

Die Geschichte und die besondere Situation der Psychiatrie in der Medizin

Autor(en): **Weber, E. / A.Z. / Maurer-Groeli, Yvonne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fachblatt für schweizerisches Heim- und Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers**

Band (Jahr): **45 (1974)**

Heft 12

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-806637>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

verpflichtet das Alter zur Suche nach dem Ursprung des Seins, zum Schöpfer und seiner Schöpfung, um hier den nötigen Halt und den Zusammenhang von Werden und Vergehen zu finden und zu verstehen. Die Konfrontation mit dem Tod gehört zur Lebensbewältigung, er soll den Menschen nicht unvorbereitet antreffen.

Wie sehr Dr. Tournier damit auf den Kern aller Probleme um das Alter gestossen ist, bewies er am lebendigen Beispiel. Als ausgeglichener, fröhlicher,

lebensbejahender Achtziger trug er die Erfahrungen seiner eigenen Altersbewältigung in einer Frische und Lebhaftigkeit vor, die das gefürchtete Altsein geradezu Lügen strafte.

Weitere Beiträge bezogen sich auf Altersaktivitäten, wie Altersklubs, Reisen, Bildungsferien, Betagtenbildungsarbeit, die Altersklubs im Tessin sowie auf Ernährungs- und Verpflegungsprobleme. Die Tagung bewegte sich auf einem hohen Niveau und bot sehr viele Anregungen. A. Z.

Die Geschichte und die besondere Situation der Psychiatrie in der Medizin

Von Chefarzt Dr. med. E. Weber,
anlässlich der Einweihung der Psychiatrischen Klinik Beverin
und der Aussenstation Rothenbrunnen

Es ist noch nicht so lange her, das heisst noch in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts, dass die allgemeine Meinung gültig war, ganz ausgesprochen auch im christlichen Milieu, dass psychische Erkrankungen Folge von Schuld, Folge von übermässigen Trieben seien, und oft wurde psychisches Kranksein als Sühne für böses, unchristliches Leben angesehen. Noch einige Jahrhunderte früher glaubte auch der grosse Reformator Martin Luther an Machenschaften des Teufels als Ursache von Geisteskrankheiten, von Triebstörungen, von Schwachsinn.

Wenn hier kurz ein Bild aus der Geschichte der Psychiatrie eingeblendet wird, so einmal, weil auch heute noch in unserem sogenannten aufgeklärten Jahrhundert, im Zeitalter der Inbesitznahme des Mondes, psychisch Kranke leider noch immer häufig «Ausgestossene und Ausgesetzte» unserer Gesellschaft sind. Auch ist es trotz vieler Referate und Aufsätze kompetenter Fachleute bis heute noch nicht gelungen, die psychiatrische Klinik in unserer Bevölkerung als Spital einzuführen. Noch immer geistern Worte mit den abschätzigen Begriffen, wie «Irrenanstalt», «Asyl» oder auch vereinfacht «Anstalt», im Gespräch, in den Zeitungen, im Radio und Fernsehen herum. Noch immer hat die psychiatrische Klinik etwas Magisches, etwas Verdächtiges, etwas nicht Messbares, etwas Irrationales an sich, und noch immer wird vom Grossteil der Bevölkerung der Spital-

Charakter einer modernen psychiatrischen Klinik nicht akzeptiert. Immer wieder müssen wir Psychiater, Schwestern und Pfleger gegen überlieferte falsche Vorstellungen kämpfen und uns gegen publizistisch sensationell aufgebauschte oder verfälschte Produkte der Massenmedien wehren.

Seit Jahrzehnten kämpfen Wissenschaftler und Praktiker der Psychiatrie um das Schicksal der ihnen anvertrauten Patienten an vorderster Front. Es sei hier nur auf einen im letzten Jahr erschienenen Zeitungsartikel in der «NZZ» von Prof. K. Ernst aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hingewiesen, der unter dem Titel «Armut der Psychiatrie» weitherum aufhorchen liess. Zahlreich sind auch wissenschaftliche Untersuchungen und Abklärungen, das Schicksal, die Unterbringung und das Verhalten der psychisch Kranken in psychiatrischen Kliniken betreffend. Doch alle diese Arbeiten bleiben im Durchschnitt den Fachleuten vorbehalten und gelangen kaum in das Bewusstsein der Oeffentlichkeit.

Bisher war die sogenannte klinische Psychiatrie, und nicht nur in unserem Land, das letzte und ärmste Glied der klinischen Familie, zu der als verwöhnteste Töchter die innere Medizin und Chirurgie gehören, und hatte als solches stets unter den finanziellen Abstrichen zu leiden. Für *körperlich* Kranke gibt es in ganz Westeuropa modernste Krankenhäuser und Kliniken. Mit der Lupe jedoch

müssen wir moderne psychiatrische Kliniken, die dem heutigen Stand des Wissens entsprechend ausgebaut und mit genügend Personal dotiert sind, suchen.

Vergessen wir auch nicht, dass zum Beispiel in der Schweiz jedes 4. Krankenbett durch einen psychisch Kranken belegt ist und dass in der Schweiz insgesamt 17 000 Betten in psychiatrischen Kliniken und Heimen bestehen.

Es muss deshalb immer wieder auf die ganz spezifische Situation des psychiatrischen Krankenhauses hingewiesen werden, vor allem auch, weil erst in den letzten 20 Jahren der grosse Schritt vom Asyl zur psychiatrischen Klinik gemacht wurde. Erst die Entdeckung der modernen Psychopharmaka erlaubte die Befreiung des Patienten von Zwangsmitteln, die noch vor einer Generation zum integrierenden Bestandteil der Behandlung des psychisch Kranken gehörten.

