

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1992-1993)

Heft: 39

Artikel: Klinische Psychiatrie : gestern - heute - morgen

Autor: Angst, J.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790414>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.05.2025

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

Klinische Psychiatrie gestern - heute - morgen

J. Angst*

Ich möchte meine persönliche Wahrnehmung der Geschichte der Psychiatrie seit Ende des letzten Weltkrieges darstellen. Gestern bezieht sich also auf die Nachkriegsjahre, heute auf die vergangenen 5 - 10 Jahre und morgen auf die nächsten 10 - 20 Jahre.

Die Psychiatrie von gestern

1947 hatte ich die Gelegenheit, die Psychiatrische Klinik Beverin zu besuchen. Als 21-Jähriger war ich höchst beeindruckt von der Existenz der Isolierzellen. Hier begegnete mir eine erregte schizophrene junge Frau in einer kahlen Zelle, splitternackt, in Verunreinigung und Gestank lebend.

1954 hatte ich eine junge Schizophrene per Flugzeug als Begleiter in die Psychiatrische Universitätsklinik Athen zu überbringen. Sie war vorher in Zürich im Wachsaal in einem Bett untergebracht gewesen. Am Flugplatz von Athen erwartete mich ein kleiner stoppelbärtiger griechischer Bauer, umarmte und verküsste mich, und wir begleiteten die Patientin in die Klinik, wo sie in einer strohbedeckten primitiven Isolierzelle untergebracht wurde.

Einige Jahre später besuchte ich anlässlich eines Vortrages die grösste Klinik Wiens, den "Steinhof", und hatte Gelegenheit, die riesigen Wachsäle für Schizophrene zu sehen und dabei auch die Kinderstation zu besuchen. Hier waren die Kinder innerhalb eines grossen Saales in Netzkäfigen untergebracht, in denen sie mit zusammengeknoteten Leintüchern fixiert waren. Ich selbst fühlte mich dadurch einige Tage lang depressiv.

Die Psychiatrie in Zürich lernte ich als Student 1951, anlässlich eines studentischen Praktikums, erstmals kennen. Es war die grosse Ära der Psychoanalyse, welche allerdings nur extramural etabliert war; ich erinnere an die Namen von C.G.Jung, Medard Boss und Gustav Bally, die alle mehr oder weniger deutlich den Anspruch erhoben, mit Psychotherapie Schizophrenen heilen zu können.

Die schizophrenen Kranken waren im Burghölzli in der Mehrheit auf geschlossenen Stationen untergebracht, die gefährlicheren in Wachsälen oder Einzelzimmern. Der Aufnahme- und Verlegungszwang in ausserkantonale oder andere kantonale Kliniken angesichts der ungeheuren Bettennot machte noch über Jahrzehnte die Existenz von sog. Boden-Betten, d.h. Matratzen auf dem Boden, notwendig. Diese befanden sich zwischen den Betten und mussten jeweils am Morgen weggeräumt werden.

*) Vortrag von Prof. Dr. J. Angst, ärztlicher Direktor der Klinik Rheinau vom 5.9.92 anlässlich der Feier "125 Jahre Klinik Rheinau"

Die psychoanalytischen Behandlungsversuche erschwerten die Situation, herrschte doch die heute obsoleete Ansicht vor, jede Pharmakotherapie würde die Erlebnis- und Einsichtsfähigkeit der Patienten und damit die Psychotherapie-Effekte vermindern. Wenn möglich wurde daher nichts verabreicht, was zu enormen Schwierigkeiten auf den unruhigen Stationen führte und das Personal oft zur Verzweiflung brachte. Die Kranken wurden tagelang isoliert, verschmierten sich und die Wände mit Kot und Urin, und es kam zu gefährlichen aggressiven Ausbrüchen. Das Personal lehnte deshalb zunehmend die externen Psychotherapeuten ab. Schliesslich zeigten Nachuntersuchungen durch Prof. Christian Müller, dass der Spontanverlauf der Schizophrenien durch die Psychotherapie nicht verändert worden war. Damit war der grosse Schwung der psychoanalytischen Bewegung, die damals erneut aus den USA in unsere Klinik zurückgekehrt war, vorbei.

