

Seelische Not als individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen

Autor(en): **Hell, Daniel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Appenzellische Jahrbücher**

Band (Jahr): **135 (2007)**

PDF erstellt am: **26.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-283403>

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.

Seelische Not als individuelle und gesellschaftliche Herausforderung

DANIEL HELL

Psychische Not in alten Zeiten

Seit es schriftliche Zeugnisse gibt, finden sich Berichte von seelischer Not, die wir heute als Depression, Psychose oder Angststörung bezeichnen. Psychisches Leiden wurde aber bis in die Neuzeit hinein nicht medizinisch erklärt, sondern vor allem mit übernatürlichen Kräften und Magie in Verbindung gebracht. Konsequenterweise wurde seelische Not meist nicht von Ärzten, sondern von Priestern und Schamanen behandelt. Zwar kannten die ersten Bürgerärzte der griechischen und der römischen Antike Krankheitsbilder wie die Melancholie oder die Manie, doch suchten auch in den antiken Hochkulturen viele Menschen in Heiligtümern – wie z.B. des Gottes Asklepios – Heilung von ihren Gebrechen.

Nach der vorherrschenden Auffassung des Mittelalters waren psychisch kranke Menschen von Geistern oder Dämonen beherrscht. Als Opfer übernatürlicher Mächte angesehen, riefen sie zugleich Erbarmen wie Staunen oder Schrecken hervor. Neben Exorzismus – und in ungünstigen Fällen Aussetzung und Deportation – spielten bei der Bekämpfung von «Besessenheit» vor allem Reliquien eine Rolle. Besondere Verehrung fanden die sterblichen Überreste der irischen Königstochter Dymphna, die nach jahrelangen Verfolgungen offenbar von ihrem Vater getötet worden war und in Gheel in Belgien begraben wurde. Von Anfang an zogen ihre Gebeine fast ausschliesslich psychisch Kranke und ihre Angehörigen an. Gheel entwickelte sich dadurch im 13. Jahrhundert zu einem Vorläufer eines psychiatrischen Zentrums, indem viele psychisch Kranke von ihren Angehörigen bei einheimischen Bauernfamilien zu «Kost und Logis» zurückgelassen wurden. Für einige tobsüchtige Kranke wurden in Gheel auch Zellen an der Längswand des Kirchenschiffs eingerichtet. Diese Zellenlösung für erregte Kranke wurde nach der Säkularisation von den städtischen Behörden insofern aufgenommen, als an die ersten Bürgerspitäler vielerorts sogenannte «Irrenzellen» angebaut wurden. Solche Zellen ersetzten zunehmend die im ausgehenden Mittelalter gebräuchlichen transportablen «Narrenkäfige» oder «Tollkästen» sowie die an den Stadtmauern gelegenen «Narrentürme», in welchen unreinliche und erregte Kranke eingesperrt waren.

