

# Über die Ausbildung der Psychiatrieschwestern und Psychiatriepfleger

Autor(en): **Grieder, Hanna**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **74 (1965)**

Heft 4

PDF erstellt am: **26.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-974837>

## **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.

# ÜBER DIE AUSBILDUNG DER PSYCHIATRIESCHWESTERN UND PSYCHIATRIEPFLERGER

Von Schwester Hanna Grieder

In der Schweiz hat sich — im Gegensatz zu andern Ländern — die psychiatrische Krankenpflege zu einem selbständigen Zweig der Pflegeberufe mit dreijähriger Ausbildung entwickelt.

Wie seit Beginn unseres Jahrhunderts die Psychiatrie als medizinische Wissenschaft durch Entdeckung wirksamer Behandlungsmethoden, der Psychopharmaka und durch die Erkenntnisse der Tiefenpsychologie ungeahnten Aufschwung nahm, so haben sich auch die Anforderungen an die Ausbildung der Betreuer psychisch Kranker vollkommen geändert und vergrössert.

In den heutigen Lehrplänen der Psychiatrie finden wir grundlegende Fächer wie Chemie, Physik; allgemeine wie Rechnen, Sprachen, Turnen, Singen; fachliche wie Anatomie, Physiologie, Pathologie, Psychologie, Psychopathologie, Psychiatrie, Hygiene, praktische Krankenpflege und praktische Psychiatrie, Berufsethik, Geschichte der Pflegeberufe, Fürsorge, Gesetzesfragen und anderes mehr. Ergänzend kommen hinzu Basteln, Einzelvorträge über Kunst, Literatur, Musik sowie Besichtigungen verschiedenster Art.

Diese Aufzählung vermag an sich wenig auszusagen oder gibt ein falsches Bild. Darum habe ich die Frage, was Psychiatrieschwestern und -pfleger lernen müssen, um ihren Patienten gerecht zu werden, einer Gruppe von Schülern vorgelegt, die nach dreijähriger Lehrzeit jetzt vor dem Diplomexamen steht. Ihre Antworten lauteten:

- *Wir brauchen eine vielseitige Allgemeinbildung und waches Interesse für Schönes, Wichtiges, Aktuelles. Das allein ermöglicht uns, die Kultur des oft lebensmüden, freudlosen Patienten wachzurufen und damit — bei jedem einzelnen anders — neue Daseinsfreude zu wecken. Schwestern und Pflegern, die uninteressiert und egozentrisch leben, gelingt das nie.*
- *Wir brauchen den Kranken gegenüber Autorität. Der Patient muss einen Menschen um sich haben, der ihm Halt zu geben vermag, dem er vertrauen kann, bei dem er sich geborgen fühlt. Er sucht Verständnis, bedarf aber auch der Strenge und Disziplin, da er vielfach unfähig ist, sich selbst zu leiten. Das bedeutet meist, dass ein junger Mensch nach aussen etwas darstellen muss, was er innerlich noch nicht ist. Hier droht die Gefahr der Herrschsucht. Sie ist um so grösser, je weniger äusserungsfähig, je hilfloser der Kranke uns ausgeliefert ist. Somit sind ständige Selbstkontrolle, Selbstbeherrschung, Selbsterziehung unerlässlich; Forderungen, denen wir uns geduldig*

*und beharrlich stellen müssen. Die Kranken haben ein Anrecht darauf, denn genau dasselbe — aber unter erschwerten Umständen — verlangen wir im Grunde von ihnen.*

- *Unser Dasein muss tiefer sein als der schöne, ideale Gedanke des Helfenwollens. Wir müssen unsern Kranken ein Heim schaffen, in dem jeder sich auf- und angenommen weiss, in dem jeder sich wohl fühlt. Dazu gehört, dass wir lernen, jeden Patienten individuell zu beschäftigen. Auf diese Weise werden Brücken geschlagen zum normalen, aktiven Dasein mit dem Ziel der Wiedereingliederung Genesener; für Chronischkranke bedeutet es unendlich viel, trotz allem nützlich sein zu dürfen. Es gelingt aber nur, wenn wir mit erfinderischer Liebe ans Werk gehen, die entdeckt, an was der Kranke Freude hat und was ihm möglich ist.*
- *Wir müssen lernen, jeden Patienten, auch den geringsten, schwächsten, in seiner einmaligen Persönlichkeit zu erfassen und anzunehmen. Wer das kann, der findet Freude und Sinn in den schlichten, kleinen Alltagsarbeiten und entgeht der Gefahr einer Abstumpfung.*

