



Dr. med. Fritz Ramseier

## Randgruppen in der Psychiatrie

### Inhalt

- 3 Psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung der Migranten
- 4 Jugendliche Delinquente in der Psychiatrie
- 5 Menschen mit geistiger und/oder autistischer Behinderung im Erwachsenenalter
- 6 Resilienz – vom Jugendgefängnis auf die Bühne von Sozialpolitik und Literatur

### Randgruppen

«Ich gebe meinem Psychiater noch ein Jahr, dann fahre ich nach Lourdes.» So wird Woody Allen zitiert. Es gibt über keine Berufsgruppe so viele Witze und Cartoons wie über die unsrige. Ich habe mich nach 34 Jahren im Spital nun – sozusagen als Jungunternehmer – in einer Praxis installiert. Hier erstaunt es mich, dass sich die Hausärzte für meine Berichte bedanken und mir gelegentlich sogar erklären, sie hätten «noch nie» einen Bericht von einem Psychiater erhalten.

Das stimmt mich sehr nachdenklich. Unter dem Vorwand, das, was wir mit den Patienten machten, sei zu intim, halten viele Kollegen den Kontakt zu den Zuweisern auf einem absoluten Minimum. Während meiner Zeit als Präsident der SGPP sagte mir gar mal ein Kollege: «Je suis psychiatre, pas médecin!». Dieser Ausspruch hat mich schon damals erschüttert.

Dienen wir wirklich uns und unseren Patienten, wenn wir uns derart geheimniskrämerisch verhalten? Stigmatisieren wir nicht uns und unsere Patienten? Wenn wir nicht offen darlegen, was wir machen und unsere spannende Tätigkeit für andere transparent werden lassen?

Laufen wir so nicht Gefahr, selber zu einer Randgruppe zu werden und unseren Patienten einen grossen Bärendienst zu erweisen?

Ich denke, wir sollten uns mehr unter die Ärzte mischen und uns auch als solche verstehen. Wir sollten uns aber auch mehr in der Öffentlichkeit als Psychiater bekennen und darüber sprechen, wie befriedigend unsere tägliche Arbeit ist.

So könnten wir uns von der Witzfigur zum kompetenten Kollegen emanzipieren und unseren Patienten die Rückkehr in die Gesellschaft ermöglichen.

*Dr. med. Fritz Ramseier, Chefredaktor PSY&PSY-Bulletin*

### Marginalisation

«Je donne encore une année à mon psychiatre avant d'aller à Lourdes.» On attribue cette boutade à Woody Allen. Aucun groupe professionnel n'inspire autant les auteurs de plaisanteries et les dessinateurs humoristiques que le nôtre.

Après 34 ans d'hôpital, j'ai fini par m'installer en cabinet – et me glisser en quelque sorte dans la peau d'un jeune entrepreneur. Je constate avec étonnement que les médecins de famille expriment de la reconnaissance pour les rapports que je leur envoie, et qu'ils me font même savoir, à l'occasion, que «jamais jusqu'ici» ils n'avaient reçu de rapport d'un psychiatre.

Cela me laisse très perplexe. Sous prétexte que ce que nous faisons avec le patient serait trop intime, de nombreux collègues se contentent de limiter au strict minimum le contact avec le médecin adressant. Du temps où j'étais président de la SSPP, un collègue avait même affirmé: «Je suis psychiatre, pas médecin!». Je me souviens d'avoir été abasourdi par cet énoncé.

Agissons-nous réellement dans notre intérêt et dans celui des patients en adoptant une attitude aussi hermétique? N'allons-nous pas au contraire stigmatiser nos patients et nous-mêmes si nous nous refusons à la transparence et à l'ouverture dans l'exercice de notre passionnante profession?

Ne courons-nous pas le risque de devenir à notre tour un groupe marginal et de rendre ainsi un fort mauvais service à nos patients?

A mon avis, nous devrions nous rapprocher plus étroitement des médecins et nous considérer comme tels. Et nous devrions en même temps nous affirmer davantage en tant que psychiatres et faire connaître au grand public la satisfaction que procure notre travail quotidien.

Nous pourrions nous dégager ainsi du statut de figures de plaisanterie et devenir des collègues compétents visant à réintégrer les patients dans la société.