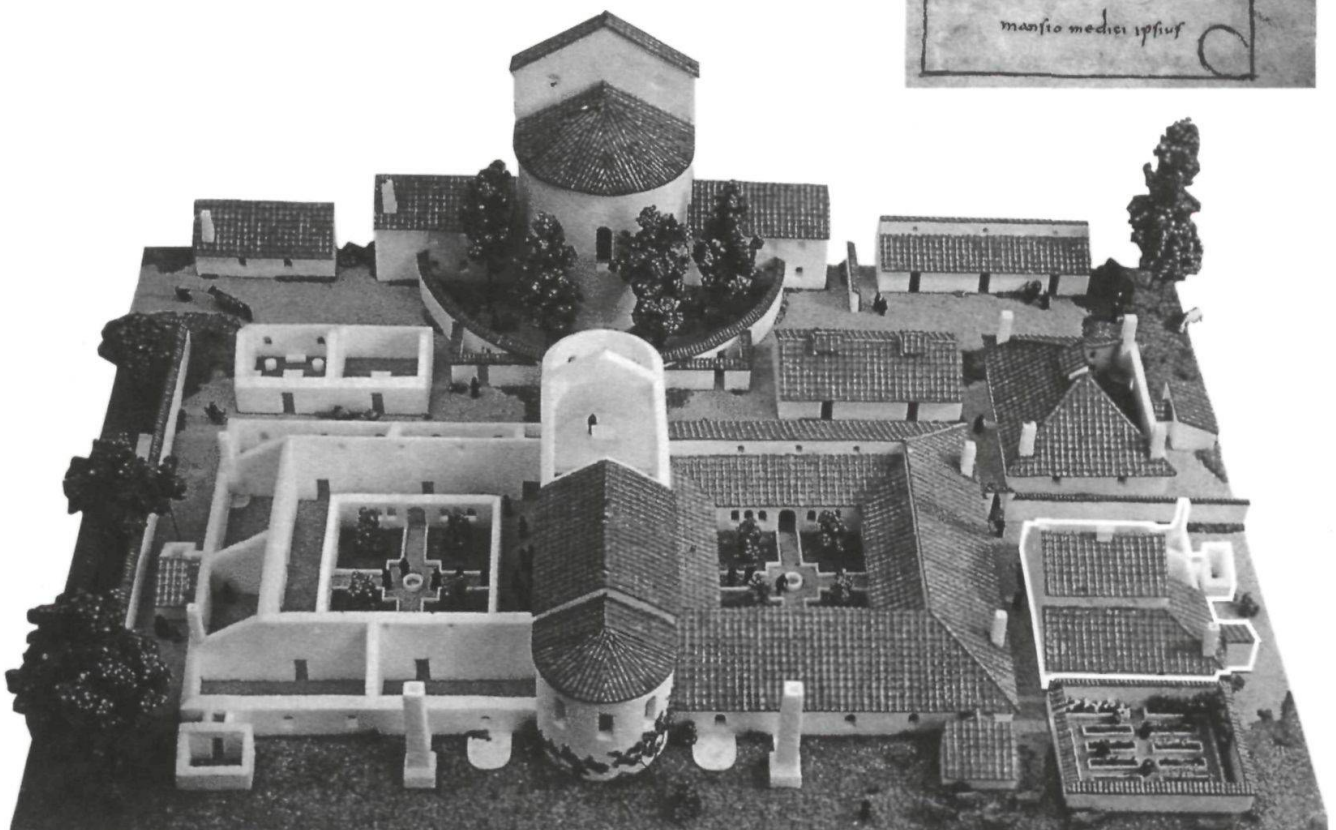
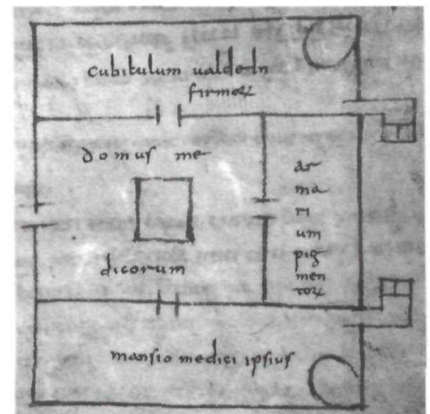
*Rechts:
Exorzismus durch die spätmittelalterliche Geistlichkeit.*



