutisch gebraucht werden können.

Ein spezielles Werk, das einige Debatten ausgelöst hat und weitere auslösen wird. Wer an der Schnittstelle von Psychiatrie, Psychotherapie und Gesellschaft interessiert ist, findet hier reichlich Stoff zum Nachdenken.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

First person account

Let's talk about: Suizidalität und Selbstverletzung – ein Tabubruch

Anonym[1]
[1] Name der Redaktion bekannt

Dies ist einer der härtesten und schwierigsten Artikel, den ich wahrscheinlich je schreiben werde. Doch der Tod einer guten Freundin hat mich dazu veranlasst. Es geht um ein Thema, das mir einerseits sehr unangenehm ist, mir aber dennoch sehr am Herzen liegt. Ich möchte euch Einblicke in das Leben von Patient:innen mit dissoziativer Identitätsstörung (DIS) geben – dazu gehören leider auch unangenehme Dinge. Auf diese Weise kann ich auch diese Ereignisse irgendwie verdauen, etwas, womit ich bis heute kämpfe. Das Thema Suizidalität und Selbstverletzung bei DIS-Patient:innen scheint immer noch ein Tabuthema zu sein. Es ist generell ein Tabu, aber es ist wichtig, darüber zu sprechen! Heute werde ich darüber aus einer persönlichen Sichtweise schreiben. Das wird für einige von euch abschreckend sein – was ich verstehen kann. Wenn ihr labil seid, euch unwohl fühlt oder den Drang habt, euch etwas anzutun, a) holt euch Hilfe und b) lest diesen Text bitte nicht! Ich werde absichtlich KEINE Details über meine Selbstmordversuche oder meine Selbstverletzungen erzählen. Ich möchte nicht, dass mich jemand nachahmt – es ist also zu eurem (und auch meinem) Schutz!

Ich weiss aus eigener Erfahrung, dass man schnell in eine Negativspirale geraten kann – so habe ich leider schon sechs Selbstmordversuche hinter mir. Alle «unbewusst». Ich kann mich einfach nicht daran erinnern. In meinem System sind es Arnold oder Toby, die sich selbst verletzen, weil a) Arnold das Gefühl hat, die Welt bestehe nur aus Leben und Tod und b) Toby sich für eigentlich ganz banale Dinge bestrafen will. Es passiert mit unterschiedlicher Häufigkeit, auf unterschiedliche Art und Weise und durch unterschiedliche Auslöser. Bis heute bin ich nicht in der Lage, Arnold oder Toby komplett zu kontrollieren und damit Selbstverletzungen zu verhindern – leider! Diese unbewussten Selbstverletzungen führen zu häufigen Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten. Nicht selten muss ich sogar zum Selbstschutz in geschlossene Einrichtungen bis hin zur Isolationen eingewiesen werden. Dies ist oft nicht freiwillig! So wurde ich auch schon ein paar Mal mit einer Verfügung (fürsorgerischen Unterbringung, FU) eingewiesen. Zum Glück, muss ich sagen, wurde ich nicht zwangsmediziert - das wäre noch schlimmer! Dazu kommt noch die soziale Verachtung - jeder hat das Gefühl, dass ich das absichtlich gemacht hätte. Das ist meist die erste Frage, die mir in der Notaufnahme oder auf der Intensivstation gestellt wird – und schon wird man in eine Schublade gesteckt. Ich persönlich fühle mich jedes Mal sehr unwohl, wenn sich medizinisches Fachpersonal um mich kümmern muss für etwas, das nicht passieren sollte. Ich mache mir Vorwürfe, dass ich ihnen (und meinen Angehörigen) das zumute. Ich weiß, dass ich es nicht ändern kann. Ich bin mir dessen auch bewusst, aber ich bin trotzdem schockiert. Ich weiß, was auf mich zukommt – psychiatrische Klinik für ein paar Wochen und eine ganze Ladung sedierender und antipsychotischer Medikamente. Ob das nun richtig ist oder nicht, lasse ich mal dahingestellt – das sollen die Expert:innen beurteilen.

Sichtbar bleiben die Narben, die ich verursacht habe – sie erinnern mich daran, dass es mir auch schlechter gehen kann. Ich schäme mich nicht dafür, sie sind ein Teil von mir geworden. Trotzdem könnten manche Leute ein bisschen weniger starren – das wäre toll.

«And my scars remind me; that the past is real…» [1]

Eine Studie [2] ergab, dass 60% bis 80% der DIS-Patient:innen von Suizidversuchen berichteten; 78% berichteten von nichtsuizidalem selbstzerstörerischem Verhalten, was auch meine Erfahrung widerspiegelt. DIS-Patient:innen sind meist schwer traumatisiert und können Persönlichkeitsanteile («Persönlichkeiten») entwickeln, die die Personen repräsentieren, die für die traumatischen Ereignisse verantwortlich waren. Ich verstehe das so, dass man die Bestrafung (oder was auch immer) soweit verinnerlicht hat, dass man unbewusst das Wirken dieser Personen fortsetzt. Nach dem Motto: «Wenn ich nicht bestraft werde, muss ich mich selbst bestrafen.»

Ich bin mir ziemlich sicher, dass jede:r DIS-Patient:in, der:die sich unbewusst selbst verletzt, es im Nachhinein bereut. Wie ich bereits erwähnt habe, schmerzen die sichtbaren Narben nicht nur im jeweiligen Moment, sondern beeinflussen oft auch soziale Interaktionen. In meinem Fall kann ich im Sommer nicht mit kurzen Hosen und T-Shirt einkaufen gehen, ohne dass die Leute auf meine Arme und Beine starren. Warum macht ihr kein Foto? Selbstmord und Selbstverletzung sind immer noch ein Tabuthema – niemand will darüber reden. Ich glaube, wenn wir darüber sachlich diskutieren, könnten wir erreichen, dass die Gesellschaft das Leiden von DIS-Patient:innen besser versteht. (Anmerkung: Das gilt natürlich nicht nur für DIS-Patient:innen, sondern auch für Patient:innen mit anderen Erkrankungen). Ich weiß, das war jetzt ein schwieriger Text – dennoch hoffe ich, euch die Notlage von DIS-Patient:innen ein wenig näher gebracht zu haben.

Literatur

1 Shaddix J. Scars. Getting Away with Murder (CD). Geffen; 2004.
2 Loewenstein RJ. Dissociation debates: everything you know is wrong. Dialogues Clin Neurosci. 2018;20(3):229–242.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

10.4414/sanp.2023.03369 | 2023;174(3):72–75 | Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother

Review article | Peer reviewed article

Anmerkungen zur Geschichte der schweizerischen Kinderpsychiatrie

«Gemeinsam und doch anders»: eine kollektive Subjektwerdung

Patrick Haemmerle

Summary

Child psychiatry is the child of various parents: psychiatry and neurology, paediatrics and (curative) education, psychoanalysis and psychology are no less to be found in its family tree than social sciences and anthropology. A particularly important role played the separation from the big sister, adult psychiatry. This process corresponded to an actual collective subjectification – a process that we encounter every day in our clinical and therapeutic work in its individual form. In this article, some stages of this history are reported.

Keywords: history of child psychiatry; relation to adult psychiatry; social psychiatry

Die gemeinsame Wegstrecke von Psychiatrie und entstehender Kinder-Psychiatrie

Gemeinhin wird Rousseaus Erziehungsroman «Emile» von 1790 als Eröffnung des pädagogischen Zeitalters angesehen [1]. Bald schon tauchen erste «Patienten-Prototypen» in der Literatur auf, so z.B. Jean-Gaspard Itards «Enfant sauvage» von Aveyron [2]. Das in diesem Buch beschriebene Findelkind Victor kam um 1800 herum als wohl erstes Kind in den Genuss von Itards «traitement moral», einem Vorläufer der Psychotherapie. Heinrich Hoffmann, von Haus aus «Irrenarzt» und Pionier einer modernen Versorgungpraxis psychisch kranker Menschen, verfasste und zeichnete auf Weihnachten 1844 für seine Kinder ein Kinderbuch, den «Struwwelpeter», den wir ohne Übertreibung als eine Art volkstümliche Psychopathologie des Kindesalters bezeichnen können – ohne die damals weitherum vertretenen und im Buch dargestellten schwarz-pädagogischen Interventionen propagieren zu wollen. Die vorgestellten Protagonisten sind unter anderem der «Zappelphilipp», der verträumte «Hanns Guck-in-die-Luft», der «Böse Friederich» und der essenverweigernde «Suppenkasper» [3].

1887 erschien erstmals eine deutschsprachige, wissenschaftliche Psychopathologie des Kindesalters, Hermann Emminghaus' «Psychische Störungen der Kindheit» [4]. Freuds «Kleiner Hans» von 1909 («Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben») schliesslich darf gewiss als Eröffnung der psychoanalytischen Psychotherapie von Kindern gewertet werden, beziehungsweise gleichzeitig als Frühform einer familientherapeutischen Intervention, da der Vater des kleinen Hans unter der Anleitung Freuds therapeutisch intervenierte. Anna Freud fundierte dann definitiv die kinderpsychoanalytische Arbeit 1927 mit ihrer «Einführung in die Technik der Kinderanalyse».

Weit entfernt in der Neuen Welt begründete Adolf Meyer (1866-1950), ein aus dem Kanton Zürich stammender Schweizer Psychiater, mit seinen «Child Guidance Clinics» ab 1909 die ambulant entstehende Kinderpsychiatrie. Ein Ansatz, der dann von André Repond (1886–1973) ab 1930 im Wallis aufgenommen wurde (Service-médico pédagogique valaisan), auf der Grundlage von psychohygienischen und psychoanalytischen Ansätzen. Erstmals in den USA verwendete 1843 der US-amerikanische Mediziner William Sweetzer den Ausdruck «mental hygiene». Die deutsche Bezeichnung «Psychohygiene» wurde im Jahre 1900 von dem deutschen Psychiater Robert Sommer (1864–1937) verwendet, der 1896 die Psychiatrische Klinik Gießen begründet hatte. Allerdings erlangte die Bezeichnung erst durch die Bemühungen von Clifford Whittingham Beers die Situation von psychisch Kranken zu verbessern eine grössere Bekanntheit. Heinrich Meng, der 1929 zu den Mitbegründern des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts / Sigmund-Freud-Institut gehörte, folgte nach der Auflösung des Instituts im Jahr 1933 dem Angebot einer Schweizer Erziehungsinstitution nach Basel, um dort auf den Gebieten der Pädagogik und Psychohygiene seine Lehren weiterzuentwickeln. Schon nach vier Jahren erhielt er einen Lehrauftrag der Universität Basel und 1945 den Ruf auf den eigens für ihn errichteten, ersten europäischen Lehrstuhl für Psychohygiene [5].

Der deutsch-englische Psychoanalytiker John Carl Flügel publizierte schon 1921 ein bahnbrechendes, aber nie in seiner Bedeutung wirklich ernst genommenes und bis heute nicht auf Deutsch übersetztes Buch, «The Psychoanalytic Study of the Family», ein veritables Vorläuferwerk der psychoanalytischen Familientherapie [6].

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

In diesem kurzen historischen Überblick darf schliesslich auch August Aichhorn nicht fehlen, dessen Werk «Verwahrloste Jugend» von 1925 ein wahrer Dauerbrenner für psychosoziale therapeutische Bemühungen mit schwierigen Adoleszenten ist [7].

Die Wiege Europas Kinderpsychiatrie

Die etwas anmassend klingende Überschrift ist sowohl an Peter Bassoes Artikel von 1945 «Spain as the Cradle of Psychiatry» [8], als auch den davon entlehnten Dissertationstitel von Elisabeth Schaffner-Hänny von 1997, «Wo Europas Kinderpsychiatrie zur Welt kam» [9] angelehnt. Sie legt den Akzent auf die Tatsache, dass der Begriff Kinderpsychiatrie von Moritz Tramer, dem Pionier der helvetischen Kinderpsychiatrie, der lange Jahre in Solothurn tätig war, geprägt worden ist [10]. Leo Kanner seinerseits, der von Berlin in die USA emigrierte und später international renommierte Vertreter der entstehenden Kinderpsychiatrie, übernahm den Begriff für sein 1935 erscheinendes Lehrbuch «Child Psychiatry» [11]. Erst 1937 fand dann der erste von Georges Heuyer organisierte Weltkongress für Kinderpsychiatrie in Paris statt, an dem die meisten der damaligen Pioniere anwesend waren [12].

Gemäss einer Fussnote [13] soll allerdings Werner Villinger, ein Gründervater der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, diesen Begriff erstmals 1923 verwendet haben. Bereits im Vorwort zur 1. Auflage seines Lehrbuches schreibt Tramer jedoch: «Ohne eine bewusste Entlehnung bei diesen Autoren – die genannten Werke waren mir unbekannt [er bezieht sich u.a. auf eine vorausgegangene Publikation von Sante de Sanctis, wo dieser den Begriff «Pedopsichiatria» verwendet] – habe ich selbst im Jahre 1931 zum ersten Mal den Ausdruck «Pädopsychiatrie» vorgeschlagen und mich auch schon des Wortes kinderpsychiatrisch bedient» [14].

Was die Schweiz anbelangt, hatte Hans Wolfgang Maier bereits 1921 die sogenannte «Stephansburg» eröffnet, eine psychiatrische Einrichtung für Kinder, die sich in unmittelbarer Nachbarschaft der psychiatrischen Klinik Burghölzli befand. Die erste ambulante kinderpsychiatrische Beratungsstelle in heutigem Sinne wurde dann 1930, wie bereits erwähnt, von André Repond (Sohn des gleichnamigen Gründers der psychiatrischen Klinik in Malévoz und Pionier der «Hygiène mentale») im Kanton Wallis eröffnet.

Tatsächlich wurde in dieser Zeit, den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhundert, stark zu psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen gearbeitet. So kann der 2017 verstorbene Walter Bettschart in einem unveröffentlichten Aufsatz von 2004 zur «Préhistoire de la pédopsychiatrie» schreiben: «*Nous nous trouvons au printemps 1933. La Société Suisse de Psychiatrie a choisi pour son assemblée annuelle comme thème principale l'étude des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent. C'est un sujet qui intéresse de plus en plus les psychiatres. Les enfants et adolescents psychiquement malades et handicapés ont été essentiellement confiés à des instituts éducatifs et caritatifs, dirigés par des religieux et religieuses ou des cliniques psychiatriques. Pourtant, la psychiatrie de l'enfant avait déjà une longue histoire avec des travaux scientifiques des spécialistes de différents pays européens et russes*» [15].

Er vermerkt ebenfalls mit Hochachtung die Pionierleistung von Moritz Tramer in der damaligen, politisch und ökonomisch sehr schwierigen Zeit die neue «Zeitschrift für Kinderpsychiatrie» zu gründen und sie anfänglich praktisch nur mit eigenen Mitteln herauszubringen. Die Zeitschrift fand bald nationales und internationales Interesse, in Bettscharts Worten: «*Une année plus tard, en avril 1934, le Dr Moritz Tramer a publié, à l'intention des médecins, le premier numéro de la "Zeitschrift für Kinderpsychiatrie (Journal de Psychiatrie Infantile). On peut admirer le courage du Dr Moritz Tramer qui a lancé ce nouveau journal dans une période politique et économique difficile. Cette initiative a été applaudie et soutenue par des collègues Suisse et étranger*» [16].

Die kollektive Subjektwerdung einer neuen Spezialität

Die kindliche Entwicklung, ihre «Wege und Irrwege» (so der Titel eines späteren Meilenstein-Buches von Anna Freud [17]), waren also schon länger von Interesse für viele Erwachsenenpsychiater, auch in der Schweiz. So lag es denn gleichsam auf der Hand, diesem Bereich der Kinderpsychiatrie eine eigene Kommission zu widmen.

Tatsächlich wurde bereits 1937 [18] unter der Leitung von Jakob Lutz innerhalb der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie eine Kommission für Kinderpsychiatrie ernannt, welche schliesslich 1954 zur Anerkennung des Spezialarzttitels für Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber erst am 4. Mai 1957 zur Gründung einer eigenen Fachgesellschaft führen sollte. Der Doppeltitel unter Einbezug der Psychotherapie wurde dann 1960 anerkannt.

Aus heutiger Sicht ist es bemerkenswert, dass die Definition von Kinderpsychiatrie, wie sie 1934 von Tramer in der ersten Ausgabe der von ihm im Alleingang begründeten Zeitschrift gleichen Namens und in damals üblicher Terminologie gegeben worden war, auch heute weitgehend noch ihre Gültigkeit hat. Er hielt fest, dass Kinderpsychiatrie, oder pädiatrische Psychiatrie, jener Teil der Medizin sei, der sich mit psychisch abnormen Kindern und Jugendlichen beschäftigt. Er stellte fest, dass sich das Fachgebiet mit Neurologie, Erwachsenenpsychiatrie und Pädiatrie zwar überschneide, aber dennoch eine eigene Position einnehmen müsse, und zwar aus folgenden Gründen: Kinderpsychiatrie brauche eigene Forschungsmethoden und sie beschäftige sich mit unterschiedlichen Formen der Psychopathologie, bei der die zeitliche Dimension eine wichtige Rolle spiele. Das heisst, Kinder sind nicht einfach «kleine Erwachsene».

Der Titel für diesen Artikel «Gemeinsam und doch anders» legt denn auch den Fokus auf die seinerzeitige Ablösung der entstehenden Kinderpsychiatrie als eigene Spezialität von ihrer «grossen Schwester», der Erwachsenenpsychiatrie Dieser Prozess entspricht einer eigentlichen kollektiven Subjektwerdung – einem Vorgang, dem wir in seiner individuellen Form tagtäglich in unserer klinischen und therapeutischen Arbeit begegnen. Anders als in Deutschland einige Jahre später, verlief die Ablösung von der andern «Eltern-Diszipin», der Pädiatrie, deutlich konfliktärmer: «Mit der Pädiatrie gab es ein langes Ringen um Einfluss im entstehenden Fach, auch diese thematisierte bereits früh soziale Aspekte, die später zur Entstehung der Sozialpädiatrie geführt haben» [19].

Diese kollektive Subjektwerdung, also die Loslösung einer neuen medizinischen Fachgesellschaft von ihrer Muttergesellschaft, war und ist – zumindest im mündlichen Narrativ – als reibungsvoller, ja konflikthafter Vorgang verankert. In diese Richtung geht jedenfalls das Zitat aus einem Buchbeitrag von Bettschart und Bürgin von 1999: «*On November 19, 1938, the Swiss Commission for Child Psychiatry, with J. Lutz as president, was founded in Lausanne within the framework of adult psychiatry, but there was still considerable resistance to be overcome before the independence of child psychiatry was accepted by colleagues in the adult field*» [20]. Zur Präzisierung des von Bettschart und Bürgin erwähnten Datums muss festgehalten werden, dass diese Kommission bereits an der Sitzung vom 7. November 1937 bestellt wurde, und zwar als eine 12-köpfige Kommission mit «Prof. Dr. Tramer, Präsident, Dr. Bersot, Dr. Binder, Dr. Bossard, Dr. Bovet (Lausanne), Dr. Braun, Dr. Christoffel, Dr. Lutz, Dr. Manser, Dr. Manzoni, Dr. Repond, Dr. Weber» [21]. Im Protokoll der Geschäftssitzung der SGP vom 14. und 15. Mai 1938 findet sich dann der Hinweis: «Die Kommission für Kinderpsychiatrie ist gewählt, hat sich aber noch nicht konstituiert» [22].