*Dr. méd. Fritz Ramseier, Rédacteur en chef Bulletin PSY&PSY*

### Impressum

Offizielles Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (SGKJPP)

### Redaktion

Dr. Patrick Haemmerle, Dr. Hans Kurt, Dr. Daniel Münger, Dr. Fritz Ramseier

**Managing Editor**  
Dr. Nadine Leyser

### Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsbürgerstrasse 8  
4132 Muttenz  
Tel. +41 61 467 85 55, Fax +41 61 467 85 56  
verlag@emh.ch  
www.emh.ch

### Erscheinungsweise

4-mal jährlich

### ISSN

1662-3746

### Auflage

3900 Exemplare

### Anzeigenregie

Sabine Landleiter  
Leiterin Anzeigenverkauf  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
Tel. +41 61 467 85 85, Fax +41 61 467 85 56  
sandleiter@emh.ch

### Druck

Druckerei Schwabe AG, Farnsbürgerstrasse 8, 4132 Muttenz  
www.schwabe.ch

# Psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung der Migranten

Jacobo Thurthaler

Privatpraxis, Rheinfelden

## Résumé | *Suivi psychiatrique et psychothérapeutique des migrants*

A l'heure actuelle, nombreux sont les collègues venus de l'étranger qui acquièrent un titre de discipline en Suisse. Outre des connaissances et une puissance de travail très appréciées, ils apportent des expériences, une culture et parfois une langue nouvelles. D'un autre côté, de nombreux migrants arrivent dans notre pays; ils tombent malades et cherchent une aide médicale. Lorsque notre savoir et notre expérience se heurtent à des limites, nous recherchons le soutien d'un confrère dont le profil culturel s'accorde avec celui du patient. Il convient cependant de discuter au préalable avec ce collègue et de bien préparer le transfert. Nous faisons ainsi comprendre au patient l'importance de la communication; au besoin, il faut renoncer au transfert et chercher une autre solution.

Migranten sind Menschen, die von einem Ort aufbrechen und sich woanders niederlassen. Mir fällt es leicht, darüber zu reden, denn mit 12 Jahren kam ich aus Südamerika in die Schweiz. Mein Vater war früher ausgewandert; meine Mutter und die ganze Familie sind damals in die Schweiz immigriert. Später habe ich einen Teil meines Studiums in meinem Geburtsland absolviert, kehrte dann, wie Jahre zuvor, wieder in die Schweiz zurück, wo ich seither lebe. Sehe ich mich in meinem Umfeld um, so erkenne ich viele ähnliche Biografien.

Die Schweiz hat seit jeher eine grosse Migrationsrate. Früher waren es die Auswanderer, die aufgefallen sind. Heute sind es vor allem die Ankommenden, die unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Auch unter den Medizinern haben wir eine hohe Anzahl von Kollegen und Kolleginnen, die von aussen zu uns migrieren. So brachten 2011 58% der Titelkandidaten für Psychiatrie und Psychotherapie ein ausländisches Diplom mit. Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern waren es 28%, bei den Internisten 31%, bei den Chirurgen 51% und den bei Gynäkologen 41%.

Die Wirtschaft braucht Arbeitskräfte, deshalb kommen die Menschen. Sie werden krank, auch psychisch krank und beanspruchen unser Gesundheitssystem. Somatisch tätige Kollegen können Sprachbarrieren mit Hilfe von Übersetzungsbüchern überwinden. Bei unserer Tätigkeit spielt die Sprache eine ungleich wichtigere Rolle und somit versuchen wir, die Patienten an einen Therapeuten mit gleicher Muttersprache zu überweisen.

Es muss aber festgehalten werden, dass wir häufig Wichtiges zu wenig beachten. Die Sprache kann die gleiche sein, regionale Besonderheiten haben ihre spezielle Bedeutung. Die Lebensabschnitte und -umstände des Patienten und des Arztes können differieren. Dadurch entstehen Schwierigkeiten, die vom Therapeuten sorgfältig angegangen werden müssen. Das Ziel seiner Arbeit ist es, dem Patienten in der schwierigen Lage zu helfen. Aufgrund der gemeinsamen sprachlichen Basis können die Unterschiede deutlich leichter angegangen werden und beide Partner können Lösungen finden.

Psychiater und Psychotherapeuten, die Patienten aus anderen Kulturen behandeln, sollten sich mit den Zuweisern so austauschen können, dass für diese erkennbar ist, ob eine Überweisung an den einen bestimmten Kollegen die beste Alternative für den Patienten ist. Mir sind Kollegen bekannt, die keine Patienten mehr übernehmen, die aus einem bestimmten Land kommen oder die eine mit ihnen gemeinsame Sprache sprechen. Die Ärzte beanspruchen für sich, für ihre Psychohygiene, einen bestimmten Mix von Patienten, von Krankheitsbildern oder anderem.