Das Leben der Patienten spielte sich auf den Stationen und in den dazugehörenden Höfen im Freien ab und war durch eine möglichst intensive Arbeitstherapie geprägt. Das Personal war dabei körperlich mittätig, z.B. beim Holzfällen, in der Gärtnerei, in der Gemüserüsterei, in der Glätterei u.s.w.

Auf dem Gebiet der Arbeitstherapie war das Angebot differenzierter als heute. Neu gesellte sich später die Ergotherapie dazu, die eine echte Bereicherung, vor allem für Einzeltherapien brachte. Die Hoffnung jedoch, dass durch kreative Tätigkeit der Krankheitsverlauf wesentlich beeinflusst würde, hat sich nicht erfüllt. Es bestätigte sich aber erneut, dass auch psychotisch Kranke weiterhin kreativ sein können, was zu einer wesentlichen Verbesserung der Haltung gegenüber dem kranken Mitmenschen führte. Die Patienten waren im übrigen einer strengen Tagesordnung unterworfen; das Essen war bescheiden und glich den Mahlzeiten im Militärdienst. Butter zum Frühstück gab es nicht jeden Tag. Ich erinnere mich noch an den Kampf zwischen dem Verwaltungsdirektor und dem Klinikdirektor, weil der erste für eine bessere Verpflegung eintrat, der letztere für Sparsamkeit. Wegen der Gefährlichkeit hatten die Patienten aus Blechnäpfen mit Löffeln zu essen. Die Abgabe von Gabeln wäre zu riskant gewesen.

Das Pflegepersonal hatte sehr hohe Arbeits- und Präsenzzeiten und war "Mädchen für alles", ersetzte die Putzequippe vom Keller bis zum Estrich und war im Zusammenleben mit dem erregten Kranken wesentlichen Risiken ausgesetzt. Es kam zu vielen Tötlichkeiten, und ich erinnere mich, wie eine Schwester im letzten Moment vor dem Erstickten gerettet werden konnte, als eine Kranke ihr den Kopf in den mit Schmierseife gefüllten Putzkessel drückte.

Trotz vieler Misstände war aber das Pflegepersonal hochmotiviert und bestens im Bilde über den Zustand des Kranken. Es kam damals noch nicht vor, dass das anwesende Personal über den Zustand der Kranken in den letzten 24 Stunden nicht genau Bescheid wusste.

Für den Arzt war die Visite ein Spiessrutenlaufen. Auf den unruhigen Stationen hängten sich Kranke wie eine Traube an ihn, zerrten an seiner Schürze, griffen in die Tasche, um die Schlüssel zu entwenden; alle wollten nichts anderes als hinaus.

Die Arbeitszeit der Ärzte mag um etwa 60 Stunden in der Woche gelegen haben, diejenige des Pflegepersonals um ca. 52 Stunden. Die Kommunikation nach aussen war durch Briefzensur für die Patienten, durch hohe Einschränkungen der Besuchsrechte der Angehörigen und durch eine notorische Überlastung des Personals und der Ärzte charakterisiert.

Es war die Zeit der Schlafkuren und Schockbehandlungen. - Die Behandlung von akuten Psychosen erfolgte vorwiegend sedativ durch Applikation von Morphinum und Scopolamin, meistens gemischt mit Barbituraten als Injektionen für Dämmerkuren oder Schlafkuren. Die Immobilisierung führte in vielen Fällen zu somatischen Komplikationen: Thrombosen, Embolien, Zystopyelitiden, Aspirationspneumonien. Fieberhafte Komplikationen und zum Teil Todesfälle kamen vor, weshalb wir, nachdem darüber noch eine Dissertation erstellt worden war, diese Behandlungen 1970 abschafften. Erschütternd waren vor allem die embolischen Komplikationen. Ich erinnere mich an eine junge Frau mit einer postpartalen Psychose. Die Patientin lag eines Morgens, nach einer Thrombo-Embolie, tot in ihrer Zelle.

Elektro-Schockbehandlungen wurden bei Schizophrenen, vor allem aber bei Depressiven, angewendet. Diese Behandlungen waren vor Einführung der Narkose für die Mitpatienten, welche der Behandlung entgegensahen, erschreckend, da sie die initialen Schreie und epileptische Krämpfe der Mitpatienten hinter Paravents mitanhörten.

