

22 Jahre Psychiatrie in Wil

Abschiedsvortrag von Dr. Fred Singeisen
im Aerzteverein Hygiea
am 24. Januar 1974

Am 1. September 1951 habe ich die ärztliche Leitung dieser Klinik übernommen. Sie hiess damals noch Asyl Wil und beherbergte über 1000 Kranke. Es war eine grosse und nicht leichte Aufgabe, die mich in meinem Unternehmungsgeist und Optimismus gelockt hatte. Wenn ich vorhabe, demnächst die Leitung der Klinik zwei bestens ausgewiesenen jüngeren Kollegen zu überlassen, sehe ich mich veranlasst, Ihnen, verehrte Kollegen, Rechenschaft abzulegen über unsere Arbeit und die Veränderungen an unserer Klinik in den vergangenen zwei Dezennien, und zugleich mit Ihnen auch einen Blick auf die Entwicklung der Psychiatrie im allgemeinen zu werfen. Es scheint mir, dass die Psychiatrie manchmal als medizinisches Fach nicht so ganz ernst genommen, dafür umso grösseren Vorurteilen und Kritik ausgesetzt wird. Sie wird stiefmütterlich behandelt, wenn es an die Finanzen des Staates geht. Wir Psychiater selbst neigen angesichts spektakulärerer Erfolge anderer medizinischer Sparten zu Minderwertigkeitsgefühlen und meinen, unser Fach sei ein Spätentwickler, der sich erst in jüngerer Zeit über Fortschritte und therapeutische Erfolge ausweisen könne. Tatsächlich hat die Psychiatrie ihre eigene Entwicklung gehabt und länger gebraucht, um sich aus den Fesseln eines magischen und moralistischen Denkens zu befreien. Human gesinnte Aerzte mit Hingabe an ihre Aufgabe und für ihre Zeit bereits fortschrittliche Einrichtungen für Geisteskranke hat es immer gegeben, schon in vorchristlicher Zeit, dann im 15. Jahrhundert in Spanien. Wir denken auch an den Wagemut eines PINEL, der Ende des 18. Jahrhunderts in der Pariser Salpêtrière elend untergebrachte Geisteskranke aus ihren Fesseln befreite und sich mit grossem Verständnis in

das Wesen der Geisteskrankheiten vertiefte.

Als Befürworter des no restraint ist der englische Psychiater CONOLLY im 19. Jahrhundert bereits ein Vorläufer unserer heute weitgehenden Liberalisierung der klinischen Psychiatrie gewesen.

Bei meinem Anfang in Wil hatte die Zeit der aktiven medizinischen Behandlung Geisteskranker bereits lange begonnen. In den Zwanzigerjahren hatte WAGNER v. JAUREGG mit der Malaria-Fieberbehandlung der damals häufigen progressiven Paralyse erstmals eine erfolgreiche körperliche Behandlung einer schweren Geisteskrankheit gefunden. KLAESI hatte die Dauer-schlafbehandlung Schizophrenier eingeführt. Grosse Hoffnungen erweckte anfangs der Dreissigerjahre die Insulinschockkur des Wiener Psychiaters SAKEL und bald darauf nicht weniger die Krampfbehandlung von MEDUNAs (mit Cardiazol) und CERLETTIs (mit Elektroschock). Man neigte bereits weitgehend zur Ueberzeugung, mit der Insulinkur sei nicht nur die momentan wirksamste, sondern sogar kausale Therapie der Schizophrenie gefunden, - ohne dies allerdings theoretisch begründen zu können. Andere Psychiater, wie zum Beispiel MANFRED BLEULER, waren in dieser Hinsicht skeptischer, wenn sie auch den praktischen Wert der neuen Methode durchaus anerkannten. In den Vierzigerjahren wurde der hirnochirurgische Eingriff der praefrontalen Leukotomie des portugiesischen Psychiaters EGAS MONIZ zur Behandlung schwerst seelisch Kranker eingeführt. Zumindest in der Schweiz wurde sie freilich nur in desolaten Fällen angewandt, dann aber bisweilen mit Erfolg, kostete den Patienten jedoch meist eine Einbusse an geistiger Regsamkeit und Differenziertheit. Wegen dieser Kehrseite des irreversiblen, hirnschädigenden Eingriffes waren schon immer Bedenken gegen die Methode erhoben worden, und wir sind froh, sie heute durch andere Therapiemöglichkeiten ersetzt zu wissen.