Noch vor Jahren und zum Teil noch heute stritt man sich über die Ursachen der Geisteskrankheit Schizophrenie. Zwei Richtungen waren massgebend: einerseits die Somatiker, die glaubten, die Ursache für diese Geisteskrankheit im Körperlichen zu finden, und andererseits die Psychiker, die die Ursache in psychischen Erlebnissen, im Milieu, in der Gesellschaft usw. suchten.

Am besten lassen wir hier Prof. M. Bleuler zu Worte kommen, der sich ein Leben lang um das Schicksal der schizophränen Erkrankten gesorgt, gekümmert und diese Krankheit wissenschaftlich in allen Tiefen ausgelotet hat:

«Heute wissen wir vielmehr, dass schizophrenes Leben auch dem Gesunden innewohnt. Beim Gesunden äussert es sich innerhalb bestimmter Bereiche, im autistischen Denken, im mystischen Denken, im Aberglauben, im Tag- und Nachttraum, in der abstrakten Kunst unter anderem. Beim Schizophrenen aber überflutet dieses Leben alle Dämme, die ihm gesetzt sind. Die Neigung, die Welt nach den eigenen Wünschen und Befürchtungen, nach dem eigenen Wesen in der Phantasie zu schaffen, steht in keinem Gleichgewicht mehr zum Willen, sich an die Umwelt anzupassen. In uns allen ist schizophrenes Leben versteckt. Aber wir sind nicht schizophrän. Nur der wird zum Schizophrenen, bei dem das Schizophrene dermassen seine natürlichen Beschränkungen sprengt, dass er den Kontakt mit den Mitmenschen und den realen Möglichkeiten verliert, der demnach in die Psychose, in das Verrücktsein übergestiegen ist.»

In der modernen klinischen Therapie wird der Patient nicht mehr wie früher sogenannten körperlichen Kuren, wie Insulin- und Elektroschock-Behandlungen, unterzogen, sondern er wird vom ersten Tag seiner Aufnahme an in der Klinik einer intensiven, psychotherapeutischen und medikamentösen Betreuung im weitesten Sinne teilhaftig. Die modernen Psychopharmaka beruhigen, entspannen, erschüttern und regen gelegentlich den

Patienten an und gestatten damit, psychotherapeutisch auf ihn einzuwirken.

Psychotherapie heisst im weitesten Sinne, dass der Patient in der Klinik nicht isoliert und nicht «abgestellt» ist, sondern dass vom Eintritt an das therapeutische Ziel dahin ausgerichtet ist, ihn wieder in das Leben ausserhalb der Klinik einzugliedern. Dies ist aber nur möglich, wenn nicht einseitig die Behandlung und der Erfolg einer Behandlung vom Einnehmen und Injizieren von Medikamenten erwartet wird, sondern wenn durch die täglichen Gespräche — seien es nun Gruppen- oder Einzelgespräche — der Patient sich wieder als anerkanntes Mitglied unserer Gesellschaft fühlt. Dies ist jedoch wiederum nur möglich, wenn alle im Pflegebereich Tätigen dieses Ziel erkannt und sich von der alten Vorstellung der körperlichen Pflege und der einfachen Beruhigung des Patienten distanzieren haben. Neben den erwähnten Gesprächen spielt die sogenannte therapeutische Gemeinschaft, wie sie im neuen Haus Salvorta durchzuführen versucht wird, eine ganz entscheidende Rolle. Andererseits hilft die Beschäftigungstherapie, helfen die Turnstunden, helfen Wanderungen, Skilaufen und Ausflüge, hilft das sich Auseinandersetzen mit dem Patienten, diesem wieder das Gefühl des Miterlebens zu geben. Viele unserer chronischen Patienten wären heute nicht in der psychiatrischen Klinik, wenn sie vor 20 und 30 Jahren, als sie in die Klinik eintraten oder eintreten mussten, eine moderne Klinik-Behandlung erhalten hätten. Viele dieser chronischen Patienten sind ein Ueberbleibsel aus der Zeit vor der Einführung der Psychopharmaka, aus der Zeit, als die Isolierung des psychisch Kranken und dessen Abschiebung aus der Gesellschaft noch die Regel war.

Ein Wandel in den psychischen Erkrankungen, die auch zur Hospitalisation führen, ist insofern eingetreten, als unter dem Druck der heutigen Leistungsgesellschaft gegenüber früher sehr viel mehr Depressionen und psychosomatische Erkrankungen entstehen. Diese psychisch Kranken sind heute häufig die Ausgeschlossenen, sind heute diejenigen, die durch die Klinik wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden müssen.

Zu den in der Klinik neu eröffneten Häusern gehört auch eine innere Umstellung der Mitarbeiter zur modernen Psychotherapie. Wenn auch durch Fortbildungskurse, durch interne Gespräche der Abbau der früheren absoluten autoritären Hierarchie sich langsam durchsetzt, so fehlt uns leider im Pflegebereich der Nachwuchs, der mit Idealismus und Begeisterung in den Pflegeberuf einsteigt. Ohne diesen dringend benötigten Nachwuchs muss die Arbeit am psychisch Kranken Stückwerk bleiben.