Um es deutlich zu machen: Stellen Sie sich vor, Sie stammen aus der Deutschschweiz – das heisst, Ihre Muttersprache ist Deutsch – und Sie leben in einem fremden Land mit einer anderen Sprache. Sie arbeiten als Psychiater und sollen Patienten auf Deutsch therapieren. Sie bekommen Überweisungen von kranken Menschen, die aus einer Gegend, wo Deutsch gesprochen wird, aus Norddeutschland, aus einem kleinen Tal im



Korrespondenz

**Dr. med. Jacobo Thurthaler**

[jacobothurthaler\[at\]bluewin.ch](mailto:jacobothurthaler[at]bluewin.ch)

Südtirol, aus einem der ehemaligen deutschen Ostgebiete (z.B. Russland) stammen, die wesentlich jünger (älter) sind als Sie. Menschen, die nicht die akademische Ausbildung haben, die Sie durchlaufen haben, und die nicht bereit sind, Fragen um die psychische Gesundheit zu stellen. Wenn Sie Pech haben, lehnen solche Patienten unsere Medikamente ab. Sie stehen vor einer schwierigen Aufgabe (unsere welschen Kollegen haben einen ungleich grösseren «Aktionsradius» mit der weltumspannenden Ausdehnung der frankophon Welt). Deshalb halte ich es für wichtig, dass wir **Ärzte die Betreuung** (aller) Patienten **gemeinsam** angehen. Im obigen Fall könnte der somatisch tätige Kollege die Problematik bei der Anmeldung bereits erwähnen und mit Ihnen festlegen, wie vorgegangen werden soll. Falls Sie den Patienten mit Ihrem Angebot nicht erreichen und der Zuweiser dies nachvollziehen kann, sind alternative Wege der Betreuung zu suchen. Die Übernahme des Patienten stellt bereits den Beginn der erwähnten Betreuung dar. Für den Patienten wird deutlich erkennbar, dass sein Anliegen ernst genommen wird und dass wir Ärzte uns konkret um seine Anliegen kümmern.

Es lässt sich kurz zusammenfassen: Wir [Ärzte] leben dem Patienten vor, wie die Schwierigkeiten gemeinsam angegangen werden können, unabhängig von Sprache, Alter und kulturellem Hintergrund.

# Jugendliche Delinquente in der Psychiatrie

Christian Perler

Leitender Arzt Jugendforensik, Forensisch-Psychiatrische Klinik,  
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

## Résumé | *Les jeunes délinquants en psychiatrie*

Les jeunes délinquants ne commettent généralement que de petits délits, mais une petite minorité d'entre eux tendent à perpétrer des actes graves et à récidiver. Dans ces cas, les autorités décrètent des sanctions et des mesures en application du nouveau Droit pénal des mineurs et du principe de dualité. Les études internationales montrent que de nombreux jeunes placés en détention souffrent de troubles psychiques et que leurs perspectives de réintégration dans la société pourraient être améliorées par un traitement; cependant, les établissements pénitentiaires ne disposent pas toujours de services appropriés. En 2011, les cliniques psychiatriques universitaires de Bâle ont créé une unité d'hospitalisation en psychiatrie médico-légale de l'enfant et de l'adolescent – le premier de ce genre en Suisse – dans le but d'apporter un soutien de qualité professionnelle aux jeunes atteints de troubles psychiques sévères. Ces patients sont confrontés à des problèmes multiples, et les diagnostics les plus fréquents sont un premier épisode de schizophrénie, le TDAH et des troubles des conduites. Le séjour en psychiatrie médico-légale spécialisée permet d'examiner le jeune patient en profondeur, de régler son traitement médicamenteux, d'obtenir son adhésion par la prise de conscience de ses problèmes psychiques et d'encourager ainsi le recours au soutien psychothérapeutique pendant la période d'insertion dans le monde du travail.

Die Patienten der jugendforensischen Abteilung der Forensisch-psychiatrischen Klinik Basel befinden sich in einem dreifachen Spannungsfeld der widersprüchlichen Gefühle, welches sie an den Rand der Gesellschaft drängt. Als Jugendliche zuerst, weil sie in den Augen Erwachsener zugleich die Perspektive der noch zu verwirklichenden Zukunft repräsentieren, in ihnen aber auch ihre damaligen (Versagens-)Ängste heraufbeschwören. Als Delinquente dann, da jeder gelegentlich davon geträumt hat, auf gesetzwidrige Art zu seinem Ziel zu gelangen, sich aber andererseits mit den Opfern identifizieren kann und bei schwerwiegenden Taten Gefühle der Wut, der Abscheu, sogar des Hasses gegenüber den Tätern empfindet. Und als Psychatriepatienten schliesslich, da die Psychiatrie genau diesen vom Leben gebeutelten Menschen helfen soll, für die identitätssuchenden Jugendlichen aber die Psychiatrie häufig das Schreckgespenst des Wahnsinns darstellt. Wenn man sich im Zentrum eines solchen Imbroglia von Ambivalenzen befindet, kann man sich nur als «ausgeschlossener Eingeschlossener» fühlen.