Komplikationen hatte es vor allem in Form von Kompressions-Frakturen gegeben, die heute durch Muskel-Relaxantien verhindert werden.

Die Insulin-Schock-Kuren waren gefährlich. Gelegentlich waren irreversible Comata, Dezerebrationsstarre oder Todesfälle nicht zu vermeiden; Aspirationspneumonien waren häufig. Die Behandlung wurde abgeschafft, nachdem eine Doppelblindstudie aus England nachgewiesen hatte, dass eine gewöhnliche Barbiturat-Narkose nicht weniger wirksam war als eine Insulin-Coma-Therapie.

Sehr gequält waren die Depressiven. Sie erhielten Opium, Barbiturate, Amphetamin und befanden sich oft monatelang in schwersten depressiven Zuständen, wenn sie keine Elektroschocks erhielten.

Therapeutisch waren Ärzte wie auch das Pflegepersonal vielen Zuständen gegenüber hilflos; es war ein schwerer Beruf, zumal auch die Öffentlichkeit der ummauerten Psychiatrie wenig Unterstützung gewährte.

Seit 1952 haben glücklicherweise die Psychopharmako-Therapie und die Sozialpsychiatrie das Schicksal vieler Kranken entscheidend verändert und die Klinik-Atmosphäre revolutioniert. Die therapeutische Atmosphäre in den Kliniken wurde optimistisch, ja gar enthusiastisch. Zahllose chronisch Schizophrene konnten durch die neuroleptische Behandlung gebessert in Familienpflege, in Übergangseinrichtungen oder nach Hause entlassen werden.

Der Bettenbedarf in der Psychiatrie verminderte sich durch die Verkürzung der Hospitalisierungen und durch die erfolgreichen ambulanten Behandlungen. Wichtig wurden die Langzeit-Medikation mit Neuroleptika bei Schizophrenien und die Lithium-Prophylaxe gegen manisch-depressive Erkrankungen. Der Verlauf der Schizophrenien wandelte sich von einem mehr chronischen zu einem mehr wellenförmigen; noch heute aber entwickelt leider der Grossteil der schizophrenen Erkrankungen bleibende leichte bis schwerere, auch in den Krankheits-Intervallen vorhandene Restsymptome.

Klinische Psychiatrie heute

Heute besteht ein besonderes Problem darin, dass die jungen Mitarbeiter nicht mehr erfahren können, wie unbehandelte Erkrankungen aussehen und daher die Pharmaka-Effekte unterschätzen und Pharmaka als eher unerwünscht betrachten. Dabei basieren viele andere Behandlungsverfahren (Ergotherapie, Gesprächstherapie, Rehabilitationsmassnahmen) auf Medikamenten-Wirkungen und wären ohne diese Grundlage nicht durchführbar.

In den Jahren der Antipsychiatrie wurde im Burghölzli zweimal der Versuch gemacht, auf ruhigen Stationen die Medikation generell abzusetzen. Jedes Mal weigerten sich die Ideologen, diese Experimente wissenschaftlich zu begleiten, denn sie wollten die Wahrheit nicht wissen, die darin bestand, dass manche Kranke schwere Rückfälle erlitten. Diese Beobachtungen sollten nicht registriert und verarbeitet werden. Jeder dieser Absetz-Versuche scheiterte in den ersten Wochen kläglich.

Auch heute noch werden mit guten Absichten, aber ohne genügende Sachkenntnis, Dauerbehandlungen bei chronisch Kranken abgesetzt mit dem Risiko schwerster Verschlimmerungen, die

über viele Jahre nicht mehr aufgefangen werden können. Das Beispiel einer Patientin mag dies illustrieren:

Sie litt an einer schizo-bipolaren Psychose und war wegen ihrer sexuellen Kontakte und Schwangerschaftsgefahr, wegen ihrer chronischen Manie und den daraus resultierenden sozialen Schwierigkeiten dauerhospitalisiert. Der damalige Direktor verlangte die Sterilisation, welche die Patientin verweigerte. Sie wurde bevormundet. Eine Lithium-Dauermedikation führte schliesslich zu einer völligen gesundheitlichen Stabilisierung: Die Patientin wurde entlassen, konnte wieder als mehrsprachige Sekretärin voll arbeiten. Die Bevormundung wurde aufgehoben, der Fahrausweis wieder abgegeben, und die Patientin führte über viele Jahre unter Lithium ein normales Leben.