Wenn die Lehrpläne deutlich machen, wie vieles psychiatrische und allgemeine Krankenpflege gemeinsam haben, so zeigt die Gruppenarbeit der jungen Schwestern und Pfleger, dass der Schwerpunkt sehr verschieden liegt. Vielleicht kann man die Unterschiede der beiden Arbeitsgebiete so umreissen:

Die *allgemeine Krankenpflege* wird immer technischer. Fortschrittliche Medizin und Chirurgie ermöglichen differenzierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, erfordern aber auch immer kompliziertere, raffiniertere Apparate und ein gut eingespieltes Team von Spezialisten. Dazu häufen sich organisatorische und administrative Arbeiten. Alles sollte die Schwester verstehen, überall steht sie mitten drin. Kein Wunder, dass der Kontakt mit dem einzelnen Kranken erschwert wird und oft sogar unmöglich ist.

Die *psychiatrische Krankenpflege* erkennt mehr und mehr das Unerlässliche des persönlichen Kontaktes, der menschlichen Zuwendung des Betreuers zum Kranken. Die Ganzheit eines Menschen muss erfasst werden. Takt und Feingefühl gehören dazu, ihn zu leiten, ohne beherrschen zu wollen. Exakte Beobachtung, ein klarer Blick für das Wesentliche, Objektivität und die Fähigkeit, Geschautes zu formulieren, sind wichtige Forderungen. Diese Aufgaben können nicht eingeteilt werden für Fortgeschrittene und Junge, Be-

gabte und weniger Begabte. Sie kommen jedem zu, auch der jüngsten Schwester, dem jüngsten Pfleger. Sie alle müssen sich bewusst sein, dass Blicke, Gebärden und Worte bereits psychotherapeutische Handlungen sind. Sie können Türen öffnen, Wege bahnen für gezielte Therapie — oder verschütten und verunmöglichen.

Eine zweite Gruppe von Examenskandidaten suchte den Unterschied zwischen allgemeiner und psychiatrischer Krankenpflege vom Patienten her zu sehen:

- *Im ersten Augenblick denkt man, es gäbe keine Unterschiede ausser den technischen, man hat es in beiden Berufen mit kranken Menschen zu tun, die gepflegt werden. Vielleicht fragen wir uns aber, mit welcher Einstellung, welchen Erwartungen die Patienten ins Allgemeinspital oder in die psychiatrische Klinik eintreten.*
- *Ins Allgemeinspital kommen die Patienten zum grossen Teil mit körperlichen Gebrechen, Frakturen, schweren inneren Krankheiten, zu Operationen. Fast alle hoffen, dass ihnen im Spital dank der guten Pflege und der heute so vielfältigen technischen Hilfsmittel geholfen werden kann, möglichst bald wieder gesund zu werden. Sie glauben auch, ein Anrecht auf Spitalpflege zu haben.*
- *Ins psychiatrische Krankenhaus kommen die Patienten mehr mit seelischen als mit körperlichen Krankheiten. Es ist nicht selten so, dass sie nur mit grösster Mühe eingewiesen werden können, und damit ist die Einstellung zur Behandlung zum vornherein schlecht. Viele glauben, wenn sie in eine psychiatrische Klinik eintreten, hätten sie keine Chance mehr, je wieder herauszukommen, weil sie da erst recht krank würden. An diesem Vorurteil sind nicht selten Verwandte und Bekannte schuld. Es gibt nur wenige Kranke, die von Anfang an froh sind, dass sie kommen dürfen.*