Wir haben es mit Jugendlichen zu tun, die eine vielschichtige Problematik aufweisen: Biologisch begründete Handicaps wie ADHS oder autistisch anmutende Kommunikationsstörungen, frühkindliche Beziehungsstörungen (chaotisch oder hypostimulierend), häufig wiederholte trau-

matische Erlebnisse. Schlussendlich sind rezidivierende Misserfolgsereignisse eher die Regel, so dass sie fast unabänderlich in der Schule in einer Randständigenrolle landeten. Als einziges Zugehörigkeitsgefühl bleibt ihnen die Peergruppe der Gleichgesinnten, Gruppe in der sie sich nur durch das Ausmass ihrer Grenzüberschreitungen Respekt und Akzeptanz verschaffen können. Häufig gelangen sie nach multiplen Platzierungen und Time-outs, Therapieversuchen und Abbrüchen, kleineren und grösseren Delikten in unsere Jugendforensische Abteilung. Unabhängig von der Hauptdiagnose zeigen sie habituelle Verhaltensweisen, welche unbehandelt höchstwahrscheinlich in dissozialen Persönlichkeitsstörungen enden würden. Nach einer Tage bis Wochen dauernden Phase der Eingewöhnung folgt häufig eine Testperiode mit Aufflammen des oppositionellen und bedrohlichen Verhaltens, um die Beziehungsbereitschaft der Pflegenden zu testen, was wiederum bei den Helfern bei anhaltender Strapazierung Überdruß auslösen kann. Manchmal kommt es zu Alternanz von vertrauensvoll-kollaborativen und herausfordernd-destruktiven Phasen.

Es braucht also viel Zeit, um diesen Jugendlichen zu helfen, ihre durch Misstrauen und Verlastungsängste geprägte Wahrnehmung der Aussenwelt so weit zu modifizieren, dass sie sich und der Gesellschaft die Chance auf eine befriedigende



Korrespondenz:

**Dr. med. Christian Perler**

Christian.Perler@upkbs.ch

digende Begegnung geben. Zum Glück ist die Situation häufig nicht so festgefahren, dass jegliche Hoffnung auf den ersehnten Platz in der Gesellschaft erstickt ist. Der geschlossene Rahmen, die klaren Regeln und die pädagogischen Strategien helfen natürlich die Kontinuität zu garantieren, denn ansonsten sind diese Jugendlichen gewohnt, den Anforderungen und der Auseinandersetzung mit den eigenen psychischen Engpässen durch Ausagieren und Entweichen in cannabinoide Dämpfe zu entgehen. Die bedürfniskonforme, störungs- und deliktsspezifische psychiatrische Behandlung sowie die Verlässlichkeit der Beziehungen ermöglichen einem multimodalen Therapieprogramm, Fuss zu fassen. So wird langsam aus dem eingeschlossenen Ausgeschlossenen ein einbezogener und selbstverantwortlicher Mensch, der aktiv an der Wahl und Gestaltung der Anschlusslösung mitarbeitet. Besonders tragend ist dabei die Hoffnung auf eine berufliche Ausbildungsperspektive von Seiten der Jugendlichen: Eigentlich möchten sie nämlich schon den Wertvorstellungen unserer Gesellschaft entsprechen, sie träumen von Beruf, Frau und Auto. Diese aufwendige Behandlung ist, unter anderem aus Sicherheitsgründen, sehr personalintensiv und dementsprechend teuer. Doch zeigen internationale Untersuchungen, dass die in die Behandlung und Reintegration investierten Mittel für die Gesellschaft rentabel sind, indem sie langfristig deliktrezidivvermindernde und selbständigkeitsfördernde Effekte zeigen.

Nicht nur die Behandlung aktueller psychischer Störungen, sondern auch eine gelungene soziale Reintegration rechtfertigen den grossen persönlichen, fachlichen und zeitlichen Aufwand, was durch eine langfristig angelegte Katamneseforschung untersucht werden muss.