Der Mangel an jungen Mitarbeitern kommt nicht nur daher, dass wir keine geeigneten Schulräume haben, sondern nach wie vor ist trotz der jetzt guten materiellen Stellung des Pflegepersonals der Beruf der Psychiatrie-Schwester, des Psychiatrie-

Pflegers noch immer zuwenig bekannt und mit zahlreichen Vorurteilen belastet. Die Ausbildung in diesem Pflegebereich ist viel weitgehender, viel differenzierter als nur in der Körper-Krankenpflege, in der der Körper wohl im Vordergrund steht, die Psyche jedoch meistens vernachlässigt wird. Im Gegensatz dazu besteht in der Lehre in der psychiatrischen Klinik die Möglichkeit, in der Ausbildung am Krankenbett und im Kontakt mit dem psychisch Anderen seine eigene Persönlichkeit zu entwickeln und reifen zu lassen.

Wie wird sich die klinische Psychiatrie weiter entwickeln?

Diese brennende Frage beschäftigt alle in der klinischen Psychiatrie tätigen Verantwortlichen. Es gilt einerseits, Planungen über Bettenbedarf aufzustellen, es gilt, den Personalbedarf abzuschätzen, und es gilt vor allem, in der heutigen Finanzklemme und der Kosten-Explosion in den Spitälern die weiteren materiellen Bedürfnisse abzuschätzen. Während sich früher die Psychiatrie vorwiegend in den Kliniken abspielte, geht heute der Trend ganz eindeutig dahin, möglichst viele psychisch Kranke ausserhalb der Klinik in Ambulatorien zu behandeln und die Klinik-Aufenthalte selbst so kurz wie möglich zu halten. Deshalb wird im Kanton Graubünden beispielsweise eines der dringenden Anliegen die baldige Eröffnung solcher Ambulatorien sein, wobei unter anderem die Aufgabe dieser Stellen wäre, konsiliarisch an den Bündner Spitälern tätig zu sein, ambulante psychiatrische Gutachten zu erstellen, Beratungsstelle für Jugendliche und Nachbehandlungsstelle für aus der Klinik entlassene Patienten zu sein.

Zurzeit ist im Kanton Graubünden eine Spitalplanung im Gange. Ein Sektor dieser Planung betrifft auch die klinische und ambulante Psychiatrie. Durch diese Planung ist dringend abzuklären, wieviel Betten für psychisch Kranke in den nächsten Jahren bereitgestellt werden müssen.

Sicher aber lässt sich heute schon sagen, dass gegenüber früher viel weniger Patienten zu erwarten sind, die dauernd hospitalisiert bleiben müssen, und dass, sofern vermehrt Alters- und Pflegeheime gebaut werden, ein grosser Teil der Patienten der geriatrischen Abteilungen der Kliniken in diese Heime verlegt werden könnten. Sicher ist auch, dass durch die neueren Psychopharmaka Hospitalisationen, die früher Wochen und Monate dauerten, abgekürzt oder gar vermieden werden können. Es ist somit anzunehmen, dass der Bettenbedarf gesamthaft eher geringer sein wird als heute, dass aber der Personalbedarf sowohl in der Klinik als auch in den Ambulatorien immer grösser werden wird. Je vielfältiger die therapeutischen Angebote werden, um so weniger müssen psychisch kranke Patienten hospitalisiert werden, und je vielschichtiger die Therapie in der psychiatrischen Klinik ist, um so besser und rascher ist eine Wiedereingliederung der Kranken in die Gemeinschaft zu erwarten.

Durch die Neubauten in der Klinik Beverin ist ein gewaltiger Schritt vorwärts in der Behandlung der psychisch Kranken gemacht worden. Aber nur wenn wir aufmerksam die Weiterentwicklung des therapeutischen Instrumentariums verfolgen, und nur wenn genügend Mittel und qualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung stehen, kann eine einigermaßen moderne Therapie durchgeführt werden.

Vor allem aber braucht es auch das Vertrauen des Volkes in seine psychiatrischen Institutionen, um allen, die darin tätig sind, Freude an ihrer Aufgabe zu geben und Mut zur weiteren fortschrittlichen Entwicklung.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. E. Weber,
Direktor Psychiatrische Klinik Beverin,
CH - 7499 Cazis

*

In den letzten Monaten sind drei psychiatrische Kliniken erweitert worden mit dem Ziel, die baulichen Erfordernisse dem Stand der neuesten klinischen und therapeutischen Erkenntnisse anzugleichen.

Die Psychiatrische Privatklinik Sanatorium Kilchberg

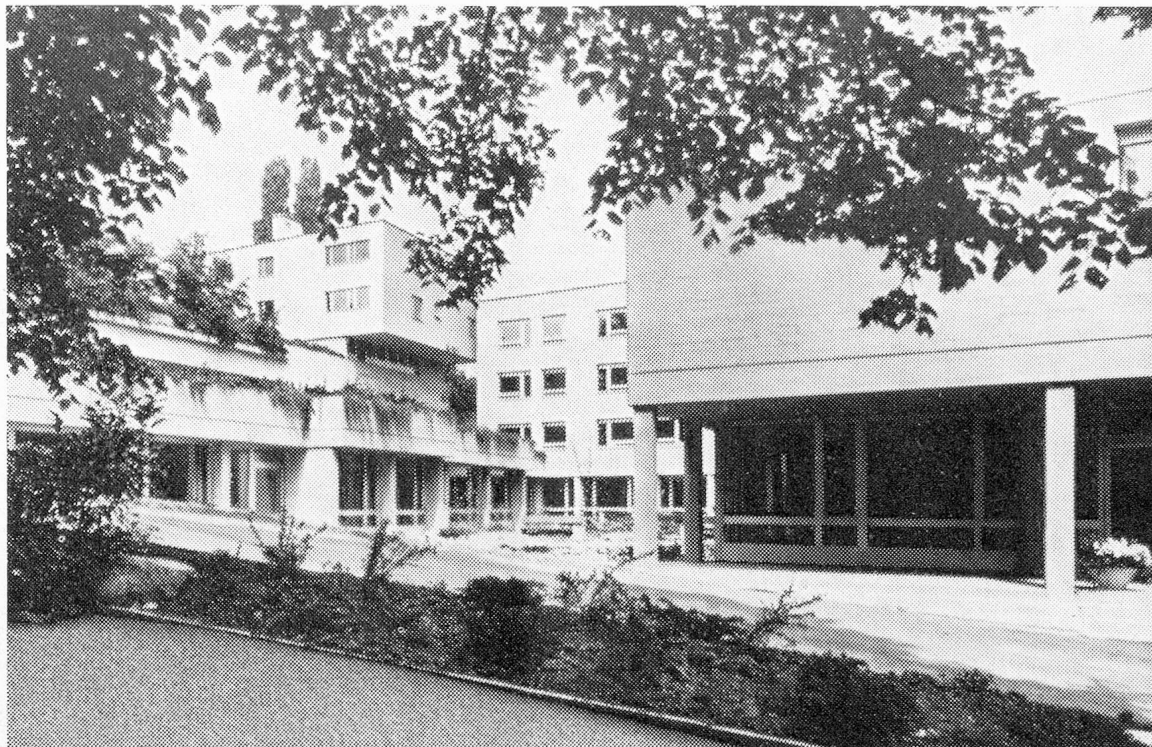
Direktion:

Walter Schneider und Jürg Schneider als AG

Auch in Kilchberg diente die Erweiterung der räumlichen und baulichen Anpassung. Von den 230 Patienten ist ein Viertel Langzeitpatienten bzw. Chronischkranke. Für die medizinische Behandlung stehen moderne Laboratorien, eine Apotheke, ferner eine Röntgenanlage zur Verfügung. Durch die sich ständig verbessernde Psychopharmaka, unterstützt durch alle geläufigen Therapien, wie Psycho-, Gruppen-, Ergo-, Bewegungs-, Musiktherapie, im weiteren durch Feste und Veranstaltungen, ist die Pflegedauer auf durchschnittlich vier Wochen gesunken. Die häufigsten Krankheiten sind Depressionen, nervöse und psychosomatische Leiden, Erschöpfungszustände, Lebenskrisen, Neurosen und Suchtkrankheiten. Den Patienten stehen ausschliesslich helle, freundliche Einer- und Zweierzimmer mit einer herrlichen Sicht auf den See und den umgebenden Park zur Verfügung. Die Pflorgetaxe in der allgemeinen Abteilung beträgt pro Tag 58 Franken.

Die Psychotherapie einzeln oder in Gruppen als Schwerpunkt der Behandlung

Das therapeutisch orientierte Gespräch mit dem Arzt, als Mittelpunkt aller Bemühungen um die Gesundung des Patienten, hat erstaunliche Wirkungen. Es zeigt sich, dass sich der Patient seiner



Spannungsherde meist gar nicht bewusst ist. Der Arzt erhält so die Möglichkeit, die aufgezeigten Konflikte, Ängste, Beklemmungen und andere Beschwerden gezielt therapeutisch anzugehen.

Ausser den Psychiatern und den Therapeuten werden verschiedene Bezugspersonen in den Therapieplan einbezogen. Natürlich die Angehörigen der Patienten, wenn das nötige Verständnis vorhanden ist. Dann aber auch das Fachpersonal. So informieren die behandelnden Aerzte die Schwestern und Pfleger über die Problematik der einzelnen psychisch Kranken und über ihre Therapie-Ziele. Denn diese erfahrenen Betreuer können zur Genesung der ihnen anvertrauten Menschen einiges beitragen.

Besonders günstig wirken sich auf viele psychisch Kranke die Gruppentherapien aus. In Kilchberg bildet man Gruppen von 4 bis 6 Männern und Frauen im ungefähr gleichen Alter und 1—2 Therapeuten. Durch die Konfrontation mit sich selbst und mit den andern Gruppenmitgliedern, durch analytische Gespräche und therapeutisch gesteuerte Diskussionen gewinnen die Patienten mehr Sicherheit, mehr Selbstvertrauen und bessere Möglichkeiten, mit ihren Mitmenschen sympathisch umzugehen.

Auch nach der Entlassung aus der Klinik können die Kilchberger Patienten auf Wunsch die Gruppentherapie-Stunden weiterhin besuchen. Die in der Therapie gewonnene Fähigkeit, lebendige Beziehungen anzuknüpfen und zu pflegen, das Gefühl, von einer Gruppe angenommen zu sein, sind besonders für ich-schwache Menschen wertvolle Hilfen, um den Anforderungen des Lebens

ausserhalb der Klinik gewachsen zu sein und um Rückfälle in die psychische Krankheit zu vermeiden.

Die Psychiatriepflegeschule Sanatorium Kilchberg

Mit den Kliniken Littenheid, Schlössli Oetwil, Hohenegg Meilen und der Anstalt für Epileptische Zürich ist Kilchberg eine der fünf Trägerkliniken für die Ausbildungsschule Südhalde in Zürich. Die Lehrzeit beträgt drei Jahre.