*Es ist daher die sehr schwere, aber auch schöne Aufgabe des Pflegepersonals, diese kranken Menschen vom ersten Augenblick an freundlich aufzunehmen, sie als vollwertige Glieder zu betrachten, in ihnen besonders das Vertrauen und die richtige Einstellung zur notwendigen Therapie zu wecken. Sie sind ganz abhängig davon, wie der Pfleger, die Schwester mit ihnen umgehen, ob diese es verstehen, ihnen eine häusliche Atmosphäre zu schaffen und ob sie in den vielen lebensmüden Patienten die Freude am Schönen und auch an der Arbeit zurückrufen können. Es ist für das Pflegepersonal nicht selten eine Art erzieherische Arbeit, wobei der Patient nicht das Gefühl haben sollte, er werde «geschulmeister». Hierzu braucht es viel Einfühlungsvermögen von seiten des Pflegepersonals und eine ständige Arbeit an sich selbst.*

Eine dritte Gruppe endlich besann sich auf das Beglückende, Befriedigende des Berufs:

- *Wenn wir uns einmal besinnen wollen, was an unserem Beruf das Befriedigende, Beglückende ist, kommt uns unweigerlich der Gedanke an den Patienten. Ihm wollen wir auf gleicher Ebene begegnen, von Mensch zu Mensch. Unser Dienst ist weder ein unter-*

*würfiges Dienen noch ein gnädiges Sichherablassen. Wir versuchen auf menschliche Art und Weise Kontakt zu finden, damit dann eine wirkungsvolle Therapie durchgeführt werden kann. Wenn man das so sagt, scheint es ein Kinderspiel zu sein, ist aber nicht immer leicht; denn das Entgegenkommen liegt ja auf beiden Seiten. Anti- und Sympathien können beide haben, der Patient und die Schwester. Wenn ein Patient die Schwester ablehnt, steht sie ihm hilflos gegenüber und kommt sich unnützlich vor. Sie sucht nach einem Grund für das Verhalten des Kranken. Nicht selten ist er misstrauisch. Wundert uns das? Wenn man sich vorstellt, wie im Volk immer noch Irrlehren verbreitet sind über die Psychiatrie und deren Behandlungsmethoden, so versteht man das Misstrauen und die Angst des Patienten. Der Augenblick, in dem er merkt, dass man es gut mit ihm meint, dass er ernstgenommen und nicht wie eine Nummer behandelt wird, dieser Augenblick ist gross und beglückend für eine Schwester. Es ist, bildlich gesagt, der Augenblick, in dem sich das Tor öffnet vor einer langen Treppe. Die Treppe kann freilich viele hundert Stufen haben, und das Treppensteigen kann mühsam sein. Eines aber ist sicher, ohne dass sich das Tor geöffnet hätte, wäre nicht einmal ein mühsames Hinaufklettern möglich gewesen. Es ist darum so, dass man sich eher an kleinen, von aussen gesehen, alltäglichen Dingen freut als an «grossen Wundern».*

Ja, diese kleinen und alltäglichen Dinge, die kleinen, grossen Freuden!

Eine ältere Witfrau wird uns aus der Chirurgie eines Spitals gebracht. Nach einer Operation waren bei ihr eigenartige depressive Zustände aufgetreten. «Ach, jetzt bin ich am rechten Ort, hier versteht man mich, wie bin ich dankbar!» Dankbar und froh sind auch wir Schwestern, wenn eine Kranke sich zum vornherein so positiv einstellt!

Eine Alterspatientin mit schwerem Asthma spaziert meist mit einem Spielbären im Arm herum. Von Zeit zu Zeit erscheint sie schweratmend im Büro der Abteilungsschwester und setzt sich da still auf einen Stuhl. Sieht man sie an, so meint sie: «I möcht nur e chli bi Dir sii!»

Eine Frau, die sich so sündig und verloren meint in ihrer Depression, dass sie nur jammern und klagen kann und jeder Schwester weinend dasselbe erzählt, lässt sich langsam mitnehmen bei den täglichen Putzarbeiten und dadurch ablenken. Fast unmerklich findet sie wieder zu sich und kann entlassen werden.

So könnte ich weiterfahren, endlos . . . Doch mag es genügen, um zu zeigen, dass bei uns nicht alles tröstlich und dunkel ist.

In der Ausbildung können wir den Jungen allgemeine Verhaltensregeln mitgeben, so zum Beispiel was man einem depressiven Menschen sagen oder nicht sagen darf, dass man suicidal Gefährdete gut beobachten und überwachen muss, was man in Fällen von Essensverweigerung zu überlegen und zu tun hat, und so fort. Das «Wie» bleibt immer Sache des einzelnen. Damit wird auch seine Verantwortung gross.

