

Zeitschrift: Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire
Herausgeber: [s.n.]
Band: 19 (2012)
Heft: 2: PflegeKrisen = Crises des soins

Artikel: Psychopharmaka in der psychiatrischen Pflege : neue Berufsbilder und der Status praktischen Wissens
Autor: Tornay, Magaly
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-391042>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Psychopharmaka in der psychiatrischen Pflege

Neue Berufsbilder und der Status praktischen Wissens

Magaly Tornay

Die Einführung der modernen Psychopharmaka in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz veränderte die Institutionen und die psychiatrischen Berufe dauerhaft. Die neuen Therapiemöglichkeiten erforderten auch neue Formen der psychiatrischen Pflege, und der Wandel des Berufsbilds der Psychiatriepflege führte zu einer Statuskrise: Die Trias Arzt-Psychiatrieschwester-Patient (Abb. 1) geriet durch die neuen Psychopharmaka und durch die Medikalisierung der Pflege ins Wanken. Neue Zuständigkeiten mussten ausgehandelt werden.

Manche Historiker bezeichnen den Umbruch, der 1953 mit dem ersten Neuroleptikum Chlorpromazin in Gang kam, gar als «chemische Revolution», die ein pharmakologisches Zeitalter einläutete.¹ Ende der 1950er-Jahre war die Produktpalette bereits breiter, die Pharmaindustrie brachte neue Substanzen auf den Markt, und die Stoffkategorien Antidepressiva und Tranquilizer traten zu den Neuroleptika hinzu.

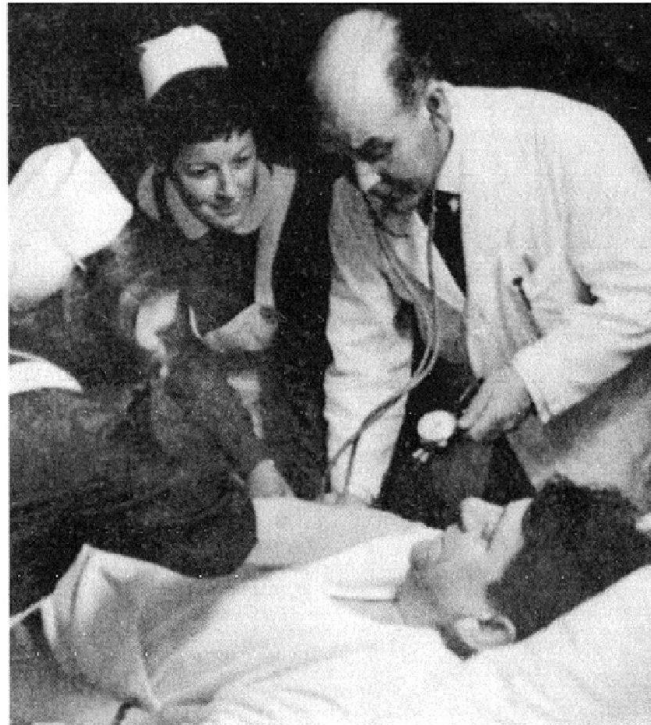
Diese psychopharmakologische Wende kann jedoch nicht ausschliesslich als Paradigmenwechsel beschrieben werden, denn es lassen sich auch Kontinuitäten ausmachen. Gerade die Pflegegeschichte, die den Blick für praxisnahe Aspekte und für materielle Kulturen der Pflege schärft, macht deutlich, dass die neuen pharmakologischen «Kuren» zunächst gut in bestehende therapeutische Praktiken eingebunden werden konnten. Elektroschock- und Schlafkuren verschwanden nicht sofort nach der Einführung von Chlorpromazin. Vielmehr wurden die neuen Stoffe zunächst als willkommene Ergänzung und als Hilfsmittel für die erprobten somatischen Kuren gesehen. Chlorpromazin wurde in den Anfangsjahren häufig in grossen Dosen verabreicht und als verbesserte Form der Schlafkur angewendet.² In der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen beispielsweise wurde die Ärzteschaft von der Klinikleitung angewiesen, die mit Chlorpromazin behandelten Patientinnen und Patienten zunächst mit Injektionen drei Tage lang im Bett zu behalten, um sie danach schrittweise, mit einer Umstellung auf Tabletten und Reduzierung der Dosis, aufstehen zu lassen und in den Klinikalltag zu integrieren.³ Erst allmählich und durch die Verbreiterung der Produktpalette führten die neuen Stoffe auch zu neuen Formen der Therapie, die nicht mehr dem Modell der Kur folgten.