Bei der Suche nach den historischen Wurzeln dieser Hypothese wurde der Autor vorerst nur sehr beschränkt fündig. Die kontaktierten

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

älteren Kollegen, allen voran Walter Bettschart selbst, waren vorerst leider nicht mehr in der Lage mir die Originaldokumente zu verschaffen. Anlässlich der Konsultation der Jahrbücher des Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie [18] in der Bibliothek des ehemaligen Burghölzli (heute Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) fanden sich dann doch einige karge Hinweise, die diese Interpretation der Geschichte bestätigen können und den «Familienmythos» einer komplizierten, konflikthaften und protrahierten Ablösung und Subjektwerdung durchaus stützen.

So werden in den Protokollen gelegentliche finanzielle Zuwendungen festgehalten, zum Beispiel 1939: «Der Kommission für Kinderpsychiatrie wird ein einmaliger Betrag von Fr. 150.– bewilligt» [23]. Und im Protokoll der Sitzung der Kommission für Kinderpsychiatrie der Schweizer Gesellschaft für Psychatrie (SGP) vom 29. Januar 1953, also noch kurz vor Einführung des Spezialarzttitels für Kinderpsychiatrie, 1954 steht: «Für die Unkosten der Kommission erhielten wir – nicht ohne Mühe – einen Betrag von Fr. 200.–» [24].

Für die Zeitschrift «Kinderpsychiatrie», die wie oben bereits erwähnt Moritz Tramer auf eigene Kosten herausgab, gab es vorerst keine Unterstützung. Im Protokoll der Geschäftssitzung der SGPP vom 20. November 1938 heisst es: «Repond beantragt, Tramer für seine Zeitschrift «Kinderpsychiatrie», die dieser mit starken persönlichen Unkosten durchhält, ebenfalls eine Unterstützung zu gewähren. Ein Beschluss wird vorläufig nicht gefasst, weil zunächst die Art der finanziellen Unterstützung nicht festgelegt werden konnte» [25]. Erst im Protokoll der Geschäftssitzung vom 27. Juli 1943 heisst es dann: «Für die Zeitschrift für Kinderpsychiatrie wird ein Betrag von Fr.200.– genehmigt» [26].

So kann der Vorgang der Gründung einer neuen, eigenen Fachgesellschaft für Kinderpsychiatrie durchaus mit einer kindlichen, beziehungsweise adoleszenten Autonomisierungskrise verglichen werden, die ja beide eine individuelle und damit auch familiär-kollektive Subjektwerdung zum Ziel haben, wie wir dies regelmässig in der Praxis, bei Psycho- und Familientherapien erleben können.

In den Worten von Bettschart: Relation avec la SSP: «Cette décision importante [Gründung einer eigenen Fachgesellschaft am 4. Mai 1957] ne se prenait pas sans douleur, car il signifiait la séparation de la société de la psychiatrie. C'était visiblement un pont important. Rétrospectivement nous pourrions parler d'un processus de séparation et d'autonomisation» [27]. Er sieht die Entstehung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie also als einen Separations- und Autonomisierungsprozess im Sinne Margret Mahler [28]. Mahler spricht von der Loslösungs- und Individuationsphase. Die Loslösung und die Individuation sind nach ihr zwei getrennte, aber im Idealfall parallel verlaufende Sozialisationsvorgänge im Sinne einer ontogenetisch verstandenen Selbstwerdung.

Ein zentrales Thema von Mahlers Werk ist in der Tat der Prozess der gesunden Individuation, als deren Voraussetzung sie die Lösung aus der frühen, von ihr als symbiotisch bezeichneten Beziehung zur Mutter sieht.

Während die erwähnten Konzepte der ontogenetischen Konstituierung einer «individuellen psychologischen Entität» sich vor allem auf Individuen beziehen, erlauben uns die Arbeiten von Norman Elrod die Entstehung der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) als eine kollektive Subjektwerdung zu sehen [29]. Elrod war die Subjektwerdung nicht nur in ihrer individuellen, sondern ebenso in ihrer kollektiven und gesellschaftlichen Form ein zentrales Forschungs- und Therapie-Anliegen war.

Elrod beschreibt die «individuelle, kollektive und gesellschaftliche Subjektwerdung» in seinem Aufsatz «Zur Konstituierung der Subjektivität in der Ontogenese» von 1979 [30]. Er hält fest: «Zum Begriff der Subjektivität gehen wir grundsätzlich davon aus, dass Subjektivität jeweils historisch-konkret auf dem Hintergrund der ökonomischen Gesellschaftsformationen, in der sie vorkommt, bestimmt werden soll, wobei die Wechselbeziehungen, die zwischen dieser Gesellschaftsformation und andern Gesellschaftsformationen, die zur gleichen Zeit bestehen, genau berücksichtigt werden müssen. Für uns kann es eine Subjektivität des individuellen, des kollektiven und des gesellschaftlichen Subjektes geben, die je nach der historisch-konkreten Situation konstituiert, rekonstruiert, umkonstituiert oder auskonstituiert wird» [30].

Nach dieser langen Vorbereitungszeit (1937–1957) geht die Gründung der neuen Fachgesellschaft für Kinderpsychiatrie dann einigermassen locker vonstatten. Im Protokoll der SGPP vom 15./16.Juni 1957 heisst es: «Lutz [Zollikon]: Bericht der Kommission für Kinderpsychiatrie im Jahre 1957. Bei einer Sitzung dieser Kommission am 10.11.1956 in Basel wurde beschlossen, die Gründung einer eigenen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie vorzubereiten. Am 4.5.1957 ist an einer Sitzung in Bern, zu der alle schweizerischen Kinderpsychiater eingeladen worden waren, die Schweizerische Gesellschaft für Kinderpsychiatrie SGKP gegründet worden» [31].

Und von der Geschäftssitzung vom 23. November 1958 in Basel wird dann unter 5. Statutenänderung betreffend Artikel 7h protokolliert: «Anstelle der alten Texte mit der Bezeichnung «Kommission für Kinderpsychiatrie» tritt gemäss Beschluss der heutigen Sitzung folgender neuer Text: h) Schweizerische Gesellschaft für Kinderpsychiatrie (SGKJP): sie konstituiert sich selbst und hat eigene Statuten und Rechnungsführung. Der Vorstand besteht aus Ärzten. Der Präsident der SGP oder ein von ihm bezeichnetes Mitglied des Vorstandes gehört ex officio der SGKJP an» [32].

Zur aktuellen Situation

Derzeit ist das «kollektive Subjekt» SGKJPP eine der mittlerweile 44 Fachgesellschaften der FMH. Sie wirkt in allen relevanten Gremien der Ärzteschaft engagiert mit und ist als eigenständige Fachgesellschaft akzeptiert. Seit nun 20 Jahren ist die SGKJPP gemeinsam mit der Erwachsenen-Fachgesellschaft SGPP unter dem Dach der Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum (FMPP). Diese zur Zeit der Tarifdiskussionen vor Einführung des Tarmed (2004) gegründete Dachgesellschaft sollte den medizinischen «Wort-Disziplinen» zu mehr Gewicht und Einfluss in den damaligen Verhandlungen verhelfen. Obwohl seinerzeit von Seiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzte und Fachärztinnen Ängste dahingehend geäussert wurden, dass die SGKJPP wieder in den Schoss der grossen Muttergesellschaft «zurückfusioniert» werden könnte, hat sich diese Organisation bewährt (der Schreibende war von 2002–2005 Präsident der Fachgesellschaft und hat diese Periode miterlebt). Die beiden Fachgesellschaften arbeiten mittels ständiger Kommissionen für Tarife, für Versicherungsfragen, für Kommunikation und weiteres eng zusammen.

Auch auf internationaler Ebene wirkt die SGKJPP in den einschlägigen europäischen Fachgesellschaften Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) und European Association of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP), sowie der International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) prominent mit. Aufgrund der vorliegenden Daten ist die Schweiz noch immer das mit Kinderpsychiatern und Kinderpsychiaterinnen am besten dotierte Land Europas und wohl auch mondial [33].

Dr. Patrick Haemmerle
Fribourg

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Zusammenfassung

Bei der seinerzeitigen Entstehung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie handelte es sich um die Konstituierung eines kollektiven Subjektes. Wie dies auch auf den andern Ebenen (der individuellen und der gesellschaftlichen) der Fall ist, geht ein derartiger Prozess regelhaft mit Konflikten einher. Dem tut die Tatsache keinen Abbruch, dass der Autor zwar kaum Hinweise auf grössere und markante Konflikte fand, wohl aber protokollarische Bemerkungen, die auf eine gewisse Hinhalte-Tendenz von Seiten der seinerzeitigen SGP-Verantwortlichen schliessen lassen. Auf jeden Fall können die rund 20 Jahre – also die formelle Vorlaufphase von der Bestellung einer Kommission für Kinderpsychiatrie innerhalb der SGP, von 1937 bis zur offiziellen Gründung der neuen Fachgesellschaft 1957 – wohl doch als Indiz dafür genommen werden, dass die Geburt des kollektiven Subjektes SGKJP eine konfliktbedingt protrahierte war. Aktuell ist die Fachgesellschaft SGKJPP national und international nicht mehr wegzudenken.

Dieser Artikel geht auf ein Exposé zurück, das der Autor anlässlich des SGPP-Kongresses 2017 «Die Psychiatrie der Zukunft» in einem Symposium unter dem Titel «Die Zukunft von Psychoanalyse und Psychosomatik» präsentierte, sowie auf ein von ihm verfasstes Kapitel über die Schweiz in einer IACAPAP Monographie, 2018.

Korrespondenz
Dr. Patrick Haemmerle
Cabinet Pérolles
Boulevard de Pérolles 30
CH-1700 Fribourg
dr.haemmerlep[at]hin.ch

Disclosure statement

Der Autor hat deklariert, keine potenziellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

1 Rousseau J-J. Émile, ou De l'éducation. Paris: Jean Néaulme; 1763.
2 Itard JMG. Mémoire et rapport sur Victor d'Aveyron. Paris: 1801 & 1806.
3 Hoffmann H. Der Struwwelpeter. Frankfurt a. M.: Rütten & Loening; 1845.
4 Emminghaus H. Die psychischen Störungen des Kindesalters. In: Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen: Verlag Laupp; 1878.
5 Hügler G, Amalthea M. Psychohygiene [Internet]. Wikipedia [cited 7 November 2022]. Available from: https://de.wikipedia.org/wiki/Psychohygiene
6 Flügel, JC. The Psychoanalytic Study of the Family. London: Hogarth Press; 1921.
7 Aichhorn A. Verwahrloste Jugend: Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. 9. unv. Auflage. Bern: Hans Huber; 1925.
8 Bassoe P. Spain as the Cradle of Psychiatry. Arch Neurol Psychiatry. 1946;55:432-435.
9 Schaffner-Hänny E. Wo Europas Kinderpsychiatrie zur Welt kam: Anfänge und Entwicklungen in der Region Jurasüdfuss (Aargau, Solothurn, Bern, Freiburg, Neuenburg). Dietikon: Juris Druck und Verlag; 1997.
10 Jorisch-Wissink E. Der Kinderpsychiater Moritz Tramer: (1882–1963). Zürich: Juris Druck und Verlag; 1986.
11 Kanner L. Child Psychiatry. Springfield: Thomas; 1935.
12 Tramer M. Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. 4. Auflage. Basel: Schwabe und Co; 1964.
13 Castell R, Nedoschill J, Rupps M, Bussiek B. Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2003. S. 456.
14 Tramer M. Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. 4. Auflage. Basel: Schwabe und Co; 1964. S. 5.
15 Bettschart W. Préhistoire (le Début). Exposé, non publié; 2004.
16 Bettschart W. Préhistoire (le Début). Exposé, non publié; 2004. S. 1.
17 Freud A. Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Bern/Stuttgart: Huber/Klett-Cotta; 1968.
18 Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 1938; Band XLII.
19 Schepker K, Harsch D, Fegert JM. Die «schwer erziehbaren Kinder» benötigten dringend einen Arzt – verbandspolitische Vorgeschichte zur Einführung des Facharzttitels für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland 1968. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2021:49(3); S.171.
20 Bettschart W, Bürgin D. Child and adolescent psychiatry in Switzerland. In: Remschmidt H, van Engeland H. Child and Adolescent Psychiatry in Europe: Historical Development - Current Situation - Future Perspectives. Berlin: Springer; 1999. S. 364.
21 Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 1938; Band XLII. S.240(16).
22 Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 1938; Band XLII. S.216.
23 Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 1938; Band XLII. S.465.
24 Gesellschaftsarchiv der SGKJPP. Protokoll der Sitzung vom 29. Januar 1953; Box 59286. S. 1.
25 Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 1938; Band XLII. S. 404.
26 Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 1938; Band XLII. S. 146.
27 Bettschart W. Préhistoire (le Début). Exposé, non publié; 2004. S. 4.
28 Mahler M. Die psychische Geburt des Menschen: Symbiose und Individuation. Frankfurt a. M.: Klett Cotta: 1975.
29 Elrod N. Zur Wesensbestimmung des Menschen: Sechs Aufsätze. Zürich: Althea Verlag; 1994.
30 Elrod N. Zur Wesensbestimmung des Menschen: Sechs Aufsätze. Zürich: Althea Verlag; 1994. S. 74-75.
31 Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 1938; Band XLII. S. 178.
32 Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 1938; Band XLII. S. 358.
33 Haemmerle P. Child and Adolescent Psychiatry in Switzerland. In: Hodes M. et al.: Understanding Uniqueness and Diversity. Child an Adolescent Mental Health. London: Academic Press Elsevier; 2018.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

10.4414/sanp.2023.03277 | 2023;174(3):76–84 | Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother

Original article | Peer reviewed article

Who deals with occupational burnout?

A qualitative study among (para-)medical and non-medical professionals in Switzerland

Solenne Blanc[a]*, Yara Shoman[a]*, Olivier Talpain[a], Stéphane Saillant[b], Bastien Chiarini[a], Roland von Känel[c], Rafael Weissbrodt[d], Nadia Droz[e], Anny Wahlen[e], Irina Guseva Canu[a]

[a] Centre for Primary Care and Public Health (Unisanté), Department of Environmental and Occupational Health, University of Lausanne, Switzerland; [b] Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), Neuchatel, Switzerland; [c] Department of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine, University Hospital Zurich, Switzerland; [d] Haute école de santé, HES-SO Valais-Wallis, Sion, Switzerland; [e] PSY4WORK.CH, the Swiss association of work and organization psychologists, Lausanne, Switzerland; * Contributed equally as first author

Summary

Background: There is still a gap of knowledge in the detection and treatment of occupational burnout because it is not recognized as a disease and there are no standard criteria for its detection. We conducted a qualitative study to: (1) identify the different types of professionals who intervene in occupational burnout detection, treatment, prevention or administrative management; (2) describe their respective roles, intervention levels and professional interactions; (3) describe the types of interventions and modalities available; and (4) conceptualize the main models of care currently in use in Switzerland.

Methods: We conducted in-depth semi-structural interviews with Swiss (para-)medical and non-medical professionals that deal with occupational burnout. Data were analyzed following the grounded theory principles.

Results: A total of 42 professionals were interviewed from different professional fields (e.g., physicians, nurses, psychologists, human resources, professionals working in insurance, politics, or private consulting) and from all regions of Switzerland. Three main care models for occupational burnout (Support, Extractor, and Systemic) were proposed, based on the categorization of the most cited intervention modalities used by the interviewed professionals.

Conclusions: Based on the preliminary findings of this study, the need for collaboration between medical and non-medical professionals appeared to be the most important requirement to ensure the treatment of and recovery from occupational burnout.

Keywords: Burnout; care; diagnosis; intervention; professionals

Background

A large body of scientific literature shows that occupational burnout has become a widespread phenomenon in the last 20 years [1–3]. According to the World Health Organization (WHO), occupational burnout is not recognized as a disease, but as a syndrome resulting from chronic work-related stress [4]. Symptoms vary by stage, but most are also found in other disorders (e.g., depression) [5]. Many different definitions of occupational burnout have been proposed, whereas a harmonized definition has only recently been published [6]. This harmonized definition describes it as a state of physical and emotional exhaustion that results from prolonged exposure to work-related problems. In practice, some countries recognize occupational burnout as an occupational disease, whereas in others, it is not an official diagnosis [7, 8]. Given the economic consequences of occupational burnout (e.g., work incapacity with long-lasting sick leave and possibly a lay-off, its negative impact on colleagues and the organization, and the loss of productivity) social and economic actors entered the field of occupational burnout in parallel to the healthcare system. Undoubtedly, health professionals also needed to take action, as more and more patients are turning to healthcare providers for care and assistance due to symptoms occupational burnout. However, how can and do physicians and other healthcare providers treat a problem that is not a disease? What can they offer to respond to the growing demand, taking into account the status of occupational burnout? To answer these questions, we conducted a qualitative research aiming to describe how medical and non-medical professionals in Switzerland manage occupational burnout in their patients and how they are working together. The specific objectives of this study were to: (1) identify the different types of professionals who intervene in the prevention, detection, treatment or administrative management of occupational burnout; (2) describe their respective roles, le-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

vels of intervention, and professional interactions; (3) describe their action types and modalities; and (4) conceptualize the main models of care and preventive interventions currently used in Switzerland.

Methods

This study was authorized by "La Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CERVD)" of the Swiss Association of Research Ethics Committees (Swissetics), Vaud county section (2021-01089). All participants provided their consent when accepting the invitation for the face-to face interview.

Study design

We applied a sociological approach, inspired by the data production and interpretation operations from the qualitative methods [9]. The study is built on the process of inquiry through iteration or "permanent and mutual rearrangement of the interpretative framework and the empirical elements" [10]. This specific configuration allowed us to adapt our research by reframing the interview questions while analyzing the data (supplementary file S1 in the appendix). Thus, the relevance of the emerging occupational burnout dimensions could be investigated in real time. Moreover, the iteration process involves the recruitment of participants by snowball sampling. The latter refers to a procedure "where each individual in the population is asked to name k different individuals" [11] and thus promotes the study of existing networks of inter-acquaintances (or "local social circuits") [10].

Study participants

The eligibility criterion was to have professional experience related to occupational burnout prevention, detection, treatment, or administrative management. According to snowball sampling [12], the researchers used their own professional networks to begin interviews. Initially, we contacted occupational psychologists and physicians specialized in general medicine, occupational medicine, and psychiatry. As the interviews progressed and participants made recommendations, additional participants were contacted. In a second step, further professionals such as occupational nurses, human resources (HR) professionals, case managers, and politicians were recruited for the interview. We recruited participants until the saturation of data [13].

Semi-structured interviews

Interviews with participants were semi-structured through the use of an interview grid. The first grid was inspired by Droz and Wahlen [14]. As the qualitative study progressed, the grid was adapted. The grid created for interviewing healthcare professionals covered six topics: definition and etiology of occupational burnout; diagnostic strategies; therapeutics; efficacy criteria of the treatment; individual risk factors and profiles; interactions with other professionals. The grid for interviews with non-medical professionals included additional topics: management of work absenteeism; management of in-company risk factors and occupational exposures; workplace design and adaptation; prevention, including early detection; role of insurers. These topics were queried differently depending on the participant. New questions were added depending on when some topics reached saturation and how the interviews progressed. Interviews were conducted by two interviewers, usually the study sociologist pair (S.B. and O.T.) or a sociologist and an epidemiologist (S.B. and I.G.C.), and lasted between 1 and 1.5 hours. Because of the COVID-19 pandemic, participants were interviewed by video call.

Data analysis

We applied two levels of analysis. The first level analysis allowed us to classify the different professionals according to their interventions.