Psychiatrie als gesellschaftliche Aufgabe

Ein kurzer historischer Rückblick macht deutlich, wie geistige und psychische Veränderungen immer wieder zur Ausgrenzung der betroffenen Menschen und zu Zwangsmassnahmen geführt haben. Zwar bemühten sich im Mittelalter viele Klöster um die Unterbringung von somatisch und psychisch Kranken. Doch konnten sie dem Elend dieser Menschen nur sehr beschränkt Einhalt gebieten. Erst Ende des 18. Jahrhunderts engagierten sich neben religiösen Institutionen vermehrt auch Ärzte für seelisch und geistig kranke Menschen. Das wachsende Interesse der Medizin an dieser Problematik ist einerseits darauf zurückzuführen, dass die seit über 2000 Jahren vorherrschende Säftelehre (die sogenannte Humoralpathologie) nach und nach von der Gehirnlehre (heute: Neurowissenschaft) abgelöst wurde. Daneben trugen aber vor allem veränderte gesellschaftliche und sozioökonomische Bedingungen, insbesondere der Säkularisierungsprozess und die bürgerliche Revolution, dazu bei, dass es zu einer «Medizinalisierung des Wahnsinns» (Michel Foucault) kam. Psychiatriegeschichtlich ist die Epoche um die Französische Revolution von besonderer Bedeutung. 1793 und 1795 übernahm in Paris der Arzt Philippe Pinel nacheinander die gefängnisartig geführten Internierungshäuser Bicêtre (für Männer) und Salpêtrière (für Frauen). In diesen Häusern waren zuvor unter der Herrschaft absolutistischer Regierungen bet-

Ausschnitt aus dem St. Galler Klosterplan (um 800) und aus einem Modell; hervorgehoben ist das Ärztehaus (domus medicorum) mit dem Aufenthaltsraum des Arztes (mansio medici ipsius), einem Raum für Schwerkranke (cubitulum valde infirmorum) und einem Schrank mit Heilmitteln (armarium pigmentorum).





Philippe Pinel befreit 1793 in La Bicêtre in Paris 40 Geisteskranke von ihren Ketten.

telnde Kranke, «Irre», Vagabundierende und Verbrecher zusammengesperrt, also alle Bevölkerungsgruppen, welche die absolutistische Ordnung störten. Nach kurzer Zeit gelang es Pinel, die sogenannten «Irren» von Vagabundierenden und Delinquenten zu trennen und sie von vielen Zwangsmitteln wie Ketten sowie Hals- und Fussringen zu befreien und neue Behandlungsweisen einzuführen. Pinel verkörpert den geschichtlichen Wendepunkt, an dem der psychisch Auffällige und Leidende vom bloss Störenden, Besessenen oder Unvernünftigen zum Kranken wurde. Pinel machte ihn zum medizinischen Fall – und zwar in grosser Zahl. Er entwickelte früh einen Typus der Anstaltspsychiatrie, welcher der systematischen Beobachtung und Untersuchung der Patienten verpflichtet war. Durch seine exakten Beschreibungen der Manie, Melancholie, Demenz und des Schwachsinnns etablierte er die klinische, beschreibende Psychiatrie als Spezialgebiet der Medizin. Als Basis dienten ihm seine Krankengeschichten. Das von ihm und seinen Schülern geförderte Anstaltswesen verbreitete sich – auch dank gesetzlicher Unterstützung – mit immer neuen Institutionsgründungen über ganz Frankreich und strahlte auf die anderen europäischen Länder aus.

Auch in der Schweiz wurden sogenannte Heil- und Pflegeanstalten gegründet, besonders früh in Königsfelden, in Rheinau und auch in Zürich. Hier errangen die ersten Schweizer Klinik-