Die modernen Psychopharmaka boten auf mehreren Ebenen Krisenlösungen, lösten zugleich aber auch neue Krisen aus: Einerseits hatten die Psychiaterinnen und Psychiater nun ein überzeugendes Argument in der Hand, um ihre Berufsgattung enger an die Medizin anzubinden und experimentell zu begründen. Die Medikalisierung von persönlichen Krisen und psychischen Krankheiten trug zudem dazu bei, das gesellschaftliche Stigma der Patientinnen und Patienten zu vermindern, und vielerorts verschwanden die Klinikmauern oder die Gitterfenster. Andererseits führten sie gerade bei den Psychiatriepflegenden auch zu Ambivalenzen, wie Sabine Braunschweig in ihrer Oral-History-Studie zur Einführung von Chlorpromazin an der Basler Klinik Friedmatt aufzeigt. Das neue «Wundermittel» brachte zwar viele aussergewöhnliche Erfolgsmeldungen mit sich, insbesondere bei «schweren Fällen». Gleichzeitig verwiesen viele interviewte Pflegenden aber auf ein Unbehagen, dass dieser Stoff die Persönlichkeit der Behandelten tief greifend verändere. Man habe nun keine «Originale» mehr unter den Patienten, und manche erschienen neuerdings, durch die Chlorpromazin-Behandlung, stark gedämpft und passiv.⁴

Ungeachtet dieser Ambivalenzen lässt sich sagen, dass die neuen Psychopharmaka die pflegerische Praxis und in der Folge auch das Bild dieses Pflegeberufs veränderten. Nun war weniger körperliche Kraft notwendig als bisher, an die Stelle der «Wärter» traten «Psychiatrieschwestern» und «Psychiatriepfleger».⁵ Die Atmosphäre in den Kliniken wurde insgesamt ruhiger und durch bauliche Massnahmen vielerorts heller und offener. Das Schweizerische Rote Kreuz nutzte diese Veränderungen, um 1968 für die Ausbildung als Psychiatrieschwester/ Psychiatriepfleger mit dem Hinweis zu werben, «dass heute in den psychiatrischen Kliniken eine gelöste, freundliche Atmosphäre herrscht».⁶

Das gewandelte Berufsbild führte jedoch auch zu Statuskrisen. Die Trias Ärzteschaft-Pflegende-Patienten und die jeweiligen Zuständigkeiten mussten neu ausgehandelt werden. Die neuen Formen der Therapie erforderten auch neue Formen der Pflege: Neue Handgriffe, neue Geräte, neues Wissen. Die engere Anknüpfung des Pflegeberufs ans medizinische Feld führte zu einer Professionalisierung, welche bildreich für die Nachwuchsanwerbung genutzt werden konnte. Allerdings bot die professionalisierte Psychiatriepflegeausbildung auch Anlass zu Konflikten mit der Ärzteschaft. So fand das Mehr an praktischem und theoretischem Wissen der Pflegenden lange keinen Eingang in die Berichte und Veröffentlichungen der Psychiaterinnen und Psychiater. Die Umstrukturierung der Pflegeausbildung in der Psychiatrie und die damit verbundenen Debatten zeigen, an welches Wissen die Pflege geknüpft wurde, und welchen Status die Pflegenden zwischen Ärzteschaft und Patientinnen und Patienten einnehmen konnten. An Berufsbildern und Werbeauftritten zur Personalrekrutierung lassen sich sowohl Veränderungen als auch krisenhafte

Abb. 1: «Die Psychiatriekrankenpflege verlangt einsatzfähige Menschen, die mit Interesse und Hingabe psychisch Kranke betreuen.» Juli 1968. (Schweizerisches Sozialarchiv, Bestand Schweizerische Zentralstelle für Praktische Psychiatrie, Aufklärung und Werbung)



Momente, welche die neuen Medikamente mit sich brachten, festmachen. Mit Quellen aus der Einführungszeit der modernen Psychopharmaka in der Deutschschweiz werde ich im Folgenden Herausforderungen und Chancen, welche die Psychopharmaka für die Psychiatriepflege darstellten, aufzeigen und die neue Rollendefinition von Psychiatriepflegerinnen nachzeichnen.

Die neue «Psychiatrieschwester»

Personalmangel war in den psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz in den 1950er-Jahren ein drängendes Problem.⁷ In der Zeitschrift *Praktische Psychiatrie: Fachblatt für das Pflegepersonal* kam dieses Problem über Jahre hinweg immer wieder zur Sprache, manchmal gar mit dem launigen Zusatz «schon wieder!». Gleichzeitig wurden Massnahmen diskutiert, wie die neuen therapeutischen Möglichkeiten und die bessere Atmosphäre in den Kliniken zur Imageerneuerung und zur Anwerbung von Personal genutzt werden könnten. Der Psychiatriepflegerberuf wurde an der SAFFA (Schweizerische Ausstellung für Frauenarbeit) 1958 in Vitrinen und auf farbigen Tafeln beworben, mit dem folgenden Hinweis: «Die Psychiatrieschwester ist nicht nur mütterliche Betreuerin der Kranken, sondern auch Mitarbeiterin des Arztes.»⁸ 1963 beschloss die Schweizerische Zentralstelle