The second level of data analysis consisted in a systematic analysis following grounded theory principles [15]. The latter constitutes an iterative approach whose results are close to the empirical data thanks to a systematic coding process. The coding process consists of the "creation of analytic codes and categories developed from data", without a preconceived hypothesis [16]. Hence, each interview was recorded, transcribed, and, when necessary, translated from German into French for analysis. Two sociologists reviewed the transcripts and independently coded the data, which generated a primary number of codes (noted in the margin of the documents). According to their occurrence in the interviews, these codes were selected and tabulated to describe the professionals and their practices. For more details regarding the coding and analysis, please see supplementary file S2 in the appendix.

Intermediary assessment

About midway through the study, we organized a workshop to present and discuss the preliminary results. Participants and members of the project's scientific advisory board were invited via videoconference to comment on the qualitative results (mapping of professionals (fig. S1, in the file "supplementary material"), codes (table S1, ibid.) and care models (table 2)) and to make suggestions for new dimensions that merit investigation.

Results

A total of 42 professionals agreed to participate in this study and were interviewed. They came from different professional fields from all regions of Switzerland. We chose to split the professionals in two parts: the medical and paramedical professionals; the non-medical professionals (table 1, parts A and B, respectively). We described the diversity of professionals' practices and provided examples of interventions in patients with occupational burnout in supplementary file S3.

Professionals intervening on occupational burnout

Psychiatrists

The majority of the interviewed psychiatrists did not consider occupational burnout as a disease with a differential diagnosis. Some considered it a risk factor for psychiatric and somatic disorders whereas others considered that it falls under mood, anxiety, or adjustment disorders. However, for some psychiatrists, occupational burnout can be a disease "I see it as a pathology because people have a set of emotional, cognitive and somatic symptoms that are substantial. So to say that it's not a disease... This is pure hypocrisy. It's perfectly dishonest." All psychiatrists considered occupational burnout as chronic stress that is related to work. Most interviewed psychiatrists used the operationalized criteria of Maslach and Jackson [17] for the definition of occupational burnout. For some, occupational burnout is the exhaustion from the Maslach burnout inventory with demotivation mainly in the context of a helping profession; for example, physicians who are very demanding or have high ideals are at risk of occupational burnout. Whereas for others, there are emotional aspects and cognitive difficulties that can be described in burned-out patients, with the biological aspects which are "Executive function deficits": "When you do the neuropsychological tests and you see that the person has a decline in his cognitive abilities, that's burnout. People can't count on their fingers anymore, they can't concentrate." Among the other views that were reported: "burnout does not exist, occupational burnout is constant chronic stress" but here depression and anxiety are also questioned. The "mirror neurons theory" was cited with advice to "energize the individuals". Most psychiatrists believe there is an overlap between occupational burnout and depression. Most interviewed psychiatrists stated that they can differentiate the stages of occupational burnout. For one psychiatrist, the answer to the question "Would you like a work cessation?" defines the stage of occupational burnout. None of the psychiatrists mentioned that

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Table 1: Professionals and their practices related to burnout

Code	Type of profession (n = number of interviews*)	Professional setting	Intervention target	Type of intervention	Modalities of intervention	Interaction with other professionals	Most frequently detected stage of OB
Part A = Medical and paramedical professionals and their practices related to burnout							
1	Primary care physician General practitioner (n = 3)	Ambulatory	Individual	Treatment	• Diagnostics including anamnesis, clinical examinations and biological tests • Medical treatment, including medication and worktime reduction/temporary work cessation • Regular or occasional consultations	2,6,7** – therapeutic coordination***	Advanced
		Ambulatory	Individual	Case management	• Workplace design and adaptation • Correspondence with health specialists and employer • Fill declaration documents (medical and insurance records)	3,9,12,13, – administrative coordination	Intermediate to advanced
2	Physician specialized in psychiatry (psychotherapy) (n = 5)	Ambulatory	Individual	Treatment	• Diagnosis of mental/psychological dysfunction • Treatment including psychotherapy, psycho-education and medication • Recommend group psychotherapies	1,6,7 – therapeutic coordination	Advanced to highly advanced
3	Occupational physician (n = 4)	Private practice; inner- or outer-company occupational health service/ consultation	Individual	Health assessment	• Diagnosis (medical history) • Individual coaching • Work stoppage prescription • Regular meetings with the patient • Referral to other health specialists	1,2,6,7 – therapeutic coordination	Advanced
		Private practice or salaried	Individual	Case management	• Workplace design and adaptation • Report patient status to employer • Coordinate with health specialists and employer	9,12,13 – case reintegration coordination	Advanced
		Inner- or outer-company occupational health service/ consultation	Collective	Workplace assessment	• On-site examinations • Compliance with health and safety standards checkups • Reports to the company • Implement preventive health measures	5,9 – contractual relations	All stages
4	Insurance physician (n = 2)	Insurance company	Individual	Individual mental and physical capacities evaluation	• Evaluation of the reports and medical records • Health and mental status assessment (without consultations) • Workplace assessment • Statement about the right time to return to work	12 – case reintegration coordination	Highly advanced
5	Nurse specialized in occupational health (n = 4)	Inner- company occupational health service/ nursery	Individual	Health assessment	• Individual coaching • Regular medical checkups (including mental health) • Referral to health specialists	1,2,6,7 – therapeutic coordination	Intermediate to advanced
		Inner- company occupational health service/ nursery	Individual	Case management	• Workplace investigations • Coordinate with health specialists, person and employer • Workplace design and adaptation	3,9 – case reintegration coordination	Advanced
		Inner- or outer-company occupational health service/ nursery	Collective	Prevention	• Vaccination to workers • Blood donation campaign • Health promotion • Raise awareness of the individual risks and resources	9 – contractual relations	No stage
		Inner- or outer-company occupational health service/ nursery	Collective	Exposure assessment	• Compliance with health and safety standards checkups & risks management guidelines • Regular health checkups • Collaboration with occupational physician on implementing preventing health measures	3,9 – contractual relations	All stages
6	Psychologist§ (n = 9)	Private practice Partnerships with companies	Individual, Collective	Therapy, Prevention	• Mental health tests • Patient empowerment • Energy boosting • Breathing tools • Individual coaching • Consultations with workers • Training sessions • Work-climate analysis	1,2,7 – therapeutic coordination 9 – contractual relations	Intermediate to advanced

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Table 1: Professionals and their practices related to burnout (continued)

7	Personal coach (n = 3)	Private practice	Individual	Therapy	• Individual coaching (e.g., archery, mindfulness meditation, etc.) • Personal development • Motivate physical and mental activity	1, 2, 6 – therapeutic coordination	Intermediate to advanced
8	Medical manager in healthcare settings (n = 1)	Hospitals and clinics	Collective	Prevention	• Colloquia • Integration and training sessions • Team management & supervision • Individual risks and Resource-Awareness	9 – management coordination	All stages
Part B = Non-medical professionals and their practices related to burnout							
9	(Director) Human Resources (n = 5)	Private companies and/or public institutions	Individual	Case management	• Workplace design and adaptation • Correspondence with health specialists • Dashboard maintenance • Correspondence with insurance company • Correspondence with employees with OB	1, 3, 5, 8, 11, 12, 13 – reintegration coordination	Advanced
		Private companies and/or public institutions	Collective	Prevention	• Organization of preventive campaigns • Awareness raising on the risks and resources • Implementation of occupational health programs • Day-to-day workforce management	3, 5, 8, 15, 16, 17 – teamwork	Any
10	Information Technology (IT) tools developer (n = 2)	Private companies and/or R&D institutions	Individual	Information	• Health data collection (e.g., sport activity, heart variability, etc.) • Calculation of health scores and risk scores • Referral to health specialists • Support health specialists/companies with collected data	1, 2, 6 – support diagnosis	All stages
11	Trust person (n = 1)	Partnerships with companies	Individual	Case management	• Workplace assessment • Workplace adaptation • Correspondence with person with OB. Individual coaching • Correspondence with health specialists and employer	1,6,7,9 – reintegration coordination	Intermediate to advanced
		Partnerships with companies	Collective	Prevention	• Team meetings • Information about the employee's health risks and resources in the workplace • Training sessions	9 – contractual relations	Any
12	Reintegration counsellor (n = 1)	Insurance company	Individual	Individual mental and physical capacities evaluation	. Evaluation of the reports and medical records . Individual coaching . Workplace layout . Correspondence with employer . Individual preparation to return to work . Fill work ability/disability certificate	1, 2, 12, 6, 7 – reintegration coordination	Highly advanced
13	Private consultant (n = 4)	Partnerships with companies	Individual	Case management	• Individual coaching • Psychological and clinical care • Correspondence with employer and trade unions • Workplace layout • Mediation services • Referral to health specialists • Debriefing interviews	1, 3, 6, 9 – reintegration coordination (on contractual relations)	Intermediate to advanced
		Partnerships with companies	Collective	Information and prevention	• Training sessions • Prevention campaigns • Climate analysis • Conflict analysis and resolution	9 – contractual relations	Any
14	Union (n = 1)	Private practice	Collective	Legal assistance and political action	• Evaluation on work contracts • Individual and company guidance on legal rights and obligations • Surveys • Motions to Parliament • Lobbying	13, 18, 19 – lobbying and/or teamwork	Any
15	Work and organizational psychologist (n = 5)	Private practice	Collective	Work climate analysis	• Interviews with workers • Observations of the work environment • Questionnaires/audits • Workplace assessment • Training sessions	9 – contractual relations	Intermediate to advanced
16	Occupational health inspector (n = 2)	Public administrations (at federal, cantonal and city levels)	Collective	Inspection	• On-site inspection • Assessment compliance of health & safety work standards • Correspondence with federal institution and company	9 – contractual relations	Any

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Table 1: Professionals and their practices related to burnout (continued)

17	Ergonomist (n = 2)	On mandates for private companies and/or public institutions	Collective	Work organization and ergonomics	• Workplace assessment • Training sessions • Field approach • Focus on revealing tensions and the company's resources	9 - contractual relations	Any
18	Specialist in labor law (n = 2)	Federal institutions	Contextual	Legal counselling	• Collaboration with jurists, etc. • Federal health & safety coordination committees • Financial assistance • Legal-political discourses statement	14,19 – teamwork	Any
19	Parliamentarian (n = 1)	Federal and cantonal institutions	Contextual	Political action	• Motions • Statement about the recognition of the disease within the Swiss system • Postulations • Measure the accuracy & compliance of the issue relating to the system	14,18 – teamwork	Any
20	Researcher (n = 2)	Universities	Contextual	Generate and disseminate knowledge	• Analysis of phenomena and big data • Observational, exploratory & interventional studies and systematic studies • Etiology and definition recognition • Consensus building • Result dissemination via publications and communication at congresses and through the media	All	Any

* when interviews were conducted with professionals who have more than one specialization, each one is reported individually. ** the numbers represent the professional related to it in the table. *** type of interaction the professional maintain. § Psychologists summed under code 6 are: psychologists and psychotherapist (n=2), developmental psychologists (n=1), work and organizational psychologists (n=4) and ergonomists (n=2).

burned-out workers can not recover. Additionally, few psychiatrists mentioned a return to work as an indicator of recovery from occupational burnout based on their clinical observations. However, the assessment of the indicator of a return to work is very individualistic. Even if the psychiatrist determines that the burned-out workers' state permits them to return to work, this still does not ensure that they can work and at which work percentage. It is noteworthy to mention that occupational burnout is not an official diagnosis in Switzerland, therefore another diagnosis is usually assigned (such as depression or adjustment disorder), with occupational burnout sometimes mentioned as a secondary diagnosis.

Primary care practitioners

We interviewed three primary care practitioners who highlighted the fact that they are medical professionals who interact directly with patients with occupational burnout in outpatient and inpatient settings and only at the individual level. The analyses of these three interviews showed that whenever a patient with occupational burnout consults the primary care practitioner, his/her intervention becomes a so-called case management intervention along with a therapeutic intervention (tab. 1). In this study, case management refers to the monitoring of the individual's health status (which does not necessarily include healthcare practices), along with the ability to manage and/or adjust the return to work. This intervention can be delivered through three main modalities: correspondence with other healthcare professionals and with the employer (fig. S1, in the file "supplementary material"), requesting a specific workplace adjustment, and filling out documents for various requirements (e.g., medical certificates). Other healthcare professionals contact the primary care practitioner with their patients/clients when a work cessation prescription or extension appears necessary. As primary care practitioners are positioned in the frontline of primary care and at the intersection of medical and administrative coordination of the treatment, they can easily interact with other professionals. However, they indicated in their interviews that, apart from working with a professional within the organization (e.g., human resources professionals, trusted persons or occupational psychologists) to detect occupational burnout at a relatively early stage, in their usual practice, primary care practitioners mainly detect intermediate to advanced cases of burnout. In this case, the primary care practitioner is the first professional consulted by a patient with burnout who attends medical appointments with a doctor. It was highlighted that the contact of the employer to adjust the workplace or working conditions depends on the patient's approval and decision.

Occupational physicians and nurses

Occupational physicians and nurses' interventions have a dual perspective: on the worker as a person (from an individual level), and the organization with its entire workforce (from a collective level), its managers and its directorate. However, their intervention on the collective level does not necessarily lead to individual care for health problems. It may be limited to the prevention of occupational burnout, or consist of a broader mental health protection campaign, or a onetime assessment of working conditions (tab. 1, S1, in the file "supplementary material"). When the interventions are combined at the collective and individual levels, they benefit from an overall view of the organizational context. The latter includes organizational or managerial dysfunctions, the available resources, and the employee's working conditions and health. In the case of employee illness or psychological distress, occupational physicians and/or nurses can intervene individually, sometimes in the frame of specific mandates from organizations. This also allows them to interact with a large number of other (para-)medical professionals as well as the employer, particularly to ensure good coordination between them (fig. S1, in the file "supplementary material"). Among the interviewed occupational physicians, we have noticed different points of view regarding the definition of occupational burnout. Some consider it a disease because people are sick although it is associated strongly with chronic stress and chronic stress makes people vulnerable to burnout. It was also mentioned that people who highly invest in their work and those who love their work are more susceptible to occupational burnout. Other psychiatrists mentioned that occupational burnout is a process not a state and that is how it can differ from depression, which is a diagnostic state. One point of view was that burnout happens after accu-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Table 2: Care models for occupational burnout in Switzerland

Care model	Model 1 "Support"	Model 2 "Extractor"	Model 3 "Systemic"
Conception of Occupational Burnout (OB)	• Phenomenon to be understood independently • Specialized treatment • Possible recovery	• Continuum with depression • Differential diagnosis • Generalized treatment	• Consequences of poor personnel management in companies • Disorder that can be minimized
Logic of action	*In situ* • Valuation of on-the-job treatment (short work cessation or no cessation) • Equipping the individual to deal with stress • Active empowerment	*Curative* • Work cessation (± long term) • Close and individualized therapeutic monitoring • Valued introspection	*Advice* • Acting early on in the company • Identifying areas of work-related issues • Focus on the community • Involving and raising awareness in the company • Internalizing the problems in the company
Criteria for effective care	• "Brake-accelerator" balance • Sustainability of accompaniment at the workplace (ideally at the same)	• Treatment of potentially traumatizing work experiences • Reconstruction of the self • Physical and mental abilities restored to normal	• Employer satisfaction • Minimization of Psychosocial risks (PSRs) • Implementation of the proposed courses of action
Stakeholder's needs	• To recognize OB as an illness	• More dialogue and collaboration with employers	• Raising awareness of PSRs for better company involvement

mulated physical stress: "the cortisol in the blood that rises, and the neurotoxins that invade our body when we are under stress", and depression can be an end stage of it.

Insurance physicians

Insurance physicians have a unique role in that they take a medical view of the occupational context (i.e., workplace). These professionals interact with the medical specialists (physicians assigned by the insurance to examine the patient's medical records) to determine the health status of a person with occupational burnout based on their records. Therefore, the insurance physician has almost no contact with other groups of professionals interviewed for this study, except for the vocational rehabilitation counsellor, when sharing relevant information or decisions about the individual's health status and ability to work.

Medical team managers

In some hospitals and private clinics, medical team managers have the possibility of "identifying and verbalizing the disorder" in an employee with occupational burnout within their teams. This intervention allows the employee's awareness to be raised, helps with burnout management (e.g., by suggesting a few days off to rest, reducing pressure to perform, and rearranging their work schedule) and observes "how they recover at their workplace". Like insurance physicians, medical team managers do not provide care per se. Notwithstanding, their role is central in that they assess, from a medical perspective, along with the administrative process, the conditions for the person's continuation and/or return to work with or after occupational burnout. Conversely, the medical team manager does not need to assign a formal diagnosis, but rather verbally refers directly to the presence of burnout when discussing it with employees working under his/her direct or indirect supervision.

Thanks to their training in psychosocial risks, prevention and experience in managing the medical workforce on the one hand, and hierarchical position on the other, medical team managers are an important resource for the detection and secondary prevention of burnout in medical units in hospitals and clinics. Furthermore, medical team managers have very few connections with (para-)medical professionals. Contacts are effective when the primary care practitioner takes the initiative to call the medical team manager to inform them of the patient's health status or adjust working conditions. If not, it remains mainly administrative cooperation with human resources professionals or the directorate.

Human resources professionals, private consultants and the trusted persons

Non-medical professionals were identified as intervening in occupational burnout outside the Swiss healthcare system, sometimes in close interaction with the latter, depending on whether they intervene at the individual or contextual level (table 1, part B). Three of the identified non-medical professionals appear to benefit from a dual perspective: HR professionals, private counsellors (coaches) and the trusted person in the organization. Like occupational physicians, nurses and psychologists, these professionals can intervene at both the collective and individual level. In the interviews, these professionals often mentioned their extensive knowledge of the work environment as an advantage. In addition, they are in close contact with the employer. When cases of occupational burnout occur within the organization, they indicated that this dual focus allows them to take care of the problem more globally and efficiently. Indeed, they have the ability to modulate the workplace based on the information from (para-)medical professionals. Unlike human resources professionals, the roles of private counsellors and trusted persons usually correspond to the need to embody a "neutral" party who represents both the employer and the employee: "Sometimes we just try to be the mediating link between what the employee expects and what they can give. We try to understand the perspective of both parties and be as neutral as possible."

It should be noted that private counsellors and trusted persons usually become mandated when the person has already been on sick leave for several months, corresponding to a highly advanced stage of burnout.

Work and organizational psychologists

A commonality in the practice of these professionals is that they do not aim to cure a person of occupational burnout but tend to analyze the context in which this problem originates. In principle, they have no contact with (para-)

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

medical professionals. A significant number of Swiss work and organizational psychologists work in the organization or on a mandate, and they have an individual follow-up role in the organization, meaning they have a dual perspective from both individual and collective levels. They are experts in assessing occupational risk factors, particularly psychosocial risks within an organization and report them to human resources professionals and/or directorate/employer, depending on who mandated them. It is difficult to specify the stage of burnout that they would most often encounter among employees, but since they are most often mandated to intervene when several persons with occupational burnout or other mental/ somatic health problems have already been reported in the organization, it is reasonable to assume that the burnout is at an advanced stage among these persons. However, psychologists permanently working in the organization may be involved since an early stage of burnout development and interact with employees on the individual level as well (table 1, fig. S1, in the file "supplementary material"). Psychologists defined burnout as exhaustion, fatigue, or a depressive state. Some identified symptoms that are linked to depression such as a negative mood, sleep problems, or suicidal thoughts. Other psychologists diagnose burnout based on the state of sleep; if sleep disturbances are important, it is burnout. Among the psychologists, several think that there is an overlap between burnout and depression, either burnout is a depression in the work context or sometimes it can be an "early depression" or they think that the symptoms can not be differentiated easily. However, few psychologists think that burned-out people suffer from anxiety, not depression; "When they think about going to work, they have a panic attack, for example, but they are not depressed. They get up in the morning, and at home, they are perfectly fine."