Das Bergheim für psychisch Kranke in Uetikon am See

Leiter: Markus Brandenberger

Aerztliche Leitung:
Psychiatrische Klinik Schlössli Oetwil,
Dr. med. Ernst Graf

Diesen Sommer konnte im Bergheim das neue Wirtschaftsgebäude seinen Betrieb eröffnen. Es bringt nicht nur Vorteile in betrieblicher Hinsicht, mit dem Personalrestaurant ist für den zwischenmenschlichen Bereich Personal/Patient/Gesellschaft eine wichtige Kontaktstelle geschaffen worden. In den Arbeitspausen bietet sich den Mitarbeitern Gelegenheit, sich unter sich, getrennt vom Arbeitsplatz, auszusprechen und wieder die nötige Distanz zu ihrem den ganzen Menschen for-



dernden Einsatz zu gewinnen. Am Nachmittag steht der Raum den Patienten, ihren Besuchern, den Kindern, den Nachbarn, Lieferanten und Taxichauffeuren offen, und das in der Umgebung einzige Café mit seiner einzigartigen Aussichtslage wird sehr fleissig besucht.

Träger des Bergheims ist die Dr.-Max-Hinderer-AG. Es ist ein selbständiger Betrieb, verbunden mit der Psychiatrischen Klinik Schlössli, Oetwil, mit Chefarzt PD Dr. med. Edgar Heim.

Die Aufgabe des Heims

Sie besteht in der Behandlung und Betreuung von 115 chronisch psychischkranken Frauen, heute vorwiegend Alterspatienten, die in offenen und geschlossenen Abteilungen untergebracht sind. Nebst psychiatrischer Krankenpflege und kontinuierlicher Seelsorge — u. a. wird monatlich einmal der Gottesdienst für den bergseitigen Teil Uetikons im Bergheim abgehalten — wird besonderes Augenmerk auf Ergo-(Beschäftigungs-), Arbeits- und Bewegungstherapie gelegt, wobei in einem fortwährenden Bemühen versucht wird, möglichst alle Patientinnen einzubeziehen. In den angebotenen Beschäftigungen, wie Haus-, Küchen- und Gartenarbeit und einer reichen Auswahl an Handarbeiten, die ihnen nicht neu, sondern eine Fortsetzung früherer Aktivitäten darstellen, fühlen sie sich auf natürliche Art bestätigt. Die Wertschätzung ihrer schönen Arbeiten an Basaren darf ihnen zugleich immer wieder Beweis sein, dass ihr Einsatz sinn-

voll ist und einem Bedürfnis für weite Kreise in der Gesellschaft entgegenkommt. Dabei darf ganz allgemein mit Genugtuung vermerkt werden, dass breite Frauenkreise die Bedeutung der beschäftigungs-therapeutischen Aufgabe in Kranken- und Behindertenheimen erkannt haben und ihr auch das nötige ideelle wie materielle Verständnis entgegenbringen.

Personalwohnungen

Für die rund fünfzig Mitarbeiter des Heims, davon 39 vollamtlich, die andern in Teilzeit, darunter etliche Frauen aus der Umgebung, stehen in zwei Personalhäusern genügend und gut eingerichtete Wohnungen bereit. Das Bergheim liegt zudem in einer unvergleichlich schönen landschaftlichen Lage mit Blick auf den See und die Berge und in den grossen, von einem Gärtner betreuten Nutz- und Ziergarten, der ausserdem willkommenen Arbeitseinsatz für manche Patienten bedeutet.

Die Privatpatienten bezahlen, je nach Zimmer, täglich zwischen 45 und 56 Franken. Für Allgemeinpatienten aus der Universitätsklinik Zürich gelten die kantonalen Ansätze. Wie aus dem Jahresbericht der Psychiatrischen Klinik Schlössli Oetwil und der Psychiatrischen Klinik Bergheim hervorgeht, fragt sich aber die Verwaltung mit Sorge, wie lange bei der ständig schneller ansteigenden Teuerung die ebenfalls steigenden Hospitalisationskosten noch zumutbar sind.

Als Beitrag zur Information und zum Kontakt mit der Aussenwelt gibt das Bergheim monatlich eine kleine Hauszeitschrift «Neu's» heraus.

Die Psychiatrische Klinik Beverin mit Aussenstation Rothenbrunnen

Direktor: Dr. med. E. Weber

Die Erweiterungsbauten der psychiatrischen Klinik Beverin (Kantonale Klinik für Graubünden) umfassen: Das «Offene Haus Salvorta», die Arbeitstherapie, den Aertzetrakt, ein Verwaltungsgebäude und ein Personalrestaurant.

Im Offenen Haus Salvorta wird das Ziel angestrebt, den psychisch Kranken mit leichten Störungen eine Aufenthaltsmöglichkeit zu bieten, die — vom strengen Klinikbetrieb abweichend — ihm erlaubt, sich neben intensiver ärztlicher Betreuung frei zu bewegen.

Auch ist vorgesehen, Patienten der geschlossenen Abteilungen vor ihrer endgültigen Entlassung im Haus Salvorta aufzunehmen, um ihnen den Uebertritt in das tägliche Leben zu erleichtern. Im Haus Salvorta gibt es nur horizontale und keine vertikalen Verkehrswege, damit auch Gehbehinderte im Haus Aufnahme finden können. In einstöckigen

Bauten können 24 Patienten bequem in Ein- und Zweibetten-Zimmern, ausgerüstet mit Dusche und WC oder nur mit WC, untergebracht werden. Salvorta wurde am 29. Juni 1973 bezogen.

In Beverin stehen 370 Betten zur Verfügung. Sie dienen nicht alle der Aufnahme psychischkranker Patienten. In der Klinik werden, mangels Heimen für Geisteskranke, Epileptiker, erwachsene Geistigbehinderte, Idioten, Imbezile und Alkoholiker aufgenommen und lebenslang betreut. Daneben werden Entziehungskuren für jugendliche Drogenabhängige durchgeführt, womit die Klinik aber überfordert ist.