Sie wurde durch einen Psychotherapeuten behandelt, der eines Tages wohlmeinend die Medikation absetzte. Seither ist die Patientin irreversibel erkrankt; sie wurde vielfach hospitalisiert, hat Wohnung, Fahrausweis und ihr Vermögen verloren. Sie pendelt hin und her zwischen der Klinik und einem Altersheim, in welchem sie als Hilfe angestellt ist. Das Einkommen ist äusserst bescheiden; sie lebt von einer IV-Rente. - Man weiss heute, dass das Absetzen einer Dauerprophylaxe zu irreversiblen Rückfällen führen kann. - Nach den 68iger Unruhen wurden alle Institutionen, so auch die psychiatrischen Kliniken, durch die Medien über Jahre systematisch angegriffen. Psychiatrische Kliniken galten als Psycho-Knast; ein Ausbau der Kinderpsychiatrie in unserem Kanton blieb dadurch auf der Strecke. Die Agitation gegen Chemie und pharmazeutische Industrie hat zu einer tiefgreifenden Verunsicherung der Patienten und Angehörigen geführt. Vergiftungsängste vor medikamentösen Behandlungen sind an der Tagesordnung.

Der Autoritätsverlust der Ärzte allgemein wirkt sich wohl in der Psychiatrie besonders schwerwiegend aus, unterscheiden sich doch psychiatrische Kliniken von den übrigen Spitälern dadurch, dass sie nicht nur Krankenhäuser sondern auch Lebensräume für Patienten mit allen dazugehörenden sozialen Strukturen bilden.

Heute ist die Aufwertung des Pflegedienstes gegenüber dem ärztlichen Dienst voll im Gange; die völlige Unabhängigkeit als weiterer Schritt ist vorauszusehen. Juristisch dürfte diese Entwicklung interessant werden, weil dann auch die Frage der Verantwortlichkeiten für die Behandlung neu geregelt werden muss.

Die 68iger Bewegung mit dem Ruf nach Freiheit und Mündigkeit für die Patienten hatte auch ihr Gutes, ist aber zum Teil über das Ziel hinausgeschossen. Die Patientenrechte wurden aufgewertet, die Pflichten der Patienten aber nicht mehr diskutiert.

Die paranoide Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber der Psychiatrie verstärkte sich. Die Rolle des Arztes als Helfer wurde pervertiert in die Rolle eines Menschen, der Gesunde krank stem-

pelt, sie in psychiatrische Kliniken einsperrt, dort mit Zwangsmassnahmen in der Sowjet-Psychiatrie gegen ihren Willen in ungerechtfertigter Weise behandelt, krank macht, schädigt. - Die Patienten müssten also vor den Institutionen und speziell den Psychiatern geschützt werden. Wäre dies wahr, müssten wir kriminellen Psychiater längst in den Strafanstalten verschwinden. Diese unrealistische Sicht spukt aber noch immer in den Köpfen herum und beeinflusst auch den Gesetzgeber.

Heute sind die psychiatrischen Kliniken dank den somatischen Behandlungsverfahren und den sozial-therapeutischen Massnahmen kleiner und humaner. Die Behandlungsergebnisse wurden aber in den letzten 10 - 20 Jahren nicht mehr stark verbessert; es ist eine deutliche Stagnation eingetreten. Die Entwicklung neuer Psychopharmaka ist zu langsam, weil zu teuer und zu kompliziert geworden. Kontrollierte Untersuchungen über neue Behandlungsverfahren werden durch bürokratische Vorschriften, Sicherheitsbestimmungen, sowie ethische Überlegungen, die nur den Patienten, nicht aber das Problem als Ganzes berücksichtigen, sehr erschwert bis verhindert. Kontrollierte Medikamenten-Prüfungen sind fast undurchführbar geworden.