Die Bestrebungen, die Kranken in Anstalten mit mehr Freiheit zu behandeln, gehen auf Jahrzehnte zurück. Bereits hatte man begonnen, die verschlossenen Türen psychiatrischer Krankenabteilungen zu öffnen, den Kranken mehr Bewegungsfreiheit zu gewähren, ja sie auch auswärts zur Erwerbsarbeit gehen zu lassen.

Neben der vermehrten therapeutischen Aktivität innerhalb der Heilanstalten entfaltete sich die Psychiatrie extra muros für die grosse Zahl Nervöser, die ambulanter Beratung und Hilfe bedürfen. Die meisten psychiatrischen Anstalten der Schweiz hatten schon Beratungsstellen eingerichtet, die Universitätskliniken psychiatrische Polikliniken, die zunehmend stärker frequentiert wurden und die Tätigkeit der frei praktizierenden Psychiater ergänzten und nicht konkurrenzierten.

So war die Situation der Psychiatrie in der Schweiz bei meinem Antritt 1951. Es galt damals in Wil, den Anschluss an die Entwicklung zu finden. Was wurde seither erreicht? Welche Entwicklungen und Wandlungen haben sich in der Psychiatrie überhaupt vollzogen? Mir scheinen folgende Gesichtspunkte bemerkenswert:

1. Die Liberalisierung der seelischen Krankenbehandlung in der therapeutischen Gemeinschaft
2. Die Einführung der modernen Psychopharmaka
3. Die Sozialpsychiatrie
4. Neuere wissenschaftliche Erkenntnisse in der Ursachenforschung.

Ein Hauptmerkmal sehe ich in der Durchdringung der Klinik mit Psychologie und Psychotherapie. Den Geisteskranken in seiner Verhaltensweise zu verstehen und ihm gerecht zu werden, die verbliebenen gesunden Teile seiner Persönlichkeit zu fördern, war schon das Bestreben früherer Psychiatergenerationen.

Seither haben wir jedoch viel hinzugelernt, um die Ausdrucks- und Verhaltensweisen des Gesunden, aber auch des Geisteskranken in ihren tieferen, unbewussten Motiven zu verstehen. Die Psychoanalyse SIGMUND FREUDs hat hier grundlegende Erkenntnisse gebracht. Sie verhilft uns zum Verständnis einer Fehlehandlung, eines Traumes des Gesunden oder des Wahnes, der Halluzination beim Geisteskranken. Ihr Gedankengut ist entsprechend unserer Auffassung bei uns in die klinische Psychiatrie integriert. Die psychodynamische Betrachtungsweise eröffnet erst den vollen psychotherapeutischen Zugang zu den Kranken, zum Schizophrenen, der von unbewältigten inneren Konflikten gequält, sich in schreckliche Isolierung und Vereinsamung zurückgezogen hat.

Wir haben zudem gelernt, dass Psychosen und andere seelische Störungen zwar auf anlagemässigen Dispositionen entstehen, aber wesentlich mitbedingt werden durch soziale, namentlich familiäre Faktoren. Ebenso hängt es zu einem guten Teil vom Milieu ab, in das der Kranke zurückkehrt, ob er sich unter seinen Mitmenschen und den Lebensanforderungen wieder zurechtfindet und geheilt bleibt. Die Konsequenzen dieser Erfahrungen haben umwälzende Änderungen in der bislang geübten psychiatrischen Krankenpflege herbeigeführt. Früher war es das Hauptanliegen, den Kranken in der Heilanstalt zu überwachen, zu behüten, fürsorglich zu pflegen, zu beruhigen. Man strebte Ruhe, Ordnung und Disziplin an. Diese Art der Krankenpflege mochte zwar, da einfach in Vorschriften zu fassen, dem Pflegepersonal leichter gefallen sein. Für die Kranken selbst ist sie nachteilig; denn dadurch, dass man dem Kranken buchstäblich alles abnimmt, begünstigt man seine Regression zur Passivität und den Verlust der Selbständigkeit und der Beziehungen zur Aussenwelt. Diese Art der Pflege birgt die Gefahr des seelischen Hospitalismus in sich, auch Anstaltssyndrom genannt, darin bestehend, dass die Kranken

der Resignation verfallen, sich in sich selbst zurückziehen oder absonderliche Verhaltensweisen annehmen, die nicht nur Auswüchse der Krankheit, sondern ebenso sehr des schädlichen Milieus der Krankenabteilung in einem grossen Kollektiv Mitkranker sind.

