

Isolier oder Loge



Enrico Danieli

Beinahe verschämt und geheim hinter einer stets verschlossenen Türe und benachbart des gänzlich unverdächtigen Massageraums fristet «das Isolier» ein Schattendasein. Nur einmal schauen durch das von aussen verschliessbare Schiebefenster, durch das ehemalige Guckloch, flehende Augen ins Offene der geschlossenen Abteilung, und dann sind es Klopffzeichen, verirrte Signale einer untergegangenen Welt, die die Station erreichen. Zellen für den Fremd- und noch mehr für den Selbstschutz.

Im Buch «Hirnriess» von Willi Wottreg über August Forel und Eugen Bleuler [1] finden sich auf Seite 92 die Beschreibungen von Zwangs- und Isolierungsmitteln in der damaligen Psychiatrie: Bettgurt, Zwangsjacke, Maillot, Handschuhe, Zelle und Deckelbad. Es hätte im Burghölzli nie «Gummizellen» gegeben, wohl aber eigens gebaute Isolierzimmer. Und Eugen Bleuler soll seine Kinder, wenn sie sich schlecht benahmen, zwecks Züchtigung stundenweise in ein Isolierzimmer verbannt haben ... August Forel hatte Zwangsmassnahmen offiziell abgelehnt («no restraint»), doch in der Praxis sah das anders aus. Es gab ganze Paletten von Zwangsmassnahmen.

Zuerst wurde die Bettbehandlung versucht, scheiterte diese, wurde das Dauerbad eingesetzt. Allenfalls konnte eine Probeisolierung angeordnet werden, mit oder ohne Bewachung durch einen Wärter (daher die Frage unserer älteren Patienten der Psychiatrischen Abteilung nach Wärtern statt Pflegepersonen). Mechanische Zwangsmittel – wie der Ganzkörperwickel – waren, selbstverständlich vor der Neuroleptikazeit, in ihrer die aufgebrachten Seelen beruhigenden Wirkung erfolgversprechender als die Anwendungen roher Gewalt. Erst allmählich wurde auf Narkotika (Apomorphin) gewechselt und auf Schlafmittel. Und damals, vor der vorletzten Jahrhundertwende, wurde erst noch ein Ereignis publik, bei dem sich ein Patient in einer ungepolsterten Tobzelle den Kopf eingeschlagen hatte.

Die drakonischen Bäder wurden um 1903 abgeschafft, die Zellen aber blieben. Die Geschichte der Isolierzellen ist eine Geschichte der Psychiatrie. So wie generell Zwang und Gewalt verschwanden sie doch nur langsam – entsprechend der Einführung der Neuroleptika – aus dem Nerven-Heil-Spital, aus dem Irrenhaus, aus der Korrekptionsanstalt. No restraint galt für lange Zeit, und zum Teil bis heute, nur theoretisch und

nach aussen. Erwähnenswert auf dem langen Weg zur Gewalteinstränkung sind diejenigen Kuren, die Deckelbad und Wasser (das Wasser war nach Bleuler ein Allheilmittel: Umschläge, Bäder, Sturzbäder, Regenduschen) als Therapeutika ersetzten: Fieber-Kuren und Schlaf-Kuren (Dauerschlaf), Insulin-Schock und Elektro-Schock (1940).

So wandelt sich das Bild der Psychiatrie: Aus der Anstalt wird ein medizinisch betreutes Institut, aus der gewalttätigen Heilanstalt die Nervenklinik – vom Ort der Abtrennung zum Ort der Zuwendung. Das frühere Dienstreglement, in dem Zucht und Ordnung oberste Priorität hatten, wurde abgelöst durch menschengerechte Massnahmen. Ärzte wurden bis in die 30er Jahre des letzten Jahrhunderts nur bei körperlichen Erkrankungen beigezogen. Viel eher gehörte ein Prediger zum Hauspersonal als ein Psychiater. Im Rahmen der christlichen Liebestätigkeit wurde denn auch gearbeitet: «Und Jesus setzte sich mit ihnen zu Tisch.» Schliesslich wurden aus den Wärterinnen und Wärtern Pflegerinnen, Pfleger und Schwestern. Lange Zeit war die seelsorgerische Pflege der ärztlichen Heilbehandlung ebenbürtig. Sogenannte Irreninspektoren wurden zur Kontrolle der Pflege- und Irrenanstalten ausgeschickt.

