

Prävention der Drehtürpsychiatrie

A. Hedri

Als Einleitung vorerst einige Worte der Entschuldigung: Erwarten Sie bitte von der vorliegenden Arbeit keine quantitativen Erhebungen und keine statistischen Auswertungen. Dies hängt ein wenig mit meiner persönlichen Auffassung über die Psychohygiene und Sozialpsychiatrie zusammen. Diese Disziplinen – so glaube ich – sind nicht ausschließlich und definitionsgemäß identisch mit Datensammlung und Datenverarbeitung. Psychohygiene und Sozialpsychiatrie bedeuten auch die Untersuchung menschlicher Schicksale in ihrem sozialen Gefüge. *Freud*, den man in Zusammenhang mit der Psychohygiene so gerne zitiert, hat sein 17 Bände umfassendes Lebenswerk auf Beobachtungen an seinen Patienten aufgebaut. *Adler* ist ebenfalls so vorgegangen, und wenn auch seine Lehre – Ironie des Schicksals – Individualpsychologie heißt, ist sie Sozialpsychiatrie katexochen. *Schär* erwähnt in seinem Lehrbuch, daß die Pädiatrie heute weitgehend eine präventive Disziplin geworden ist; die vorliegende Arbeit möchte als ein Versuch verstanden werden, auch in der Psychiatrie die präventiven Funktionen hervorzuheben.

Die Erfolge der Psychopharmakologie haben eine Wendung in der Behandlung seelischer Störungen gebracht. Nicht nur, weil die berühmtesten «unruhigen Abteilungen» verschwunden sind, nicht nur, indem früher als unheilbar betrachtete Psychosen erfreuliche Erfolgsstatistiken vorweisen, auch die Aufenthaltsdauer der Hospitalisierungen hat sich wesentlich verkürzt. Diesen therapeutischen Erfolgen steht leider eine erhöhte Zahl der Wiederaufnahmen entgegen.

Das aktuelle präventivmedizinische Problem besteht darin, dieser neuen Entwicklung, die man als «Drehtürpsychiatrie» bezeichnet, entgegenzutreten. Die Ausgangsposition kann wie folgt umrissen werden:

Die Ersthospitalisierung erfolgt aus anderen Gründen und unter anderen Bedingungen

wie die Rehospitalisierungen. Gelingt es, die sozialpsychiatrische Situation des Patienten entscheidend zu beeinflussen, sind die Chancen der Rehabilitation wesentlich besser, und die Rehospitalisierung kann in einem gewissen Rahmen verhindert werden. Im folgenden geben wir drei Beispiele, als Modellfälle gedacht, für prognostisch ursprünglich ungünstige Fälle, bei denen die Änderung der sozialpsychiatrischen Situation die Eingliederung schicksalsändernd beeinflußt hat:

Beispiel 1: 21jähriger, introvertierter, leptosomer Patient, der ursprünglich Mediziner werden wollte. Nach einem Selbstmordversuch mit Schlaftabletten kam er in ambulante psychotherapeutische Behandlung, die der Spezialarzt nur so lange verantworten konnte, bis eines Tages der Patient Mordabsichten äußerte. Dies war der Zeitpunkt der dringenden Hospitalisierung.

Wir mußten uns zu einer Beeinflussung der Lebenssituation entschließen. Der Patient hat – trotz überdurchschnittlicher Intelligenz – die Maturitätsprüfung nicht bestanden, und dies war das Schlüsselerlebnis, welches zur pathologischen Entwicklung geführt hat. Er zweifelte daran, ob er sowohl infolge seiner körperlichen Behinderung (starke Atrophie des rechten Beines nach Kinderlähmung) als auch in bezug auf seine Persönlichkeitsstruktur die richtige Berufswahl getroffen hat. Nach eingehenden Explorationen haben wir ihm vorgeschlagen, vorerst als Provisorium eine Laborantenstelle zu suchen. Seit 3 Jahren ist er symptomfrei, erfolgreich und zufrieden, hat die nötigen Prüfungen bestanden, ist anerkannt in seinem Beruf und überlegt jetzt in aller Ruhe, ob er die Maturitätsprüfung nachholen und mit dem Medizinstudium beginnen soll.

Beispiel 2: 48jährige Frau. Familienanamnese unauffällig, problemlose Kindheit. Hei-

rat mit einem Auslandsschweizer, dann Einreise in die Schweiz.

Hier Aufgabe ihrer bisherigen Tätigkeit als Fürsorgerin. Anhand von Gallenblasenattacken schlittelte die Patientin in eine Toxikomanie; auch nach Entfernung der Gallenblase erhielt sie wegen eines «Postcholecystektomie-Syndroms» von einem Arzt täglich über 30 Tabletten Cliradon. Nach der eigentlichen Entziehungskur, die mit außerordentlich stürmischen Entziehungerscheinungen einherging, mußte mit ihr ihre Lebenssituation besprochen werden, um die sonst durchaus mögliche Rückfallsgefahr zu bannen.

Anhand der Gespräche wurde es klar, daß es ihr an einem eigentlichen Lebensinhalt fehlt; allein eine Aufgabe, ein Auftrag könnte ihre Rehabilitation ermöglichen. Sie wurde in die Fürsorgetätigkeit einer Gemeinde einbezogen. Diese Arbeit führt sie mit Begeisterung aus und ist seit 5 Jahren symptomfrei.

Beispiel 3: 28jähriger Bürger eines Beneluxstaates, dessen Vater wegen Hochverrates nach dem Kriege zum Tode verurteilt und später amnestiert wurde, als der Patient 5 Jahre alt war. Seine Mutter starb an Tuberkulose; damals war der Patient 10jährig. Er ist in verschiedenen Kinderheimen aufgewachsen, kam mit 12 Jahren zu seinem Vater, der ihn derart mißhandelte, daß die Polizei eingreifen mußte. 16jährig erlitt er einen

Kranunfall, infolgedessen seine linke Hand amputiert werden mußte. Seither Phantomschmerzen, die sich als therapieresistent erwiesen und kurze Zeit nach einer klinischen Behandlung zur Rehospitalisierung führten. Während dieses Aufenthaltes zeigte er Freude am Modellieren und Zeichnen und berichtete, daß während dieser Tätigkeit seine Schmerzen nachlassen. Er wurde ermuntert, von der Klinik aus einen Zeichenkurs zu besuchen. Die Wiedereingliederungsinstanzen seiner Heimat wurden informiert. Der Patient bestand die als streng bekannte Aufnahmeprüfung der Zürcher Kunstgewerbeschule und ist seit einem Jahr nicht nur begeisterter Schüler, sondern auch vollkommen symptomfrei.

Literatur

- Adler A.:* Menschenkenntnis. Fischer, Frankfurt 1966.
Freud S.: Gesammelte Werke in Einzelbänden. S. Fischer.
Hedri A.: Die Bedeutung der Psychohygiene für die Prävention. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 45, 1318 bis 1320 (1969).
Hedri A.: Psychohygiene und ärztliche Praxis. Ther. Rundschau 26, 614–616 (1969).
Schär M.: Leitfaden der Sozial- u. Präventivmedizin. H. Huber, Bern-Stuttgart 1968.

Adresse des Autors:

Dr. med. A. Hedri, Bächlerstraße 53
CH - 8802 Kilchberg-Zürich