Heute dringen wir darauf, den Kranken schon früh zu mobilisieren und engagieren, indem wir ihm Kontakte in der Gemeinschaft und zur Aussenwelt schaffen, seine Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit nicht verkümmern lassen, sondern vielmehr anregen und auf diese Weise bereits seine soziale Wiedereingliederung anbahnen.

Auf dieses Ziel hin streben wir für die Kranken ein therapeutisch günstiges Milieu an, das besser in kleinen, höchstens 30, lieber nur 20 Kranke beherbergenden Abteilungen als in den häufig noch zu grossen zu finden ist. Als Vorbild schwebt uns das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft vor. Dieser Begriff stammt vom schottischen Psychiater MAXWELL JONES und gründet auf den Erfahrungen mit therapeutischen Gruppen. Er besagt, dass an der Behandlung der psychiatrischen Patienten neben dem Arzt eine ganze Arbeitsgemeinschaft spezialisierter Mitarbeiter, auch die Gruppe der Mitkranken, das Klinikmilieu überhaupt, ja sogar in einem weiteren Sinn die Gesellschaft gesunder Mitmenschen beteiligt ist. Darum pflegen wir an unserer Klinik die enge Zusammenarbeit von Aerzten, Schwestern, Pflegern, Psychologen, Beschäftigungstherapeutinnen und Sozialarbeitern, und schätzen besonders auch die Mitwirkung des Seelsorgers.

Die Beschäftigungs- oder Ergotherapie hat heute eine wichtige Bedeutung. Die Therapeutinnen mit Spezialausbildung sollen sich möglichst frühzeitig schon mit dem Akutkranken beschäftigen. In individuell angemessener Weise mit Zeichnen, Malen, Modellieren, Flechten soll der oft von chaotischen, unwirk-

lichen Ideen erfüllte Kranke durch die Objekte seiner Tätigkeit sich wieder an der Aussenwelt orientieren und wieder Beziehungen zur Realität finden. Die Beschäftigungstherapie lässt der individuellen Eigenheit und Phantasie des Kranken Spielraum, bestätigt ihm seinen Selbstwert, und - da meist in der Gruppe angewendet - fördert sie auch das Gemeinschaftsgefühl.

Die altbewährte, aber nach den neueren Anforderungen modernisierte Arbeitstherapie ist meist einem späteren Behandlungsverlauf vorbehalten. Gleichförmiger, und oft serienmässig auf Produktion ausgerichtet, hat sie für die Kranken die Bedeutung einer Leistungsübung auf die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben hin. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind die eigens dafür ausgebildeten Spezialisten für die sozialen Lebensprobleme in Familie, Arbeit und Beruf und darum für die Wiedereingliederung des Kranken. Ihnen obliegt die Aufgabe, schon frühzeitig mit dem Kranken Beziehung aufzunehmen, seine individuellen Verhältnisse abzuklären und im gegebenen, vom Arzt zu bestimmenden Zeitpunkt seine Klinikentlassung und Wiedereingliederung ins sogenannte gesunde Leben vorzubereiten.

Arzt, Psychiatrieschwester oder -pfleger, Beschäftigungstherapeuten und Sozialarbeiter bilden das therapeutische Team, das heisst eine Arbeitsgruppe, die sich regelmässig zu Besprechungen über ihre gemeinsamen Patienten zusammenfindet. Diese Besprechungen werden möglichst ungezwungen, kollegial, ohne hierarchische Rangordnung im freien Meinungs Austausch geführt.