Information technology tool developers

The IT tool developers interviewed in this study are developing screening instruments that measure or predict the individual risk of occupational burnout, based on either a self-reported questionnaire or the person's overall health status. Some IT tools may be useful in assessing the severity of occupational burnout as defined by Swiss (para-)medical professionals who distinguish three burnout stages. Some of the IT tools are sold to organizations that want to get information about the health and productivity of their employees or want to strengthen prevention and use these tools as a support for risk monitoring by the human resources department. In this situation, IT developers work directly with the employer or human resources. By collecting individual health and stress data, IT developers gather extensive information across many organizations. In terms of IT tools advancement, IT tool developers and users have a common need to objectively estimate the incidence and/or prevalence of occupational burnout among an organization's workforce, despite the lack of standardized diagnostic criteria.

Professionals from the legal, political and academic fields

Experts in labor law explore the relevance of social issues related to occupational burnout within the Swiss context (e.g., "In terms of legal policy, it means taking a position on the discourses, improving the situation more concretely, and framing burnout"). Thus, they are in a position to determine whether (and how) the law should be changed, and who will be affected by these changes. Other professionals, such as parliamentarians, have a duty to comment on whether or not occupational burnout should be recognized as a disease at the federal level, taking into account the actual economic and societal consequences. Political and legal professionals that intervene in relation to burnout are therefore central to this study, in the sense that the regulation and development of the global situation depend significantly on their decisions. They are able to examine the viewpoints of the various professional groups, assess the consequences and design future investigative approaches that will provide them with an overview of the problems associated with occupational burnout in the Swiss context. In essence, they bring federal concerns to the debate on the recognition of occupational burnout as a disease, and as an occupational disease in particular. Professional networks and triggers of inter-professional interactions.

Some professionals conceptualized occupational burnout as a continuum between the state of wellbeing and the state of complete exhaustion and inability to work. However, the suggested categorization of burnout severity according to the stage of its natural progression may help to emphasize the specificity of professionals' interventions and inter-professional interactions. One example from the interviews is the so-called "early intervention" of a vocational rehabilitation counsellor who intervenes when the person has been out of work for at least 30 days and aims to arrange a return to work. Another example is primary care practitioners who would intervene at the intermediate stage, considering that a person may consult a doctor once he/she feels sufficiently affected by burnout symptoms. In addition, some professionals noted that practices can be combined according to the stage at which they intervene. This means that existing practices may address the entire spectrum of occupational burnout problems from early to (highly) advanced stages. These professionals clearly expressed the existence of collaborations among themselves (table 1). Although collaborations rarely follow a uniform pattern, particularly the collaboration between the (para) medical and the medical professionals for workplace layout purposes, we identified some common features (supplementary fig. S1, A, and B, in the file «supplementary material»). For instance, once the person is on a long-term work cessation, coordination occurs between the non-medical professionals and the (para-) medical ones. Human resources and health insurance professionals, along with hierarchical managers contact the person's therapist (e.g., primary care practitioners, psychiatrists and/ or psychologists). Therapists also mentioned this cooperation as essential. This collaboration, when it takes the form of a meeting, was mentioned in some interviews as the most successful and efficient method to help the person to recover and return to work. It is noteworthy that some groups of professionals have collaborative activities in their portfolio and therefore tend to create and promote inter-professional interactions (tab. 1, fig. S1). In other words, occupational physicians and nurses, trusted persons, and some private counsellors and work and organizational psychologists, all have the distinction of encouraging connections between the employer and the employee with burnout. The aforementioned professionals have a good knowledge of the internal work climate, conditions, and potential concerns. They could also intervene directly with persons with OB to refer them to other professionals. These professionals have the ability to "bring the different professionals to the same table" and guide dialogues. During the interviews, several professionals recognized that this strategy increases the chances of recovery and/or of return to work: "The effectiveness of care can also be judged by the quality of the network in place, whether it is medical or professional. It is the willingness and readiness of each person in the support network that counts a lot". Hence, the collaboration between both spheres (medical and non-medical) of professionals is essential. Key professionals as occupational nurses can activate this network. Yet, there are very few companies implementing health services that hire this type of professional. In general, our results indicate that collaboration may be motivated more by employer distress than by therapeutic or preventive purposes.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Care models

We found that most participants distinguished several stages of burnout severity according to its development, we thus added this categorization to the analysis of practices. Three main stages of occupational burnout were retained from our interviews with (para-) medical professionals: the early stage, the intermediate stage, and the advanced stage. Additionally, three conceptual care models emerged from our analysis (tab. 2), each corresponding to a singular interventional scheme. All three models are conceptualized by four dimensions (i.e., s conception of occupational burnout, a logic of action, criteria for effective care, and stakeholder's needs) that cannot be removed or interchanged unless their relevance is compromised.

Support model

The first model is named the "Support model" because it provides treatment while the patient is still engaged in occupational activities to support him/her. Within this model, occupational burnout is perceived as an independent condition that can be treated, provided that healthcare professionals' intervention can immediately take place. Professionals (e.g., counsellors and psychologists) who refer to this model have developed burnout-oriented care practices. The specificity of this model is based on the analysis of the working conditions and the position that the person occupies in the organization to find and maintain the balance between the person's well-being and work capacity /productivity. Extractor model The "Extractor model" is committed to the idea that the person must be removed from his/her work environment. To recover, a distance from the workplace and occupational activity must be ensured. This allows for in-depth individual introspection, addressing one by one the problems that have made the individual ill. The main goal of this model is to understand how the work environment and a person's behavior affect his/ her health. Hence, the person will return to work once he/she is physically and mentally healthy. Psychiatrists and primary care practitioners are typical professionals assigned to the Extractor model. Thus, in this model, occupational burnout is defined as a pathological health condition reinforced by individual risk factors.

Systemic model

Several professionals identified occupational burnout as a problem resulting from poor human resources and work management and conditions, as well as one of the psychosocial risks at work. Notably, this is also how the Swiss Office of Statistics classifies occupational exhaustion [18]. From this perspective, we propose a third model called the "Systemic model", which emphasizes that burnout can be addressed through improvements implanted in the work environment. By providing advice on how to create a healthy work environment, professionals in this model (e.g., ergonomists, occupational nurses and occupational psychologists) help organizations to prevent occupational burnout in their employees.

Discussion

Main findings

The present study provided insights into the diversity of practices related to occupational burnout among Swiss (para-)medical and non-medical professionals. We found that professionals within and beyond the healthcare system have managed to develop interventions to take care of persons with occupational burnout, even though it is not recognized as a disease. Throughout the interviews, the need for collaboration between medical and non-medical professionals appeared to be the most important requirement to ensure treatment and recovery. While (para-)medical professionals take care of a person's health condition, non-medical professionals are able to manage social issues such as workplace and insurance demands. Thus, the collaboration between (para-)medical and nonmedical professionals locates occupational burnout at the intersection between social and health fields and facilitates the return to work (which is commonly identified as the first – but not only – criterion of recovery).

The particularity of the Swiss context

Inter-professional relationships

The study showed that occupational physicians, nurses, psychologists and some non-medical professionals are particularly inclined to collaborate. However, it is worth noting that these are relatively new specialties in Switzerland, which are still insufficiently known/ contacted by the other professional groups. Swiss occupational physicians are insufficiently supported by the healthcare system (e.g., no specific pricing exists for their interventions) and their number is very limited [19, 20]. Many occupational physicians work for health insurance companies, most notably the Swiss National Accident Insurance Fund (SUVA) and cease to perform their valuable dual role described above. In this context, the role of primary care practitioners in occupational burnout care is crucial for patients, as they act as frontline therapists. However, Swiss primary care practitioners are considered insufficiently trained in occupational health [19,21], as well as not always able to detect or effectively treat suffering at work and burnout promptly. In addition, the lack of interaction with occupational physicians (often not available near the practice/occupational network or overwhelmed with work) may attenuate the primary care practitioner's attention to the occupational origin of a patient's health condition and delay patient referral to a mental health specialist [22]. Given that the collaboration between primary care practitioners and psychiatrists has been shown to be effective and necessary [23], its absence or delay would worsen the stage of occupational burnout and hinder therapeutic success. Moreover, in the absence of interdisciplinary collaboration, prescribing work cessation by primary care practitioners would remain the most accessible intervention for occupational burnout, although not always effective.

Current status of occupational burnout

Occupational burnout forms a complex problem, with overlapping medical, social, political, and legal dimensions, which we attempt to simplify in the following. Currently, diagnosis of occupational burnout is not officially possible as its status (as a disease) remains unclear. Consequently, estimation of its prevalence, incidence, and burden at the national level is challenging. The ignorance of these public health indicators delays public decisions and preventive interventions to reduce the burden of occupational burnout. The same holds for all mental disorders that are not part of the Swiss list of occupational diseases [19] and thus are outside the prevention and surveillance scope of SUVA. Occupational burnout rather falls within the remit of the Swiss State Secretariat for Economic Affairs (SECO), which intervenes via legislation on aspects of work organization (e.g., working hours, breaks) and labor inspections to monitor compliance with regulations. The fact that so many non-medical professionals established their economic and professional interests in the occupational burnout "market" that have emerged (sustained by the increasing demand from persons with burnout), confirms that the social recognition of occupational burnout precedes the medical and legal ones and that its medicalization is essentially consumer-driven [1]. The hesitation of the healthcare system concerning the recognition of occupational burnout is obvious even at the WHO level [24]. This is likely due to the work-related (social) origin of burnout and the need for a long and interdisciplinary treatment, involving psychotherapy and workplace adaptation. Instead, maintaining the status quo, and diagnosing occupational burnout as a work-related depression, anxiety

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

or undetermined somatic symptom disorder, justifies the prescription of antidepressant and anxiolytic medication, which can be easier to manage than psychotherapy and beneficial for the pharmaceutical industry.

Finding consistency

In analyzing the complexity of the inter-professional network and interactions, we sought to understand how these interactions evolve according to the three stages of occupational burnout development and severity. Study participants almost unanimously considered these stages as consistent with the natural course of burnout. The recent literature confirms their relevance, particularly in identifying the advanced stage as "clinical burnout" [25–27]. Thus, as these studies indicate, viewing occupational burnout in light of multiple- stage development could help us to understand how individuals move from a healthy state to a clinically severe burned-out state. Moreover, our findings support this perspective by showing how professionals are organized into a logical system of preventive and therapeutic practices according to these stages. This dynamic of professional collaboration according to the occupational burnout stage was also observed by Kanayama et al. [28].

The care models that we conceptualized to understand how professionals care for their patients/clients with occupational burnout are original and should be tested and validated. They represent in a simplified way the three main patterns of burnout treatment in Switzerland, based on the coherence between stage, origin and intervention modalities. Nonetheless, these models could contribute to a better understanding of patterns of care for mental health issues in primary care, urged by several authors [29, 30].

Finally, regarding the heterogeneity and the lack of consensus in practices of dealing with occupational burnout in Switzerland, the Swiss Network of Burnout Experts published practical recommendations to treat burnout in 2016 [31,32]. However, none of the interviewed professionals especially the (para-)medical ones mentioned these recommendations. It was not clear whether these professionals are not aware of these recommendations, or they simply do not follow them.

Study limitations

The results of our study cannot be generalized to other countries or types of intervention. For the purpose of the study, we focused on existing networks of professionals in Switzerland to map their position in the system and their relationships. The representativeness of our study might be limited to the profiles of participants whom we interviewed and/or some representatives may not reflect the general trend in the discipline, although our sample size was pretty large (42 participants) and balanced with respect to professionals' specialties. Due to snowball sampling, it is possible that we missed some groups of professionals. We followed the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) [33], but we did not fulfill two items out of the 32 mentioned in the checklist. First, we did not report a coding tree, because it is not required within the grounded theory approach. Secondly, we could not send the transcripts of the interviews back to the participants because the participants were professionals with busy schedules and could not have validated the results, especially the translated English version. Therefore, the results presented in this study are preliminary and should be interpreted with caution.

Conclusions

The main contribution of this study is the discovery of a wide variety of professionals involved in occupational burnout in Switzerland. This study suggests that recovery from occupational burnout is faster and more efficient when specific professionals (e.g., work and organizational psychologists, private consultants, and occupational physicians and nurses) mediate the interactions between the non-medical and the (para-)medical professionals who intervene in burnout treatment and administrative management. Finally, three models of occupational burnout care were proposed based on the categorization of the most frequently cited intervention modalities. However, evidence of successful interventions and care models is clearly needed, meriting further research to improve prevention, detection, treatment, and administrative management.

Correspondence

Yara Shoman
Centre for Primary Care and Public Health (Unisanté)
Department of Environmental and Occupational Health
University of Lausanne
Route de la corniche 2
CH-1010 Lausanne
yara.shoman[at]unisante.ch

Availability of data and material

All data generated or analyzed during this study are included in this published article and its appendix, available online at http://doi.org/10.4414/sanp.2023.03277.

Solenne Blanc
Centre for Primary Care and Public Health (Unisanté), Department of Environmental and Occupational Health, University of Lausanne, Switzerland

Acknowledgments

We would like to acknowledge the members of the project's scientific advisory board: Sophie Barras-Duc (Federal Office of Public Health), Anne-Sophie Brandt, (State Secretariat for Economic Affairs), Muriel Brinkrolf (Confederation of Swiss Psychologists), Corine Fahrni (Swiss Association of Occupational Health Nurses), Marie-Thérèse Giorgio (Swiss Society of Occupational Medicine), Fulvia Rota, (Swiss Society for Psychiatry and Psychotherapy) and Barbara Weil (Swiss Medical Association) as well as the study participants.

Financial disclosure

This work was supported by the General Directorate of Health of the Canton of Vaud via the grant of the Commission for Health Promotion and the Fight against Addictions (Grant N° 8273/3636000000-801).

Potential competing interests

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Recommended references

6 Guseva Canu I, Marca SC, Dell'Oro F, Balázs Á, Bergamaschi E, Besse C, et al. Harmonized definition of occupational burnout: A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. Scand J Work Environ Health. 2021;47(2):95-107.
8 Guseva Canu I, Mesot O, Györkös C, Mediouni Z, Mehlum IS, Bugge MD. Burnout syndrome in Europe: towards a harmonized approach in occupational health practice and research. Ind Health. 2019;57(6):745-752.
14 Droz N, Wahlen A. Burnout, la maladie du XXIe siècle? Lausanne: Favre SA; 2017.
19 Graczyk H, François M, Krief P, Guseva Canu I. The role of the Swiss list of occupational diseases in the protection of workers' health. Swiss Med Wkly. 2021;151(2930):w20538.
20 Guseva Canu I, François M, Graczyk H, Vernez D. Healthy worker, healthy citizen: the place of occupational health within public health research in Switzerland. Int J Public Health. 2020;65(1):111-120.

References

You will find the full list of references online at http://doi.org/10.4414/sanp.2023.03277.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Peer reviewed article | Original article

Entwicklungen in der Corona-Pandemie

Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie – Auswirkungen auf die Rehospitalisierungsrate

Stephan Kupferschmid[a], Niklaus Stulz[a], Benjamin Dubno[a], Susanne Walitza[b], Sabine Weber[a]
[a] Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland; [b] Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Summary

Adolescents in acute adult psychiatric wards – developments in the coronavirus pandemic and implications for rehospitalisation rates

Children and adolescents are severely affected by the coronavirus pandemic in their everyday lifes and possibly also in their long-term development. Currently, a significant increase in mental health problems among children and adolescents and a corresponding increase in the use of the healthcare system can be observed in Switzerland. Studies from German speaking countries show that the burden of mental problems such as anxiety and depression has increased, and the quality of life has decreased at the same time.

The present study aimed to investigate how the number of adolescents who were treated for capacity reasons in adult psychiatry in the canton of Zurich developed during the pandemic and whether treatment in specialised adolescent psychiatry differs from treatment in adult psychiatry in terms of rehospitalisation rates.

Keywords: Akutpsychiatrie; Versorgungsforschung; Adoleszentenpsychiatrie; Covid-19; Rehospitalisierung

Einleitung

Kinder und Jugendliche sind durch die Corona-Pandemie in ihrem Alltag und möglicherweise auch in ihrer langfristigen Entwicklung stark beeinträchtigt. Aktuell ist in der Schweiz eine deutliche Zunahme von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und einer damit einhergehenden stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems festzustellen. Studien aus deutschsprachigen Ländern zeigen, dass die Belastung mit psychischen Problemen wie Angst und Depression zugenommen und die Lebensqualität gleichzeitig abgenommen hat [1]. Eine repräsentative Studie mit Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Eltern zeigte bereits nach dem ersten Lockdown, dass mehr als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz psychische Probleme berichteten. Neben Angst und depressiven Symptomen nahmen Konzentrationsstörungen und eine erhöhte Irritabilität besonders zu. Bei 30% wurde ein pathologischer Medienkonsum beobachtet. Die Ergebnisse zeigten, dass Kinder und Jugendliche besonders gefährdet waren, psychische Störungen zu entwickeln [2].

Für den gesamten deutschsprachigen Raum (Österreich, Deutschland, Liechtenstein und die Schweiz) konnten Schmidt et al. [3] zeigen, dass zwischen 15,3% und 43% der Sorgeberechtigten eine Zunahme von emotionalen Problemen und Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen berichteten. Dabei gaben Sorgeberechtige von Vorschulkindern vor allem eine Zunahme von oppositionellen Verhaltensweisen an, wohingegen Jugendliche eine Zunahme von emotionalen Problemen berichteten.

Eindrückliche Zahlen für die Schweiz liefert auch die Corona Stress Study [4] im Hinblick auf die Entwicklung von depressiven Symptomen. Gerade die Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigte die grösste Belastung mit einer Zunahme über den zeitlichen Verlauf der Pandemie.

Depressionen sind als Risikofaktor für suizidale Krisen bekannt und so passt es ins Bild, dass auch die Kriseninterventionen von Jugendlichen auf Akutstationen deutlich zugenommen haben. Erste Publikationen aus dem Kanton Zürich deuten darauf hin, dass die Kriseninterventionen aufgrund von emotionalen Störungen, selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität sowie die Zuweisungsrate deutlich zugenommen haben [5]. Nach einem anfänglichen Rückgang der Notfallkontakte zu Beginn des ersten Lockdowns nahm die Inanspruchnahme des zentralen Notdienstes in den folgenden Monaten zu und hat sich seitdem auf einem deutlich höheren Niveau als vor der Pandemie stabilisiert. Ein Vergleich des Jahres 2019 mit dem ersten Halbjahr 2021

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

zeigte, dass sich die Zahl der telefonischen Notfallkontakte fast verdoppelt hatte und die Zahl der ambulanten Notfalleinsätze um 40% gestiegen war. In diesem Beobachtungszeitraum hatten sich auch die stationären Einweisungen von Minderjährigen in die Erwachsenenpsychiatrie mehr als verdoppelt, da die Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht ausreichend waren [5].