Ich erinnere mich an eine Szene, die mit ein bisschen weniger «Schema F» und etwas Einfühlung der Schwester hätte vermieden werden können: Eine Patientin war tags zuvor nach einem Selbstmordversuch vom Spital zu uns gebracht worden. Als ihr bewusst wurde, dass sie eingeschlossen sei, regte sie sich entsetzlich auf. Am frühen Morgen hörte ich lautes Lamentieren und Schimpfen. Als ich nachsah, wurde die reklamierende Patientin eben von oben bis unten abgeseift. «Meine Haut erträgt keine Seife. Ich bekomme sofort ein Ekzem. Mein Mittel habe ich sicher bei mir; aber man hat mir alles abgenommen, und nun sagt die Schwester einfach, es sei nicht nötig.» Auf die Zusicherung hin, dass wir nachforschen würden, beruhigte sich die Frau und bedankte sich sehr, als man ihr ihre eigenen Sachen holte und übergab. Mit der Zeit konnte sie sich sogar positiv zu ihrem Aufenthalt im psychiatrischen Spital einstellen, aus dem sie dann sehr bald entlassen werden konnte.

Bis vor einigen Jahren hat jedes psychiatrische Spital, kantonale oder private, Psychiatrieschwestern und -pfleger im sogenannten Lehrlingssystem ausgebildet nach den Vorschriften der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie. Das heisst, dass die Lernschwestern und -pfleger praktisch arbeiten und nebenher, nachmittags, eventuell abends, am theoretischen Unterricht teilnehmen. Diese Art von Ausbildung entspricht den erhöhten

Anforderungen nicht mehr ganz. Deshalb sind einige Kliniken dazu übergegangen, den theoretischen Unterricht in Blockkursen zu erteilen. In der übrigen Zeit, während der praktischen Arbeit, sorgen Repetitionsstunden, Demonstrationen und Rapporte für Verknüpfung von Theorie und Praxis. In vermehrtem Mass arbeiten die Schüler zudem während einiger Zeit in Allgemeinspitälern im Austausch mit Krankenpflegeschülern, für die ein Praktikum im psychiatrischen Spital zur Ausbildung gehört.

Das Schweizerische Rote Kreuz, das unter anderem für die Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege und in Alters- und Chronischkrankenpflege zuständig ist, verfügt über die grössten Erfahrungen in Pflege- und Ausbildungsfragen und unterhält weltweite Verbindungen. Es kann darum für die psychiatrische Krankenpflege nur von Vorteil sein, in diesen weiten Kreis miteingeschlossen zu werden, wenn sie ihre Ausbildung intensivieren will. So sind jetzt Schritte unternommen worden, gemeinsam neue Ausbildungs-Richtlinien zu schaffen, welche die Anerkennung unserer Schulen durch das Schweizerische Rote Kreuz ermöglichen sollen. Wir hoffen, damit unsern Beruf auch in der Öffentlichkeit aufzuwerten und die beschämende Diskriminierung der psychisch Kranken wenigstens ein Stück weit aufzuheben.

Wir, die wir sie betreuen, wissen, dass sie der Welt viel schenken. Erinnern wir uns nur an Hölderlin, Schu-



mann, Dostojewski, van Gogh. Sie alle waren psychisch krank. Aber auch die Schwachsinnigen, die chronisch Leidenden . . . Stellen wir uns vor, sie alle würden fehlen! Wieviel Raum für Egoismus, wieviel kaltes Nebeneinanderleben müsste es zur Folge haben, wenn alle Fürsorge, alles Pflegen wegfielen!

Wir sind dankbar, dass sich zunehmend junge Menschen für die psychiatrische Krankenpflege interessieren und den Beruf erlernen, der wohl Geduld, Spannkraft, Ausdauer fordert, aber auch Erfüllung und Beglückung schenkt, wenn er mit innerer Anteilnahme ausgeübt wird.