# Menschen mit geistiger und/oder autistischer Behinderung im Erwachsenenalter

Felix Brem<sup>1</sup>

Privatpraxis, Weinfelden

<sup>1</sup> Präsident der SAGB (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung)

**Résumé | Les personnes avec déficience mentale et/ou autisme à l'âge adulte**  
Il faut repenser la déficience mentale et l'autisme sur le plan du diagnostic. L'étiologie, l'expression, les comorbidités et les conséquences psychosociales en sont extrêmement hétérogènes. Aux troubles psychiques s'ajoutent fréquemment des problèmes de comportement. Les aspects somatiques, biographiques et actuels doivent faire l'objet d'une saisie détaillée dans le cadre d'un dialogue interdisciplinaire. Il faut aménager des structures de soin complémentaires.

**Vorbemerkung:** Viele der Aussagen beziehen sich speziell auf Erwachsene, die als mittelschwer oder schwer, allenfalls mehrfach behindert gelten. Das sind rund 1% der Bevölkerung.

## Einleitung

Während bis zur Entospitalisierung zahlreiche von geistiger Behinderung und/oder Autismus Betroffene, teils sogar seit Kleinkindesalter und oft in misslichen Verhältnissen, in psychiatrischen Kliniken lebten, sind sie heute mehrheitlich aus der Wahrnehmung der stationären psychiatrischen Angebote verschwunden. Bei ambulanter Behandlung liegt der Schwerpunkt aber noch allzu oft auf einer neuroleptischen Dämpfung. Wertvolle Impulse aus der Heil- und Sonderpädagogik sind kaum aufgenommen worden.

## Krankheit – Behinderung – Varietät im Bereich des Normalen?

Was die Diagnosen geistige Behinderung und eigentlich auch Autismus anbelangt, geht es ja um Behinderungsformen oder auch soziale/kulturelle Zuschreibungen. Angesichts der riesigen Unterschiede in Ursachen, Ausprägung und Komorbiditäten/Zusatzbehinderungen sowie Auswirkungen ist die Zusammenfassung der Betroffenen unter diesen medizinischen Diagnosen höchst fragwürdig. Immerhin spricht DSMV neu von Autismus-Spektrum-Störungen. Die Ausprägung einer Behinderung und der individuelle Unterstützungs-/Förderungsbedarf werden in ihren Wechselwirkungen zwischen Personen und Umwelt sinnvoller mit dem ICF-Konzept erfasst. Wesentlich ist auch der Wechsel von einer defizit-

orientierten zu einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise. Die Bedeutung des IQ hat sich stark relativiert.

## Psychische Störungen

Psychische Störungen und/oder Verhaltensauffälligkeiten sind bei Menschen mit geistiger Behinderung oder Autismus mit bis zu 40% viel häufiger. Grundsätzlich eröffnet sich dabei das gleiche Spektrum von psychischen Erkrankungen. Die Unterscheidung zwischen psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, soweit sie als Problemverhalten erlebt werden (was sehr normabhängig ist), ist zwar wichtig, aber oft schwierig. Stark gehäuft sind Probleme im Verhalten bei Menschen, die zusätzlich zur geistigen Behinderung irgendeiner Genese autistische Züge aufweisen und sich nicht sprachlich äussern können. Verhaltensauffälligkeiten sind manchmal die einzigen Kommunikationsmöglichkeiten. Oft werden Psychiater bei aggressivem bzw. autoaggressivem Verhalten oder lautem Schreien beigezogen. Zunehmend wichtig wird auch die Frage nach dementiellen Prozessen. Depressive Störungen aber bleiben trotz ihrer Häufigkeit allzu oft unerkannt.

## Diagnostik

Zumindest bei Kindern ist nach genetischen Ursachen zu suchen. Unter Beizug aller wesentlichen Bezugspersonen und wenn möglich der Betroffenen sind in einem interdisziplinären Prozess nebst detaillierter Verhaltensbeobachtung sorgfältig somatische, biografische (häufige Traumatisierungen: Trennungserlebnisse, Misshandlung und Missbrauch) und aktuelle Aspekte (z.B. Wohnsituation, Spannungen im System) zu sammeln («Verstehensdiagnose»). Wichtig ist auch das Kommunikationsverhalten. Fremdanamnestic Angaben sind unerlässlich. Tiefenpsycho-



Korrespondenz:

**Dr. med. Felix Brem**

felix.brem[at]hin.ch

logische Betrachtungsweisen helfen beim Verständnis (Reinszenierung).