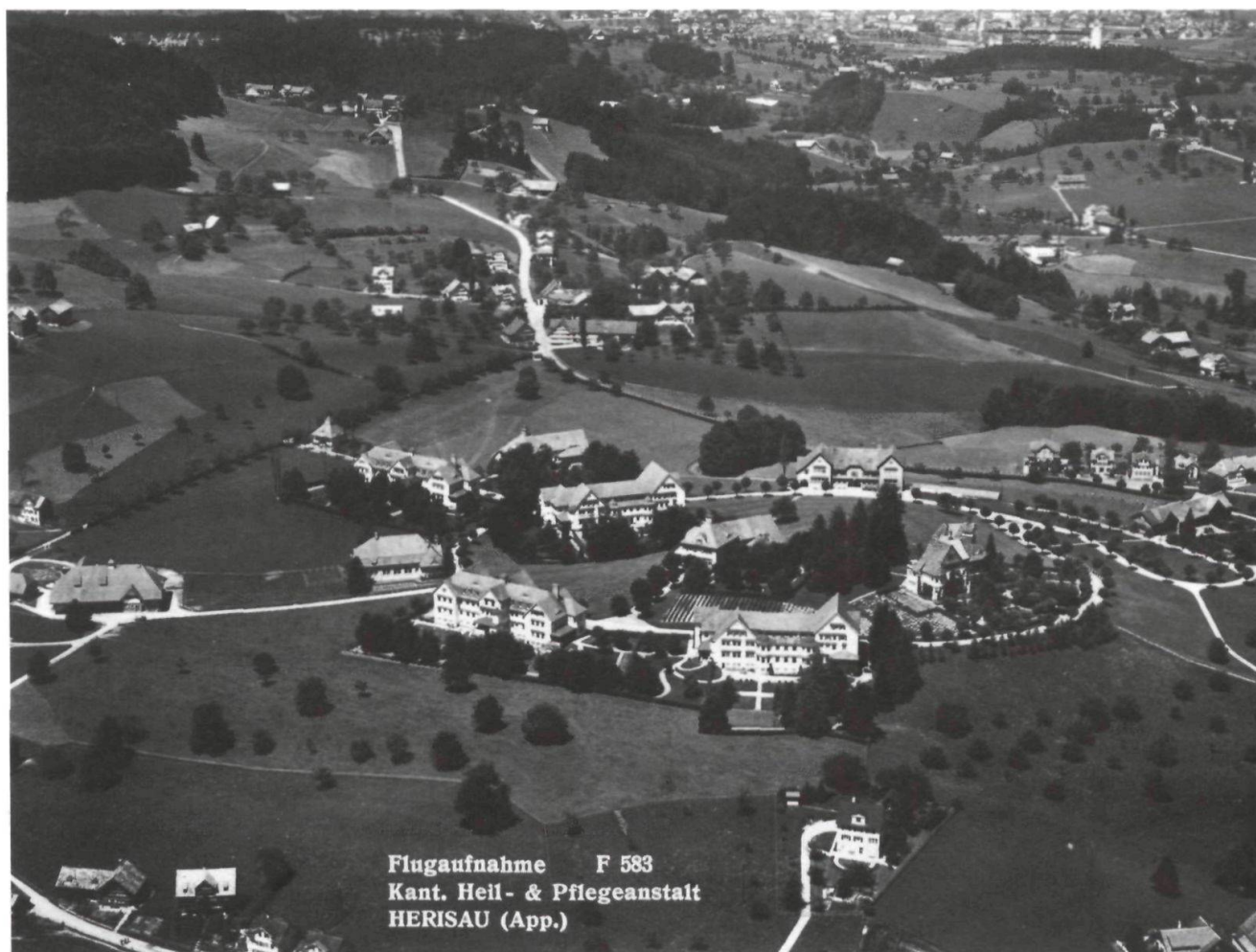
direktoren Auguste Forel und Eugen Bleuler internationale Anerkennung: Auguste Forel als Mitentdecker der Neuronen (in der Schweiz führte er als erster die Hypnose in die Anstaltsbehandlung ein), Eugen Bleuler als Wortschöpfer von Schizophrenie, Autismus und Ambivalenz.