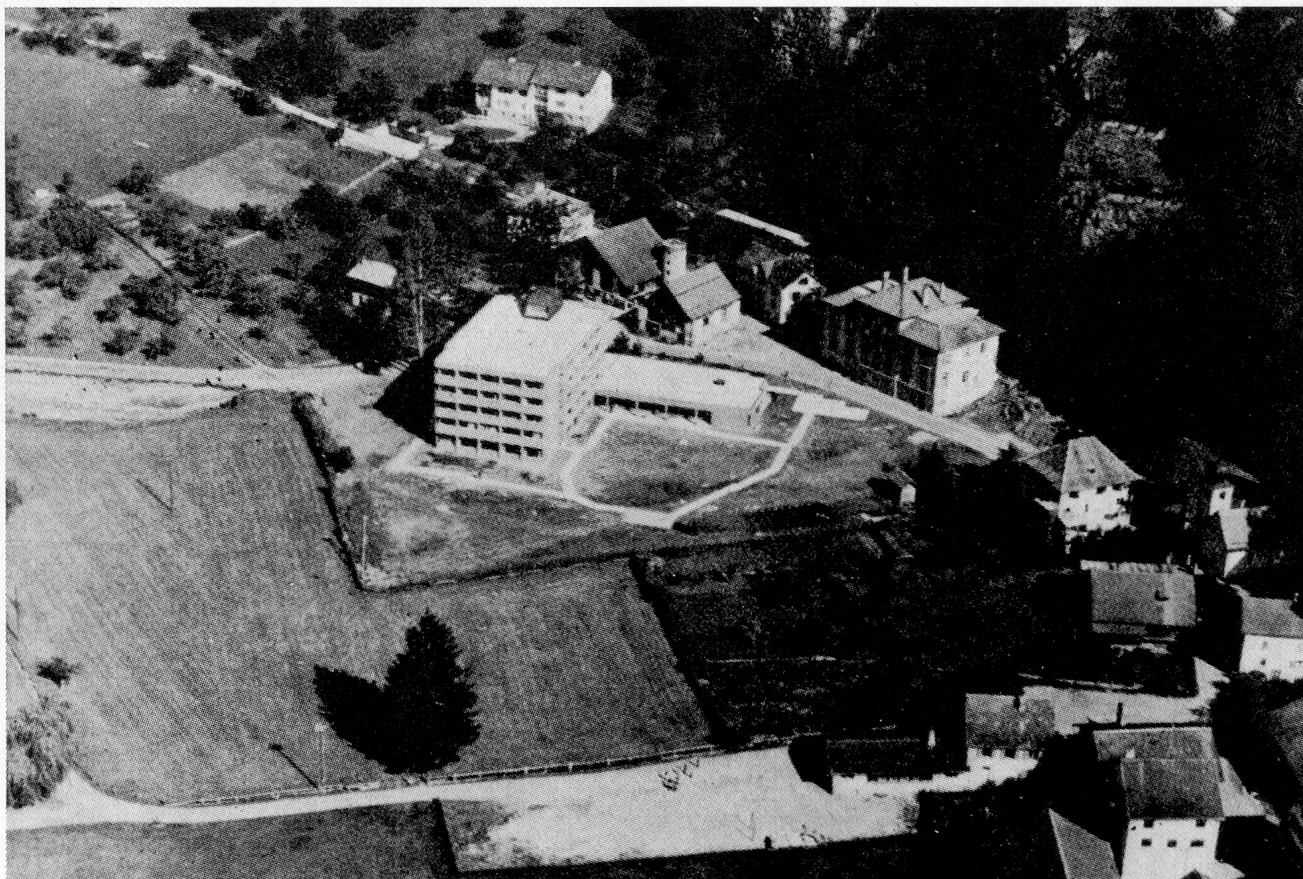
Um dem Personalmangel zu begegnen, bereitet die Klinik freiwillige Hilfskräfte, vorwiegend Frauen aus der Umgebung, in Einführungskursen zur Mithilfe vor.

In der eigenen Schule werden Psychiatrieschwestern und -pfleger in dreijähriger Lehrzeit ausgebildet.

Die Aussenstation Rothenbrunnen

Heimleiter: Rolf und Marta Spahr-Zehnder

Zum Bauprojekt gehörte die Neuerstellung der Aussenstation Rothenbrunnen. Sie ersetzt das dortige Altersheim und dient vorwiegend der Aufnahme leicht psychischkranker Betagter. In vier



Geschossen sind 86 Patienten in heimeligen Einezimmern untergebracht. Ueberall in den Korridoren, weiter in der freundlichen, sonnigen Eingangshalle findet man gemütliche Sitzecken. Daneben wurden auch die nötigen Räumlichkeiten für Veranstaltungen, Ergo- und Bewegungstherapie geschaffen. Ohne Verzicht auf Wesentliches, in einer einfachen Bauweise, ist hier ein zweckmässiges, freundliches Haus entstanden, in dem die Kosten pro Bett nur auf 60 000 Franken zu stehen kamen.

Die Heimleiter schätzen sich glücklich, ihren Betrieb ohne Personalsorgen führen zu können. Eine grosse Hilfe erwächst ihnen durch die Samaritervereine der neun umliegenden Gemeinden, die ihre Kurse in der Aussenstation Rothenbrunnen durchführen. Auch die Zügleite ins neue Heim verlief, dank ihrer Hilfe, reibungslos und schnell. Später wird der Aussenstation noch eine Pflegeabteilung angegliedert.

Projektverfasser war A. Liesch, dipl. Architekt BSA/SIA, Chur.