## DIE BETREUUNG UND PFLEGE VON BETAGTEN UND CHRONISCHKRANKEN

An der Schulkonferenz der Schulen für Chronischkrankenpflege, die am 29./30. April in Bern stattfand, hielt der Chefarzt der Chronisch-Therapeutischen Abteilung im Stadtspital Waid, Zürich, *Dr. J. Schmied*, einen Vortrag, den wir nachfolgend in leicht gekürzter Fassung wiedergeben.

Die pflegerische Betreuung von Chronischkranken bietet Probleme und Schwierigkeiten, die bei der Betreuung von Akutkranken stark zurücktreten. Die Gesamtpersönlichkeit der «Chroniker» ist durch ihr chronisches Leiden gekennzeichnet, geprägt, und dies beileibe nicht immer etwa im Sinne der Abgeklärtheit, des stillen, weisen Duldens. Wir nennen eine Krankheit ein chronisches Leiden, wenn sie schleichend verläuft, die Widerstandskraft des Körpers allmählich schwächt und ihr Ausgang nicht voraussehbar ist. Der Chronischkranke erlebt fortwährend den Wechsel von Besserung und Verschlimmerung. Er wird ständig zwischen zuversichtlichem Hoffen und schmerzlicher Verzweiflung hin und her gezerrt. Nicht viel besser ergeht es den Chronischkranken, deren Leiden in Schüben verläuft, zwischen denen Perioden scheinbarer Gesundheit liegen. Auch ganz akut auftretende Krankheiten können in chronische Leiden übergehen. Sie belasten ihren Träger besonders, weil nach dem plötzlichen Krankheitseintritt die Heilung oder auch nur Besserung so lange auf sich warten lässt. Langes Warten zermürbt.

Jeder Chronischkranke, gehört er nun zu dieser oder jener der drei erwähnten Krankheitsgruppen, grübelt über die Prognose seiner Krankheit nach. Da der Ausgang seines Leidens ungewiss ist, erhält er weder vom Arzt noch von den Krankenschwestern sichere und verbindliche Antwort. Er befindet sich also dauernd in einem Schwebezustand der Unsicherheit. Unsicherheit der eigenen Existenz aber zermürbt.

Vergleichen wir damit den Gesundungsprozess eines Akutkranken: Jedes Zeichen wiederkehrender Kraft versetzt den Genesenden in eine Art Hochstimmung. Wenn solche Zeichen vielleicht auch nicht jeden Tag bemerkbar sind, so doch sicher mehrmals wöchent-

lich. Wir alle kennen die lachenden, freudestrahlenden Augen des von einer Operation Genesenden, wenn er zum erstenmal aufstehen darf oder die erste Mahlzeit mit Appetit zu sich nimmt. Diese Freude des Patienten überträgt sich auch auf die Pflegeschwester. Sie fühlt sich durch die Dankbarkeit des Kranken beschenkt. Eine solche tägliche seelische Aufmunterung muss die Pflegerin Chronischkranker häufig entbehren.

\*

Sind es *jüngere Chronischkranke*, die sie zu pflegen hat, trifft sie des öfteren Patienten an, die früher psychisch völlig unauffällig das Leben eines hilfsbereiten, mit den Mitmenschen in gutem Verhältnis stehenden Individuums führten und nun durch ihr chronisches Leiden seelisch stark deformiert sind. Denn wenn ein an und für sich normaler Mensch Tag für Tag, Nacht für Nacht, ohne Unterlass von Leiden und Schmerzen geplagt wird und nicht weiss, wie die Krankheit sich weiterentwickelt, so lässt die psychische Spannkraft nach.

Die durch die chronische Krankheit und die Unsicherheit ihrer Prognose verursachte Veränderung im Berufsleben oder das dadurch bedingte Herausgerissenwerden aus dem Beruf führt zur Existenzangst. Diese umfasst nicht nur die Angst, finanziell ruiniert zu werden, sondern auch die Befürchtung, jeden sinnvollen Lebenswert, ein inhaltsreiches Dasein überhaupt zu verlieren. Es ist verständlich, wenn unter derartigen schweren Umständen Geist und Seele sich zu verformen beginnen. Immer mehr zieht sich das Interesse des Patienten zurück auf die eigene Person. Diese gewinnt so stark an Bedeutung, dass sie die Umwelt überschattet und völlig in den Hintergrund drängt. Die