Appenzeller Psychiatrie

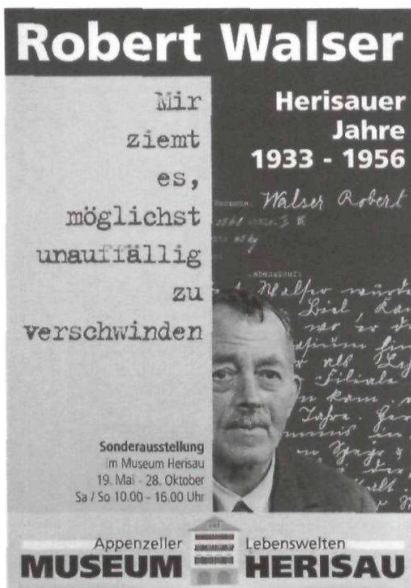
Im gleichen Jahr (1908), in dem Eugen Bleuler erstmals in einer Publikation den Begriff «Schizophrenie» erwähnte, wurde auch die Heil- und Pflegeanstalt des Kantons Appenzell Ausserrhoden in Herisau eröffnet. Wie anderswo lebten auch in Ausserrhoden «Geisteskranke» vor der Klinikgründung unterversorgt oder sich selbst überlassen in Familien oder in Armenhäusern.¹ Eine 1893 durchgeführte «Irrenzählung» ergab, dass 9,6 % der Wohnbevölkerung geistig abnorm waren, davon 6,1 % geisteskrank und 3,5 % schwachsinnig. Für die rund 150 als anstaltsbedürftig eingeschätzten Menschen wurde in Krombach in Herisau die genannte Anstalt gebaut, was nach damaliger Einschätzung das grösste Werk war, das sich der Kanton Appenzell Ausserrhoden jemals geleistet hatte. Die Anstalt in Herisau war insofern weg-

¹ Siehe den Beitrag von Simon Steiner in diesem Band, S. 56–71.

Die Heil- und Pflegeanstalt im Krombach in Herisau in einer Flugaufnahme von ca. 1930.



Flugaufnahme F 583
Kant. Heil- & Pflegeanstalt
HERISAU (App.)



Plakat der Sonderausstellung 2001 im Museum Herisau zur Neueröffnung eines Robert Walser-Zimmers.

2 Robert Walser (1878–1956) in der Heil- und Pflegeanstalt Herisau, in: *AJb* 133 (2006), S. 9–69; mit Beiträgen von Margrit Gigerl, Livia Knüsel, Barbara Auer, Severin Perrig und Iris Blum.

3 Iris Blum und Peter Witschi (Hrsg.): *Olga und Hermann Rorschach – ein ungewöhnliches Psychiater-Ehepaar*. Herisau 2008 (= *Das Land Appenzell* 37); mit Beiträgen von Rita Signer und Christian Müller, Ursula Badrutt, Simon Steiner, Iris Blum, Peter Witschi, Alfred Jordi sowie Brigitta Bernet und Rainer Egloff.

weisend, als sie die erste psychiatrische Anstalt der Schweiz mit einem offenen Klinikareal war und nach dem Pavillon-System errichtet wurde. Der bis heute berühmteste Patient war der Dichter Robert Walser, der von 1933 bis zu seinem Tode 1956 in der Herisauer Anstalt lebte. Die Berichte seines Freundes Carl Seelig, «Wanderungen mit Robert Walser», rückten die Ausserrhoder Klinik ins Bewusstsein einer breiten literarischen Öffentlichkeit.² Ebenfalls berühmt machte die Herisauer Institution einer ihrer ersten Ärzte, nämlich Hermann Rorschach, der Begründer des Rorschachtests.³

Tendenzen im 20. Jahrhundert

Der Appenzeller Psychiatrie ging es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts im übrigen ähnlich wie anderen Schweizer Heil- und Pflegeanstalten, die sich erst relativ spät zu psychiatrischen Kliniken und schliesslich zu Psychiatriezentren mit ambulanten und teilstationären Angeboten wandelten. Man kann die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts auf den Begriff «kustodiale Psychiatrie» bringen. Die Psychiatrie verharrte – auch mitbedingt durch zwei Weltkriege und die dazwischen liegende Wirtschaftskrise – ein grosses Stück weit als diagnostisch beschreibende, die Patienten betreuende (und auch verwahrende) Disziplin. Von der Öffentlichkeit zunehmend im Stich gelassen, sank der bauliche und personelle Standard der psychiatrischen Krankenhäuser im Vergleich zur somatischen Medizin immer weiter ab. Wo Geld und Personal für intensivere Betreuungsformen fehlten, die immer zahlreicheren Patienten auf enger werdendem Raum zusammengedrängt wurden, wissenschaftliche und therapeutische Durchbrüche ausblieben, war auch eine adäquate Versorgung der Patienten unmöglich. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts besserten sich die psychia-