Abb. 2: «Die Psychiatriseschwester betreut ihre Patienten auch medikamentös. Sorgfältig und sich ihrer Verantwortung bewusst verabreicht sie die vorgeschriebene Dosis». (Schweizerisches Sozialarchiv, Bestand Schweizerische Zentralstelle für Praktische Psychiatrie, Aufklärung und Werbung, März 1968)

für praktische Psychiatrie (SZP), eine «Propagandakommission» zu bilden, um das neue Berufsbild bekannt zu machen und negative Vorurteile zu beseitigen: «Die Öffentlichkeit soll über die Behandlung und Pflege der Gemüts- und Geisteskranken in unseren psychiatrischen Spitälern vermehrt informiert werden. Nur so gelingt es uns, bestehende Vorurteile und negative Vorstellungen, die mit der Wirklichkeit nichts mehr zu tun haben, zu überwinden.»⁹ Es galt also, sich ein neues, attraktives Image zuzulegen, um insbesondere mehr junge Frauen für eine Ausbildung zur Psychiatriseschwester zu begeistern.¹⁰ In den Werbebildern kommen praktisch keine männlichen Pfleger vor, in den Berufsbildern und Zeitschriften hingegen werden auch Psychiatriepfleger erwähnt. Im Vergleich mit der allgemeinen Krankenpflege war das Geschlechterverhältnis in der Psychiatriepflege ausgeglichener. Der Männeranteil lag bei den Psychiatriepflege-Diplomierungen von 1956–1965 im Schnitt bei einem Drittel.¹¹ Allerdings war der Bedarf an Psychiatriseschwestern-Nachwuchs höher, da viele Frauen im Lauf ihrer Karriere ausstiegen, heirateten und sich der eigenen Familie widmeten. Die Quellen zu den Werbebemühungen der SZP zeugen vom Anliegen, die Psychiatriepflege zu einem «Frauenberuf» zu machen.¹² Gründe dafür mögen beim höheren Nachwuchsbedarf aufgrund des Berufsausstiegs liegen, aber auch in ökonomischen Überlegungen. Aufgrund der Lohnungleichheit waren Pflegerinnen für die Klinikleitungen mit geringeren Kosten verbunden.¹³ Ausserdem war

Abb. 3: Schweizerischer Verband für Berufsberatung in Verbindung mit der SZP (Hg.), «Gestalterische Beschäftigung». Berufsbild Diplomierte Psychiatrieschwester/Diplomierter Psychiatriepfleger, Zürich 1974.



der Beruf tatsächlich körperlich weniger anstrengend geworden. Erregte und laute Patientinnen und Patienten waren seit der Einführung der Psychopharmaka seltener. Ein Pfleger beschreibt diesen Wandel bereits 1955 mit den folgenden Worten: «Unser ganzes Berufsleben hat sich heute derart fortschrittlich gestaltet, dass ein Vergleich mit der Vergangenheit keineswegs gezogen werden darf. Entgegen der Volksmeinung sind wir nicht mehr «Wärter», sondern *Pfleger*; wir haben nicht mehr das Amt eines «Aufsehers» inne, sondern sind bestrebt, als Pfleger den kranken Menschen zu helfen. Diese neue Aufgabe erfordert eine individuelle Behandlung des Kranken. Daraus folgt, dass wir heute eine gründlichere Ausbildung brauchen als früher.»¹⁴

Das neue Bild der Psychiatrieschwester, das in den Fachzeitschriften, aber auch in den Werbekampagnen der SZP vorgezeichnet und in der Folge breit gefächert in Tages- und Wochenzeitungen sowie Frauenzeitschriften abgedruckt wurde, ist zugleich umfassend und stereotyp. Die Abgrenzung zum «Irrenwärter», auf die in zahlreichen Artikeln zurückgegriffen wurde, bot eine geeignete Folie für die Imageerneuerung. Ein Artikel in der Praktischen Psychiatrie bringt dies auf den Punkt: «Die Behandlung, die man bis zum Ende des 19. Jahrhunderts den Geisteskranken zukommen liess, hatte mit «Pflege» wenig zu tun. Die heutigen Nervenpflegerinnen sind kaum mehr mit den damaligen «Irrenwärterinnen» zu vergleichen, bei welchen besonders auf «Körperstärke», «trutziges Aussehen,

Courage und Geläufigkeit der Zunge», keineswegs aber auf Charakter, Gemüt oder Können geachtet wurde.»¹⁵