Und wieder änderte sich die Therapie in Richtung «weicherer» Behandlungen mit den Vorstellungen von Therapie: Plötzlich galten die Sonne und die Luft als Heilmittel. Auf den Dächern der Anstalten entstanden Kurterrassen und anstatt der gewaltsamen Wasseranwendungen waren es jetzt die Sonnen- und Lichtbäder, die Besserung der seelisch aus dem Gleichgewicht Gefallenen versprachen. Auch in semantischer Hinsicht erfolgte ein Wandel. Aus Versenkung, Verwahrung, Aufbewahrung und Anstalt wurden Aufenthalt, Abteilung und Station. Die sogenannten Wachsäle mit 10, 20 oder mehr Betten in einem Raum, die Wachhäuser mit den Wachhausterrassen wurden umgebaut, da das Schlafen gegenüber dem Wachen und mehr noch gegenüber dem Überwachen mit Hilfe der Psychopharmaka prioritär geworden war.

Als das Zeitalter der Psychopharmaka anbrach, änderte sich die Psychiatrie bekanntlich grundlegend. Seltsamerweise lautet ein Buchtitel aus dem 16. Jahrhundert «Psychopharmakon»: Es beinhaltet die Vorwegnahme chemischer Zwangsjacken und ist eine

1 Wottreg W. Hirnriess. Wie die Irrenärzte August Forel und Eugen Bleuler das Menschengeschlecht retten wollten. Opinio; 1999.

Korrespondenz:
Dr. med. Enrico Danieli
Via ai Colli 22
CH-6648 Minusio
e.b.danieli@bluewin.ch

Sammlung von Trost- und gleichzeitig Sterbebeten. Betrachtet man die heutigen Isolierzimmer, die kaum mehr benutzt werden, springt ihre klinische Reinheit und Leere ins Auge. Wohl den Gummizellen abgesehen, fallen die runden Ecken und Kanten auf, die fehlenden Fenster- und Türgriffe, das in der Decke versenkte Licht, die an den Wänden angebrachten Spiegel, die den vom Schiebefenster nicht einsehbaren Teil des Raumes abbilden, und die vor Blicken von aussen schützenden meterhohen Milchglasfenster. Blendend das bereitliegende, anthrazitfarbene Nacht-

hemd (ein Pyjama sei zu gefährlich) – das Büsserhemd Florestans aus dem Fidelio –, die einfache graue Bettdecke, ein quadratischer Hocker. Die Übernamen Iso und Extrazimmer und Loge und Isolier weisen darauf hin, wie sehr uns das Gewissen plagt. Wir benennen den Raum, der voller Leidensgeschichten steckt, um unser Gewissen zu beruhigen, am liebsten als Loge. Sei es als Erinnerung an die Oper, sei es als Hinweis auf Querbeziehungen zu uns nicht bekannten geheimen Zirkeln.