Entwicklungsphasen (in Stichworten)

ca. 1908 – ca. 1925	Verwahrungspsychiatrie, therapeutischer Pessimismus
ca. 1925 – ca. 1950	Kurperiode: Fieberkur, Schlafkur, Insulinkur, Arbeitstherapie, Überfüllung (1946: 411 Bewohner/-innen)
ca. 1950 – ca. 1970	Psychopharmaka ersetzen Kuren
ca. 1970 – ca. 1995	Gemeindenaher Psychiatrie (Transinstitutionalisierung), Therapeutische Gemeinschaft (Milieuthherapie)
ca. 1995 – heute	Spezialisierung der psychiatrischen Angebote (Individualisierung, «Empowerment»)



Patientenzimmer im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden.

trischen Verhältnisse langsam, aber stetig. Zuerst ersetzten neu entdeckte Psychopharmaka die alten Fieber-, Schlaf- und Insulinkuren. Dann veränderten sich das Milieu und die Atmosphäre in den Kliniken durch eine bessere Schulung von Pflegenden und anderen Berufsgruppen sowie durch das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft. Zur persönlicheren und grosszügigeren Behandlung von hospitalisierten Kranken trug auch die Kritik der Antipsychiatrie bei, vor allem aber das finanzielle Engagement der Kantone und des Bundes ab 1970 bis 1995 bei guter Konjunkturlage. In dieser Zeit mauserten sich die meisten früheren Heil- und Pflegeanstalten zu fortschrittlichen psychiatrischen Kliniken mit besserem Komfort (z.B. Ein- und Zweibettzimmer statt Wachsäle) und verbesserten Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten dank einem Zuwachs an Personalressourcen.

Die verbesserten personellen und finanziellen Möglichkeiten machten auch sozialpsychiatrische Alternativangebote wie Ambulatorien, Tageszentren, Tages- und Nachtkliniken, Wohnheime und mobile Equipen möglich. Die gute Wirtschaftslage erlaubte es zudem in den letzten Jahrzehnten, dem Ideal einer gemeindenahen Psychiatrie näherzurücken. «Gemeindenah» bedeutet, die Betreuung und Behandlung dort anzubieten, wo die psychisch Kranken und ihre Familien wohnen. Heute ist es ein vordringliches Ziel geworden, psychische Krisen möglichst ambulant oder teilstationär aufzufangen und im Falle einer nötigen Hospitalisation möglichst frühzeitig mit den Angehörigen und den niedergelassenen Ärzten zusammenzuarbeiten sowie den Klinikaufenthalt möglichst offen zu gestalten.

Neue Entwicklungen und Herausforderungen

Auf der Basis der gemeindenahen Psychiatrie und der allgemeinen verbesserten Behandlungsmöglichkeiten für psychisch Kranke entwickelte sich in der Psychiatrie – wie vorher bereits in der somatischen Medizin – eine zunehmende Spezialisierung für die immer komplexer werdenden Probleme. So sind weltweit nicht nur Spezialangebote für psychisch kranke alte Menschen (sogenannte Alterspsychiatrie) und für Kinder und Jugendliche (sogenannte Kinder- und Jugendpsychiatrie) entstanden, sondern mit fortschreitendem Wissensstand auch spezialisierte Angebote für Suchtkranke, Psychosekranke, Personen mit Persönlichkeitsstörungen sowie Depressions- und Angstkranke im Erwachsenenalter. An der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich bestehen neben einer sektorisierten Allgemeinpsychiatrie ambulante, teilstationäre und stationäre Spezialangebote für Alters-, Sucht-, Depressions- und Angstkranke sowie zusätzlich eine Frauenstation für traumatisierte Patientinnen mit einer Mutter-Kind-Einheit. Dank dieser Spezialisierung können viele Problemstellungen spezifischer und erfolgreicher angegangen werden.