## Therapie

Therapeutischer Nihilismus ist nicht mehr angebracht. Nebst einer differenzierten Pharmakotherapie sind psychotherapeutische Methoden in modifizierter Weise möglich, in klientenzentrierter Haltung, insbesondere mit Elementen aus der Verhaltenstherapie und Systemtherapie. Oftmals muss die Therapie im Alltag durch die Bezugspersonen, unterstützt von aussen, im Sinne einer psychischen Begleitung erfolgen. Jede Behandlung muss Teil eines in einer Helferkonferenz erarbeiteten Gesamtkonzepts sein, das auch die notwendige Veränderung der Umweltfaktoren beinhaltet. Die Beeinflussung von Auffälligkeiten ist dann wichtig, wenn die soziale Teilhabe und die Lebensqualität der Betroffenen oder deren Umgebung dadurch beeinträchtigt wird.

Es ist dringend notwendig, dass sich mehr Psychiater und auch nichtärztliche Psychotherapeuten für diese Menschen engagieren. Die Aufgabe ist dankbar und spannend. Lehrbücher der Erwachsenenpsychiatrie sind zu überarbeiten, entsprechende Lerninhalte in den Lernzielkatalog aufzunehmen. Daneben müssen regionale Kompetenzzentren für Menschen mit Behinderungen sowie spezialisierte Kriseninterventionsorte unter agogischer Leitung geschaffen werden. Psychiatrische Kliniken sind in der Regel ungeeignet. Gerne mache ich auf die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (SAGB) aufmerksam. Mitglieder sind sehr willkommen ([www.sagb.ch](http://www.sagb.ch)).

Literatur ist auf Anfrage beim Verfasser erhältlich.

<sup>1</sup> Präsident der SAGB (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung).

# Resilienz – vom Jugendgefängnis auf die Bühne von Sozialpolitik und Literatur

Carl Albert Loosli (1877–1959)

Erwin Marti

## Résumé | *De la prison pour mineurs à la notoriété en matière de politique sociale et de littérature – un cas exemplaire de résilience*

Il est rare que les psychiatres aient l'occasion d'accompagner – ne serait-ce que par l'observation – un patient au-delà de la période de suivi proprement dite. Ils n'ont donc généralement aucune connaissance de la façon dont il évolue dans la «vie ultérieure». D'où l'intérêt du cas de l'écrivain bernois Carl Albert Loosli: le fait qu'il ait atteint un certain degré de notoriété après avoir été patient ouvre la possibilité d'une rétrospection sur une longue période.

Après le décès de sa mère nourricière, le jeune Loosli dut endurer diverses institutions, dont deux établissements psychiatriques: celui de Münsingen BE en 1895 et la clinique de Waldau près de Berne en 1899/1900. Il entra dans cette dernière de son propre chef, en raison d'une dépendance à la morphine dont il n'était pas responsable. En quelques semaines, il fut guéri de cette addiction.

A cette époque, on enseignait aux médecins qu'il était impossible de soigner des morphinomanes. Ils étaient étiquetés à vie comme «des individus médiocres» et comme des «menteurs invétérés». En 1989, trois médecins de la clinique psychiatrique de Königsfelden se penchèrent sur les dossiers médicaux des cliniques de Münsingen et de Waldau et les présentèrent lors d'un forum<sup>1</sup>. L'auteur du présent article s'exprime sur la catamnèse après la sortie de l'établissement.

Loosli a pris sa vie en main: il a fondé une famille, s'est établi à Bümpliz près de Berne en 1904 où il est devenu journaliste et homme de lettres. S'appuyant sur sa propre expérience et les droits des hommes et des citoyens, il s'est engagé en faveur des pauvres et des humiliés, des adolescents, des enfants des institutions et des enfants placés. Il a mis en garde contre les dangers de l'antisémitisme et du national-socialisme. Esprit politiquement indépendant, il figurait parmi les intellectuels les plus originaux et les plus courageux de Suisse. Son œuvre est immense et elle s'oppose généralement aux courants dominants. Il écrivit en langue française et allemande, ainsi qu'en dialecte du Bas-Emmental. Parmi les qualités qui ont permis à Loosli de vaincre son destin, on trouve notamment la stabilité psychique que lui a donné le lien créé avec sa mère nourricière (il était né hors mariage) et que l'on peut considérer comme la base du développement de sa personnalité, la soif de connaissances et un large éventail des pôles d'intérêts, l'autonomie et l'esprit d'indépendance, ainsi que la capacité à prendre de la distance par l'ironie, aptitude dont il avait déjà tiré profit lors de ses séjours en clinique. L'espièglerie dont il a fait preuve tout au long de son parcours faisait partie de sa stratégie de survie, et on la retrouve particulièrement dans ses récits satiriques.