In besonderer Weise haben wir das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft an unserer Klinik in einer kleinen gruppenpsychotherapeutischen Abteilung verwirklicht, in der bis zu 15 Patienten beiderlei Geschlechts in Hausgemeinschaft zusammenwohnen und arbeiten. Eine Psychoanalytikerin hält regelmässig

therapeutische Sitzungen ab mit der Gruppe, in welchen die innere Problematik der Patienten bearbeitet wird. Ebenfalls regelmässig hält der Abteilungsarzt mit der Patientengruppe Besprechungen ab, die sich mehr auf die äusseren Gegebenheiten und Probleme beziehen. Arzt, Psychoanalytikerin, Psychiatrieschwester und -pfleger dieses Hauses halten unter sich auch regelmässige Besprechungen ab. Es gilt eine feste, aber tolerant gehandhabte Hausordnung, die den Patienten ziemlich viel Freiheit und eigene Verantwortung lässt. Diese Abteilung, mit der wir neue Wege in der klinischen Psychiatrie beschritten haben, feiert ihr 10-jähriges Bestehen.

Parallel mit der Entwicklung aller dieser gemeinschafts-therapeutischen Arbeitsweisen hat sich das Führungsprinzip gewandelt. Die patriarchalische Autorität des Anstaltsdirektors existiert längst nicht mehr. Solche Autoritätsformen sind in unserer Zeit ja ohnehin fragwürdig geworden. Wir führen die Klinik heute demokratisch, kollegial und schätzen die Mitsprache und eigene Meinungsbildung unserer Mitarbeiter. Für unsere Patienten streben wir grösstmögliche Freiheit und Toleranz innerhalb gewisser unvermeidlicher Ordnungsgrenzen an. Die Mehrzahl unserer Krankenabteilungen hat offene Türen. Freie Ausgänge, Urlaube werden freizügig gewährt. Viele Patienten erhalten die Möglichkeit, tagsüber an auswärtige Arbeitsstellen zu gehen. Die Klinik ist für sie zur Nachtklinik geworden, die ihnen noch ärztliche und pflegerische Betreuung sichert, bis die vollständige Entlassung erfolgen kann.

Die Entwicklung einer so freiheitlichen, auf Gemeinschaft und Kontakt gerichteten Krankenbehandlung ist jedoch in ihrem ganzen Ausmass erst möglich geworden durch die modernen Psychopharmaka, deren Einführung seit 1953 eine ungeahnte Wende in der klinisch-psychiatrischen Therapie

gebracht hat. Unsere Klinik war damals eine der ersten der Schweiz, die das Largactil bei Schizophrenen und andern erregten Kranken anzuwenden begann. Die Erfolge waren eindrucklich, sowohl bei akuten als auch bei chronisch gewordenen Patienten. Selbst jahrelang unruhige Kranke wurden ruhiger, ja entlassungsfähig. Im Verlaufe des Jahres 1954 konnte folglich der Patientenbestand von 1000 auf 908 gesenkt werden. Was die Insulinkuren und Elektroschockkuren nicht in dem Ausmasse vermochten, wurde durch die breite Anwendung der Psychopharmaka erreicht, nämlich eine weitgehende Aenderung der Verhältnisse auf den psychiatrischen Krankenabteilungen. Vermutlich wissen nur noch die wenigsten unter uns, wie entsetzlich die Verhältnisse nicht nur in Wil, sondern in den meisten psychiatrischen Anstalten auf unruhigen Abteilungen waren, wo schwer erregte, lärmende, unsaubere Geisteskranke untergebracht waren. Solch schlimme Bilder früherer Anstaltspsychiatrie haben bekanntlich ihre literarischen Niederschläge gefunden, wie etwa im amerikanischen Buch und Film "Die Schlangengrube", etwas weniger drastisch und von einer spannenden Kriminalgeschichte durchzogen in FRIEDRICH GLAUSERs ebenfalls verfilmten Roman "Matto regiert".

Seither gibt es Psychopharmaka in nicht mehr übersehbarer Zahl verschiedenster Markenpräparate. Ihnen allen sind diese Medikamente bekannt, die einen mit antipsychotischer, andere mit antidepressiver Wirkung. Durch die medikamentöse Sedierung und Entspannung werden die Kranken wieder fähig, an ihrer Umwelt teilzunehmen, sodass sie auch psychotherapeutisch zugänglicher werden. Wir müssen uns allerdings bewusst sein, dass auch die Psychopharmaka eine Schizophrenie kausal nicht zu heilen vermögen. Sie wirken aber auf die Symptome der Krankheit und vermögen diese häufig zum Verschwinden zu bringen. Die hinsichtlich Komplikationen viel riskantere Insulinkur ist bei uns völlig durch die Anwendung der Psychopharmaka verdrängt worden. Auch der Elektroschock wird bei uns nur