Dem gegenübergestellt wird das Bild der neuen Psychiatrieschwester, die eine ganze Bandbreite an weiblichen Rollen abzudecken hat: «Sie ist für unsere Kranken in einem Mutter und Kind, Schwester und Kameradin, Lehrerin und Leiterin, Führende und Dienende, kurz, für den Kranken in seiner Not ist die Psychiatrieschwester seine ganze Welt.»¹⁶ In dieselbe Richtung geht das Bild, das in der Zeitschrift *Praktische Psychiatrie* von der neuen Nervenpflegerin entworfen wurde. Von ihr werde erwartet, «dass sie die Voraussetzungen zu den verschiedensten Frauenberufen in sich vereinigt. Sie muss all jene Tugenden besitzen, die eine gute Hausfrau, Familienvorsteherin und Mutter ausmachen. [...] Sie muss die Eigenschaften einer guten Krankenschwester besitzen. [...] Sie muss ihre Patienten beobachten, lenken und erziehen können.»¹⁷ Die Vielseitigkeit des Berufs wurde immer wieder hervorgehoben. So sollten Psychiatrieschwestern ihre Talente und Hobbys ebenfalls in den Beruf einbringen, indem sie die Beschäftigungstherapie mitgestalteten. (Abb. 3).

Die Werbungen für die Psychiatrieschwester-Ausbildung kombinierten zu dieser Zeit klassische weibliche Rollenstereotypen Hausfrau – gemeint als vielseitig begabtes Organisationstalent – und Mutter (oder Schwester) mit einer engeren Anbindung ans Feld der Medizin.

Denn die Einführung von Chlorpromazin und seit Ende der 1950er-Jahre von Antidepressiva führte zu einer Erweiterung der Aufgaben der Psychiatriepflegenden. Sie wurden zur «ausführenden Instanz» der medikamentösen Behandlung: «Ihr [der Psychiatrieschwester] sind die Pharmaka anvertraut, die in wenigen Milligrammen Veränderungen im menschlichen Empfinden, Fühlen, Denken und Verhalten zu bewirken vermögen. Ununterbrochene Wachsamkeit und absolute Zuverlässigkeit sind dabei selbstverständlich.»¹⁸ Wenn auch die Pflegenden bereits zuvor mit den Kuren betraut waren, so stellten die neuen, hochpotenten Psychopharmaka doch neue Anforderungen an Genauigkeit und medizinische Kenntnisse, da bereits eine kleine Dosisänderung die Wirkung beeinflussen konnte (vgl. Abb. 2 und 4). Nebst der Medikamentenverabreichung waren die Pflegenden diejenigen, die sicherstellten, dass die Patientinnen und Patienten das Mittel auch einnahmen – oder gegebenenfalls im Pflegebericht festhielten, wer die Medikation verweigerte.

Die Abgabe von Psychopharmaka in den Kliniken beeinflusste die Routinen und praktischen Abläufe in der Pflege. Pieters und Snelders weisen in ihrer Studie zu den Niederlanden auf die zentrale Rolle der Pflegenden in der Feinabstimmung der Psychopharmaka hin. Die materiellen Eigenschaften der Verabreichungsform rücken hier in den Vordergrund. So beklagten sich die Pflegenden einer niederländischen Klinik über Hautprobleme, welche die

Abb. 4: «Sorgfältig und gewissenhaft wird die Dosierung der Medikamente für die Patienten vorgenommen.» (Schweizerisches Sozialarchiv, Bestand Schweizerische Zentralstelle für Praktische Psychiatrie, Aufklärung und Werbung, Mai 1968.



Chlorpromazin-Tabletten beim Pflegepersonal auslösten. Ausserdem sei ihr Geschmack für die Patientinnen und Patienten unerträglich. Sie erreichten in der Folge eine Umstellung auf beschichtete Pillen mit angenehmerem Geschmack und besserer Hautverträglichkeit.¹⁹ In einer weiteren Klinik bewirkte das Pflegepersonal einen Wechsel von den schmerzhaften Injektionen zur patientenfreundlicheren Tablettenform.²⁰