Langzeitbeobachtung ist ein Thema für sich. Als Lehrer beispielsweise hat man öfter Gelegenheit, den Werdegang ehemaliger Schüler zu verfolgen. Haben Psychiater die Möglichkeit, ihre Patienten langfristig, über die eigentliche Betreuungszeit hinaus zu beobachten? Wohl kaum oder bloss in den allerseltensten Fällen. Es sei denn, aus dem Patienten ist «etwas geworden», eine öffentliche Person. Bekanntheit erlangt haben aber vor allem Patienten, die ihre Anstalten gar nie haben verlassen können, wie etwa der malende Adolf Wölfli aus der Waldau, vor allem aber Robert

Walser, der als Schriftsteller weltberühmt wurde. Ein ehemaliger Insasse psychiatrischer Institutionen, der sein späteres Leben mit Erfolg gemeistert hat, war der Schriftsteller Carl Albert Loosli. Loosli wurde als Sohn einer Emmentaler Bauerntochter und eines italienischen Weinhändlers unehelich geboren. Seinen Vater sah er nie, seine Mutter übergab ihn gleich nach der Geburt an seine Pflegemutter Annemarie Zweiacker. Bei ihr in Schüpfen, im Berner Seeland, verbrachte er seine ersten zwölf Lebensjahre. Mit ihrem Tod nahm seine glückliche Kindheit ein jähes Ende, und er kam in die Anstalt Grandchamp am Neuenburgersee.

Erst jetzt begann der Junge, «schwierig» zu werden. Die Vormünder in Sumiswald bugsierten



Korrespondenz:

**Dr. Erwin Marti**

ejmarti52[at]yahoo.de

ihn herum, und bis zu seiner Volljährigkeit erlebte und überlebte er noch manch andere Anstalt, wie die Jugendstrafanstalt Trachselwald, die von einem sadistisch veranlagten Direktor geleitet wurde, der die Zöglinge einem diktatorischen Regime mit allerhand Schikanen und Foltern unterwarf. Wegen eines kleinen Diebstahls wurde Loosli 1895 für einige Wochen in der psychiatrischen Klinik Münsingen begutachtet. 1899 begab er sich freiwillig in die Anstalt Waldau, um sich einer Morphiumentziehungskur zu unterziehen. Nebst Nierenkoliken war ihm anhaltende Schlaflosigkeit zum Problem geworden und hatte ihn zu diversen Rauschgiften greifen lassen. In Apotheken hatte er sich das Morphinum problemlos beschaffen können – was damals ja noch möglich war. Die Entziehungskur in der Waldau war kurz und erfolgreich. Nach wenigen Monaten verliess er die Klinik im Juni 1900, auf eigene Initiative. Er hat nie mehr eine Anstalt betreten, zumindest nicht als Patient. Drei Ärzte haben damals in Looslis Krankengeschichte handschriftliche Eintragungen zum medizinischen Status, zur Anamnese und zum Verhalten in der Klinik vorgenommen – alles ohne ersichtliches System.

Am 13. April 1989 fand an der Psychiatrischen Klinik Königsfelden ein durch Fritz Ramseier angeregtes Forum zum Thema «C. A. Loosli als psychiatrischer Patient» statt. Mario Etzensberger referierte über das Münsinger Gutachten von 1895, Josef Gottpreis über den damals vom Patienten eigenhändig verfassten Lebenslauf, und Fritz Ramseier über die Krankengeschichte in der Klinik Waldau 1899/1900. Der Schreibende äusserte sich abschliessend zur Nachgeschichte des Patienten Loosli, der Katamnese.

In seinem umfangreichen Gutachten von 1895 hatte Georg Glaser Loosli als faul, lügnerisch und gefährlich eingestuft und ihm eine verminderte Zurechnungsfähigkeit attestiert. Anamnese und Befund sind vermischt. Unter vergleichbaren Bedingungen und aufgrund der im Gutachten gegebenen Informationen wäre heute eine

<sup>1</sup> Le forum était donné sous le titre: «C. A. Loosli en tant que patient psychiatrique».