noch in sehr seltenen Ausnahmefällen angewendet. Dank der Antidepressiva können wir meistens auf ihn verzichten. Besonders wertvoll sind die Psychopharmaka auch in der Nachbehandlung von aus der Klinik entlassenen Patienten. Viele sozial eingegliederte Kranke sind nur unter fortgesetzter Medikation vor Rezidiven sicher. Die Psychopharmaka haben ein Teilgebiet psychiatrischer Therapie auch den Aerzten der Allgemeinmedizin geöffnet.

Die intensiveren Bemühungen um die Patienten stellen selbstverständlich erhöhte und vielseitigere Ansprüche an unsere Psychiatriseschwestern und -pfleger. Dementsprechend, wurde das Ausbildungsniveau unserer Schule für Psychiatrische Krankenpflege im Laufe der Jahre stark gehoben. Sie war übrigens unter den ersten Psychiatrie-Schulen der Schweiz, die vor sechs Jahren die Anerkennung des Roten Kreuzes erhielten.

Es steht bereits fest, dass durch die moderne Psycho- und Pharmakotherapie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer seelisch Kranker in der Klinik verkürzt wird. Wir haben auch berechtigte Hoffnung, dass wir mehr seelisch Kranke, insbesondere Schizophrene, als früher vor der Chronifizierung bewahren können.

Wenn von der freiheitlichen Psychiatrie der offenen Tür die Rede war, so besteht die offene Tür auch noch in einem andern Sinne, nämlich in der Entfaltung der psychiatrischen Tätigkeit extra muros. Offen ist die Klinik auch als Ambulatorium für die immer zahlreicher werdenden Menschen mit neurotischen oder psychosomatischen Störungen, mit Depressionen und vielerlei andern Schwierigkeiten, Patienten, die nicht stationär aufgenommen werden müssen, jedoch der Abklärung, Beratung und Behandlung in der Sprechstunde bedürfen. Das Bedürfnis

nach ambulanter psychiatrischer Behandlung hat sich in den letzten Jahren immer mehr bemerkbar gemacht, ohne dass ihm genügend entsprochen werden konnte.

Die Einrichtung ambulanter Sprechstunden durch unsere Klinik begegnete anfänglich Schwierigkeiten. Ich erinnere gerne daran und möchte bei der heutigen Gelegenheit besonders dankbar hervorheben, dass der Aerzteverein HYGIEA unsere Bemühungen in dieser Hinsicht unterstützte, indem er vor vielen Jahren schon die ambulante psychiatrische Tätigkeit der Klinik Wil ausdrücklich als einem allgemeinen Bedürfnis entsprechend und erwünscht erklärte.

Seither haben Regierung und Grosser Rat die Vorlage einer aktiven Gesundheitspolitik angenommen, wobei der Einrichtung sozialpsychiatrischer Beratungsstellen Priorität gegeben wurde. Damit wurde die formale Basis für die Schaffung regionaler Beratungsstellen für Erwachsene wie auch für Kinder und Jugendliche geschaffen. Vor einigen Monaten hat eine solche Institution in Wattwil ihre Arbeit begonnen. Heute vor zwei Wochen haben wir eine solche in St. Gallen für die Stadt und die Region eingeweiht. Diese Stellen haben privatrechtliche Vereine als Träger. In ihnen sind Sozialarbeiter tätig; die kantonalen psychiatrischen Kliniken stellen Aerzte für die psychiatrischen Sprechstunden zur Verfügung. Nach der Neubestellung der Klinikleitung wird der sozialpsychiatrische Aussendienst unserem Kollegen Dr. Nüesch als stellvertretenden Chefarzt übertragen.