Im Kanton Zürich ist die psychiatrische Gesundheitsversorgung dahingehend geregelt, dass bei einer Vollbelegung der jugendpsychiatrischen Stationen Jugendliche auf Akutstationen der Erwachsenenpsychiatrie zugewiesen werden. Dies wird über die kantonale Notfalltriage (KANT) koordiniert. Insgesamt lässt sich seit Beginn der Corona-Pandemie ein deutlicher Zuwachs von Notfallhospitalisierungen bei Jugendlichen verzeichnen (ebd.), da die Stationen für Jugendliche in der Regel auch vor der Pandemie schon ausgelastet waren, spiegelt sich dies vor allem in den Hospitalisierungen von Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie wider [5].

In der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, wie sich in einer Versorgungsklinik im Kanton Zürich

1. die Zahl der Jugendlichen, die in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt wurden bzw. aus Kapazitätsgründen behandelt werden mussten, während der Pandemie entwickelt hat.
2. die Behandlung in einer spezialisierten Jugendpsychiatrie hinsichtlich der Rehospitalisierungsraten von einer Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie unterscheidet.

Methoden

Die routinemässig erhobenen medizinischen Statistikdaten der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürich Unterland (ipw) wurden bezüglich Hospitalisierungen von Jugendlichen (<18 Jahre) für die Jahre 2015 bis 2021 retrospektiv analysiert. Dabei interessierten einerseits die Klinikaufnahmen insgesamt und andererseits die Behandlungen auf Akutstationen im Erwachsenenbereich. In einem zweiten Analyseschritt wurden alle Jugendlichen identifiziert, die im Jahr 2020 eine (oder mehrere) stationäre Behandlung abgeschlossen hatten. Diese Jugendlichen wurden ab dem Zeitpunkt des ersten stationären Austritts 2020 bis am 31.12.2021 nachbeobachtet, und die Zeiten bis zu allfälligen Rehospitalisationen wurden mittels Überlebenszeitanalysen zwischen den folgenden beiden Gruppen verglichen: (a) Jugendliche, die während dem (letzten) stationären Aufenthalt ausschliesslich in einer jugendpsychiatrischen Einrichtung behandelt worden waren versus (b) Jugendliche, die zumindest teilweise auf einer Akutstation der Erwachsenenpsychiatrie behandelt worden waren. Dabei wurde statistisch für Patienten- und Behandlungsmerkmale (Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose gemäss ICD-10, Fürsorgerische Unterbringung (FU) und Aufenthaltsdauer) kontrolliert, falls sich diese zwischen den beiden Gruppen unterschieden. Da manche Jugendliche im Auswertungszeitraum bis zum 31.12.2021 mehrere Wiedereintritte hatten *(recurrent events)*, wurden die Konfidenzintervalle der *Hazard Ratios* (HR) mit dem Modell von Prentice, Williams und Peterson [6] geschätzt, das möglichen Abhängigkeiten zwischen wiederholten Ereignissen (Rehospitalisationen) innerhalb der Patienten Rechnung trägt.

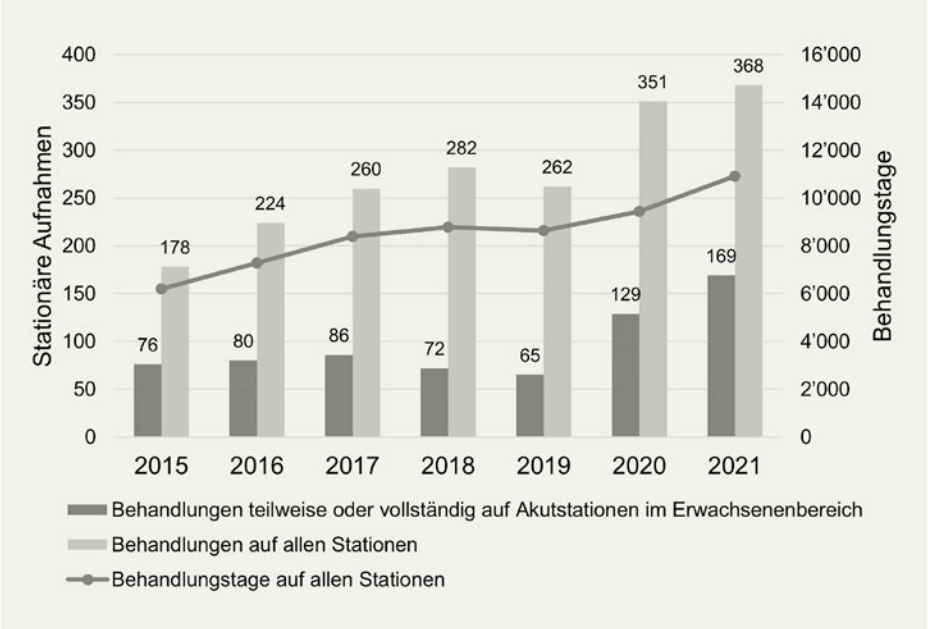

Abbildung 1: Stationäre Aufnahmen und Behandlungstage von Jugendlichen (<18 Jahre).

Resultate

Abbildung 1 zeigt eine deutliche Zunahme der stationären Aufnahmen und Behandlungstage von Jugendlichen (<18 Jahre) insgesamt und von minderjährigen Jugendlichen auf Akutstationen der Erwachsenenpsychiatrie seit Beginn der Pandemie. Gegenüber dem Jahr 2019 (24,8%) hatte der Anteil der stationären Behandlungsepisoden von Minderjährigen, die zumindest teilweise auf Akutstationen im Erwachsenenbereich erfolgten, im Jahr 2020 (36,8%; p = 0,002) und im Jahr 2021 (45,9%; p <0,001) deutlich zugenommen.

Die Rehospitalisationen wurden für alle minderjährigen Patienten analysiert, die 2020 mindestens eine stationäre Behandlung abgeschlossen hatten. Diese 254 Patienten waren zu 62,2% weiblich, bei Studieneinschluss M=15.6 Jahre alt (SD = 1.2) und sie hatten bis am 31.12.2021 insgesamt 173 stationäre Rehospitalisationen akkumuliert (zwischen 0 und 9 Wiederaufnahmen pro Patient). Die insgesamt 427 stationären Behandlungen (inkl. Indexbehandlung) dauerten im Durchschnitt M = 25,9 Tage (SD = 21,6, Range = 2-128) und die Hospitalisationen erfolgten zu 36,5% per FU.

Abbildung 2 zeigt die Zeitdauer («Überlebensdauer») bis zu den Rehospitalisationen nach den stationären Austritten in Abhängigkeit vom vorbehandelnden Bereich. Insgesamt war das relative Risiko für eine Rehospitalisation nach einer stationären Behandlung mit Beteiligung der Erwachsenenpsychiatrie um 39.2% höher als nach stationären Aufenthalten, die ausschliesslich im Jugendbereich stattgefunden hatten (HR = 1,392, 95% CI = 1,007–1,922, p = 0,045). Dieses erhöhte Rehospitalisationsrisiko fand sich nachdem mit einem Cox-Regressionsmodell für die Aufenthaltsdauer der vorangegangenen Klinikbehandlung (HR = 1,002, 95% CI 0,996–1,009, p = 0,506) und für FU (HR = 1,149, 95% CI = 0,846–1.561, p = 0,506) kontrolliert worden war, da sich diese beiden Merkmale zwischen den beiden Stichproben statistisch signifikant unterschieden.

Diskussion

Die gesundheitliche Situation von Jugendlichen hat sich in den letzten zwei Jahren seit Beginn der Pandemie gerade im Hinblick auf das psychische Wohlergehen verschlechtert [3]. Während die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten bereits in der letzten Dekade stetig zugenommen hatte, kam es in den letzten zwei Jahren nochmals zu einem deutlichen Anstieg der ambulanten Konsultationen, Kriseninterventionen und der statio-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

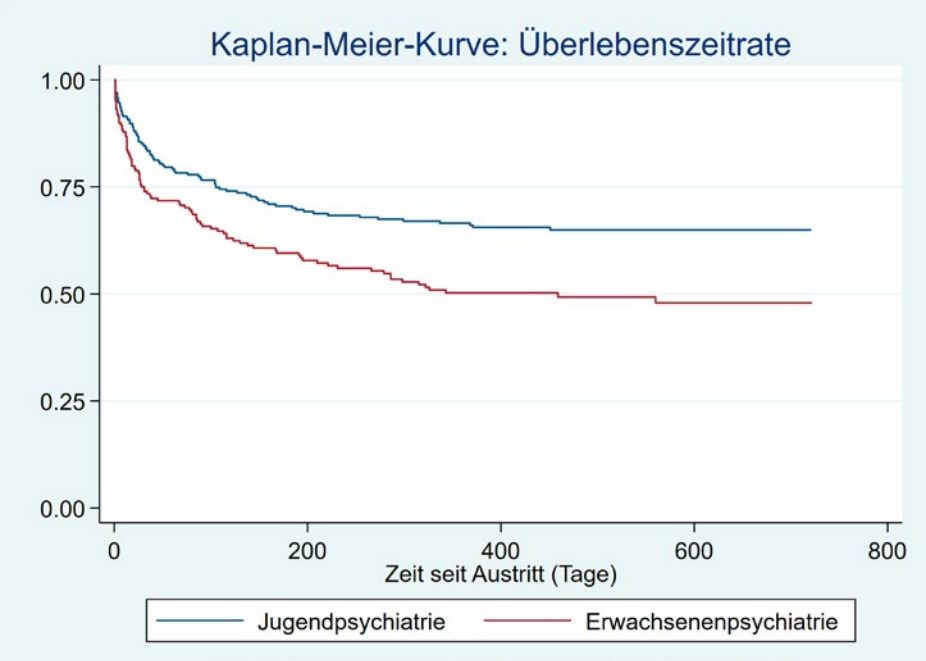

Abbildung 2: Überlebensraten bis zur Rehospitalisation nach dem Klinikaustritt (in Abhängigkeit von Behandlungsbereich).

nären Akutbehandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie [5]. Übereinstimmend zeigen unsere Daten einen deutlichen Anstieg von stationär aufgenommenen, minderjährigen Jugendlichen in einer psychiatrischen Grundversorgungsklinik seit Beginn der Pandemie. Trotz kompensatorischer Massnahmen (z.B. Ausbau des Home Treatment-Angebots) waren die stationären Kapazitäten der jugendpsychiatrischen Behandlung im Kanton Zürich erschöpft, so dass die Minderjährigen teilweise auf Akutstationen der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden mussten

Aus entwicklungspsychiatrischer Sicht ist dies problematisch, da eine Station der Erwachsenenpsychiatrie nicht den alters- und entwicklungsangemessenen Rahmen bieten kann. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist typischerweise ein milieutherapeutisches Setting mit Klinikschule und altersentsprechenden Therapiebausteinen verwirklicht, um nachhaltige therapeutische Effekte zu erzielen [7, 8]. Dabei ist auch die multidisziplinäre Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiater:innen, Kinder- und Jugendpsycholog:innen, Pflegekräften und Sozialpädagog:innen, Spezialtherapeut:innen und spezialisierten Lehrkräften ein wichtiger Wirkfaktor. Auch wenn unsere Daten keine inhaltlichen Ursachen für die Zusammenhänge zwischen Behandlungen von Jugendlichen auf Erwachsenenstationen und erhöhten Rehospitaliserungsraten aufzeigen lassen, weisen sich doch darauf hin, dass hinreichende Kapazitäten in spezialisierten jugendpsychiatrischen Stationen mit umfassenderem Abklärungsangebot für eine adäquate und nachhaltige Versorgung von Jugendlichen mit psychiatrischen Störungsbildern unabdingbar sind.

Bezüglich Limitationen ist zu berücksichtigen, dass unsere Studie auf routinemässig erhobenen medizinischen Statistikdaten einer einzelnen psychiatrischen Klinik beruht. Entsprechend waren die Informationen limitiert, für die zwischen den ausschliesslich jugendpsychiatrisch und zumindest teilweise erwachsenenpsychiatrisch hospitalisierten Jugendlichen statistisch kontrolliert werden konnte. Zumindest jedoch beruhen unsere Analysen zur stationären Inanspruchnahme auf abrechnungsrelevanten Daten, die zu den zuverlässigsten Angaben in der medizinischen Statistik gehören dürften. Schliesslich entzogen sich auch Rehospitalisationen in anderen Kliniken unserer Kenntnis und entsprechend lassen sich diesbezügliche Verzerrungen unserer Ergebnisse nicht ausschliessen.

Zusammenfassend weist unsere Studie darauf hin, dass Investitionen in jugendspezifische stationäre Versorgungsangebote für eine nachhaltige Behandlungsqualität lohnenswert sind, was dann wiederum zu einer Eindämmung von hohen Folgekosten bei einer inadäquaten Versorgung beitragen kann. Dies sollte bei der psychiatrischen Versorgungsplanung berücksichtigt werden. Als Zwischenlösung und da sich Hospitalisationen in der Erwachsenenpsychiatrie künftig selbst bei Kapazitätserweiterungen in der Jugendpsychiatrie nicht ausschliessen lassen, kann auch ein Auf- oder Ausbau vom Home Treatment-Angeboten, von interprofessionellen Konsiliardiensten und von aufsuchender Beschulung hilfreich sein. Allerdings können auch diese Angebote eine altersentsprechende stationäre Behandlung nicht bei allen Jugendlichen, beziehungsweise nicht in allen Krankheitsphasen, vollständig ersetzen.

Korrespondenz
Dr. med. Stephan Kupferschmid
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
CH-8408 Winterthur
stephan.kupferschmid[at]ipw.ch

Disclosure statement
S. Wa. has received in the last 5 years royalties from Thieme Hogrefe, Kohlhammer, Springer, Beltz. Her work was supported in the last 5 years by the Swiss National Science Foundation (SNF), diff. EU FP7s, HSM Hochspezialisierte Medizin of the Kanton Zurich, Switzerland, Bfarm Germany, ZInEP, Hartmann Müller Stiftung, Olga Mayenfisch, Gertrud Thalmann, Vontobel, Unicentia, Erika Schwarz Fonds and Bundesamt für Gesundheitheit (BAG) und Gesundheitsförderung Schweiz. Outside professional activities and interests are declared under the link of the University of Zurich www.uzh.ch/prof/ssl-dir/interessenbindungen/client/web/
The authors S. K., N. S., B. D. and S. We. have no conflict of interest.

Literatur

1 Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Otto C, Devine J, Löffler C et al. Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021;12:1–14.
2 Mohler-Kuo M, Dzemaili S, Foster S, Werlen L, Walitza S. Stress and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First COVID-19 Lockdown in Switzerland. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):4668.
3 Schmidt SJ, Barblan LP, Lory I, Landolt MA. Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. European Journal of Psychotraumatology. 2021;12(1):1901407
4 de Quervain D, Aerni A, Amini E, Bentz D, Coynel D, Gerhards C, et al. The Swiss Corona Stress Study: November 2021 [Internet]. OSF Preprints; 2021. Available from: osf.io/x6zu7
5 Berger G, Häberling I,Lustenberger A, Probst F,Franscini M, Pauli D, Walitza S. The mental distress of our youth in the context of the COVID-19 pandemic. Swiss Med Wkly. 2022;152:w30142.
6 Amorim LD, Cai J. Modelling recurrent events: a tutorial for analysis in epidemiology. Int J Epidemiol. 2015;44(1):324–33.
7 Steinhausen H-C. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 2. Auflage. München: Urban & Fischer; 2019.
8 Rotthaus W. Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. 2 Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag; 2015.

Dr. med. Stephan Kupferschmid
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

10.4414/sanp.2023.03296 | 2023;174(3):88–92 | Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother
Original article | Peer reviewed article

Patients with first-episode psychosis

The impact of established risk factors for psychosis on the 3-year outcomes

Philippe Golay[abc], Elsa Reitzel[b], Philippe Conus[b]
[a] Community Psychiatry Service, Department of Psychiatry, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Switzerland
[b] General Psychiatry Service, Treatment and early Intervention in Psychosis Programme (TIPP–Lausanne), Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Switzerland
[c] Institute of Psychology, Faculty of Social and Political Science, University of Lausanne, Switzerland

Summary

Many factors increasing the risks of developing psychosis have been identified. However, it is not known whether specific factors are linked to specific clinical profiles and outcomes, and whether the number of factors affecting the same patient correlates with their clinical profile, outcomes and treatment needs.

The present study aimed to document the prevalence of risk factors and assess their clinical and outcome correlates in the early phases of psychosis. We used data from 269 patients in the prospective cohort of the Treatment and early Intervention in Psychosis Programme (TIPP), which offers 3 years of specialised treatment to young patients with first-episode psychosis. Relationships between risk factors (e.g., family history of schizophrenia or psychiatric illness, personal psychiatric history, migration in adversity, cannabis use, tobacco use, exposure to trauma), clinical presentation and various dimensions of outcome were assessed.

The most common risk factors in this cohort of early psychosis patients were a family history of psychiatric illness (64.0%), a personal history of previous psychiatric disorders (53.6%), tobacco use (44.1%) and cannabis use (39.2%). Although some risk factors (e.g., family history of schizophrenia, personal psychiatric history) had no impact on the outcomes selected, others (e.g., migration in adversity, cannabis use, tobacco use and trauma) were associated with poorer symptomatic and functional outcomes.

Results suggest that factors inducing an increased risk of developing psychosis also affect clinical presentation and outcome. Those risks should, therefore, be assessed at baseline and considered when defining treatment strategies.

Keywords: early psychosis; risk factors; psychotic disorders; outcome

Introduction

Several risk factors for psychosis in general, and for schizophrenia in particular, have been identified. These can be separated into genetic and environmental risk factors. Genetic risk is well-established: there is a 10-fold increase in risk for people with a first-degree relative with schizophrenia [1] and the concordance for monozygotic twins ranges from 40–50% [2] compared with 10–15% for dizygotic twins. In addition, several studies have shown that the incidence of psychosis is higher among children whose parents have another psychiatric illness [3, 4].

Environmental risk factors include (but are not limited to) high paternal age, gender, prenatal or perinatal factors such as the season of birth [10, 11], prenatal infections [12], maternal [13, 14] or postnatal [15] deficiencies, toxic factors [16, 17] and obstetric factors [18]. Other environmental factors include exposure to trauma [19] and the age at which that trauma occurs (the earlier the trauma occurs, the higher the risk of psychosis) [20], living in an urban environment (also referred to as urbanicity) [21, 22] and cannabis use [23]. Similarly to exposure to trauma, the risk of psychosis increases the earlier the onset of cannabis use [24], particularly if it starts before 15 years old [25]. Similarly, tobacco use is also considered a risk factor for psychosis [26, 27] and the risk also seems to increase with earlier use [28]. Finally, factors linked to migrant status, whether first or second generation [29, 30], have also been highlighted.

The invidual impact of these risk factors on the risk of developing psychosis have been extensively studied. Studies have also shown that multiplicative models are better suited than additive models to describing how two risk factors might influence the occurrence of psychosis [31]. A multiplicative (or interaction) effect occurs when the effect produced by the simultaneous occurrence of two factors is greater than the sum of the effects produced by either factor individually. Indeed, two studies have described how the onset of psychosis occurred much earlier when several environmental risk factors were present [32, 33].

Some of these factors have been studied for their impact on symptoms, functioning or the course of psychosis after onset. For example, studies have shown that patients with psychosis who had experienced trauma had poorer functioning [34–36]. More specifically,

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

sexual abuse appears to lead to poor social and occupational functioning [37, 38]. The occurrence of trauma at a young age seems to further impair the functioning of psychotic patients [39] and to have a deleterious influence on symptoms [40]. However, to the best of our knowledge, no studies have investigated whether the accumulation of risk factors in a single individual affects the clinical presentation of psychosis or its evolution, in addition to increasing the risks of developing a psychotic disorder.