derart harte Diagnose kaum mehr möglich. Gemäss Mario Etzensberger würde Loosli heute als «auffällige Persönlichkeit» bezeichnet und seine Probleme mit den Adoleszenzschwierigkeiten eines jungen Mannes in Zusammenhang gebracht. Auch beim Studium der Krankengeschichte aus der Waldau muss davon ausgegangen werden, dass wir es mit der Psychiatrie der Ära vor Sigmund Freud zu tun haben. Aufgrund der Angaben könne auf keine der grossen psychiatrischen Krankheiten geschlossen werden, meinte Fritz Ramseier, allenfalls könne eine gewisse Hyperaktivität festgestellt werden. Die um 1900 gültige Lehrmeinung machte es unmöglich, dem Morphinumkranken gerecht zu werden. In der medizinischen Fachliteratur (Probst/Pilcz) wurde er generell als «pathologischer Schwindler» und «minderwertige Persönlichkeit» abgestempelt. Carl Albert Loosli konnte sich 1901 aus der Vormundschaft befreien, wurde in Bümpliz bei Bern sesshaft und gründete eine Familie. Er betätigte sich als Redaktor bei diversen Zeitungen und als freier Schriftsteller. Auf autodidaktischem Weg eignete er sich eine umfassende Bildung an. Geprägt von seinen Aufenthalten in mehreren Sprachregionen und seinen literarischen und wissenschaftlichen Studien, schrieb er fließend Französisch und dichtete im Dialekt des Unteremmentals, wo er eine Zeitlang wohnte. Vor allem aber schrieb er in der hochdeutschen Schriftsprache. Wegen seiner satirischen Kurzgeschichten und seiner spitzen Feder war er weitherum gefürchtet. Ausgehend von seinen Jugenderlebnissen, setzte er sich für die Armen und Getretenen der Ge-

sellschaft ein, vor allem für die Rechte der Jugendlichen. Mit Schriften wie «Anstaltsleben» und «Ich schweige nicht!» eröffnete er 1924 seinen Feldzug gegen die kasernenmässig-unmenschlich aufgezogenen Heime der damaligen Zeit. Erfolge verbuchte er im Kampf gegen das Schicksal der in der Landwirtschaft oft wie kleine Sklaven gehaltenen Verdingkinder. Auf diese Weise hat er das soziale Gewissen vieler Schweizer wecken können. Loosli setzte sich für die Rechte von Minderheiten ein und warnte früh vor den Gefahren des Antisemitismus und des Nationalsozialismus. Alles in allem war er einer der mutigsten und originellsten Denker der neuzeitlichen Schweiz, der seine eigenen unabhängigen Wege ging. Sein Name steht für sozialpolitische, erzieherische und kunstpolitische Leistungen – denken wir an die Gründung des Schweizerischen Schriftstellerverbands 1912, seine mehrbändige Hodler-Monographie, seine Anstaltskampagne und sein Engagement für die Verdingkinder und gegen die Verwahrungspraxis der «Administrativjustiz». Im Zentrum standen für ihn die Menschen- und Bürgerrechte, die aus seiner Sicht gegen die kurzsichtigen materialistischen Interessen der Oberschicht und der Bürokratie durchzusetzen waren. Loosli starb 1959 in Bümpliz. Der Zugang zu seinem Werk ist heute dank einer Ausgabe seiner Schriften in sieben Bänden (erschieden beim Rotpunkt-Verlag in Zürich) und der bei Chronos erscheinenden Biographie, von der bisher drei Bände herausgekommen sind, wieder möglich. Lassen wir abschliessend die Biographie Looslis Revue passieren und suchen dabei nach Faktoren

und Konstanten, die ihm bei der Bewältigung seines Lebens geholfen haben, so sind unter anderem zu erwähnen:

- Die Stabilität, die er durch die Bindung an seine gute Pflegemutter in den ersten zwölf Jahren erworben hat. Ohne sie hätte er wohl kaum überlebt, was in der Folgezeit auf ihn zukam.
- Ein unglaublich starker Wissensdrang und weitverzweigte Interessen für alles Mögliche, theoretisches wie praktisches Wissen.
- Kennzeichnend war seine Selbständigkeit, die Fähigkeit, «über den Dingen zu stehen». Wie wir sahen, hat sich der junge Loosli aus eigenen Erwägungen in die Behandlung begeben und sich acht Monate später wieder aus der Waldau abgesetzt.
- Zur Strategie des Überlebens gehörte zweifellos sein schalkhaftes Wesen – der Eulenspiegel und Satiriker in ihm – das sich bereits in seiner Anstaltszeit zeigt und das später zu einem seiner Markenzeichen als Dichter wurde.

Allerdings gab es Momente in seinem Leben, vor allem in seinen späten Jahren, in denen ihn die Erinnerung an seine Jugend belastet haben muss und in denen er befürchtete, von der Vergangenheit eingeholt zu werden. Dies bezog sich weniger auf seine psychiatrischen Aufenthalte als solche, sondern eher auf seine gesamte wildbewegte, rechtlose und unsichere Jugend.