Für die Zukunft ist überall ein weiterer Ausbau sozialpsychiatrischer Einrichtungen vorauszusehen, wie sie in verschiedenen Schweizer Kantonen und vor allem im Ausland schon bestehen. Die psychiatrische Tätigkeit in Ambulatorien dürfte vermutlich eine zentrale Bedeutung erhalten. In vermehrtem Masse werden Kranke, die bis jetzt in die Klinik auf-

genommen werden mussten, ambulant behandelt werden können, andere werden früher aus der Klinik in ambulante Nachbehandlung entlassen werden können, folglich ist eine Entlastung der stationären Kliniken zu erwarten, sodass die überdimensionierten zu kleineren Kliniken reduziert werden können. Kleinere Kliniken und Krankenabteilungen aber gewährleisten ein besseres therapeutisches Milieu für die Kranken. Zu den weiter auszubauenden Einrichtungen der Sozialpsychiatrie gehören auch Nachtkliniken, Tageskliniken, kleinere Wohn- und Uebergangsheime, sowie Familienpflege.

Für die Kollegen der Allgemeinmedizin sehen wir noch vermehrte Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit der Psychiatrie, wenn unsere regionalen Beratungsstellen einmal ausgebaut sein werden. Was die so häufigen seelischen Probleme der Patienten in der Allgemeinpraxis angeht, haben wir in Wil ja schon versucht, uns den Kollegen im Rahmen einer BALINT-Gruppe zur Verfügung zu stellen.

Wenn wir die Gesamtheit der Kranken betrachten, die während der 22 Jahre in unsere Klinik aufgenommen wurden, so stellen wir fest, dass der zahlenmässige Anteil der endogenen Psychosen, wie kaum anders zu erwarten, gleich geblieben ist. Dies entspricht der allgemeinen Erfahrung der gleichbleibenden Erkrankungshäufigkeit an Schizophrenie von 1 % der Gesamtbevölkerung. Häufiger geworden sind jedoch neurotische Störungen, reaktive Depressionen, soziale Anpassungsstörungen, Verwahrlosungen, Suchtkrankheiten, namentlich Missbrauch von Alkohol, aber auch Missbrauch von Schmerz- und Schlafmitteln. Toxikomanie mit Betäubungsmitteln hatte dagegen an unserer Klinik stets nur eine untergeordnete Rolle gespielt. Völlig neuartig war dann das wie eine Welle auf unser Land zukommende Ueberhandnehmen des Drogenmissbrauchs Jugendlicher, offensichtlich ein der Besonderheit gegenwärtiger Zeitumstände erwachsenes Phänomen. Die Behandlung drogenabhängiger

und meist auch verwahrloster Jugendlicher übersteigt die Möglichkeiten einer in erster Linie erwachsenen Geisteskranken dienenden psychiatrischen Krankenabteilung. Sie bleibt am besten eigens dafür eingerichteten gruppentherapeutischen Einrichtungen vorbehalten.

Die Therapiestation "Bergli" in Unterrindal für Drogenabhängige wird nun in diesem Frühling eröffnet werden können, nachdem das Personal dafür endlich gefunden werden konnte.

Ein bedrückendes ungelöstes Problem für unsere Klinik und weit über diese hinaus ist heute bekanntlich die rechtzeitige Unterbringung schwer pflegebedürftiger, verwirrter alter Patienten, deren Zahl ungeheuer zunimmt.

Die Zeitspanne von über 20 Jahren hat selbstverständlich in der psychiatrischen Wissenschaft viele bedeutende neue Forschungsergebnisse gebracht. Zwar kann sich unsere Klinik nicht über eine grosse wissenschaftliche Publizität ausweisen, doch darf erwähnt werden, dass von mehreren Mitarbeitern und von mir selbst Arbeiten verfasst wurden. Mit umso grösserem Interesse haben wir die Entwicklung der wissenschaftlichen Psychiatrie verfolgt. Aus der Fülle der Ergebnisse greife ich das mir besonders aktuell scheinende Thema der Ursachenerforschung der Schizophrenie heraus.