Spezialisierung am Beispiel Depression

- > Spezifische **Psychotherapieverfahren** für depressive Menschen
 - > psychodynamisch orientiert
 - > cognitive Verhaltenstherapie
 - > interpersonelle Psychotherapie
- > Selektiv wirksame antidepressive **Medikamente**
- > Spezifische Angebote der Physio-/Bewegungstherapie
 - > Ergo-/Musiktherapie
 - > **Rehabilitation**

Doch stoßen heute auch fortschrittliche Hilfsangebote an finanzielle und gesundheitspolitische Grenzen. Dies hat damit zu tun, dass immer mehr Menschen wegen psychischer Schwierigkeiten eine Behandlung suchen. Vor allem Depressionen, Angststörungen, Anorexien (Magersüchte), Substanzabhängigkeiten und Demenzen führen immer häufiger zu ambulanten, aber auch stationären Behandlungen. Dadurch schnellen die psychiatrischen Behandlungskosten in die Höhe. An der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hat sich die Zahl der (immer kürzer) hospitalisierten Patientinnen und Patienten in den letzten 15 Jahren trotz Aufbau vielfältiger ambulanter und teilstationärer Hilfsangebote vervierfacht. Da aber viele chronisch kranke Menschen aus der stationären Behandlung in Wohnheime und betreutes Wohnen entlassen werden konnten, war es

trotzdem möglich, die Bettenzahl im genannten Zeitraum um rund 100 zu verringern. In jüngster Zeit tut sich aber insofern eine Schere auf, als einerseits vor allem von Privatkliniken immer mehr Betten für Zusatzversicherte im Angebot sind, während gleichzeitig Betten für Allgemeinpatienten aus Kostengründen gestrichen werden. Hier stellt sich die Frage, inwieweit sich auch in der Psychiatrie ein Zweiklassensystem entwickelt, mit längeren und häufigeren Spitalaufenthalten von Zusatzversicherten Personen und erschwertem Zugang zur stationären Hilfe für Allgemeinversicherte. Persönlich halte ich dafür, dass Hospitalisationen wenn möglich vermieden werden sollten, wenn sie sich aber als notwendig erweisen, auch mit einer gewissen Geduld zu handhaben sind.

Die moderne akademische Psychiatrie setzt auf Hightech-Methoden, sowohl was die Abklärung betrifft (mittels neuroradiologischen Imaging-Methoden) wie auch was die Behandlung betrifft (z.B. mittels psychopharmakologischen Verfahren). Je mehr allerdings technisch wissenschaftliche Methoden zur Anwendung kommen, desto mehr zeigt sich das Bedürfnis der Menschen nach persönlicher Zuwendung und psychotherapeutischer Hilfe. Zugespielt formuliert kann man sagen: Hightech macht Hightouch umso nötiger. Es gilt also mit anderen Worten, die naturwissenschaftlichen und technischen Errungenschaften der Neuzeit so in die Psychiatrie und in die Gesellschaft einzubinden, dass dadurch die tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen für psychisch Kranke nicht geschwächt, sondern gefördert werden. Das heisst aber auch, psychisch Kranke, wenn immer möglich, als Partner mit eigenen Ressourcen zu sehen und nicht nur als Objekte medizinischer Heilverfahren zu behandeln.

Gerade Betroffenen-Organisationen fordern angesichts der modernen Entwicklung eine subjektorientierte Psychiatrie und einen gleichberechtigten Umgang zwischen professionell Tätigen und Hilfesuchenden. Sie lehnen eine Bevormundung durch Experten in der psychiatrischen Behandlung ab und wünschen sich einen Abbau von Zwang und Gewalt. Es gilt, die vorhandenen oder versteckten Ressourcen von psychisch Kranken auch von professioneller Seite zu unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Empowerment von Menschen mit psychischen Problemen heisst auch, ihre Selbstbestimmung bei aktiven Krisen zu fördern und mit ihnen partnerschaftliche Absprachen zu treffen. Schliesslich sind Professionelle gefordert, so weit wie möglich auch in der Öffentlichkeitsarbeit mit psychisch Kranken zusammenzuarbeiten, um das gemeinschaftliche bzw. politische Empowerment zu fördern.⁴

4 Zur Öffentlichkeitsarbeit vgl. auch den Beitrag von Bianca Kühn in diesem Band, S. 23–36.

Empowerment – ein Anliegen der Betroffenen

Seit ca. 20 Jahren gibt es im deutschsprachigen Raum eine immer grösser werdende Selbsthilfebewegung.