The present study's goal was, therefore, to evaluate the relationships between various risk factors and the clinical presentations and outcomes of patients treated for a first psychotic episode. We also wanted to assess the potential interaction effects between the different risk factors and thus identify possible specific treatment needs depending on the risk factors observed in a particular patient.

Materials and methods

Procedure

The Treatment and early Intervention in Psychosis Programme (TIPP) is a specialised early psychosis programme run by the Department of Psychiatry at Lausanne University Hospital, in Switzerland [41]. Eligibility for the TIPP requires being aged from 18–35, living in the programme's catchment area (population about 350,000) and meeting the criteria for psychosis as defined by the "psychosis threshold" subscale in the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) instrument [42]. This psychotic disorder threshold is defined by the presence of clear psychotic symptoms such as delusions, hallucinations and thought disorders, persisting for longer than 1 week with a frequency of at least three to six times a week for longer than 1 hour each time or daily for less than 1 hour each time. These are standard and widely used criteria for a first-episode psychosis threshold [43]. Patients are referred to the programme by the hospital, general practitioners, social professional networks or families. Therefore, the study sample is likely representative of the entire population of patients with early psychosis who need specialised psychiatric treatment. Patients are referred to other treatment programmes if they have an intellegence quotient below 70, have been taking an antipsychotic drug treatment for more than 6 months, or have a known intoxication-induced psychosis or brain damage.

All patients treated within the TIPP are fully assessed at baseline, after 2 months, 6 months, and then prospectively every 6 months to monitor outcomes and adjust treatments. Case managers complete a specially designed questionnaire (the TIPP Initial Assessment Tool: TIAT, available upon request) for each patient enrolled, assessing their demographic characteristics, past medical history, exposure to life events, and symptoms and functioning. It is completed using information gathered from patients and their families in the first weeks of treatment and can be updated during follow-up if new information emerges.

A psychologist and a case manager conduct follow-up assessments exploring various aspects of treatment, comorbidities and the evolution of the psychopathology and functional level at baseline and after 2, 6, 12, 18, 24, 30 and 36 months of treatment. Symptom assessments are conducted by a psychologist who has received standardised training but is not involved with the patients' treatment. TIPP case managers remain available for each patient up to twice a week for 3 years. An intensive case management team can provide additional support and treatment at any time during the treatment period, with case managers remaining involved to ensure continuity of care.

This study was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Human Research Ethics Committee of the Canton of Vaud (CER-VD; protocol #2020-00272). Access to clinical data was granted for research purposes, allowing the data generated during patient follow-up to be used in the study. Consequently, all the patients who received treatment within the TIPP at that time could be included in this study, suggesting again a highly representative sample of early psychosis patients.

Measures

Case managers and an experienced psychologist performed detailed patient evaluations using interviews and the TIAT questionnaire. Based on the risk factors highlighted in the literature, we were able to record many factors for this cohort.

Genetic risk markers included having a family history of psychosis or psychiatric illness. These variables considered first- and second-degree family members. Personal histories of psychiatric disorders other than psychosis, according to the DSM-IV criteria [44], were also considered.

Environmental risk factors recorded were migration in adversity (based on an anamnesis of involuntary migration linked to politics, violence or escaping poverty), having experienced trauma (sexual and physical abuse before the ages of 16 or 12 [39], cannabis use (according to DSM-IV criteria for abuse and dependence), cannabis dependence and abuse before the age of 14, tobacco use (according to DSM-IV criteria for abuse and dependence) [44].

Outcomes

The correlations of these risk factors with patients' clinical presentation and outcomes were assessed for three time periods: (1) impact on the acute phase of the illness or a psychotic crisis, referred to here as the "baseline situation"; (2) impact during the 3-year follow-up period; and (3) impact at the end of the 36-month follow-up.

Two different outcomes were assessed at baseline: (1) the highest Clinical Global Impression scale score (CGI) [45] as a marker of the most symptomatic time point (defined here as the "worst" moment of the psychosis); and (2) the lowest level of functioning according to the Global Assessment of Functioning (GAF), which is rated on a scale from 1–100 [44].

During the 3-year follow-up period, the outcomes were the patient's engagement with their care, the markers of being either lost to follow-up for at least 2 months or permanently lost to follow-up before the end of the 3 years, and whether or not they had made a suicide attempt.

For situations at the end of the follow-up, we relied on symptomatic recovery according to Andreasen's criteria for the patient's last Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) score in their last year of the programme (mild or lower (≤3) score on the following items: delusion, unusual thought content, hallucinatory behaviour, conceptual disorganisation, mannerisms, blunted affect, social withdrawal and lack of spontaneity; [46]). We also used the CGI scales and considered that the patient had recovered if their final score was ≤3 [47].

To assess functional recovery, we evaluated patients using the Modified Vocational Status Index and the Modified Location Code Index (MVSI and MLCI) [48]. Patients were considered as living independently based on their MLCI score (head of household or living alone, living with a partner or peers or living with their family with minimal supervision). Patients were considered to be working based on their MVSI score (in paid or unpaid, full- or part-time employment, being an active student in school or university, head of household with an employed partner [homemaker], or a full- or part-time volunteer). Functional recovery was defined as a GAF score >70. Functional recovery was defined as a final Premorbid Adjustment Scale (PAS) [49] score equal to or lower than the premorbid rating on four of the five general PAS scale's items (50). Items on education and abruptness in the change in

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

work were ignored as they could not have changed during the period of interest (51).

Statistical analysis

First, the prevalence of each risk factor was computed to assess its relevance to the following analyses. Then, to identify risk factors with a potential impact, we used simple linear and logistic regression models, with each risk factor as the independent variable and each outcome as the dependant variable. The results of these simple regression analyses were used to select the factors likely to be related to the different outcomes. Risk factors associated with p-values <0.05 were considered significant, and those associated with a p-value < 0.10 were labelled trend variables. Using a stepwise input procedure, significant and trend variables were entered into multiple regression models for the outcomes they predicted, with the aim of retaining only the most important predictors. Finally, when several risk factors were significant (p-value <0.05) for the same outcome in the results of a multiple regression model, we tried to highlight possible interaction effects by introducing the product of the two variables into an additional model. This enabled us to verify whether the co-occurrence of two risk factors produced a stronger effect than the addition of two independent effects. All analyses were performed using IBM SPSS 23 software. All statistical tests were two-sided, and significance was set at $\alpha = 0.05$.

Results

A total of 269 patients were included, with a mean age of 24.3 years at baseline. They were mostly men (66.9%), and their parents' socioeconomic statuses (defined as low, intermediate or high [52]) were mostly intermediate and high (44.2% and 38.3%, respectively). On average, they had completed 9.8 years of school. Their final diagnoses were schizophrenia (60.2%; 162), schizophreniform disorders (9.7%; 26), schizoaffective disorders (10.0%; 27), bipolar disorder (7.8%; 21), major depression with psychotic symptoms (2.2%; 6) and other diagnoses (10.0%; 27).

Frequency of risk factors

The risk factors of a family history of psychiatric illness (64.0%; 158) and a personal history of psychiatric illness (53.6%; 142) were present among more than half of the patients. The risk factors of tobacco use (44.1%; 116), cannabis use (39.2%; 100), migration in adversity (27.2%; 50), trauma (26.5%; 71) and a family history of schizophrenia (25.6%; 53) were present in more than a quarter of the cohort. The prevalence of the remaining risk factors was lower: trauma before 12 years old (13.4%; 36) and cannabis use before 14 years old (7.5%; 19).

Table 1: Cumulative risk factors

Number of risk factors per patient	Frequency, % (N)	Cumulative frequency, %
0	9.3 (25)	9.3
1	18.2 (49)	27.5
2	19.0 (51)	46.5
3	19.3 (52)	65.8
4	17.1 (46)	82.9
5	10.4 (28)	93.3
6	4.8 (13)	98.1
7	1.5 (4)	99.6
8	0.4 (1)	100

Cumulative risk factors

More than 50% of the patients had at least three risk factors, and only 9.3% had none of the risk factors in the study (table 1).

Baseline presentation

Correlates with the Clinical Global Impression scale's maximum score

The maximum CGI score was only significantly related to migration in adversity ($\beta = 0.16$; $p = .047$), which explained about 2.5% of the score's variance.

Correlates with the Global Assessment of Functioning's lowest level

A family history of psychiatric illness ($\beta = -0.18$; $p = .009$) and trauma before 12 years old ($\beta = -0.14$; $p = .036$) predicted the worst lifetime GAF, and trauma could be considered a trend factor ($\beta = -0.12$; $p = .061$). After introducing these three factors into a multiple regression model, the only significant risk factor remaining was a family history of psychiatric illness ($\beta = -0.18$; $p = .009$), which explained about 3% of the score's variance.

Situation during the programme

Prediction of patients' engagement with their care and suicidality

None of the risk factors was significantly associated with patients' engagement with their care or with suicidality.

Correlates with the patient's situation at the end of the follow-up

Symptomatic recovery based on the PANSS (Andreasen's Criteria)

Several factors were significantly correlated with poorer symptom recovery, including cannabis use (Odds Ratio = 0.42; $p = .012$), migration in adversity (OR = 0.34; $p = .017$), tobacco use (OR = 0.48; $p = .026$) and a family history of schizophrenia (OR = 0.45; $p = .041$). Two factors could be considered as being at a trend level: cannabis before 14 years old (OR = 0.23; $p = .069$) and trauma before 12 years old (OR = 0.44; $p = .095$). When introduced simultaneously into a multiple regression model, the three risk factors of migration in adversity (OR = .013; $p = .002$), cannabis use (OR = 0.19; $p = .005$) and trauma before 12 years old (OR = 0.22; $p = .049$) remained significant, together explaining 32.8% of the score's variance.

Symptomatic recovery (final CGI)

The three risk factors of trauma (OR = 0.22; $p = .002$), trauma before 12 years old (OR = 0.15; $p = .005$) and tobacco use (OR = 0.38; $p = .025$) were significantly related to symptomatic recovery. In the multiple regression model, only the risk factor of trauma remained significant (OR = 0.23; $p = .002$), which explained 14.2% of the scale score's variance.

Functional recovery (work)

The four risk factors of tobacco use (OR = 0.37; $p = .004$), trauma (OR = 0.33; $p = .011$), cannabis use (OR = 0.39; $p = .012$) and trauma before 12 years old (OR = 0.10; $p = .024$) were significantly related to functional recovery for work. A family history of psychiatric illness

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Table 2: Results summary

	Family history of psychiatric illness	Family history of schizophrenia	Personal psychiatric history	Migration in adversity	Trauma	Trauma before 12 y	Cannabis	Cannabis before 14 y	Tobacco
Initial situation									
Maximum CGI									
Minimum GAF	+								
Engagement with care: loss of sight									
More than 2 months									
Definitively									
Suicide attempts									
Symptomatic response									
PANSS (Andreassen)				+		+	+		
Final CGI					+				
Functional recovery									
Work						+			+
Independent living									
Work & Independent living					+		+		
GAF				+			+		
PAS									
Total	1	0	0	2	2	2	3	0	1

+ = significant association.

(OR = 0.52; p = .054) was only significant at the trend level. In the multiple regression model, only the two factors of trauma before 12 years old (OR = 0.13; p = .050) and tobacco use (OR = .035; p = .004) remained significant, explaining 13.4% of the score's variance.

Functional recovery (independent living)

None of the risk factors was significantly related to functional recovery. Tobacco use was significant at the trend level (OR = 1.76; p = .051).

Functional recovery (work & independent living combined)

The four factors of trauma (OR = 0.20; p = .004), tobacco use (OR = 0.45; p = .026), family history of psychiatric illness (OR = 0.47; p = .035) and cannabis use (OR = 0.45; p = .041) were all significantly related to combined functional recovery. In the multiple regression model, only trauma (OR = 0.15; p = .002) and cannabis use (OR = 0.41; p = .024) remained significant, explaining 14.9% of the score's variance. Trauma before 12 years old and cannabis use before 14 years old could not be introduced into the regression models because none of the patients in the database with these risk factors met the combined criteria for recovery, rendering a statistical estimation of the parameters impossible. Nevertheless, the recovery ratios compared with Fisher's exact test showed a significant association: p = .002 for trauma before 12 years old and p = .026 for cannabis use before 14 years old. Unfortunately, these two factors could not be included in the multivariate analysis.

Functional recovery (GAF)

Four risk factors significantly predicted functional recovery but at the trend level only: migration in adversity (OR = 0.41; p = .059), trauma before 12 years old (OR = 0.30; p = .060), cannabis use (OR = 0.51; p = .061) and tobacco use (OR = 0.56; p = .074). The two risk factors of migration in adversity (OR = 0.26; p = .013) and cannabis use (OR = 0.27; p = .011) were significant in the multiple regression model, explaining a combined 15.6% of the score's variance.

Functional recovery (PAS)

None of the risk factors predicted functional recovery according to the PAS.

Interactions between risk factors

None of the multiple regression models was able to reveal any significant statistical interactions between the risk factors themselves. In other words, the joint presence of these factors had no multiplicative effect over and above the sum of the single effects.

Results summary

Certain risk factors had significant relationships with several outcomes (Table 2). Migra-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

tion in adversity was related to patients' characteristics at the baseline clinical presentation and to their symptomatic and functional response.

Cannabis use, having experienced trauma and trauma at a young age all influenced the symptomatic and functional responses. Smoking tobacco, on the other hand, was only related to functional recovery, and a family history of psychiatric illness was only related to the baseline situation. The other risk factors (family history of schizophrenia, personal history of psychiatric illness and cannabis use before 14 years old) had no significant relationships with any of the outcomes.

Discussion

According to our results, many of the known risk factors for psychosis are highly prevalent in early psychosis patients, and some of them seem to have a substantive influence on their outcomes. The outcomes best predicted by the risk factors were symptomatic recovery (especially according to the PANSS scale, with the largest effect size) and functional recovery. Patients' baseline situations, i.e. at the time of their first 'psychotic episode', seemed to be less influenced by risk factors. One hypothesis for this is that the clinical picture at the time of the psychotic episode is of such intensity in all patients that it is difficult to highlight any reliable differences between them.

On the other hand, about half of the recognised risk factors studied were not significant predictors of any of the outcomes, namely a family history of schizophrenia, a personal psychiatric history and cannabis use before 14 years old. This means that although they play a role in the risk of schizophrenia, they do not seem to be related to outcomes after the onset of psychosis.

Symptomatic and functional recovery were only predicted by environmental factors (migration in adversity, trauma, trauma before 12 years old, cannabis use and tobacco use). The baseline situation, on the other hand, was the only outcome seemingly influenced by a genetic risk factor (a family history of psychiatric illness was associated with a low GAF score), but it was also predicted by the environmental factor of migration in adversity (associated with a maximal CGI scale score). The presence of environmental risk factors may suggest an increased risk of a more intense acute phase of psychosis and especially of presenting with a poor symptomatic or functional evolution. Genetic risk markers, particularly a family history of psychiatric illness, were the only risk factors associated with a lower level of functioning in acute-phase psychosis.

Cannabis use, migration in adversity and trauma were significant risk factors, especially trauma, which is in line with other studies (37-40). Early onset of trauma (before age 12) also successfully predicted symptomatic (PANSS) and functional (work) outcomes, which is also consistent with the existing literature on the particular role of early trauma (39, 40).

None of the recognised risk factors was a predictor of suicide attempts or engagement with care during the TIPP. It is difficult to definitively state whether no risk factors were associated with engagement with care or whether our selected outcomes (suicide attempts, lost to follow-up for two months and lost to follow-up for more than one year) were inadequate. In another study of the same cohort, we found that only three variables were related to disengagement with the programme (a low socio-economic status, patients who had committed offences and a diagnosis of schizophreniform or brief psychotic disorder). This could, however, be due to the very low overall level of disengagement with the programme and the limited sample size in this patient sub-group (53).

One of this study's hypotheses was that there could be multiplicative effects between risk factors. However, no statistical interactions between significant risk factors were found in any of the multiple regression models. In other words, risk factors did not seem to interact with each other to produce greater effects when present simultaneously. However, the absence of such interaction effects does not exclude the idea of the accumulation of individual effects, and it remains preferable to be affected by one risk factor rather than several.

This work has several clinical implications. Migration in adversity, trauma and trauma before 12 years old were the most important risk factors.; they all generate stress and may point to socially precarious populations. These results should encourage clinicians to be watchful for the specific needs of such target populations, which could benefit from reinforced care to prevent unfavourable outcomes. Cannabis use was the best risk factor in our study for predicting both patients' functional and symptomatic evolution. Tobacco use was also implicated here as a risk factor for poor occupational outcomes. Further analysis of the associations between substances and psychosis outcomes will be necessary to focus the dissemination of important prevention messages.

The present study has some limitations. There were several recognised risk factors for psychosis whose effects could not be analysed because the TIPP does not collect data on them. The biggest data gap is probably in perinatal factors, but data on environmental factors such as growing up in an urban environment were also lacking. This research suggests that the risk factors for psychosis influence its initial presentation and outcomes, but it would be interesting to perform similar analyses on different, larger cohorts. If these results were to be confirmed, they would provide critical information for the specific management of young people who have suffered physical or sexual trauma, experienced migration in adversity or have a family history of psychiatric illness. They should also form part of the prevention messaging on the risks of cannabis and tobacco use.

Correspondence
Dr. Philippe Golay
Department of Psychiatry
Lausanne University Hospital and
University of Lausanne
Consultations de Chauderon
Place Chauderon 18
CH-1003 Lausanne
Philippe.Golay[at]chuv.ch

Acknowledgements
We wish to thank the TIPP case managers for their invaluable work in collecting this data over the years and all patients for their abiding participation.

Ethics approval and consent to participate
This study was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Human Research Ethics Committee of the Canton of Vaud (CER-VD; protocol #2020-00272). Access to clinical data was granted for research purposes, allowing the data generated during patient follow-up to be used in the study. Consequently, all patients who received treatment within this programme could be included.

Conflicts of interest
The authors declare that they have no competing interests.

Funding
This study was based on institutional funding.

Authors' contributions
PG and PC designed this research.
PG and ER analysed and interpreted the data.
PG and ER drafted the manuscript's first version.
PC critically revised the manuscript for important intellectual content.

References
You will find the full list of references at http://doi.org/10.4414/sanp.2023.03296.

Dr. Philippe Golay
Department of Psychiatry
Lausanne University Hospital and University of Lausanne

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Peer reviewed article | Case report

Est-ce qu'il faut soigner les patients ou les taux?

Taux de valproate dans le traitement de maintien du trouble bipolaire – quel intérêt?

Christos Papachristou[a], Marie Besson[b], Javier Bartolomei[a]
[a] Service de Psychiatrie Adulte, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse, [b] Service de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

Summary

Valproate is an antiepileptic drug that is widely used as a mood stabiliser in the treatment of bipolar disorder, both in the acute phase and as a maintenance treatment. However, due to complex pharmacokinetics, the interpretation of valproate plasma concentrations remains difficult, a point we wish to clarify with a clinical case.

Keywords: Bipolar disorder; valproic acid; valproate; therapeutic drug monitoring; maintenance treatment

Cas clinique

Monsieur L. est un homme âgé de 40 ans, marié, plâtrier-peintre de profession, connu depuis une quinzaine d'années pour un trouble affectif bipolaire. En 2008, à l'âge de 25 ans, il a été hospitalisé une première fois en psychiatrie pour un épisode maniaque, suivi d'un épisode similaire 3 ans plus tard. Depuis 2011, il bénéficie d'un traitement thymorégulateur par acide valproïque à 1000 mg par jour (500 mg le matin et 500 mg le soir). En 2014, suite au décès de sa mère, il a également présenté un épisode dépressif léger à moyen, épisode qui a été traité en ambulatoire avec l'adjonction d'escitalopram 10 mg pendant environ une année. Depuis 2015, il présente une rémission complète de son trouble bipolaire et a même repris son travail à temps partiel. Sur le plan physique, il souffre uniquement d'une hypothyroïdie substituée.