1957 fand in Zürich der internationale Kongress für Psychiatrie statt, der ausschliesslich dem Problem der Schizophrenie gewidmet war. Damals standen sich noch zwei stark gegensätzliche Auffassungen gegenüber, die eine von der zwar nie bestätigten körperlichen Ursache, die andere von der psychologischen Erklärung der Schizophrenie, die Somatiker und die Psychiker. Bereits am Kongress schienen sich Tendenzen zur Ueberbrückung zwischen den extrem verschiedenen Auffassungen abzuzeichnen. Seither hat die Familienforschung

insbesondere auch an Zwillingen, an Adoptivkindern und auf andern Gebieten eine Fülle wichtiger Ergebnisse zusammengetragen. Unter den namhaftesten Schizophrenieforschern der jüngsten Zeit ist besonders MANFRED BLEULER hervorzuheben. Er hat seine über Jahrzehnte währenden persönlichen Beobachtungen an Schizophrenen unter Bezugnahme auf die vielen andern Autoren in seinem 1972 erschienenen, umfassenden Werk über "Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten" ausführlich und überzeugend dargestellt. Seine bedeutsamen Folgerungen sind: die Annahme, dass der Schizophrenie eine körperliche Störung zugrunde liege, konnte durch alle bisherigen Untersuchungen nicht bestätigt werden. Sicher spielen aber vererbte Dispositionen eine Rolle, nur handelt es sich dabei nicht um den Mendel'schen Erbgang eines oder mehrerer schizophrenie-spezifischer Gene, sondern vielmehr um eine Disharmonie an sich gesunder, aber in unglücklicher Mischung von Eltern vererbter Entwicklungsbereitschaften. Infolge dieser entwickelt sich die Persönlichkeit des später schizophren Erkrankten uneinheitlich, innerlich widersprüchlich, was in seiner Umgebung Reaktionen auslösen kann, die wieder ungünstig auf ihn zurückwirken. Ungünstige, widersprüchliche Einflüsse von aussen verstärken die Dysharmonie des Ichs, das darum weniger tragfähig ist, mit Lebensschwierigkeiten fertig zu werden. Unter späteren Belastungen können die so entstandenen Erkrankungsdispositionen als Psychose durchbrechen.

BLEULERS Auffassung, von ihm selbst mit der ihm eigenen kritischen Vorsicht formuliert, ist einleuchtend. Durch sie scheint das Geheimnis der Schizophrenie etwas gelüftet.

Therapeutischer Nihilismus der Schizophrenie gegenüber als einer angeblich erbbedingten, schicksalshaft unbeeinflussbar verlaufenden Krankheit ist nicht mehr zu verantworten.

Für die Kranken und ihre Familien gilt nicht mehr das Omen, im eigentlichen Sinne erbkrank zu sein, das schon so viel Unheil angerichtet hat. Die Bleuler'schen Schlussfolgerungen bestätigen auch, wie heilsam es für den Schizophrenen ist, wieder in eine tätige Gemeinschaft eingegliedert zu werden. Das alles gibt uns Grund zum Optimismus, dass für diese Kranken sehr vieles getan werden kann. "Die Behandlung des Schizophrenen ist der Mühe wert", schreibt BLEULER.

Blicken wir jetzt noch auf den weiteren Horizont unseres 20-jährigen Wirkens in Wil. Welch gewaltige Entwicklungen und Wandlungen hat doch die Zeitgeschichte gebracht. Wir waren Zeugen eines ungeahnten Aufschwunges von Wissenschaft und Technik, aber derselbe homo sapiens, der solche Leistungen des Geistes vollbringt, zeigt sich auch mit seinem grauenhaften Aggressionstrieb: in mörderischen, unsinnigen Kriegen, in sich ständig überbietenden Akten brutaler Gewalt und Terror. Angesichts solcher Psychopathologie des Weltgeschehens muss unsere Psychiatrie leider ohnmächtig resignieren.

Wir haben auch die Entwicklungen und Auseinandersetzungen in unserer menschlichen Gesellschaft mitverfolgt. Wir denken an die Opposition und den Protest der Jungen im Generationenkonflikt gegen die Autorität und ihre Kritik an der heutigen Leistungsgesellschaft. Neben dem Bedenklichen dieser vielfach über das Ziel hinausschiessenden Tendenzen sind immerhin die grössere Aufrichtigkeit, die Ueberwindung mancher früherer allzu enger Traditionen und vor allem der natürlichere Umgang und der Kontakt der Jungen beider Geschlechter unter sich etwas Positives. Bemerkenswert ist die Befreiung der Sexualität aus dem Tabu der unnatürlichen, verlogenen, übertriebenen Sittenstrenge, die so viele Menschen in krankmachende Gewissensnöte gebracht hat.