Die Einführung der Psychopharmaka in den schweizerischen Kliniken rückte die Psychiatriepflege somit näher ans medizinische Feld und an die allgemeine Krankenpflege. Nun wurden neue Mess- und Beobachtungsprozeduren notwendig, um die Medikamentenwirkung zu kontrollieren und insbesondere um unerwünschte, teils gefährliche Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen. Durch die breite, tägliche Verabreichung von Chlorpromazin musste den Behandelten regelmässig Temperatur, Puls und Blutdruck gemessen werden.²¹ 1974 wird in einem Berufsbild festgehalten, dass die «Behandlung mit Medikamenten und andere vom Arzt verordnete therapeutische Massnahmen verlangen, dass das diplomierte Pflegepersonal nicht nur in der eigentlichen psychiatrischen Krankenpflege bewandert ist, sondern auch die Körperkrankenpflege beherrscht.»²² Psychiatriepflegende hatten neue medizinische Verantwortlichkeiten, und zum umfassenden Rollenbild trat ein schärferes medizinisches Profil hinzu: «Die zahlreichen neuen medikamentösen und physikalischen Behandlungsverfahren,

mit welchen es nicht nur gelingt, verwirrte und erregte Kranke zu beruhigen, sondern auch manche psychische Krankheiten zu bessern und zu heilen, bringen es mit sich, dass auch der körperliche Zustand des Patienten den Pflegern und Schwestern vertraut sein muss.»²³

Umstrukturierung der Ausbildung

Die grössere Nähe zum medizinischen Feld wurde ebenfalls zur Anwerbung von Psychiatriepflegenden genutzt. Viele Werbungen aus dieser Zeitspanne zeigen medizinisch konnotierte Bilder: Psychiatrieschwestern mit Medikamenten, Psychiatrieschwestern vor dem Medikamentenschrank oder beim Abmessen einer Dosis. Nicht nur der Beruf der Psychiatrieschwester wurde in medizinischen Bildern erzählt, sondern auch die Klinik als normales Krankenhaus beschrieben: «Nervenheilanstalten nehmen immer mehr Spitalcharakter an und sind im Grunde nichts anderes als eine Zweigstelle des Krankenhauses».²⁴

Das veränderte Berufsbild sowie die neue Ausrichtung der Kliniken machte gegen Ende der 1950er-Jahre eine Umstrukturierung der Psychiatriepflege-Ausbildung drängend. 1957 wurde die erste deutschschweizerische Schule für psychiatrische Krankenpflege an der «Friedmatt» in Basel gegründet. Nun war auch für die Pflegenden ein vertieftes Fachwissen in Psychiatrie und Medizin sowie in Anatomie und Medikamentenkunde unabdingbar.²⁵ Die Richtlinien des Roten Kreuzes sahen neu eine Erhöhung der Schulstunden von 200 auf 560 vor, wovon 100 Stunden für die Körperkrankenpflege und 50 für Anatomie und Physiologie, 30 für Grundbegriffe der Physik, Chemie und Biologie sowie wiederum 50 für Krankenbeobachtungen und Demonstrationen eingeplant wurden. Dieser Ausbau des Schulprogramms solle keineswegs «einer Intellektualisierung des Schwesternberufs Vorschub leisten», so ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft des Oberpflegepersonals der schweizerischen Heilanstalten. Aber eine entsprechende fachliche Ausbildung gehöre einfach dazu, weil mit den neuen Behandlungsmethoden die Anforderungen an das Personal beträchtlich gestiegen seien.²⁶

Diskussionen um den neuen Lehrplan 1959/60 machen deutlich, wie ambivalent die Situation war. Einerseits verhalf das neue, enger ans medizinische Feld geknüpfte Bild der Psychiatriepflegenden dem Beruf zu mehr Ansehen und konnte gut für die Anwerbung von Nachwuchs genutzt werden. Es ging darum, das «Niveau des Berufsstandes auf positive Weise zu heben».²⁷ Andererseits entzündeten sich gerade an der Umstrukturierung der Ausbildung Diskussionen um den Status und die Rolle des Pflegepersonals in diesem veränderten Umfeld.



Abb. 5: «In vielen Kliniken unterrichtet auch der Chefarzt die zukünftigen Psychiatriseschwestern oder -pfleger. Der Lehrgang bis zum Diplom umfasst neben der praktischen Ausbildung theoretische Fächer, wie Anatomie, Physiologie, Gesetzeskunde, Pharmakologie, Krankenpflege etc.» (Schweizerisches Sozialarchiv, Bestand Schweizerische Zentralstelle für Praktische Psychiatrie, Aufklärung und Werbung, Februar 1968)