Damit steigt die Gefahr der Einführung unkontrollierter, nicht wirksamer Behandlungen, die mehr schaden als nützen. Therapie ist heute unsinnigerweise nicht das, was Krankheiten beseitigt, sondern das, was Therapeuten tun, und zwar auf allen Stufen der Betreuung. Es wird dabei zuwenig unterschieden zwischen nötigen Massnahmen, um menschenwürdige Bedingungen für die Kranken in einer Klinik schaffen und den eigentlichen, die Krankheit selbst beeinflussenden Behandlungen. Die letzteren werden dabei vielfach den ersteren im Werte untergeordnet. Die Humanisierung der Psychiatrie scheint wichtiger als die Behandlung der Krankheit.

Die Rolle der Psychiater scheint sich zu pervertieren. In USA bestehen Tendenzen, den Arzt zum unmenschlichen Medikamentenverschreiber zu degradieren, die Psychotherapie den Psychologen oder anderen Helfern inklusive dem Pflegepersonal zu übergeben. Allerdings sind dort auch die psychotherapeutischen Verfahren ins Schussfeld der Kritik geraten. Die zahlreichen erotischen Komplikationen einer intensiven Übertragung haben die Öffentlichkeit wachgerüttelt, ebenso wie die Rechnungen über vieljährige, zum Teil erfolglose Behandlungen von Manisch-Depressiven oder Schizophrenen.

Die Christus-Identifikation der Psychotherapeuten mit dem Anspruch, alle seelischen Krankheiten durch Psychotherapie erfolgreich angehen zu können, ist zusammengebrochen - glücklicherweise. Es handelte sich um eine Utopie ähnlich jener der

Kommunistischen. Der Gründer der Gruppenpsychotherapie, Moreno, verkündete seinerzeit an einem Kongress in Zürich allen Ernstes, den West-Ost-Konflikt damit beheben zu können. Das Paradies auf Erden kann weder durch den Kommunismus, noch die Heilung psychischer Erkrankungen durch Psychotherapie erreicht werden.

Klinische Psychiatrie morgen

Auf dem Gebiete der Psychiatrie ist vorauszusehen, dass die psycho-analytische Technik kaum mehr weiter entwickelt werden kann; die Psychoanalyse selbst befindet sich in einer gewissen Identitätskrise; ihre Anwendung ist im klinischen Bereich nicht durchgedrungen und wird es auch in der Zukunft nicht können. - Hingegen ist in anderen Bereichen der Psychotherapie noch Raum übrig, um modernere, gezieltere und kürzere Behandlungsverfahren einzuführen: Die Verhaltenstherapien aller Schattierungen sind noch zuwenig angewendet und werden in Zukunft wohl in der Behandlung von Ess-Störungen, Angstphänomenen und phobischen Symptomen mehr Bedeutung gewinnen. Möglich und sehr wünschenswert wäre die Einführung der interpersonellen Psychotherapie als eine der grundlegenden Behandlungstechniken seitens von Assistenzärzten und Pflegepersonal. Weiter ausbaufähig und -würdig sind auch Gruppengespräche mit Angehörigen, basierend auf der Expressed-Emotion-Forschung, um für beide Teile, Kranke wie auch Angehörige, das Zusammenleben zu erleichtern und die Rückfallgefahr wirksam zu vermindern.

Sogenannt systemtheoretische Ansätze in der Psychotherapie unter Einbezug der Familienangehörigen bedürfen noch ausgedehnter wissenschaftlicher Überprüfung, bevor sie propagiert und eingeführt werden sollten. Angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist es überhaupt wünschenswert, wenn die Kostenträger vermehrt den Wirkungsnachweis von Behandlungen aus wissenschaftlicher Sicht fordern, bevor sie dafür aufkommen. Politisch herrscht zurzeit leider diesbezüglich eher eine umgekehrte Strömung. Unüberprüfte paramedizinische Verfahren werden hochgejubelt und wenn möglich auch finanziert. Der Ausrede, dass gewisse Behandlungen wissenschaftlich nicht überprüft werden können, ist kein Glaube zu schenken; dasselbe haben uns über lange Zeit die Psychotherapeuten wie auch die Astrologen einzureden versucht, bis ihre Verfahren teilweise doch überprüft worden waren.