*

Verhaltenstherapie mit Psychischkranken

Dieses Frühjahr zeigte Arnold Bergdorf, Verhaltenstherapeut für Oligrophenie, Bachenbülach, einen Film, gedreht in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Rheinau. In monatelangen Bemühungen in kleinsten Schritten ist es ihm gelungen, Patienten, die ihres angeborenen Schwachsinn wegen nur durch kontinuierlichen Anreiz von aussen her zu einer Aktivität zu bringen sind, tatsächlich anzusprechen und sie zu leichter spielerischer Tätigkeit anzuregen. Neben Malen, Zeichnen waren es vor allem Spiele für einfache Konstruktionen der Vorkindergartenstufe, später auch leichtere Gartenarbeit, die den Patienten sichtliche Freude bereiteten, was in ihrem ganzen Verhalten, vor allem in ihrem Gesichtsausdruck deutlich sichtbar zum Vorschein kam, denn während ihrer aktiven Phase verlor er auch seine Stumpfheit. Arnold Bergdorf hat am 1. August 1974 seinen Arbeitsplatz gewechselt, so dass der Film erst ein Bruchstück, wenn auch ein aussagekräftiges, geblieben ist. Die angefangene Arbeit wird nun in der Rheinau als erweiterte und bereichernde Therapie weitergeführt. A. Z.

*

Empfehlenswertes Handbuch

insbesondere für das Pflegepersonal: «Mensch und Altern», von Dr. med. Jürg Wunderli, Stadtarzt in Zürich, herausgegeben vom stadtärztlichen Dienst Zürich (Verlag S. Karger, Basel, 1971).

Wiedereingliederung psychisch Kranker als Aufgabe der Oeffentlichkeit

Von Dr. med. Yvonne Maurer-Groeli

Die Wiedereingliederung bzw. Rehabilitation behinderter Menschen hat in der Medizin in den letzten Jahren einen ungeahnten Aufschwung genommen. Bei körperlich Behinderten gelang dies durch die Fortschritte in der mechanisch-technischen Richtung. Seit 1970 bestehen in der Schweiz, erlassen durch das Departement des Innern, ebenfalls Vorschriften über bauliche Vorkehren für Körperbehinderte, insbesondere für Rollstuhlgebundene.

In den letzten Jahren wurde auch die Wiedereingliederung über längere Zeit hospitalisierter, *psychisch Erkrankter* aktueller denn je. Dies drückt sich beispielsweise in der Planung der psychiatrischen Versorgung des Kantons Zürich aus. Sie sieht eine Aufteilung in sechs Behandlungsregionen vor: Jede Region soll mit einem Ambulatorium oder einer Klinik, mit einer Poliklinik für Jugendliche und Kinder, mit Uebungseinrichtungen (Tageszentren), mit Nachtkliniken, geschützten Werkstätten und Wohnheimen, mit einem Notfalldienst, mit einer psychiatrischen Vollklinik und mit einem gerontopsychiatrischen Dienst versehen werden (Uchtenhagen). Wurden psychisch Kranke früher isoliert und in ein mit Mauern umfriedetes Riesenkrankenhaus ausserhalb der Stadt «abgeschoben», findet heute eine *gegenläufige Bewegung* statt:

Der psychisch Kranke ist zu einem Kranken in der Stadt, im Quartier, im Haus geworden.

Wer aber ist ein «psychisch Kranker»? Grundsätzlich gibt es ihn so wenig wie *den* «Gesunden». Es gibt hingegen krankhafte Verhaltensweisen und das persönliche Leiden des einzelnen. Beide stehen in gegenseitiger Wechselwirkung zur menschlichen Umgebung. Für viele krankhafte psychische Verhaltensweisen stellt sich vom ärztlichen Standpunkt aus die Frage der Wiedereingliederung betreffs Leistungsfähigkeit und menschlichem Kontakt höchst selten, weil es sich um kurzdauernde Reaktionen von wenigen Tagen (reaktive Depression) oder Episoden von wenigen Wochen oder wenigen Monaten (depressive Phasen, Entziehungskuren für Alkoholiker und Drogensüchtige, Zusammenbrüche von Ich-Schwachen (ein Teil derselben wurde früher als «geisteskrank» bezeichnet) handelt. Von den genannten Erkrankungen erholen sich sehr viele wieder vollständig. Nur für gewisse Erkrankungen, die infolge der Schwere oder der *Behandlungsvernachlässigung* chronisch wurden und ein psychisches Gebrechen zurückliessen, stellt sich daher die Frage der Rehabilitation.

Die Wiedereingliederung der Genannten hat *zwei Hauptaspekte*:

Der eine schliesst alles ein, was vom Arzt und vom Kranken aus gesehen im Hinblick auf die Rehabilitation, das heisst die arbeitsmässige und soziale Wiedereingliederung, notwendig ist. Es handelt sich dabei um die therapeutisch sinnvolle stufenweise Rehabilitation *innerhalb der Klinik* und *innerhalb der ärztlich geführten Uebergangseinrichtungen*. In der im September neu eröffneten Psychiatrischen Klinik Sanatorium Kilchberg werden die Patienten nach anfänglich meist beruhigend wirkender Pharmakotherapie und Aussprache beim Arzt baldmöglichst erneut mittels hydrotherapeutischer Massnahmen, Bewegungs- und Gruppentherapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie stufenweise aktiviert und trainiert.