Le traitement d'acide valproïque est bien toléré et les consultations ont été espacées à une fois tous les deux mois. En outre, un bilan hépatique et une mesure de la concentration plasmatique du valproate sont effectués de manière biannuelle. Lors du dernier contrôle, la concentration plasmatique est mesurée à 202 µmol/l pour le valproate total (valeurs de référence du laboratoire entre 350 et 700 µmol/l, fenêtre thérapeutique dans l'épilepsie) et à moins de 19,4 µmol/l pour le valproate libre, ce qui correspond au mieux à 9,6% du valproate total (valeurs attendues de valproate libre entre 7% de la valeur totale à 350 µmol/l et 15% à 700 µmol/l). Le prélèvement a été fait à 10 h 00 du matin dans le laboratoire habituel et la dernière prise du médicament était environ 12 heures avant le prélèvement. En regardant son dossier, vous constatez que les deux mesures précédentes étaient respectivement à 273 µmol/l et 258 µmol/l, valeurs variant entre 195 et 312 µmol/l sur ces huit dernières années.

Question

Qu'est-ce que vous proposez face à cette concentration plasmatique basse de valproate?

A. Vous demandez un nouveau contrôle de valproate dans une semaine.
B. Vous soupçonnez un manque de compliance et vous demandez une prise du traitement devant son épouse.
C. Vous augmentez le traitement de 1000 à 1500 mg/jour et vous demandez un nouveau contrôle dans une semaine.
D. Vous ne faites rien de particulier et vous organisez un prochain contrôle de routine dans six mois.

Commentaire

Le valproate est une molécule antiépileptique qui a été synthétisée par le chimiste américain Beverly Burton à la fin du XIXe siècle. Bien que son effet thymorégulateur ait été décrit dès 1966, ce n'est que depuis les années 1990 qu'il est largement utilisé comme stabilisateur de l'humeur dans le traitement des troubles bipolaires. Son efficacité est aussi bien démontrée pour la phase aigüe (épisode maniaque ou hypomane) que pour le traitement de maintien du trouble bipolaire [1]. Il est également utilisé en prescription «off-label» dans d'autres indications telles que le contrôle de l'impulsivité et de l'agressivité dans les troubles de la personnalité ou les troubles du comportement associés aux troubles organiques par exemple [2]. A noter que le valproate est contre-indiqué en première ligne chez la femme en âge de procréer [1, 3]. En effet, c'est le plus tératogène des antiépileptiques et le risque malformatif est estimé à 10% des expositions [4].

Il est disponible sous différentes formes dont les plus fréquentes sont l'acide valproïque et le valproate de sodium. La demi-vie d'élimination du valproate est de 4 à 17 heures, en moyenne 10 h, et il est principalement métabolisé au niveau hépatique [2]. La concentration plasmatique d'équilibre est généralement atteinte en 3 à 4 jours.

Le dosage plasmatique des médicaments à des fins thérapeutiques (appelé en anglais «therapeutic drug monitoring» ou TDM en abréviation) est la mesure des concentrations de médicaments dans le plasma ou le sérum afin de déterminer si les valeurs sont dans les marges où s'observent habituellement la meilleure efficacité du traitement et la plus faible incidence d'effets secondaires/de toxicité [5]. Ceci est particulièrement utile pour l'optimisa-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

tion de la médication prescrite en cas de non-réponse ou de réponse insuffisante au traitement, en présence d'effets secondaires/de toxicité, pour l'adaptation de la dose après une prescription initiale ou modification de celle-ci, en cas de suspicion de problèmes de compliance, mais aussi pour vérifier la présence d'un métabolisme particulier (p. ex. métabolisme ultrarapide ou métabolisme déficient) [5].

Les concentrations thérapeutiques de valproate sont bien établies dans le traitement de l'épilepsie: des concentrations supérieures à 350 µmol/l (ou 50 mg/l) sont considérées comme nécessaires pour obtenir un effet thérapeutique tandis que celles supérieures à 700 µmol/l (ou 100 mg/l) sont en revanche associées à une toxicité accrue [2].

Cependant, les concentrations thérapeutiques de valproate dans le traitement de maintien du trouble bipolaire sont beaucoup moins claires. En regardant de plus près les six études incluses dans la revue systématique et méta-analyse Cochrane de Cipriani de 2013 concernant l'efficacité du valproate comme traitement de maintien dans le trouble bipolaire [3], dans 4 parmi les 6, un taux minimum de valproate de 50 mg/l était mentionné (sans que cela soit l'outcome primaire des études) [6–9]. Dans les autres deux études, le taux de valproate des participants était à 50–100 mg/l [10] et à 71–125 mg/l [11]. Dans une étude japonaise de petite taille, la concentration thérapeutique de valproate chez des patients souffrant de trouble bipolaire, stables depuis 12 mois, a été mesurée à 52,2 mg/l (+/-20,4 mg/l) dans le sous-groupe de trouble bipolaire de type I et à 41 mg/l (+/-18,3 mg/l) dans le sous-groupe de type II [12]. Il existe également des données concernant les concentrations thérapeutiques du valproate dans le traitement de manie aiguë. Cependant la corrélation proposée entre la concentration du valproate et son efficacité est considérée comme faible [13].

D'une manière générale et sans réel consensus, les cliniciens s'appuient surtout sur une extrapolation des données découlant de l'étude des concentrations thérapeutiques efficaces dans le traitement d'épilepsie [2]. Contrairement donc au lithium et malgré quelques données suggérant un taux supérieur à 50 mg/l, il n'existe pas d'intervalle thérapeutique bien déterminé pour le valproate dans le traitement de maintien du trouble bipolaire et les valeurs restent indicatives.

Par ailleurs, l'interprétation des concentrations plasmatiques de valproate demeure difficile du fait d'une importante variabilité inter- et intra-individuelle pour une dose donnée, essentiellement en lien avec une forte liaison aux protéines plasmatiques, qui dépend de la dose. Celle-ci est de 95% en moyenne, mais diminue à dose élevée. Cette diminution de liaison aux protéines plasmatiques entraîne une augmentation de la fraction libre de valproate, qui est la fraction active, mais également la plus rapidement éliminée. Dès lors, la clairance du valproate augmente avec la dose. Une diminution de liaison plasmatique peut aussi s'observer en cas de prise de médicaments eux aussi fortement liés aux protéines plasmatiques (compétition), d'insuffisance rénale ou hépatique. De ce fait, il existe une relativement faible corrélation entre la dose administrée et la concentration plasmatique. Par ailleurs, pour être comparables, les mesures de concentrations plasmatiques devraient être faites à l'état d'équilibre et à un taux résiduel (juste avant une prise) [2, 13].

Malgré tout cela, la mesure de concentration plasmatique de valproate reste intéressante et utile dans le traitement de maintien des troubles bipolaires surtout en cas de polymédication, mais aussi pour vérifier la compliance et diminuer le risque de toxicité en lien avec des concentrations élevées. En raison de la variabilité de la fraction libre, qui est la fraction efficace, celle-ci devrait être systématiquement demandée en plus de la concentration totale [2]. Elle devrait représenter 7% de cette dernière à une concentration de 350 µmol/l et 15% à 700 µmol/l. Des cas d'encéphalopathie au valproate, nécessitant une diminution des doses, ont en effet été observés à des concentrations totales basses ou dans la norme, mais avec des fractions libres augmentées.

Selon le dernier consensus d'experts en TDM publié en 2017, le dosage plasmatique du valproate (comme traitement de maintien) est fortement recommandé, et ceci tous les 3 à 6 mois [5]. En plus du taux de valproate, les recommandations suisses soulignent l'importance de contrôler au moins une fois par année le poids, l'hémogramme et les tests hépatiques, mais aussi la glycémie et le profil lipidique si indiqué [1]. En présence de signes cliniques d'encéphalopathie, une mesure de l'ammoniémie est également recommandée.

Quant à la durée du traitement de maintien du trouble bipolaire, la plupart des patients vont nécessiter un traitement au long cours, voire à vie [1].

Pour revenir à Monsieur L., nous nous retrouvons en face d'un patient cliniquement stable depuis huit ans, mais qui présente une concentration plasmatique basse par rapport à l'intervalle usuellement recommandé. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'importante variabilité inter- et intra-individuelle de la pharmacocinétique du valproate pour une dose donnée chez quelqu'un qui d'ailleurs présente des dosages chroniquement bas.

La stabilité clinique pourrait être aussi en lien avec une fraction libre de 9,6%, au lieu des 7% attendus à cette concentration.

Il paraît donc raisonnable de ne pas prévoir d'augmentation de la dose de valproate et de recontrôler à distance.

Bonne réponse: D

En pratique, ce cas rappelle les limites de la place d'un TDM systématique lorsque les patients sont stables et qu'en raison de la relation dose-réponse variable du valproate, l'évaluation de l'efficacité reste avant tout clinique.

On peut donc ici se poser la question de la pertinence d'une mesure bisannuelle de la concentration de valproate qui est peu corrélée à l'état du patient et qui est effectuée essentiellement pour respecter les recommandations d'experts.

Celle-ci pourrait par exemple être espacée à une fois par année dans un premier temps, en l'intégrant dans une discussion constructive autour de la compliance, qui même si elle a toujours été estimée bonne dans le passé, peut sans arrêt se modifier, ce qui risque de compromettre à terme la stabilité clinique, puisque le valproate est essentiellement prescrit maintenant en prévention des variations de l'humeur.

Dans un deuxième temps, on pourrait même se poser la question d'un dosage systématique et le réserver à toute situation nouvelle (prescription d'un nouveau médicament, développement d'une comorbidité). Il semble par contre légitime de poursuivre les mesures du poids, de l'hémogramme et de la chimie sanguine une fois par année, de manière à anticiper des effets indésirables dont les conséquences cliniques seraient trop tardives par rapport à la nécessité de leur prise en charge.

Correspondance

Dr. Christos Papachristou
Département de santé mentale et de psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue de Lyon 89
CH-1203 Genève
c.papachristou[at]hin.ch

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

References

You will find the full list of references online at https://doi.org/10.4414/sanp.2023.03355.

Dr. Christos Papachristou
Service de Psychiatrie Adulte,
Hôpitaux Universitaires de Genève,
Suisse.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Hans Wolfgang Maier (1882-1945).

Herbert Binswanger (1900-1975).

Die Affären Binswanger & Maier – antisemitische Hintergründe?

Mario Gmür, Zürich

Im zweiten Viertel des letzten Jahrhunderts warfen zwei Ereignisse einen Schatten auf die Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli. Die Unruhen und Zwistigkeiten im Personal, die über die Jahre hinweg auch öffentliches Aufsehen erregten, gingen als *Affäre Binswanger* und *Affäre Maier* in die Geschichtsschreibung ein. Die Situation beruhigte sich mit den Rücktritten des Oberarztes PD Dr. med. Herbert Binswanger im Jahre 1937 und des Klinikdirektors Professor Hans W. Maier im Jahr 1941. Die Vorkommnisse lassen die Züge eines von Mobbing und Intrige gekennzeichneten Geschehens erkennen. Die Streithähne deckten sich gegenseitig mit Ehrverletzungsklagen ein. Sowohl für Binswanger als auch für Maier wurde durch ihre Entlassung beziehungsweise den erzwungenen Rücktritt eine erfolgreiche respektive vielversprechende akademische Berufskarriere jäh beendet. Beide setzten ihre Tätigkeit als Leiter einer psychiatrischen Privatklinik und in freier Praxis fort.

Anlass für den Aufruhr gegen Binswanger war zunächst eine Missstimmung wegen seines angeblich geringschätzigen und verächtlichen Umgangs mit den Assistenzärzten. Die Causa Maier wurde ausgelöst, nachdem eine geheime Liebesbeziehung mit einer ihm von einem Berufskollegen zur fürsorglichen Begleitung anempfohlenen Patientin ans Tageslicht gekommen war. Im Jahre 1939 war eine Vaterschaftsklage eröffnet worden. Das Vorgehen aller involvierter Kläger nahm auffallend heftige bis fanatische Züge an, so dass schon bald der Verdacht aufkam, dass in den Jahren des grassierenden Faschismus antisemitische Beweggründe im Hintergrund gewirkt hätten. Beide angegriffenen Psychiater waren zwar christianisiert, stammten aber aus gehobener jüdischer Herkunft.

Professor Maier stand der Klinik als Nachfolger von Professor Eugen Bleuler und Vorgänger von Professor Manfred Bleuler in den Jahren von 1927 bis 1941 vor. Der von ihm angestellte Herbert Binswanger versah vom Jahr 1932 bis zu seinem Rücktritt im Jahr 1937 die Stelle eines Oberarztes.

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Die Affäre Binswanger

Gemäss dem Psychiater Max Müller [1] hätten mehrere frontistische Assistenzärzte am Burghölzli Vorwürfe gegen Binswanger erhoben, die zu einem «langwierigen Gezänk» geführt hätten. Ausgelöst wurde dieses durch die Behauptung der Assistenzärzte Wespi und Meier, Binswanger habe die Laboratoriumsarbeit des Letzteren gegenüber einem Fakultätskollegen abschätzig beurteilt. Im Jahre 1936 kam es diesbezüglich zu einer giftigen verbalen Auseinandersetzung zwischen den beiden Assistenzärzten und Binswanger im und vor dem Assistenzarztbüro der Klinik, bei der Binswanger, der den Verleumdungsvorwurf bestritt, von Meier als «hinterhältiger und verlogener Charakter» tituliert und mit einigen weiteren deftigen Schimpfwörtern eingedeckt wurde [2]. Das Bezirksgericht Zürich sprach am 21.05.1937 den Assistenzarzt Wespi der Verleumdung und Dr. Meier der Beschimpfung schuldig und verurteilte sie zu unbedingten Geldstrafen. Beide wurden von Rechtsanwalt Karl Scherrer vertreten, der später in der Kampagne gegen Maier die treibende Kraft war. Im Berufungsverfahren vor Obergericht, mit einem neuen Verteidiger, bedauerte Dr. Wespi sein Fehlverhalten und Dr. Meier nahm seine beleidigenden Äusserungen zurück, worauf Binswanger seine Ehrverletzungsklagen zurücknahm. Die Gerichts- und Entschädigungskosten wurden aber den Assistenzärzten auferlegt.

Die Affäre kommt wie eine kleinliche Seldwylageschichte in den Räumen einer psychiatrischen Anstalt daher. Sie gewinnt aber an Bedeutung vor dem Hintergrund der gewichtigeren Affäre Maier.

Die Affäre Maier

Hans Wolfgang Maier kam am 26. Juli 1882 in Frankfurt am Main zur Welt [3]. Sein Vater Gustav Maier, als Verwalter der Reichsbank eine angesehene Persönlichkeit, war jüdischer Herkunft. Er stammte aus Ulm, wo er mit den Eltern von Albert Einstein eng befreundet war. Er trat aber zum christlichen Glauben über und siedelte um das fünfzigste Lebensjahr in die Schweiz. Hans Wolfgang Maier bestand 1900 in Zürich die Matura, wurde eingebürgert und absolvierte die Rekrutenschule.

Unter dem Einfluss des Familienfreundes Auguste Forel ergriff er das Medizinstudium, um Psychiater zu werden. 1912 wurde er im Burghölzli als Assistenzarzt angestellt und vier Jahre später vom Professor Eugen Bleuler zum Oberarzt befördert als Nachfolger von Carl Gustav Jung, der nach Auseinandersetzungen die Klinik verliess und eine Praxis eröffnete. 1927 wurde Maier als Nachfolger von Eugen Bleuler zum klinischen Direktor und zugleich zum ordentlichen Professor für Psychiatrie an der Universität Zürich gewählt.

Erfolgreiches Wirken als Burghölzlidirektor

Die Tätigkeit von Maier als Klinikdirektor, Lehrer und Forscher war von grossem innovativem Engagement und beeindruckender Effizienz gekennzeichnet. Er war ein Vorkämpfer für die Einführung psychiatrischer Gesichtspunkte im Strafrecht. Er legte die Grundlagen für die Erneuerungen zivilrechtlicher, versicherungsrechtlicher, unfallrechtlicher, wehrpsychologischer und sanitätsdienstlicher Methoden und Praktiken. Er schrieb ein Standardwerk über Kokainismus. Er gründete die Poliklinik für ambulante Behandlungen, förderte die Kinderpsychiatrie und setzte sich auch für die systematische Ausbildung des Personals und für die Installierung der Arbeitstherapie ein und schuf ein modernes, klinikinternes Labor [4]. Die erfolgreichen Neuerungen standen auf der ganzen Linie im Interesse und Dienst einer Humanisierung der psychiatrischen Behandlungsmethoden. In Kritik geriet Maier (wie auch seine Vorgänger August Forel und Eugen Bleuler) wegen seiner Haltung zur Frage der Kastration und Sterilisation aus psychiatrischer Indikation. In seiner Dissertation unter der Leitung von Bleuler hatte er noch die Zwangsterilisation aus prophylaktischen Gründen befürwortet. In vielen Stellungnahmen hat er sich aber später dezidiert gegen rigorose Massnahmen geäussert [3]. Rassenhygienische Motive dürften Maier als nach Rassengesetzen genetisch definierter Jude, dessen Verwandte in Deutschland Opfer des Holocaust geworden sind, fremd gewesen sein. Er rettete seinem jüdischen Onkel mütterlicherseits, Dr. iur. Max Friedländer (1873 bis 1956), deutscher Jurist und Wegbereiter des Anwaltsrechtes, nach der Kristallnacht 1938 durch Beschaffung eines Visums für die Schweiz das Leben. Und er verweigerte die Auslieferung des Krankendossiers des im Burghölzli dauerhospitalisierten, an Schizophrenie erkrankten Sohnes von Albert Einstein an die Nazis, die ihn als ein Paradebeispiel für die jüdische Degeneration benutzen wollten. Er unterlief diese Absicht auch, indem er vorgab, die genetische Schizophrenieanlage stamme aus der nicht jüdischen mütterlichen Linie.