Die soziotherapeutischen Einrichtungen werden künftig vielleicht noch etwas differenziert werden, sind aber derart weit ausgebaut, dass keine besonderen Durchbrüche mehr zu erwarten sind. Im Gegenteil werden die Schwierigkeiten der Sozialpsychiatrie angesichts der zunehmenden Arbeitslosigkeit und Überbevöl-

kerung sowie dem vor allem daraus resultierenden Wohnraum-mangel eher grösser werden; die sozialpsychiatrischen Dienste werden sich künftig also wachsenden Schwierigkeiten gegenübergestellt sehen.

Noch in voller Entwicklung stehen die somatischen Behandlungsverfahren. Die Grundlagenforschung liefert wöchentlich neue Ansatzpunkte für künftige therapeutische Entwicklungen. Man schätzt, dass künftig noch Tausende von verschiedenen Rezeptoren für Neurotransmitoren identifiziert werden. Schon jetzt ist hier eine stürmische Entwicklung angelaufen, und die pharmazeutische Industrie ist daran, immer gezielter wirkende Stoffe zu entwickeln, so dass auch mehr systemspezifische hirnlokale pharmakologische Wirkungen erreicht werden können. Gleichzeitig werden dadurch die Nebenwirkungen vielfach vermindert. Es ist dabei weniger zu erwarten, dass bestimmte Krankheiten gezielt behandelt werden können, als vielmehr bestimmte Verhaltensmuster z.B. depressive Syndrome, aggressives Verhalten, Zwänge, sexuelles Verhalten, kognitive Leistungen, Gedächtnis, Stresstoleranz, belohnende Wirkung von Suchtstoffen.

Diese Entwicklungen werden von höchster Bedeutung sein, z.B. auf dem Gebiet der Aggression. Die zunehmende Gewalttätigkeit in unserer Gesellschaft, welche ein bedrohliches Mass annimmt, wird sich wie in anderen Ländern künftig auch in der Psychiatrie auswirken. In den Kliniken wird die Gewalttätigkeit steigen. Es bestehen aber gute Aussichten, diesbezüglich spezifischere Medikamente zu entwickeln. Die gestiegenen Selbstmordraten stehen in Beziehung mit der Aggression und dem Ansteigen des Suchtverhaltens in der Bevölkerung; aggressionsdämpfende Stoffe haben daher potentiell auch einen Einfluss auf die Selbstmordraten.

Wichtig wären im Suchtbereich Rezeptorenblocker, welche z.B. als Depot verabreicht, über Wochen den psychischen Belohnungsmechanismus von Suchtstoffen blockieren. Auf diese Weise könnte das Suchtverhalten chemisch verhindert werden.

Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung stimuliert die Erforschung des Morbus Alzheimer, in der Neurologie wie in der Psychiatrie. Die grossen Anstrengungen auf diesem Gebiet werden, wenn wir Glück haben, in den nächsten 10 - 20 Jahren Verbesserungen bringen. Hier sind allerdings die Erfolgschancen kleiner als in den übrigen erwähnten Bereichen.

Für die Prophylaxe psychischer Erkrankungen, der Süchte wie auch der Rückfall-Prophylaxe von Psychosen, wäre eine Erhöhung der Stresstoleranz von grosser Bedeutung. Diese ist in der heutigen Verwöhnungs- und Anspruchs-Gesellschaft niedrig, vor allem bei Jugendlichen. Es ist aber zweifelhaft, ob hier mit chemischen Mitteln eingegriffen werden soll, um Missstände, die

eigentlich gesellschaftlicher Genese sind, zu lösen. Die Forschung der nächsten Jahrzehnte wird sich sehr stark der Entwicklung des gesunden Menschen widmen unter ausgesprochener Berücksichtigung von Geschlechtsdifferenzen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird damit der Erwachsenen-Psychiatrie nähergerückt. Die Studien an Schizophrenen und manisch-depressiven Erkrankungen, wie auch alle Suchtstörungen, werden so durch intensive Frühuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter ergänzt werden. Die diesbezügliche Forschung ist schon intensiv angelaufen, und es ist zu hoffen, dass aus dieser Sicht wichtige Ergebnisse für die Vorbeugung gewonnen werden können.