Der andere Hauptaspekt beinhaltet alle Möglichkeiten *ausserhalb* des Klinik- und geschützten Werkstätten-Milieus zur Erreichung der vollen Rehabilitation und Integration in der Gesellschaft. Er umfasst auch die *Hindernisse*, denen der Kranke bei der Rehabilitation «draussen» begegnet. Auf sie soll hier näher eingegangen werden im Sinne einer Information über den Verlauf mehrerer psychischer Erkrankungen. Denn die genannten «Hindernisse» gehen vielfach auf einen diesbezüglichen Informationsmangel zurück. Vielleicht ist es kein Zufall, dass die Bevölkerung zum Beispiel besser über ein Atomkraftwerk informiert ist, als über das Schicksal von in eine psychiatrische Klinik eingewiesenen Kranken. Wahrscheinlich spielt neben der noch immer eher spärlichen Information der Oeffentlichkeit auf psychiatrischem Gebiet auch eine unbewusste Abwehr der Gesellschaft diesem Bereiche gegenüber eine Rolle: Man will von diesen Dingen lieber nichts wissen! Wenn dies der Fall ist, dann wohl deswegen, weil uneingestandene Aengste des einzelnen, selbst einmal «verrückt» zu werden, psychisch zu dekompensieren, dadurch geweckt werden könnten. Das Tabu hinsichtlich psychiatrischer Erkrankung erhält sich dadurch aufrecht.

Die *schweren Erkrankungen* der in eine psychiatrische Klinik Eingewiesenen sind heute, gesamthaft betrachtet, viel *seltener geworden*, einerseits, weil sich die Zusammensetzung der Kranken gewandelt hat: Viele Menschen, insbesondere auch jüngere, mit Beziehungsproblemen, Konflikten, Süchten, reaktiven, kurzdauernden Depressionen und Erschöpfungszuständen entschliessen sich heute zu einer intensiven klinischen Behandlung. Andererseits sind sie seltener geworden, weil das Verhalten früher als «geisteskrank» bezeichneter Patienten bei regelmässiger Einnahme geeigneter spannungslösender, beruhigender Medikamente (Neuroleptika) in keiner Weise mehr an frühere Bilder psychiatrisch Kranker erinnert. Aber noch immer besteht in der Oeffentlichkeit teilweise die unbegründete Angst, ein derartiger ehemaliger Patient könnte plötzlich stark erregt und tobsüchtig werden. Dazu ist zu sagen, dass nur eine Minderheit der Erkrankungsgruppen, die früher als

geisteskrank bezeichnet wurden, ein solches Verhalten zeigt. Bei regelmässiger Medikamenteneinnahme geschieht dies im übrigen praktisch nie. Und wenn dies bei Vernachlässigung der vorgeschriebenen Medikation dennoch geschehen sollte, dann *nicht* plötzlich, sonder derartige Erregungszustände entwickeln sich meist über Tage und Wochen, so dass Zeit für eine ambulante, ärztliche Behandlung bleibt. Dass die schwereren psychiatrischen Erkrankungen seltener sind, geht auch aus der letzten *Aufenthaltsdauer* der zum Beispiel in der Psychiatrischen Universitäts-Klinik Zürich 1972 ausgetretenen Patienten hervor. Ungefähr ein Viertel der entlassenen Kranken war weniger als 14 Tage hospitalisiert, fast die Hälfte weniger als einen Monat und zwei Drittel bis drei Viertel weniger lang als drei Monate (Ernst). Von einer «Versorgung» in eine Klinik kann daher heute nicht mehr die Rede sein, es sei denn aus Altersgründen. Aber eine Entlassung entspricht nicht immer einer bereits vollständigen Besserung, die nichtsdestoweniger bei vielen Patienten auch *nach* Klinikentlassungen noch erfolgen kann.

Ob dies möglich ist, hängt von vielen unter dem 2. Hauptaspekt einzureihenden Faktoren ab. Leider begegnen die Entlassenen in der Oeffentlichkeit *noch immer Vorurteilen*, die ihnen ihre Wiedereingliederung und vollständige Gesundung erschweren. Dies beginnt oft schon während des Spitalaufenthaltes in der Erfahrungstatsache weniger häufiger Besuche und seltenerer Blumengeschenke. Bekannte verhalten sich oft, als ob sie nichts wüssten von einer psychiatrischen Erkrankung und einem Spitalaufenthalt ihrer Nachbarn. Auch nach der Entlassung wird kaum eine Erkundigung gewagt, und doch wäre der *nicht abbrechende* und *vermehrte soziale Kontakt* gerade das, was dem Kranken neue Hoffnung schenken und ihm helfen würde, seine Probleme rascher zu verarbeiten. Ein häufiger Grund des Rückzuges im Bekanntenkreis ist die Angst, nicht zu wissen, wie man sich den psychisch Erkrankten gegenüber verhalten soll, oder die Angst, an seinem weiteren Versagen mit-schuldig zu werden. Diese Aengste sind in den allermeisten Fällen unbegründet. Das wesentlichste ist die Kontaktnahme, die dem Kranken hilft, sich *sozial* wieder einzugliedern. Dies ist um so notwendiger, als eine Wiedereingliederung im *Arbeitsprozess* für längere Zeit Hospitalisierte hinsichtlich geforderter Leistungs- und Anpassungsfähigkeit ein weiteres Problem darstellt. Auch diesbezüglich kann die Oeffentlichkeit zum besseren Gelingen der Wiedereingliederung beitragen durch die Förderung von geeigneten Uebergangsarbeitsplätzen und geschützten Werkstätten, die auch im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation mit der immer mehr um sich greifenden versteckten, strukturellen Arbeitslosigkeit ein immer dringlicheres Erfordernis für die Rehabilitation psychisch Kranker darstellen werden.

Anschrift der Verfasserin:
Frau Dr. med. Yvonne Maurer-Groeli, Sanatorium,
CH - 8802 Kilchberg ZH