Auseinandersetzung, die in der Folge in der Zeitschrift «Praktische Psychiatrie» ausgetragen wurde. Bleuler wurde dort folgendermassen zitiert: «Der Pflegeberuf solle nicht zu 50 Prozent oder zu 10 Prozent ärztlich sein. Der Pflegeberuf in der Psychiatrie sei nicht ein Arztgehilfenberuf, sondern ein Stand für sich, der ärztlichen Tätigkeit gleichwertig, wenn auch auf anderer Ebene oder auf einer anderen Stufe. [...] Anatomie, Psychologie und theoretische Psychiatrie und derartige Fächer seien nicht mehr «in verdünnter Form» wie bisher zu lehren und zu prüfen, gewissermassen wie ein Fach der medizinischen Propädeutik. Solches sei Sache der Ärzte, nicht des Pflegepersonals.»²⁸ Anstelle einer quasi-wissenschaftlich-psychiatrischen Ausbildung sollte mehr Gewicht auf die Characterschulung des Personals gelegt werden. In dieser Diskussion um mehr Herz oder mehr Hirn in der Pflegeausbildung lautete schliesslich der Tenor, dass diese charakterlichen Belange nur schwer geschult werden können, sie jedoch ganz selbstverständlich dazu gehörten, wenn jemand als Psychiatriepflegerin oder -pfleger arbeiten wolle.²⁹ Die Mehrheit der Ärzteschaft und der Pflegenden befürwortete schliesslich eine Umstrukturierung der Ausbildung hin zu mehr Medizin, Psychiatrie sowie körperpflegerischer Praxis.

Das Bild der medizinisch und psychiatrisch gut ausgebildeten Psychiatriepflegenden warf Statusfragen auf und brachte ärztliche Abgrenzungsstrategien mit sich. Vielleicht um diese Konflikte zu umgehen, tauchte in den Berufsbildern

und Werbungen häufig das Motiv der Schwester als Begleiterin des Arztes oder als Bindeglied zwischen Arzt und Patient auf: «Die moderne Psychiatrieschwester ist die unmittelbare Mitarbeiterin des diagnostisch und therapeutisch tätigen Nervenarztes. [...] Mit ihren Kenntnissen hilft sie, die Krankheit zu erkennen, zu diagnostizieren; mit den Kräften ihres Gemütes hilft sie dem Kranken aus seiner gestörten Welt, seinen Ängsten, seinem Alleinsein heraus in eine Welt der Wärme, der Sicherheit und des Geborgenseins. [...] Die Psychiatrieschwester ist damit der integrierende Bestandteil des psychotherapeutischen Klimas der ganzen Krankenstation. [...] Von ihr geht ein Geist aus, der dem Kranken hilft, «den Weg zurück» zu finden.»³⁰ Diese Synthese ist wiederum weiblich konnotiert, als zwar gut ausgebildete, dem Arzt jedoch untergeordnete Vermittlerin zwischen der medizinisch-psychiatrischen Sphäre und der persönlich-alltäglichen Sphäre der Patientinnen und Patienten. In beiden sollte sich die Psychiatrieschwester fachlich kompetent bewegen können, um eine Brücke zu bilden und die unterschiedlichen Bereiche zu vereinen.

Der Status praktischen Wissens

Durch ihre Rolle als Bindeglied zwischen Arzt und Patient wurde das praktische Wissen, das die Psychiatriepflegenden über den Zustand der Patientinnen und Patienten sammelten, zentral. Die Wichtigkeit der Beobachtung, des ausführlichen Berichterstattens und Rapportierens der Psychiatriepflegenden wurde im Zusammenhang mit Psychopharmaka immer wieder hervorgehoben. Eine gute Pflegerin könne, da sie den Patienten in seinem ganzen Tagesablauf begleite und seine Psyche beobachte, klar und anschaulich mündlich und schriftlich Bericht über seinen Zustand erstatten.³¹ Wie Sabine Braunschweig anmerkte, gab es zwar bereits bei den somatischen Kuren Behandlungsbögen, in welche die Pflegenden Messungen eintrugen. Mit der Einführung der Neuroleptika und Antidepressiva wurden diese jedoch wichtiger, ausführlicher und mit einer Spalte für Beobachtungen ergänzt. Die Ärzteschaft war nebst mündlicher Berichterstattung vermehrt auf verschriftlichte, genaue Beobachtungen angewiesen, um die Dosierung zu verbessern, Nebenwirkungen frühzeitig auszumachen sowie um die Wirksamkeit der Stoffe festzustellen.³²

Die Wirksamkeit der Psychopharmaka konnte nicht mit rein körperlichen Messungen festgestellt werden, sondern musste auch über genaue Verhaltensbeobachtung und Gespräche ermittelt werden. Das Berufsbild «Diplomierte Psychiatrieschwester, diplomierter Psychiatriepfleger» von 1974 hielt fest: «Schwestern und Pfleger verbringen täglich viele Stunden mit den Kranken. Ihnen ist es möglich, durch aufmerksames Hinhören und Hinsehen bei der Arbeit, beim Spiel