Gemeinsam fordern sie:

- > subjektorientierte Psychiatrie
- > gleichberechtigten Umgang zwischen professionell Tätigen und Betroffenen sowie
- > den Abbau von Zwang, Gewalt und Bevormundung in der psychiatrischen Behandlung

Recovery – ein analoges Anliegen**Was bringt die Zukunft?**

In der heutigen schnelllebigen Zeit sind viele Veränderungen denkbar. Vor allem gilt es aber, das Stigma psychischer Erkrankungen weiter zu verringern und psychisch Kranke versicherungsrechtlich und gesundheitspolitisch gegenüber somatisch Kranken nicht weiter zu benachteiligen.

Eine besondere Herausforderung für die Psychiatrie dürfte es auch sein, der weiteren Funktionalisierung bzw. Instrumentalisierung des Menschen ein Gegengewicht entgegenzusetzen und dem persönlichen Erleben neu Raum zu geben. Die Psychiatrie steht immer in Gefahr, von gesellschaftlichen Interessen vereinnahmt zu werden. Auch heute hofft man, mit technisch-wissenschaftlichen Mitteln psychosoziale Probleme bekämpfen zu können, etwa zu Burn-Out und Depressionen führenden Stress mit Antidepressiva abzufangen. Damit werden aber die grösser werdenden sozialen Probleme wie Arbeitslosigkeit, Vereinzelung, Vereinsamung, Aggressivität und gesellschaftliche Polarisierung nicht gelöst. Psychiatrie und Gesellschaft sind aufgefordert, psychische Störungen als zutiefst menschliche Probleme zu sehen, die einer zwischenmenschlichen Hilfe bedürfen. Leidvolle Gefühle und Empfindungen wie Angst und Bedrücktheit stellen auch einen Aufschrei dar, die Not dieser Menschen wahrzunehmen und die psychischen Wunden eines traumatisierten Lebens nicht nur als Symptom einer Krankheit zu beurteilen.

Zusammenfassung

Weil der Mensch um sich selbst weiss, kann er auch an sich selber leiden. Von solcher seelischer Not zeugen bereits die ersten erhaltenen Schriften der Antike. Doch ist das Verständnis dieser spezifisch menschlichen Leidensform und die Behandlung davon betroffener Personen von kulturellen, sozioökonomischen und wissenschaftlich-technischen Bedingungen abhängig. Diese haben durch die Jahrhunderte einen tiefgehenden Wan-

del durchgemacht. Am Beispiel der Appenzeller Psychiatrie werden die hauptsächlichen Entwicklungslinien des Umgangs mit psychisch Kranken dargestellt. Heute stehen die betroffenen Kranken und ihre Angehörigen, zusammen mit ihren staatlichen Gemeinschaften, vor besonders grossen Herausforderungen, mit ihrer psychischen Not umzugehen. Suchtkrankheiten, Depressionen und Demenzen nehmen tendenziell zu. Zudem gilt es, die naturwissenschaftlichen und technischen Errungenschaften der Neuzeit so in die Gesellschaft und Kultur einzubinden, dass dadurch die tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen für psychisch Kranke nicht geschwächt, sondern gefördert werden. Es genügt nicht, psychisch Kranke nur wie Objekte medizinischer Heilverfahren zu behandeln. Sie sind – bei all ihren seelischen Problemen – auch als eigenständige Partner mit eigenen Ressourcen ernst zu nehmen.