Geheime amouröse Beziehung zu einer Patientin

Im Jahre 1932 ging Maier eine geheime amouröse Beziehung mit Sigrid Studer ein, die ihm einige Jahre später zum Verhängnis wurde und seinen Sturz herbeiführte. Der Fakultätskollege, der international angesehene Gerichtsmediziner Professor Zangger, bat ihn darum, sich einer von ihm betreuten Volontärin einer chirurgischen Abteilung anzunehmen, die Mühe bekundete, an einer Zürcher Privatschule die Matura zu absolvieren, und sich durch distanzlos-aufdringlich erotisierendes Verhalten in seiner Familie und bei Assistenten unangenehm bemerkbar gemacht habe. Inwiefern sie formal einen Patientinnenstatus hatte, war später im Untersuchungsverfahren umstritten. Sie war die Tochter des prominenten sozialdemokratischen Politikers und Juristen Fritz Studer, der ab 1932 Bundesrichter in Lausanne war. Maier willigte ein und beschäftige sie zeitweise im Sekretariat der Poliklinik. Über circa acht Jahre gelang es ihm, damals in zweiter Ehe verheiratet und Vater von drei erwachsenen Söhnen aus der ersten 1915 geschiedenen Ehe, eine geheime Liebesbeziehung zu führen. Diese wurde 1939 bekannt, als die Geliebte schwanger wurde, am 13. Februar 1939 eine Tochter gebar und einen aufsehenerregenden Vaterschaftsprozess anstrengte, bei welchem Maier erst nach langem Bestreiten vor dem Bezirksgericht die Klage anerkannte. Das Bekanntwerden der intimen Beziehung von Maier zu einer ihm zur Behandlung anvertrauten Patientin brachte ihn in ein moralisches Zwielicht und löste Rücktrittsforderungen gegen ihn aus. Nach Aussage von Oberarzt Dr. Briner, später langjähriger Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Rosegg, soll Sigrid Studer demonstrativ mit dem Neugeborenen im Kinderwagen vor dem Burghölzli hin und her spaziert sein, um den Vater in Verlegenheit zu bringen [5]. Nach Aussagen von Maiers Schwiegertochter sollen Assistenzärzte der Klinik eine Petition mit Rücktrittsforderungen an die Regierung gerichtet haben [6]. Maier verlangte eine Disziplinaruntersuchung gegen sich selbst, die vom Regierungsrat mit Beschluss vom 16.01.1941 eingeleitet und drei Oberrichtern mit dem Auftrag übertragen wurde, «den Tatbestand mit Bezug auf das Verhältnis von Professor Maier zu Sigrid festzustellen und diesen gutachterlich zu beurteilen auch im Hinblick auf Maiers öffentlichrechtliche Dienstverhältnisse» [7]. Die Affäre eskalierte nach einem Zirkularschreiben, das Scherrer, der Rechtsvertreter von Wespi und Meier vor dem Bezirksgericht am 10. Mai 1941, im Namen eines «Aktionskomitees» an alle Kantonsräte mit der Aufforderung adressiert hatte, das Absetzverfahren gegen Maier zu beschleunigen, da dieser eine Dienstpflichtverletzung bestritt und deshalb der Aufforderung der Erziehungsdirektion zu einem freiwilligen Rücktritt keine Folge geleistet hatte. Die Untersuchungskommission verneinte einen

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

strafbaren Tatbestand und stufte allfällige Disziplinarvergehen als verjährt ein. Sie hielt die Voraussetzungen eines Antrages auf administrative Entlassung als nicht gegeben, obwohl sie das Vertrauen in Professor Maier als erschüttert und seine Verfehlungen als schwerwiegend einstufte. Dieser reichte jedoch unverzüglich sein Rücktrittsgesuch als Anstaltsdirektor und Ordinarius ein [8].

Der im gesellschaftlichen Leben gut integrierte Maier hatte während der laufenden Kampagne von zahlreichen Persönlichkeiten solidarische Unterstützung erfahren, z.B. auch von Dr. Forel der Klinik Prangins (Sohn von Auguste Forel) und vom angesehenen Internisten Professor Löffler von der Medizinischen Fakultät.

Hetzschrift gegen den zurückgetretenen Professor

Mit dem Rücktritt von Maier waren aber die Anfeindungen gegen ihn nicht beendet. Der Rechtsanwalt Scherrer verfasste im Namen des sogenannten «Aktionskomitees», dessen Mitglieder anonym waren und bis heute nicht identifiziert werden konnten, eine Hetzschrift mit dem Titel «Der Fall Prof. Dr. Hans W. Maier», die er in tausenden Exemplaren verschickte. Anstoss dazu waren Versuche von Kollegen, dem zurückgetretenen Maier die Ehrenmitgliedschaft der Psychiatrischen Gesellschaft Schweiz zu verleihen, ferner der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, ihn zum Honorarprofessor zu ernennen und vor allem die Beauftragung durch die Erziehungsdirektion mit mehreren Vorlesungen über forensische Psychiatrie [9]. In dieser Broschüre, die als «pathetischer-patriotischer Aufruf! an das Schweizerfolk» aufgemacht ist, wurde die ganze Affäre ausführlich dargestellt und Maiers ehebrecherisches Verhalten durch Publikation eines Berichtes von Sigrid Studer an Regierungsrat Kägi und von zahlreichen Briefen, Karten und Telegrammen von Professor Maier an sie in den Jahren 1931 bis 1938 offengelegt. In einem von Maier angestrengten Ehrverletzungsprozess wurde Scherrer 1944 vom Bezirksgericht und Obergericht Zürich die Weiterverbreitung seiner Beschwerde verboten. Die ominöse Schrift ist aber auch heute noch in vielen Bibliotheken vorhanden.

Antisemitische Hintergründe

Arnold [3] äusserte im Nachwort seiner umfassenden Literaturrecherche die Ansicht, dass die Entdeckung der Liebesbeziehung zu einer ehemaligen Patientin nicht der einzige Grund des Rücktrittes von Professor Maier gewesen sein dürfte. Verschiedene Zeitzeugen, welche die Vorgänge aus der Nähe erlebten, äusserten zum Teil apodiktisch und zweifelsfrei die Meinung, dass eine antisemitische Einstellung die Triebkraft der Feindseligkeiten und heftigen Kampagnen gegen Binswanger und Maier gewesen seien. Laut Müller [1] wurden anfänglich Binswanger Charakterfehler und Unstimmigkeiten vorgeworfen. Antisemitismus habe noch keine Rolle gespielt, hätten doch jüdische Assistenzärzte ihn am heftigsten kritisiert (Dr. Weil und Frau Brent). Später seien dann aber einige Assistenzärzte im Verdacht gestanden, den Frontisten nahe zu stehen [10]. Die Schwiegertochter von Maier soll ihrer Tochter öfters von einer «Art Nazi-Aktion» von Assistenzärzten und eventuell Studenten gesprochen haben, die 120 Unterschriften an die Regierung geschickt hätten. Diese, eine Schwester der renommierten Kinderpsychiaterin Marie Meierhofer, habe einen Sohn von Maier «trotz, ja sogar wegen des vorherrschenden Antisemitismus» im Oktober 1938 geheiratet [11]. Auch ein Enkel von Binswanger erinnert sich, dass in seiner Familie der Grossvater als Opfer einer antisemitischen Kampagne gegolten habe. Dass solche Verdächtigungen aufkamen, geht indirekt auch daraus hervor, dass Scherrer sich in seiner Hetzbroschüre ausdrücklich gegen antisemitische Motive wehrte und solche in Abrede stellte.

Aktuelle Recherchen in historischen Archiven [12] konnten keine Mitgliedschaft von Assistenzärzten, insbesondere von Meier und Wespi bei den Frontisten oder Beteiligung an deren Aktivitäten, entdecken. Hingegen gab es verschiedene deutliche Hinweise und Belege für antisemitische und naziaffine Tendenzen, die in den Affären Binswanger und Maier von Bedeutung sein könnten. So war Scherrer der Wunschverteidiger des Medizinstudenten Jost Brun, Jahrgang 1918, Mitglied des Nationalsozialistischen Studentenbundes und der Eidgenössischen Sammlung in einem Verfahren gegen nationalsozialistische Aktivisten, die 1941 verhaftet und (erst) 1944 vom Bundesstrafgericht verurteilt wurden. Scherrer verteidigte ausserdem im Juni 1941 verschiedene Angeschuldigte der Nationalen Bewegung. Wegen Verletzung des Anwaltsgeheimnisses wurde er jedoch in allen Verfahren als Verteidiger vom Bundesgericht abgelehnt [13, 14].

Ein möglicher Bezug zu antisemitischem Gedankengut ist auch in der Person des Assistenzarztes Meier zu erkennen, dem späteren Psychologieprofessor an der ETH, der von 1930 bis 1936 Assistenzarzt im Burghölzli war, schon damals als engster Mitarbeiter von Jung wirkte und ab 1936 als Jungscher Analytiker praktizierte. Jung hatte in Deutschland den Vorsitz der gleichgeschalteten Überstaatlichen Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie übernommen, nachdem Ernst Kretschmer aus Protest gegen die Einmischung der Nazis zurückgetreten war [15]. Jung machte aus seiner antisemitischen Haltung und Befürwortung arischen Gedankengutes keinen Hehl. So publizierte er im Zentralblatt für Psychotherapie im Aufsatz «Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie» eine Kritik der «arischen» Seelenkunde an der dekadenten jüdischen Psychoanalyse [16]:

«Das arische Unbewusste… enthält Spannkräfte und schöpferische Keime von noch zu erfüllender Zukunft, die man nicht ohne seelische Gefährdung als Kinderstubenromantik entwerten darf… Die jüdische Rasse als Ganzes besitzt … nach meiner Erfahrung ein Unbewusstes, das sich mit dem arischen nur bedingt vergleichen lässt. Abgesehen von gewissen schöpferischen Individuen ist der Durchschnittsjude schon viel zu bewusst und differenziert, um noch mit den Spannungen einer ungeborenen Zukunft schwanger zu gehen. Das arische Unbewusste hat ein höheres Potential als das jüdische; das ist der Vorteil und der Nachteil einer dem Barbarischen noch nicht völlig entfremdeten Jugendlichkeit. Meines Erachtens ist es ein schwerer Fehler der bisherigen medizinischen Psychologie gewesen, dass sie jüdische Kategorien, die nicht einmal für alle Juden verbindlich sind, unbesehen auf den christlichen Germanen oder Slawen verwandte. Damit hat sie nämlich das kostbarste Geheimnis des germanischen Menschen, seinen schöpferisch ahnungsvollen Seelengrund als kindisch-banalen Sumpf erklärt, während meine warnende Stimme durch Jahrzehnte des Antisemitismus verdächtigt wurde. Diese Verdächtigung ist von Freud ausgegangen. Er kannte die germanische Seele nicht, so wenig wie alle seine germanischen Nachbeter sie kannten. Hat sie die gewaltige Erscheinung des Nationalsozialismus, auf die eine ganze Welt mit erstaunten Augen blickt, eines Besseren belehrt? Wo war die unerhörte Spannung und Wucht, als es noch keinen Nationalsozialismus gab? Sie lag verborgen in der germanischen Seele, in jenem tiefen Grund, der alles andere ist als der Kehrichtkübel unerfüllbarer Kinderwünsche und unerledigter Familienressentiments».

Jung regte in seiner Feindschaft gegen die «jüdische» Psychoanalyse deren Verbot in Deutschland an. Er schrieb in einem Brief an Wolfgang Kranefeldt [17]:

«Gegen die Dummheit kann man bekanntlich nichts tun, aber in diesem Falle können die arischen Leute darauf hinweisen, dass mit Freud und Adler spezifisch jüdische Gesichtspunkte öffentlich gepredigt werden, und zwar, wie man ebenfalls nachweisen kann, Gesichtspunkte, welche einen wesentlich zerset-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

zenden Charakter haben. Wenn die Verkündigung dieses jüdischen Evangeliums der Regierung angenehm ist, so ist es halt eben so. Andernfalls ist ja auch die Möglichkeit vorhanden, dass dies der Regierung nicht angenehm wäre…»

Nicht weniger bedenkenlos legte der führende Schweizer Psychiater Jakob Klaesi (1883–1980) seine Unterstützung judenfeindlicher und nationalsozialistischer Anliegen offen. Als im Oktober 1935 ein Münchner Kollege ihn um die Vermittlung einer Stelle für den von Nazis verfolgten jüdischen Kollegen Franz Josef Kallmann bat, antwortete er: «… Ich bin mit dem Geist der Nürnberger Gesetze sehr einverstanden und wollte gerne, sie würden bei uns auch mehr beachtet» [18]. Auf eine Anfrage des nationalsozialistisch gesinnten Schweizer Psychiaters Ernst Rüdi, ob der Berner Privatdozent Stavros Zurukzoglu jüdischer Abstammung sei, antwortete Klaesi, dass dies nicht zutreffe, dieser aber Kontakte zu den jüdischen Wissenschaftlern Binswanger und Maier pflege, worauf Rüdi diesem eine Zusammenarbeit verweigerte [19].

Der Verdacht, dass antisemitische Motive und Triebkräfte wegleitend für die erfolgreichen Absetzungskampagnen gegen Binswanger und Maier gewesen sein könnten, ist auch vor dem Hintergrund der politisch geladenen Vorkriegssituation mit dem Aufstieg des Nationalsozialismus in Deutschland und Spanien zu betrachten, der antisemitischen Tendenzen Auftrieb gegeben hat und geeignet war, zu offenen und getarnten Aktionen zu ermutigen. Während im Hintergrund der Bühne, auf der sich die Affären Binswanger und Maier abspielten, manifeste antisemitische Einstellungen zu erkennen sind, sind handfeste Beweise für eine antisemitische Begründung der Kampagnen gegen die beiden Psychiater-Persönlichkeiten nicht aufzufinden. Es gibt keine explizit antisemitischen Äusserungen der Assistenzärzte und der involvierten Behörden in diesem Zusammenhang. Von Müller wurde die Vermutung angedeutet, dass bei Maier und Binswanger deren sowohl deutsche als auch jüdische Herkunft Ressentiments und Antipathien ausgelöst hätten. Im Fokus der Kritik standen einige als unvorteilhaft empfundene Charakterzüge und Umgangsformen von Maier und Binswanger sowie Unstimmigkeiten im Klinikalltag von der Art, wie sie auch heute in vielen Institutionen vorkommen, ohne dass dadurch ein heftiger Kampagnensturm entfacht werden würde. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass schon beim Wahlverfahren zur Regelung der Nachfolge von Professor Bleuler die Medizinische Fakultät charakterliche Mängel («unzugänglich») und wissenschaftliche Mittelmässigkeit von Professor Maier beanstandet hatte, dieser dann aber gegen deren Willen aufgrund seiner langjährigen Erfahrung als tüchtiger und in der Klinik überaus beliebter Oberarzt von der Regierung gewählt wurde. Die Beliebtheit von Maier kam auch nach seinem Rücktritt in einem vom gesamten Klinikpersonal ihm gewidmeten und unterzeichneten Album zum Ausdruck, in welchem seine Verdienste und seine Persönlichkeit aufs Höchste gelobt wurden. Die heimliche Intimität zu einer Patientin würde auch heute moralisch und sogar strafrechtlich verurteilt und eventuell mit einem Berufsverbot belegt. Dass aber nicht immer der gleiche Massstab angelegt wurde, zeigt, worauf auch Arnold hinweist, dass Jung, der sich in eine Liebesbeziehung mit Sabine Spielrein verstrickte, sogar von Freud, der die Abstinenz in der Kur verlangte, geschützt wurde [20].

Latenter Antisemitismus

Es bleibt also die Frage, ob die Affären Binswanger und Maier Ausdruck eines zielgerichteten antisemitischen Programmes oder Manifestationen einer latenten antisemitischen Hassatmosphäre waren. Der Wolf des manifesten Antisemitismus tritt oft im Schafspelz des latenten Antisemitismus in Erscheinung, der hinter vorgehaltener Hand auf breiter Front lächelnd Diskriminierungserfolge feiert. Antisemitische Ablehnung wird getarnt durch vorgeschobene Stellvertretervorwürfe. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass bis vor wenigen Jahren an der Universität Zürich, wie auch in vielen anderen Institutionen wie Zunfthäuser, Ruderclubs etc. die jüdische Abstammung und Religion (übrigens auch die katholische Konfession) ein zwar nicht gesetzlich oder anderswie geregelter, aber faktischer Hinderungsgrund für eine Berufung und Aufnahme war. Die Durchschlagskraft des latenten Antisemitismus zeigt sich, neben der reichlich verspäteten vertiefenden Aufarbeitung nationalsozialistischer Verbrechen, auch darin, dass nach dem Niedergang des Nationalsozialismus Psychiater-Persönlichkeiten wie Jung, Klaesi und andere mit Ehrenbezeugungen überhäuft wurden, während der unbestritten verdienstvolle Psychiater Maier auf dem Ehrenparkett leer ausging und zur Persona non grata wurde. Dass im Archiv der Klinik Dokumente zu den Affären nicht auffindbar sind, gibt zur Vermutung Anlass, dass über die Angelegenheit der Mantel des Schweigens gelegt werden sollte.

Korrespondenz
PD Dr. med. Mario Gmür
FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Seefeldstrasse 27
CH-8008 Zürich
mario_gmuer[at]bluewin.ch

Disclosure statement
Der Autor hat deklariert, keine potenziellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

1 Müller M. Erinnerungen. Berlin, Heidelberg: Springer; 1982. S. 299.
2 Urt. Bezirksgericht Zürich, 21.5. 1937, Prozess No.418/1937, S. 3., schriftliches Urteil, einsehbar im Staatsarchiv und Archiv für Zeitgeschichte.
3 Arnold C. Der Psychiater Hans Wolfgang Maier. Dietikon: Juris Druck und Verlag; 1992.
4 Bleuler M. Geschichte des Burghölzlis und der Psychiatrischen Universitätsklinik. Zürich: Regierungsrat d. Kantons Zürich; 1951. S. 420.
5 Arnold C. Der Psychiater Hans Wolfgang Maier. Dietikon: Juris Druck und Verlag; 1992. S. 3.
6 Mündliche Mitteilung von Trix Maier an den Autor 2022.
7 Regierungsratsbeschluss vom 16.1.1941. Staatsarchiv Signatur StAZH MM 3.62 RRB 1941/0126. S. 1.
8 Regierungsratsbeschluss vom 12.06.1941. Staatsarchiv Signatur StAZH MM 3.62 RRB 1941/1533. S. 1–3.
9 Scherrer K. «Der» Fall Prof. Dr. Hans Wolfgang Maier, alt Direktor des Burghölzli Zürich. Verlag nicht ermittelbar; 1942. S. 36.
10 Arnold C. Der Psychiater Hans Wolfgang Maier. Dietikon: Juris Druck und Verlag; 1992. S. 31.
11 Mündliche Mitteilung von Trix Maier an den Autor 2022.
12 EDI, Schweizerisches Bundesarchiv BAR, Staatsarchiv des Kantons Zürich, ETH Zürich, Archiv für Zeitgeschichte, Archiv des Schweizerischen Bundesgerichtes in Lausanne.
13 Schreiben der Schweizerischen Bundesanwaltschaft an die Anklagekammer des Bundesgerichtes vom 30.09.1943. Archiv Bundesgericht, Nr. C2.10025/4/Vo 1.
14 Eintrag auf der Fiche von Scherrer. Schweizer Bundesarchiv BAR Akteneintrag 7.10.43.
15 Gmür M. Die Unfähigkeit zu zweifeln: Welche Überzeugungen wir haben und wann sie pathologisch werden. Stuttgart: Klett-Cotta; 2006. S. 195.
16 Jung CG. Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie. Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete einschliesslich der medizinischen Psychologie und psychischen Hygiene. 1934;7(1–2):1–16.
17 Jung CG. (1934). Brief an Wolfgang Kranefeldt vom 9.2.1934. Int Rev of Psy 1977(4); S. 377.
18 Florian Mildenberger: Auf der Spur des «scientific pursuit». Franz Josef Kallmann (1897 bis 1965) und die rassenhygienische Forschung. In: Medizinhistorisches Journal. Bd. 37 (2002), H. 2, S. 183–200, hier S. 190f.
19 GDA: 132, Korrespondenz Klaesi-Rüdin-Zurukzoglu. In: Weber MM. Ernst Rüdin. Eine kritische Biographie. Berlin: Springer; 1993. S. 230.
20 Arnold C. Der Psychiater Hans Wolfgang Maier. Dietikon: Juris Druck und Verlag; 1992, S. 3

PD Dr. med. Mario Gmür
FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html