Abb. 6: «Beim Schein eines Nachtlämpchens schreibt die Schwester während der Nachtschicht ihre Rapporte. Das Verhalten, die Reaktionen und das Gebaren ihrer Patienten werden genauestens notiert und dem Arzt weitergegeben. Aufgrund dieser minutiös geführten Kurven entscheidet dieser über die weiteren Behandlungsmethoden.» (Schweizerisches Sozialarchiv, Bestand Schweizerische Zentralstelle für Praktische Psychiatrie, Aufklärung und Werbung, Juni 1966)



und im Gespräch den Kranken zu beobachten; sie sind es, die jede Veränderung miterleben, sie bemerken, welches die Reaktionen auf verschiedene Therapien sind, auf Änderungen in der Zusammenstellung und Dosierung der Medikamente: Gewissenhafte Beobachtung ist für den Arzt von grossem Wert, er kann darauf die Behandlung abstimmen.»³³

Die Wichtigkeit dieser pflegerischen Beobachtung wurde in den Berufsbildern und Werbungen anerkannt und war Teil der Professionalisierung des Pflegeberufes. Allerdings fand das praktische Wissen, welches in den Pflegeberichten und Behandlungsbögen festgehalten wurde, keinen Eingang in die offiziellen Berichte und Publikationen der Psychiaterinnen und Psychiater. Erst gegen Ende der 1970er-Jahre wurde dieses praktische Wissen der Pflegenden im Zug einer Standardisierung der klinischen Tests und der Medikamentenanwendung formalisiert und für Wirkungsbeurteilungen von Psychopharmaka ausgewertet.³⁴ Mittels Fragebögen und Bewertungsskalen sollten nun subjektive Schwankungen und Färbungen eliminiert werden, um statistisch auswertbares, stabiles Wissen zu erzeugen und gesicherte Wirkungen nachzuweisen. Für die Zeit der Einführung der Psychopharmaka in den psychiatrischen Kliniken der Schweiz jedoch scheint Abbildung 6 programmatisch für die Rolle der Pflegenden und den Status ihres praktischen Wissens zu stehen: «Beim Schein eines Nachtlämpchens schreibt die Schwester während der Nachtschicht ihre Rapporte. Das

Verhalten, die Reaktionen und das Gebaren ihrer Patienten werden genauestens notiert und dem Arzt weitergegeben. Aufgrund dieser minutiös geführten Kurven entscheidet dieser über die weiteren Behandlungsmethoden.»³⁵

Anmerkungen

- 1 Zum Beispiel: Roy Porter, *Madness. A Brief History*, Oxford 2004, 205, 216; Edward Shorter, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York 1997, vii, 255.
- 2 Toine Pieters, Stephen Snelders, «Mental Ills and the «Hidden History» of Drug Treatment Practices», in Marijke Gijswijt-Hofstra et al. (Hg.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 2005, 381–401, 391.
- 3 Staatsarchiv Thurgau (StATG), Bestand Psychiatrische Klinik Münsterlingen (PKM) 9'10 0.4/1, Weisungen an die Ärzteschaft, «Über Largactilkuren», ohne Datum, circa 1955.
- 4 Sabine Braunschweig, «Wundermittel Largactil. Wissenschaftlicher Fortschritt und Arbeitsalltag aus der Sicht ehemaliger Schwestern und Pfleger der psychiatrischen Klinik «Friedmatt»», in Georg Spuhler (Hg.), *Vielstimmiges Gedächtnis. Beiträge zur Oral History*, Zürich 1994, 127–140, 135.
- 5 Zu diesen Berufsbezeichnungen siehe Renée de Roulet, «Die Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege», in Enrico Valsangiacomo (Hg.), *Zum Wohle der Kranken. Das Schweizerische Rote Kreuz und die Geschichte der Krankenpflege*, Basel 1991, 241–271, 242. Der Begriff des «Wärters» war gemäss de Roulet bis in die 1940er-Jahre im allgemeinen Sprachgebrauch üblich, erst in den 1960er-Jahren habe sich die Bezeichnung «psychiatrischer Krankenpfleger» endgültig durchgesetzt und wurde der Standard des «Wärters» abgeschafft.
- 6 *Schweizerisches Rotes Kreuz* 77/6 (1968), 17.
- 7 Auch in der allgemeinen Krankenpflege gab es zu dieser Zeit Rekrutierungsschwierigkeiten und Ausbildungsreformen. Vgl. dazu Sabina Roth, *Arbeit am Pflegewissen. Ausbilden, entwickeln und forschen an der Krankenpflegeschule Zürich*, Zürich 2010, 32–28.
- 8 Schweizerisches Sozialarchiv (SSA), Ar 31.360.4, Bestand Schweizerische Zentralstelle für praktische Psychiatrie (SZP), SAFFA.
- 9 SSA, Ar 31.30.1, Bestand SZP, Brief vom 1. 6. 1965.
- 10 Zur Entwicklung der Psychiatriepflegeausbildung vgl. Sabine Braunschweig, «Die Entwicklung der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz», in Ilsemarie Walter, Elisabeth Seidl, Vlastimil Kozon (Hg.), *Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege*, Wien 2004, 113–122.
- 11 «Sprechende Zahlen aus der Krankenpflege», *Schweizerisches Rotes Kreuz* 2 (1968), 33.
- 12 SSA, Ar 31.360.4, Bestand SZP, Aufklärung und Werbung, Broschüre vom Nov. 1966, «Ein Frauenberuf: Die Psychiatrie-Krankenschwester».
- 13 Braunschweig (wie Anm. 10), 120. Braunschweig bezieht sich hier auf die unmittelbare Nachkriegszeit.
- 14 *Praktische Psychiatrie* 34 (1955), 48 (Hervorhebung im Original).
- 15 *Praktische Psychiatrie* 39/1 (1960), 4.
- 16 *Schweizerisches Rotes Kreuz* 74/4 (1965), 19.
- 17 *Praktische Psychiatrie* 39/1 (1960), 7.
- 18 *Schweizerisches Rotes Kreuz* 74/4 (1965), 19.
- 19 Auch in der psychiatrischen Klinik Münsterlingen lassen sich Hinweise zu einer Überempfindlichkeit beim Personal betreffend Chlorpromazin finden. StATG, Bestand PKM 9'10, 9.5, Forschung, Therapie: Klinische Forschung, Prüfung chemischer Substanzen, Korrespondenz 1954.