Die Gesellschaftskritik namentlich der Soziologen richtet sich auch gegen die Psychiatrie. In die Parteinahme für die sozial-schwachen Minderheiten werden die seelisch Kranken als eine von der Gesellschaftsordnung benachteiligte, geschädigte Gruppe einbezogen. Wir gehen darin einig, dass seelische Erkrankungen, wie bereits erwähnt, durch die soziale Umwelt vielfach mitbedingt sind. Wenn sich aber Sozialkritiker heute zur These versteigen, Schizophrenie würden in erster Linie deswegen krank, weil sie der modernen Leistungs-gesellschaft nicht konform und folglich von ihr ausgeschlossen werden, ist das eine politisch tendenziöse Behauptung, die sich über die psychiatrische Wissenschaft hinwegsetzt.

Als Antipsychiatrie gibt es heute sozialkritische Tendenzen gewisser Psychiater, die die psychiatrischen Kliniken selbst in Frage stellen. Ihre heftige Kritik mag dort berechtigt sein, wo Anstalten noch in altmodischem Geist restriktiv geführt werden. Ihre Tendenzen gehen aber über die auch bei uns angestrebte Demokratisierung und Liberalisierung der Klinik hinaus, indem sie dem Kranken selbst ein weitgehendes Mitsprache- und Mitbestimmungsrecht über wesentliche Entscheidungen geben wollen. Entsprechende uns bekanntgewordene Versuche dieser Art zum Beispiel an einer italienischen Klinik sind gescheitert, weil sie zu turbulenten Zuständen führten, die mit Rücksicht auf die Gesunden nicht mehr verantwortlich waren.

Ohne mich mit antipsychiatrischen Kollegen identifizieren zu wollen meine ich, dass sachliche Kritik an unserer psychiatrischen Anstaltsform, selbst wenn sie heute den Namen Klinik trägt, eine ständige Notwendigkeit ist. Denn in der psychiatrischen Anstalt erscheint die Gefahr besonders gross, dass wir Aerzte samt unserem Personal auch einer Art Hospitalismus verfallen, allzu leicht gewöhnt

man sich an lang bestehende, schwer zu ändernde Missstände und resigniert. Es ist daher zu begrüßen, wenn kritische junge Kollegen immer wieder einen frischen Wind hereinbringen.

Wie Sie wissen, werden am 1. April 1974 die Herren Dr. HELMUT KUNZ und Dr. WALTER POELDINGER als neu gewählte Chefärzte meine Nachfolge antreten. Die Klinik wird in zwei gleichrangige Kliniken A und B geteilt. Jede wird Abteilungen für männliche und weibliche, akute und chronische, sowie geriatrische Patienten haben. Der Klinik B, die Dr. Kunz unterstehen wird, wird ausserdem der sozialpsychiatrische Dienst angegliedert. Jeder Chefarzt leitet seine Klinik in eigener Verantwortlichkeit. In der Repräsentation der Gesamtklinik nach aussen wechseln die Chefärzte turnusmässig ab.

Mit der neuen Einteilung wird jeder Chefarzt seine, dann kleinere Klinik besser übersehen können, was den Patienten wie dem Personal zugutekommen wird. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, die Zahl der Patienten pro Arzt zu reduzieren, um noch mehr Patienten als bisher persönliche Zuwendung schenken zu können. Wichtig ist auch die Intensivierung der Aus- und Weiterbildung der Assistenten in klinikeigenen Kursen durch Chef- und Oberärzte.

Zum Schluss bleibt mir, meine verehrten Damen und Herren, zu danken, einmal den Kollegen von der Hygiea, dann meinen psychiatrischen Kollegen aus St. Gallen, Herisau und Littenheid, den Kollegen der benachbarten Spitäler für die guten Beziehungen und die wertvolle Zusammenarbeit, die wir während der 22 Jahre mit ihnen haben durften. Mein herzlicher Dank gilt aber auch den vielen Aerztinnen und Aerzten, die an der Wiler Klinik meine Mitarbeiter waren oder es heute noch sind.

Denn nur mit ihrer Hilfe, mit ihrem persönlichen, oft begeisterten Einsatz und mit ihren vielseitigen, wertvollen Anregungen war es mir möglich, die Klinik auf das Ziel hin zu führen, das ich mir gesetzt hatte.