Wir leben in einem Zeitalter der Menschenrechte. Dies wirkt sich nur zum Teil positiv auf die Psychiatrie aus. Es ist vorauszu-sehen, dass eines Tages Richter nicht nur über Zwangshospitalisierungen sondern auch Zwangsbehandlungen zu entscheiden haben. Im Moment sind die diesbezüglichen Entscheidungskriterien aus ethischer Sicht kurzschlüssig, sie berücksichtigen nur individual-ethische Gesichtspunkte.

In den USA werden Prozesse auch über verweigerte Behandlungen durchgeführt; z.B. musste eine Klinik eine hohe Entschädigungssumme an einen hospitalisierten depressiven Arzt bezahlen, weil ihm die medikamentöse Behandlung zugunsten einer Psychotherapie verweigert wurde. Die Nichtanwendung einer international anerkannten somatischen Behandlung kann Anlass zu einer erfolgreichen Haftpflicht-Klage sein.

Wir befinden uns vor der paradoxen Situation, dass die Behandlungsverfahren besser werden, sie aber immer weniger zur Anwendung kommen können. Zurzeit wird der Urteilsfähigkeit von Kranken praktisch kaum Bedeutung geschenkt. Süchtige, welche wesensverändert und daher nicht voll einsichtsfähig sind, werden nach Abklingen der Entzugerscheinungen als hinreichend urteilsfähig angesehen, um sofort die Freiheit zu erhalten, Freiheit, um die Sucht fortzusetzen und sich letztlich doch zu ruinieren. Ähnlich steht es um Psychotiker, seien es Schizophrene oder Maniker. Alle gesundheitlichen und sozialen Schäden werden in ihrer Bedeutung dem Menschenrecht nach Freiheit untergeordnet. Dies geschieht sehr oft nicht nur zum Schaden des Patienten, sondern auch zum Schaden der Angehörigen und letztlich der Gesellschaft.

Die Suizide von zuwenig behandelten, zu früh entlassenen oder nicht mehr weiterbehandelten Patienten sind drastisch angestiegen. Die Suizide werden aber, da sie nur einzelne Kranke betreffen, zugunsten der Freiheit von vielen in Kauf genommen.

Diese ungünstigen Perspektiven beruhen wohl auf einer weltweit ungelösten ethischen Problematik, die West und Ost ge-

spalten hat. Die östliche Ethik war eine kollektive Ethik, welche die gesellschaftlichen Interessen den individuellen überordnete, die westliche Ethik ist eine Individualethik, welche die individuellen Interessen den gesellschaftlichen überordnet. - Die kommunistische Ideologie ist zurecht zusammengebrochen und damit ist auch die kollektive Ethik vorläufig liquidiert.

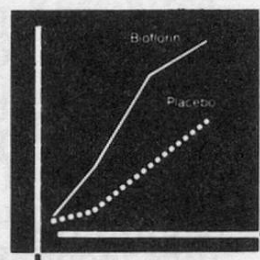
Ich glaube aber, dass weder die eine noch die andere Ethik den Allein-Gültigkeitsanspruch hegen darf. Ich bin der Meinung, dass eine zukunftsgerichtete höhere Ethik beide Aspekte berücksichtigen müsste: Egoismus ist ebenso schlecht wie Kollektivismus. Wir haben dieses Problem nicht gelöst, und es ist auch nicht ins Bewusstsein unserer Ethiker gedrungen. Solange dies nicht der Fall ist und die Gesellschaft derartige Überlegungen nicht nachvollziehen kann, werden die Juristen nur das ausführen, was politisch opportun erscheint. Aus medizinischer und menschlicher Sicht werden daher in den nächsten Jahren die Entwicklungen ethisch weiter problematisch bleiben.



Bioflorin®

Lebende Enterokokken.
Stamm SF 68.

®



Wenden Sie sich bitte an das
Schweizer. Arzneimittelkompen-
dium oder verlangen Sie die
ausführliche Dokumentation.



Giuliani S.A., 6976 Lugano-Castagnola
Pharmazeutische Spezialitäten
auf natürlicher Basis für Ihre Leader-Therapie

GIULIANI