- 20 Pieters (wie Anm. 2), 391.
- 21 StATG, Bestand PKM 9'10, 9.6.1/19, Weisungen an das Pflegepersonal betreffend Kuren, ohne Datum.
- 22 Schweizerischer Verband für Berufsberatung in Verbindung mit der Schweizerischen Zentralstelle für praktische Psychiatrie (Hg.), *Berufsbild Diplomierte Psychiatriseschwester / Diplomierter Psychiatriepfleger*, Zürich 1974, 10.
- 23 *Praktische Psychiatrie* 36/11 (1957), 202.
- 24 *Praktische Psychiatrie* 34 (1955), 74.
- 25 Sabine Braunschweig, «Einfluss der Neuroleptica auf den psychiatrischen Pflegealltag», *Medizin, Geschichte und Gesellschaft* 26 (2007), 37–52, 46.
- 26 *Praktische Psychiatrie* 39 (1960), «Ausbildungsprogramm des psychiatrischen Personals», 5, 48, 50.
- 27 Ebd., 50.
- 28 Ebd., 9 f.
- 29 Ebd., 10.
- 30 *Schweizerisches Rotes Kreuz* 74/4 (1965), 19.
- 31 *Praktische Psychiatrie* 35/6 (1956), 87.
- 32 Braunschweig (wie Anm. 25), 46.
- 33 Schweizerischer Verband für Berufsberatung (wie Anm. 22), 10.
- 34 Zunächst in den USA und in Grossbritannien, z. B. «Burdock Ward Behaviour Scale», «Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation» oder «Psychiatric Inpatient Rating Scale». Vgl. dazu Viola Balz, *Zwischen Wirkung und Erfahrung. Eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980*, Bielefeld 2010, 333–334.
- 35 SSA, Ar 31.30.2, Bestand SZP, Aufklärung und Werbung, Juni 1966.

Résumé

Médicaments psychotropes et crise de soin.

Nouveaux profils professionnels et statut du savoir pratique

L'introduction des médicaments psychotropes modernes dans les hôpitaux psychiatriques en Suisse a changé durablement les institutions et les professions psychiatriques. Ces nouvelles possibilités de thérapie ont nécessité de nouvelles formes de soins psychiatriques qui ont conduit à un changement dans le profil professionnel des soins psychiatriques. De nouveaux gestes, appareils, ainsi que de nouvelles connaissances sont devenus indispensables. Dès lors, la force physique perd de son importance et la place des «gardiennes» est graduellement remplacée par celle des «soignants psychiatriques». L'atmosphère dans les cliniques devient dans l'ensemble plus calme et, par le biais de mesures dans le domaine des infrastructures, dans de nombreux endroits plus lumineuse et ouverte. Ces changements sont exploités pour la représentation photographique de la profession en période de pénurie du personnel dans le cadre de l'embauche de la relève intéressée en particulier à recruter des jeunes

femmes. L'évolution du profil a cependant conduit à une crise de statut: le lien étroit entre médecin-soignant-patient a commencé à faiblir, et de nouvelles compétences ont dû être négociées. Le fort rattachement des professions soignantes au domaine médical a, d'un côté, conduit à une professionnalisation qui a pu être utilisée pour le recrutement de la relève, mais, d'un autre côté, la restructuration de la formation des soins infirmiers psychiatriques a aussi donné lieu à des conflits avec le corps médical sur le rôle du personnel soignant et sur le statut du savoir pratique.

(Traduction: Sandra Bott)