Buchbesprechung



Peter Fässler-Weibel, Alexander Gaiger
Über den Schatten springen

Freiburg: Paulusverlag; 2009. 272 Seiten. Fr. 35.–.
ISBN 978-3-7228-0721-8

Seit Jahren sensibilisieren der Systemtherapeut Peter Fässler aus Winterthur und der Hämato-Onkologe Gaiger, Universitätsklinik Wien, in ihren Seminaren medizinische Fachpersonen zum Thema Breaking Bad News: Die Qualität der Kommunikation schlechter Nachrichten vom Arzt an den Patienten ist mitunter entscheidend dafür, wie es Letzterem gelingt, mit seiner Krankheit umzugehen – ob er trotz chronischen Leidens bzw. infauster Prognose seinem Leben noch eine positive Qualität abzurufen vermag. Das Wie der ärztlichen Botschaft, deren Klarheit und Empathie, sind ebenso wichtig wie ihr Inhalt. Sich für den kommunikativen Prozess mehr Zeit nehmen, kommt auch dem Behandler zugute, denn dadurch können Missverständnisse verhindert und insgesamt kann wiederum mehr Zeit gewonnen werden. Verlauf und Wissen um eine Krankheit korrespondieren miteinander. Die Eröffnung einer einschneidenden Diagnose ist demnach ein zentraler Punkt im diagnostischen Prozess selber und sollte nicht «nebenher» geschehen. Die Schwierigkeiten zeigen sich ärztlicherseits in der natürlichen Scheu, den Patienten mit einer schlechten Nachricht zu konfrontieren. Die dadurch ausgelöste psychische Erschütterung ist aber unbedingt gemeinsam mit dem Patienten und allenfalls seinen Angehörigen auszuhalten. Dies ist grundlegend für einen gedeihlichen weiteren Behandlungsverlauf. Nur eine in ihrer Tragweite erkannte Erkrankung kann sinnvoll in den künftigen Lebenslauf integriert werden.

Gemäss der eminenten Wichtigkeit dieses Themas bildet die Eröffnung der Diagnose mit all ihren Implikationen das Herzstück des Buches. Ausführlich werden alle Aspekte erörtert, von der Laiendiagnose über die Voraussetzungen für das Diagnosegespräch bis zur

Auflösung der psychischen Akutphasenreaktion, um nur das Wichtigste zu nennen. Die Themen werden mit ausführlichen Fallbeispielen veranschaulicht, die manchmal etwas burlesk wirken mögen. Inhaltlich sind es die polaren Affekte Hoffnung und Verzweiflung, die komplementäre Fokussierung auf das, was noch gesund ist (salutogenetischer Ansatz), die psychosozialen Bereiche Autonomie, Abhängigkeit und Sexualität, die in der Auseinandersetzung mit einer schweren Krankheit zentrale Grössen bilden. Die Autoren scheuen sich konsequenterweise auch nicht, normalerweise eher tabuisierte Themenbereiche aufzugreifen.

Der dritte und letzte Teil des Buches ist der Dynamik der Behandlung gewidmet. Die Empathie der Behandler durchbricht die krankheitsbedingte innere Isolation des Patienten und ermöglicht den kommunikativen Dialog. Wichtig ist dabei, dass die Emotionen des Patienten sich nicht auf die Fachperson übertragen. Kommt die Krankheitsentwicklung in die palliative Phase, so beginnt die Auseinandersetzung mit dem Irreversiblen. Im Umgang mit dem sich in diesem Konflikt befindlichen Patienten ist die Authentizität der Bezugspersonen gefordert. Ein spezielles Unterkapitel ist der Fachperson als Patient gewidmet. Gerade sie bekundet häufig besondere Schwierigkeiten im Umgang mit dem Tod, hat sie sich doch voll in den Dienst der Lebenserhaltung gestellt.

Am Schluss berichtet einer der Koautoren über die eigene Betroffenheit und Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung. Er plädiert für eine schonungslose Konfrontation mit der Wirklichkeit. Der Verlauf der eigenen Erkrankung hat ihm Recht gegeben: Im Januar 2009 noch als «terminal» eingestuft, mit einer Lebenserwartung von Tagen, höchstens Wochen, ist er heute noch voller Vitalität! Gibt es eine bessere Evidenz für die von ihm vertretenen Anliegen?

*Christoph Müller, Stiftung Begleitung
in Leid und Trauer, Winterthur*